



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Reden wir. Eine pflegeethische Forschungsarbeit über
den Dialog und dessen Potential in Momenten
besonderer Vulnerabilität“

verfasst von / submitted by

Viktoria Winkler BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 641

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Interdisziplinärer Master Ethik für Schule und Beruf

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Berta Schrems M.A. Priv. Doz.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen in meinem Leben danken, die mich ermutigten, bestärkten und motivierten meine Interessen zu verfolgen, Neues auszuprobieren, Unsicherheiten zu überwinden und an die eigenen Kräfte zu glauben. Das Schreiben dieser Masterarbeit verlangte von mir insgesamt ein geraumes Maß an Zeit und Energie. Diese konnte ich vor allem aufbringen, weil ich stets wunderbare Menschen um mich hatte, die mich geduldig unterstützten, meine Ziele zu realisieren. Ich schätze mich glücklich, solch gutherzige Menschen an meiner Seite zu wissen, die mich bei der Suche nach wertvollen Erfahrungen und Erkenntnissen förderten. Während dieses Forschungsprozesses konnte ich persönlich viel dazulernen.

Insbesondere möchte ich meiner Masterarbeitsbetreuerin Frau Mag. Dr. Berta Schrems M.A. Priv. Doz. einen außerordentlichen Dank aussprechen für ihr Engagement, ihre große Geduld und den äußerst hilfreichen Gedankenaustausch. Desweiteren danke ich den drei Proband*innen, welche mir ihre sehr persönlichen Erlebnisse offen und authentisch anvertrauten. Durch sie konnte ich mein Forschungsvorhaben verwirklichen, vielen herzlichen Dank. Magdalena Getler gilt mein Dank für das Überprüfen des Textes in englischer Sprache.

Überaus dankbar bin ich für meine Familie, die mich gut kennt, mir Stütze und Vorbild zugleich ist und die ich sehr liebe. Spezieller Dank gebührt meiner Mutter Sylvia Winkler, welche sich mit mir gerne inhaltlich austauschte, mir jederzeit mit Rat und Tat beiseite stand und das Korrekturlesen übernahm. Sie ist eine beeindruckende Frau, mit der ich mich sehr verbunden fühle. Auch meinem Vater Johann Winkler und meinem Bruder Maximilian Winkler möchte ich für die Stärke und die Zielstrebigkeit danken, die sie mir vermittelten. Sie sind ein wichtiger Halt für mich. Meine Großmutter Elfriede Wodak stellte sich für ein Probeinterview zur Verfügung, wofür ich ihr meinen Dank aussprechen möchte. Ein großes Dankeschön gebührt außerdem allen anderen geschätzten Familienmitgliedern sowie meinen Freundinnen und Freunden, die für mich da waren, mir weiterhalfen, mich anspornten und auch Verständnis zeigten, wenn ich gerade keine Zeit für sie hatte.

Und speziell möchte ich mich bei meinem Partner Alexander Kammerzelt bedanken, der die Höhen und Tiefen, die erfreulichen ebenso wie die herausfordernden Phasen dieses Prozesses, mit mir durchlebte. Er ist mir stets eine verlässliche emotionale Stütze und ein wertvoller Ruhepol.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Erster theoretischer Teil: Vulnerabilität	3
1.1 <i>Ein Wort mit vielen Seiten: Begriffserklärung und Differenzierung</i>	4
1.1.1 Als menschliche Grundbedingung: Anthropologische Vulnerabilität	5
1.1.2 Als besonderer Umstand, der verändert werden kann: Situative Vulnerabilität	11
1.1.3 Als Angriff auf die persönliche Integrität: Pathogene Vulnerabilität	15
1.1.4 Als Erfahrung: Individuelles Erleben von Vulnerabilität	18
1.1.5 Resilienz als Antwort auf die Vulnerabilität: Gesundheitsorientierung	24
1.2 <i>Ein in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege relevantes Phänomen: Die pflege- und medizinethische Bedeutung der Vulnerabilität</i>	30
1.2.1 Die besondere Lage der zu Pflegenden: Eine Abhängigkeitsbeziehung zwischen Patient*in und Pflegerperson	33
1.2.2 Die würdevolle Behandlung: Ein Menschenrecht	39
1.2.3 Auseinandersetzung mit Problemsituationen in der Praxis: Die bioethischen Prinzipien und Methoden der moralischen Rechtfertigung von Beauchamp und Childress	47
2 Zweiter theoretischer Teil: Der Dialog	65
2.1 <i>Eine Kommunikationsform mit Potential: Merkmale, Zweck und Wirkung des Dialogs</i>	66
2.1.1 Der Mensch in Verbindung mit seinen Mitmenschen: Die dialogische Existenz	67
2.1.2 Die zwischenmenschliche Kommunikation: Pragmatische Axiome nach Watzlawick	71
2.1.3 Verletzlichkeit im Gespräch: Fluch und Segen zugleich	75
2.1.4 Der offene Dialog: Mutig einander zuwenden	79
2.2 <i>Ein wesentlicher Teil der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege: Der pflegerische Dialog</i> 89	
2.2.1 Für das gegenseitige Kennenlernen und persönliche Orientieren: Gefühls- und Informationsaustausch	90
2.2.2 Um persönliche Erfahrungen und Hintergründe verstehen zu können: Das Erzählen von Geschichten	93
2.2.3 Zum Vertrauens- und Beziehungsaufbau: Gemeinsame Ziele und Zusammenarbeit in einer verlässlichen Atmosphäre	95
2.2.4 Zur Gesundheitsförderung und Heilung: Die symbolische Kraft der Worte	98

3	Zusätzlicher empirischer Teil: Aus Sicht dreier Patient*innen.....	101
3.1	<i>Das episodische Interview: Eine Methode der qualitativen Sozialforschung.....</i>	<i>101</i>
3.1.1	Qualitative Sozialforschung: Im Unterschied zur quantitativen Forschung	102
3.1.2	Triangulation: Begriffsklärung und Relevanz.....	103
3.1.1	Theoretische Beschreibung der Methode: Bestandteile, Hintergrund, Vorteile und Grenzen....	104
3.1.2	Eine Auswertungsvariante: Thematisches Kodieren	105
3.2	<i>Der Forschungsprozess: Praktische Durchführung und Ablauf.....</i>	<i>107</i>
3.2.1	Entwicklung und Inhalt des Interviewleitfadens.....	108
3.2.2	Suche und Auswahl der Proband*innen	110
3.2.3	Ethische Überlegungen	111
3.2.4	Datenerhebung mittels persönlicher Interviews.....	113
3.2.5	Transkription	115
3.2.6	Datenanalyse und -auswertung	116
3.3	<i>Ergebnisse</i>	<i>117</i>
3.3.1	Einzelne Fallbeschreibungen	118
3.3.2	Mögliche Ursachen und Formen von Vulnerabilität.....	122
3.3.3	Beschreibung des Erlebens von besonderer Verletzlichkeit bzw. Verletzung im Vergleich zur alltäglichen Verletzlichkeit	128
3.3.4	Wege der Wahrung oder Wiederherstellung eines Wohl- bzw. Sicherheitsgefühls im Rahmen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege	129
3.4	<i>Kritik und Grenzen der Untersuchung.....</i>	<i>136</i>
4	Diskussion	138
5	Fazit	145
	Literaturverzeichnis.....	147
	Anhang 1: Interviewleitfaden.....	152
	Anhang 2: Informationsblatt und Einverständniserklärung	154
	Anhang 3: Zusammenfassung/Abstract.....	156

Einleitung

Alle Menschen sind verletzlich. In manchen Momenten ihres Lebens wird ihnen das möglicherweise schmerzlicher bewusst und in anderen Momenten kommen sie aus eigener Kraft oder mithilfe von Unterstützung gut mit der eigenen Verletzlichkeit zurecht. Ob sich Personen in Pflegesituationen als besonders verletzlich erleben oder nicht, hängt von vielen zusammenspielenden Faktoren ab. Um die Würde und Integrität von zu Pflegenden zu wahren bzw. wiederherzustellen, ihre Gesundheit zu fördern und bioethischen Grundprinzipien gerecht zu werden, ist es einerseits interessant diese Faktoren genauer zu untersuchen. Andererseits ist es bedeutsam einen Weg zu finden, wie mit vorhandenen Verletzlichkeiten angemessen umgegangen wird, um ebensolche Verletzungen oder Grenzüberschreitungen zu vermeiden bzw. zu meistern. Nachdem Menschen soziale Wesen sind, welche miteinander kommunizieren und einander in herausfordernden oder existentiell bedrohlichen Situationen behilflich sein können, wird der Blick dafür ebenso auf den zwischenmenschlichen Beziehungsaspekt und dessen Bedeutung gerichtet. Der pflegerische Dialog wird als eine wertvolle Möglichkeit und Ressource innerhalb der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege vorgestellt, welcher bei Gelingen in der Regel positive Auswirkungen auf besondere Verletzlichkeiten hat.

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es folglich, den Dialog als eine Möglichkeit zur Erkennung, Abmilderung oder Kompensation von Verletzlichkeit im pflegerischen Setting zu untersuchen. Dafür ist es notwendig, zuerst einen Einblick in die ethische Thematik der Vulnerabilität zu geben und speziell auf die sprachliche Verletzlichkeit einzugehen. Diese Masterarbeit soll einen Beitrag zu einem sensiblen, kompetenten Umgang mit Personen in besonders vulnerablen Momenten leisten und insbesondere professionelle Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ermutigen, sich mit dem omnipräsenten Phänomen der Verletzlichkeit trotz dessen Komplexität und der eventuell auftretenden praktischen Herausforderungen auseinanderzusetzen. Um das zu erreichen, wird folgende Forschungsfrage anhand von philosophischer und wissenschaftlicher Literatur bearbeitet:

Wie und weshalb muss der pflegerische Dialog in der professionellen Pflegepraxis geführt werden, um eine besondere Vulnerabilität bei zu Pflegenden erkennen und würdigen zu können sowie Gesundheit zu fördern? Konkret wird in dieser Forschungsarbeit also nach der Art und Weise gefragt, wie ein Gespräch bzw. Dialog zwischen professioneller Pflegeperson und der zu pflegenden Person stattfinden muss, damit besondere Verletzlichkeiten festgestellt

und im zwischenmenschlichen Kontakt beachtet werden können, ohne sie zu verstärken oder Schaden anzurichten. Dabei wird ein befähigender, gesundheitsorientierter Ansatz gewählt, bei dem nicht vorrangig das potenzielle Leid der zu Pflegenden fokussiert wird, sondern vielmehr die menschliche Kraft, herausfordernde Situationen gemeinsam zu bewältigen, in den Vordergrund gestellt wird.

In den ersten beiden theoretischen Teilen findet jeweils eine philosophische und pflegepraktische Auseinandersetzung mit den Begriffen Vulnerabilität und Dialog statt. Darauf folgt ein empirischer Teil, in welchem der Forschungsprozess und die Ergebnisse episodisch narrativer Interviews vorgestellt werden. In diesem empirischen Teil der Masterarbeit sollen die theoretischen Erkenntnisse ergänzt, das Thema mit Erfahrungen und Geschichten von Proband*innen abgerundet und die Fragestellung ebenso aus Sicht von Betroffenen beleuchtet werden.

1 Erster theoretischer Teil: Vulnerabilität

Im ersten theoretischen Teil der Masterarbeit wird der Fokus auf die Vulnerabilität, oder auch Verletzlichkeit genannt, gelegt. Es findet zunächst eine nähere Beschäftigung mit dem Begriff der Vulnerabilität statt, um einerseits die Vielseitigkeit und Vielschichtigkeit dieses Begriffes aufzuzeigen, und andererseits, um Klarheit zu schaffen, wie er in dieser Masterarbeit verwendet wird und was in der Forschungsfrage mit einer besonderen Vulnerabilität gemeint ist. Mögliche Definitionen und Interpretationen rund um die Vulnerabilität werden vorgestellt und eine Differenzierungsvariante wird zur Orientierung vorgenommen.

Speziell die Frage, in welchen Situationen die Vulnerabilität eines Menschen besonders hoch und für die Pflege relevant sein kann, vor dem Hintergrund, dass die Verletzlichkeit zugleich ein zum Leben dazugehöriges konstitutives Merkmal eines jeden Menschen darstellt, ist dabei interessant zu betrachten. Die Unterscheidung zwischen *anthropologischer* und *besonderer* bzw. *situativer* Verletzlichkeit kann zur Benennung ihres Ursprungs und zur Rückverfolgung von Entstehungsursachen behilflich sein sowie unterschiedliche Perspektiven auf die Verletzlichkeit geben. In den folgenden Kapiteln wird sie daher ausführlich behandelt. Strikt zu trennen sind diese Differenzierungsmerkmale allerdings nicht, da die Grenzen verschwimmen und sie sich gegenseitig beeinflussen. Aus diesem Grund wird unter anderem auf die Konzeption von Luna (2009) eingegangen, welche sich davon abgrenzt besondere Vulnerabilitäten als personenspezifische Merkmale zu wahrzunehmen und stattdessen dafür plädiert sie anhand einer Metapher der Schichten („*layers*“) zu betrachten, die auf bestimmte Situationen und Umstände zurückgehen und abzubauen sind (vgl. Luna 2009).

Nachdem die Vulnerabilität außerdem ein Phänomen auszeichnet, das qualitativ erlebt und individuell empfunden und gedeutet wird, ist es auch spannend den Blick auf die subjektive Sicht der Betroffenen und Beteiligten zu richten. Welche Rolle also das Erleben im Hinblick auf Verletzlichkeit spielen kann und was mit dem Wort Resilienz, das häufig als Gegenbegriff zur Vulnerabilität verwendet wird und mit ihr in einem wesentlichen Zusammenhang steht, gemeint ist, wird in diesem ersten Teil der Masterarbeit ebenso speziell aus einer gesundheitsfördernden Perspektive beantwortet.

Ein gewisses Risiko an Verletzung ist immer vorhanden und Verletzlichkeit als ein zu verhinderndes Grundübel der Menschheit zu sehen, kann nicht das Ziel sein. Warum eine reflektierte Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Vulnerabilität jedoch von pflegeethischer Relevanz ist und sie nicht mit dem Argument, dass alle Personen

gewissermaßen vulnerabel sind, beiseitegeschoben werden kann, wird im Folgenden ebenfalls begründet. Auf die besondere Situation der Abhängigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege zwischen Pflegeperson und zu pflegender Person wird vertieft eingegangen und das würdevolle Handeln, welches in der Forschungsfrage angesprochen wird, in den Mittelpunkt gestellt. Wie ein solches konkret in der Praxis aussehen soll, ist allerdings nicht immer einfach zu beurteilen, zumal Personen unterschiedlich sind und Situationen individuell wahrnehmen. Die vier bioethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress können dabei als Wegweiser dienen und speziell in fraglichen Situationen, in denen beispielsweise ein Wertekonflikt bei professionellen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auftritt und unklar ist, wie weiter vorgegangen werden soll, zur praktischen Entscheidungsfindung herangezogen werden. Zentrale Punkte des bioethischen Ansatzes von Beauchamp und Childress (2019) werden also vorgestellt und mit dem Themenbereich Vulnerabilität in Verbindung gebracht.

1.1 Ein Wort mit vielen Seiten: Begriffserklärung und Differenzierung

Der Begriff Vulnerabilität ist äußerst facettenreich und wird in unterschiedlichen Kontexten benutzt. Er kommt vom lateinischen Wort „vulnus“, im Deutschen „Wunde“, und kann mit Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Verletzlichkeit übersetzt werden. In der Literatur wird manchmal zwischen den Begriffen Verwundbarkeit und Verletzlichkeit differenziert, da die Verwundbarkeit speziell eine mögliche Wunde und damit die Sensitivität und Materialität des Körpers anspricht, wohingegen die Verletzlichkeit auch allgemeiner gebraucht werden und beispielsweise die Menschenwürde zum Thema machen kann (vgl. Gröschner u.a. 2013, S.208ff.). Nachdem sich die Begriffe in der vorliegenden Masterarbeit jedoch überwiegend auf den Menschen und dessen psychische wie physische Empfindsamkeit mitsamt ihren möglichen positiven wie negativen Auswirkungen beziehen, wird auf eine solche Differenzierung verzichtet und werden die Begriffe Verwundbarkeit und Verletzlichkeit synonym verwendet.

Vulnerabilität kann zunächst als eine menschliche Grundbedingung verstanden werden, als eine zum Leben dazugehörige *conditio humana*, die gleichzeitig auch, je nach Situation, unterschiedlich hoch sein sowie durch menschliches Handeln verstärkt oder kompensiert werden kann. Genauer wird der Begriff in den folgenden Unterkapiteln behandelt und aus

verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Eines jedoch gleich vorweg, Vulnerabilität ist in der Praxis zumeist nicht eindeutig und absolut in bestimmte Kategorien zu unterteilen. Dementsprechend nützlich kann der Vorschlag von Luna (2009) sein, die Verletzlichkeit anhand eines Schichtenmodells zu untersuchen, anstatt sie als fixes Merkmal bestimmter Personen und Personengruppen zu verstehen. Luna plädiert für ein dynamisches und relationales Vulnerabilitätskonzept, das besonders Situation und Kontext in den Vordergrund rückt, wonach unterschiedliche Schichten an Vulnerabilität erfasst werden, die sich überschneiden und beeinflussen können. Eine solche Auffassung bietet ihrer Ansicht nach die notwendige Flexibilität, individuelle Verletzlichkeiten einzuschätzen und Schicht für Schicht abzubauen. Kategorisierungen bergen hingegen die Gefahr aufgrund ihrer Beschränkung zu Fehlern zu führen, denn die Realität sei zu reichhaltig, um sie mit einer Taxonomie zu erschöpfen (vgl. Luna 2009, S.135).

Infolgedessen wird in dieser Masterarbeit einerseits ein solches Bild der schichtweisen, dynamischen und relationalen Vulnerabilität aufgenommen und andererseits bewusst keine Unterscheidung zwischen *nicht* vulnerabel und vulnerabel gemacht, weil jede Person aufgrund ihrer menschlichen Natur bereits empfänglich für Verletzung ist und das im Leben vorhandene Gefahrenpotential weder vollständig vorherzusehen noch konkret einzuschätzen ist. Die Vulnerabilität jeder Person soll also wahrgenommen und von *besonderer oder situativer Vulnerabilität* gesprochen werden, wenn eine durch äußere wie innere Maßnahmen veränderbare Vulnerabilität erkennbar ist und Personen eines erhöhten Schutzes bedürfen. In dieser Masterarbeit werden Personen demnach nie als *nicht vulnerabel* bezeichnet, sondern nur zwischen *vulnerabel* und *besonders vulnerabel* unterschieden, um eben auch die Vulnerabilität all jener anzuerkennen, deren Verletzlichkeit möglicherweise nicht offensichtlich, aber trotzdem vorhanden ist.

1.1.1 Als menschliche Grundbedingung: Anthropologische Vulnerabilität

„Menschsein heißt, verwundbar zu sein.“ (Riedel und Linde 2018)

Im Fokus dieses Kapitels steht die *anthropologische* Vulnerabilität, die auch *inhärente* Verwundbarkeit genannt wird. Sie ergibt sich aus biologischen, psychologischen und sozialen Merkmalen, die der menschlichen Körperlichkeit innewohnen. Menschen haben Knochen, die brechen, Organe, die versagen, und andere Empfindlichkeiten, die mit körperlicher Existenz verbunden sind. Sie haben psychische und soziale Bedürfnisse, die, wenn sie nicht

erfüllt werden, zu verschiedenen Schäden führen (vgl. Rogers 2019). Vulnerabilität ist in dieser Hinsicht ein wesentliches Prädikat des menschlichen Daseins, das zur leiblichen Verfasstheit dazugehört, welche sich durch die Offenheit zur Umwelt in verschiedener Hinsicht, sowie durch die Angreifbarkeit, Hilfsbedürftigkeit, Abhängigkeit und Verwundbarkeit auszeichnet (vgl. Bergemann und Frewer 2018b, S.10f.). Nachdem der Mensch die grundsätzliche Fähigkeit zu spüren und zu empfinden hat, ist der Mensch also von Natur aus empfänglich für Verletzung und Leid und kann als allgemein verletzliches Wesen betrachtet werden.

Wenngleich diese dem Menschen inhärente Verletzlichkeit im Fachgebiet der philosophischen Anthropologie umfassend diskutiert und beschrieben wird, beschränkt sich diese Masterarbeit auf die für das Thema relevanten Aspekte. Auf die Frage nach dem dahinterstehenden Grund oder der letzten Ursache von Vulnerabilität als universal menschliche Eigenschaft finden sich in der Philosophie, aber insbesondere auch in der Theologie, zahlreiche Erklärungs- und Interpretationsversuche. Auf diese metaphysische Ebene wird hier nicht speziell eingegangen, sondern im Folgenden werden zunächst grundsätzliche Überlegungen zur menschlichen Bedingtheit von Plessner (1976) sowie von Arendt (1960) zusammengefasst vorgestellt, um weitere Gedanken darauf aufbauen zu können. Es geht dabei vor allem um die Grundsituation des Menschen, die eine unsichere ist und auf die der Mensch mit seinem Handeln stetig einwirkt. Von beiden wird ein Zusammenspiel zwischen natürlicher Bedingtheit und kultureller Schaffenskraft des Menschen angesprochen sowie die daraus resultierende, generelle Verletzlichkeit des Menschen. Die Ausführungen von Plessner und Arendt wurden an dieser Stelle gewählt, weil sie das komplexe Verhältnis der in der Natur des Menschen liegenden mit der im menschlichen Handeln inhärenten Vulnerabilität nachvollziehbar veranschaulichen und begründen. Mit Natur wird dabei stets das Gegebene, nicht vom Menschen Hervorgebrachte gemeint und der Kulturbegriff kann dem Naturbegriff gegenübergestellt werden. Er umfasst im weitesten Sinne jegliche gestalterische Tätigkeit des Menschen und Reaktion auf sich und seine Umwelt.

Nach Plessner (1976) sind nun also die zentralen Merkmale der sogenannten *conditio humana* die Leiblichkeit und Exzentrizität des Menschen (vgl. Janssen 2018, S.27; Plessner 1976). In seinem Werk „*Die Frage nach der Conditio humana*“ zur philosophischen Anthropologie unterscheidet er zwischen Körper und Leib, auf der Tatsache beruhend, dass sich der Mensch als zugleich mächtig und ohnmächtig erfährt. Der Körper sei etwas, das der Mensch habe und

über den er ein Stück weit bestimmen könne, wohingegen der Leib mitsamt seinen Krankheiten und Begierden etwas sei, dem der Mensch unterworfen ist (vgl. Plessner 1976, S.56). Damit äußert sich zugleich sein ambivalentes Verhältnis zur Welt, denn der Mensch kann auf der einen Seite in die Welt gestaltend eingreifen und ist auf der anderen Seite den Dingen ausgeliefert. Es besteht eine gewisse Unsicherheit im Leben, die nicht zu überwinden ist und in diesem Unvorhersehbaren liegt zwar die Schöpfungsmacht des Menschen, aber auch ein Wissen um die Zerbrechlichkeit des Lebens, welche auf die Verletzlichkeit des Menschen hinweist. Nachdem die Kultur wiederum das Potential hat, den Menschen im sonst so unübersichtlichen Leben Halt zu geben, kommt ihr eine wichtige Bedeutung für die menschliche Existenz zu (vgl. Janssen 2018, S.31). Denn nach Plessner findet der Mensch „erst innerhalb eines kulturell geprägten Daseinsrahmens“ sein Zuhause, das mit Gefühlen wie Vertrautheit und Geborgenheit verbunden ist (Plessner 1976, S.52). Die kulturelle Betätigung ist demnach eine menschliche Reaktion zur Herstellung von Sicherheit im Leben, die er bis zu einem gewissen Grad für ein Wohlfühl braucht. Dabei besteht allerdings auch die Gefahr, dass Vertrautes und Gewohntes zur Selbstverständlichkeit und Beschränktheit im Menschen führt, wenn er nicht in unvorhergesehene Lagen gebracht wird und stets dazu aufgefordert ist, neue und brüchige Kompromisse zu schließen (vgl. Plessner 1976, S.52f). Entwicklung und Einsicht kann also nur geschehen, wenn der Mensch mutig ist, sich Unsicherheiten zu stellen. Da der Mensch durch seine Leiblichkeit die Welt gefiltert wahrnimmt und sie ausschließlich über Umwege erkennt, nämlich durch die Überwindung von Barrieren, ist er laut Plessner nicht ganz, sondern nur begrenzt weltoffen (vgl. Plessner 1976, S.54). Die Welt ist ihm ausschließlich in Erscheinungen gegeben, welche er durch seine Sinne erfährt und auf Basis kultureller Prägungen deutet. Der Mensch kann daher erst neue Erkenntnisse gewinnen und der Wirklichkeit einen Schritt näherkommen, wenn er sich auch mit dem ihm Unergründlichen auseinandersetzt, wie beispielsweise mit Menschen fremder Kulturen. Dafür ist unter anderem die Sprache notwendig, die eine Brücke zu anderen Ansichten und Wahrnehmungen der gemeinsam erlebten Welt darstellt. In Plessners Anthropologie wird schließlich eine unauflösbare Verschränkung von Natur und Kultur deutlich und es zeigt sich, dass Verletzlichkeit immer zugleich ein kulturelles Phänomen ist (vgl. Bielefeldt 2018, S.24ff.). Der Mensch ist nie von bloßer leiblicher Natur, sondern immer auch ein Kulturwesen. Plessner versucht den in der Philosophie viel diskutierten Leib-Seele-Dualismus zu überwinden, indem er die Dimensionen des menschlichen Lebens, Natur und Kultur, als miteinander verbunden und den Menschen als zugleich *zentrisch* und *exzentrisch* betrachtet. Im Leib, von dem er nie gänzlich loskommen kann, erlebt sich der Mensch

zentriert. Gleichzeitig hat er allerdings auch die Möglichkeit reflexiven Abstand zum Leib zu gewinnen und mithilfe von Kultur das Leben bewusst zu gestalten sowie zu *führen*. Wichtig dabei ist, dass die persönliche Lebensgestaltung keinesfalls „*als völlig offener Entwurf*“ oder „*als souveräne Selbsterfindung des Individuums*“ geschieht, „*sondern in Rückbindung an einen kontingenten und vielfältig vulnerablen Leib, innerhalb dessen der Mensch sich immer schon vorfindet, ob er will oder nicht.*“ (Bielefeldt 2018, S.26)

Für das Thema der Masterarbeit ist diese Betrachtung des Menschen als ein begrenzt weltoffenes Wesen insofern interessant, weil sie den Leib als Ort der Erfahrung erkennt und daraus entstehende Folgen benennt. Zugleich werden aber auch die menschliche Schaffenskraft und Exzentrizität als wesentliche Merkmale angenommen, die wiederum verdeutlichen, dass der Mensch mehr ist als sein Leib und mit seinem Handeln etwas bewirken kann. Die Kultur stellt für ihn eine Möglichkeit dar, gestaltend tätig zu sein, eine gewisse Sicherheit herbeizuführen und auf seine Verletzlichkeit zu reagieren, in einer sonst unvorhersehbaren Welt, welcher er grundsätzlich ausgeliefert ist. Diese Unsicherheit ist jedoch zugleich eine Quelle zur Weiterentwicklung, zu einem umfassenderen Weltverständnis, und eröffnet dem Menschen ihm unbekannte Möglichkeiten.

Arendt (1960) schließt an diese Verschränkung zwischen Natur und Kultur an und betont in ihrem Werk „*Vita Activa*“ ebenso, dass die Bedingungen, unter denen die Menschen leben, teilweise selbstgeschaffen sind. Die *conditio humana* umfasst ihrer Ansicht nach nicht nur Bedingungen, unter denen dem Menschen das irdische Leben gegeben ist, sondern die Welt besteht gleichermaßen aus von Menschenhand gebildeten Dingen. Diese lassen den Menschen ebenfalls eine bedingende Kraft erfahren (vgl. Arendt 1960, S.16). „*Was immer menschliches Leben berührt, was immer in es eingeht, verwandelt sich sofort in eine Bedingung menschlicher Existenz*“, schreibt Arendt und möchte damit die „*menschliche Bedingtheit im Ganzen*“ herausstreichen (Arendt 1960, S.16). Erde, Leben, Weltlichkeit, Pluralität, Natalität sowie Mortalität sind nach ihr zwar Bedingungen menschlicher Existenz, der Mensch lässt sich durch sie allerdings nicht im Ganzen erklären, zumal es keine absoluten Bedingungen seien. Das Wesen bzw. die Natur des Menschen könne laut Arendt nur ein Gott erkennen oder bestimmen und daher ist es aus menschlicher Perspektive nur möglich, ein paar „*noch so unzureichende*“ Aussagen zur menschlichen Bedingtheit zu machen (vgl. Arendt 1960, S.17f.). Als ausschlaggebendes Moment der *conditio humana* erweist sich bei Arendt schließlich das in einer Umgebung von Menschen und Dingen stattfindende Handeln. Nachdem es zwangsläufig etwas in Bewegung setzt, das unvorhersehbar ist, kann das Handeln laut Arendt in eine Analogie mit dem Neuanfangen gebracht werden. Aufgrund der

menschlichen Pluralität entzieht es sich aller Berechenbarkeit und Absehbarkeit und ist wegen der fehlenden Planbarkeit ebenso mit Scheitern und Zerbrechlichkeit verknüpft (vgl. Arendt 1960, S. 164ff.; Janssen 2018, S.32). Eine grundsätzliche, mit dem Handeln verbundene Vulnerabilität tritt zutage. Zudem offenbart sich im Sprechen und Handeln das Menschsein selbst. Personen treten dabei in ihrer Einzigartigkeit in Erscheinung und beteiligen sich an der Mitwelt. Sprechen steht insofern mit dem Handeln in direkter Verbindung, da es laut Arendt kein wortloses Handeln gibt. Das Sprechen ist also ein wesentliches Moment im menschlichen Tun. Es lässt sich nicht bloß auf Informationszwecke reduzieren, sondern besitzt gemeinsam mit dem Handeln auch eine aufschlussgebende Qualität, wenn Menschen miteinander und nicht für- oder gegeneinander reden und agieren (vgl. Arendt 1960, S.165ff.). Auf diese Bedeutung der zwischenmenschlichen Kommunikation, welche auch Arendt besonders hervorhebt, wird speziell im zweiten Teil der Arbeit umfassender eingegangen.

Aus den Überlegungen von Arendt lassen sich für die Masterarbeit folgende relevante Aspekte entnehmen. Für das Menschsein ist das Sprechen und Handeln essenziell, da sich der Mensch damit äußert, seine Einzigartigkeit zu erkennen gibt, sowie die mit anderen Individuen geteilte Welt mitgestaltet. Er ist in der Lage, auf seine Umgebung zu reagieren und in die Bedingungen menschlicher Existenz entscheidend einzugreifen. Hervorzuheben ist, dass dieses kulturelle Tun daher ebenso eine bedingende Kraft hat wie die Natur und das menschliche Leben fundamental beeinflusst. Reaktionen können allerdings aufgrund der menschlichen Pluralität, welche eine Verständigung notwendig macht, unterschiedlich ausfallen und nicht immer vorhergesehen werden. Wegen dessen Unberechenbarkeit sind Sprechen und Handeln stets mit einer Unsicherheit verbunden. Diese Tätigkeiten gehören allerdings grundlegend zur menschlichen Existenz dazu, welche sich somit als allgemein verletzlich auszeichnet. Sowohl in Natur als auch in Kultur äußert sich folglich eine zugrundeliegende Verletzlichkeit des Menschen, die zum Leben dazugehört.

Auf der einen Seite beinhaltet die Vulnerabilität des Menschen das Risiko, im Leben Kummer und Schmerz zu verspüren. Auf der anderen Seite wird sie aber auch mit einer Offenheit für das Leben und dem Bewusstsein für die Grundbedingungen des Lebens in Verbindung gebracht. Eine solche Offenheit dem Leben gegenüber ist eine Haltung, in der sich Personen über ihre Sterblichkeit und ihren Einfluss in der Welt im Klaren sind sowie anderen als echte, aufrichtige Menschen begegnen. Wenn Personen also eingebunden im Leben ehrlich zu sich selbst sind und die eigene Entscheidungskraft mitsamt der daraus resultierenden Verantwortung und Freiheit anerkennen, so nehmen sie eine authentische Lebenshaltung ein, wie Sarvimäki und Stenbock-Hult (2016) es in ihren allgemein philosophischen

Überlegungen zur Verletzlichkeit im Alter ausdrücken. Im Zuge dessen setzen sie sich aber zugleich auch damit verbundenen positiven wie negativen Gefühlen aus und sind sensibler, was Verletzungen betrifft. Im Unterschied dazu finden sich auch Personen, die zum Selbstschutz vor der eigenen Freiheit, Verantwortung und Angst flüchten. Solche Personen geben beispielsweise vor, nicht für eigene Entscheidungen und Handlungen verantwortlich zu sein und meiden echte Beziehungen, indem sie die Menschlichkeit anderer nicht annehmen. Mit dieser Strategie entkommen diese zwar einem mit den Grundbedingungen des Lebens verbundenen Schmerz oder Kummer und können sich gewissermaßen davor schützen, sie verlieren allerdings ebenso ihre Authentizität (vgl. Sarvimäki & Stenbock-Hult 2016, S.373). Das Erkennen der eigenen Verletzlichkeit als wesentliches anthropologisches Merkmal scheint daher für die menschliche Lebenshaltung und -führung von Bedeutung zu sein und Auswirkungen auf sich selbst und andere zu haben. Die Verletzlichkeit steht in diesem Sinne mit einer offenen, empfänglichen Grundhaltung gegenüber der Unvorhersehbarkeit des Lebens in Verbindung, welche eine gewisse Unsicherheit bedeutet, im Positiven wie im Negativen.

Besonders in Beziehungen und wechselseitigen Abhängigkeiten wird die Verletzlichkeit des Menschen sichtbar. Der Mensch ist ein soziales Wesen und sucht den Kontakt zu anderen Menschen. Denn Menschen brauchen einander unweigerlich zum Überleben, in manchen Phasen des Lebens mehr und in anderen weniger. Komplett autonom und unabhängig ist der Mensch vermutlich nie. Buber (1978) baut sogar seine ganze anthropologische Philosophie auf den Gedanken, dass Menschen Beziehungswesen sind, auf und schreibt über das Menschsein folgendes:

„Das Fundament des Mensch-mit-Mensch-seins ist dies Zwiefache und Eine: der Wunsch jedes Menschen, als das was er ist, ja was er werden kann, von Menschen bestätigt zu werden, und die dem Menschen eingeborene Fähigkeit, seine Mitmenschen eben so zu bestätigen. Dass diese Fähigkeit so unermesslich brachliegt, macht die eigentliche Schwäche und Fragilität des Menschengeschlechts aus: aktuelle Menschheit gibt es stets nur da, wo diese Fähigkeit sich entfaltet.“ (Buber 1978, S.28)

Das doppelte Prinzip des Menschseins bilden laut Buber die sogenannte „*Urdistanz*“ und das „*In-Beziehung-treten*“. Dabei ist das Erste die Bedingung für das Zweite, weil eine Beziehung ausschließlich zu einem distanzierten Seienden möglich sei (vgl. Buber 1978, S.11). Innerhalb der Beziehung bestätigen zwei Menschen einander in ihrer persönlichen Befähigung und Beschaffenheit und anerkennen die selbstständige „*Anderheit des Andern*“. Als zentrales Merkmal des menschlichen Miteinanderseins erweist sich die Sprache. Mit ihr haben Menschen die Fähigkeit in Beziehung zu treten (vgl. Buber 1978, S.26ff.). Dieser sprachliche

Aspekt und seine Bedeutung für die zwischenmenschliche Beziehung wird im zweiten Teil der Masterarbeit aufgegriffen und behandelt.

Nach Buber (1997) wird der Mensch also letzten Endes durch das Eingehen von Wesensbeziehungen als Mensch offenbar und gelangt nur so zu „*der ihm vorbehaltenen gültigen Teilnahme am Sein*“, nachdem „*das Du-Sagen des Ich im Ursprung alles einzelnen Menschwerdens steht*“ (Buber 1997, S.301). Der Mensch braucht das Gegenüber scheinbar zur Selbstbestätigung, aber auch um Zuspruch geben zu können, und ist damit von Grund auf abhängig von anderen. Das macht ihn jedoch zugleich essentiell verletzbar durch andere, wenn beispielsweise auf einen kommunikativen Austausch verzichtet wird oder dieser nicht auf gegenseitiger Anerkennung basiert.

Auf die Frage, wie die anthropologische Vulnerabilität schlussendlich verstanden und gedeutet werden kann, gibt es sehr viele Antwortmöglichkeiten. Sie kann als natürliche Unvollkommenheit des Menschen, welcher „*Mängel*“ zu kompensieren versucht, wie Gehlen (2009) es einst beschrieb, interpretiert werden, als körperlichen Verfall, als Erfahrung, als Verbundenheit oder Abhängigkeit (Gehlen 2016, S.31; vgl. ten Have 2016, S.97ff.). All diese möglichen Erklärungen und Rechtfertigungen haben schließlich gemeinsam, dass die Vulnerabilität als ursprüngliche Zwangslage des Menschen betrachtet wird, die universell und gleichermaßen geteilt wird und der menschlichen Handlungsfähigkeit erstens vorausgeht und sie zweitens aktiviert. Für das menschliche Leben scheint sie notwendig zu sein, zumal sie unter anderem ein Potential für Transformation darstellt und Entwicklung ermöglicht.

Das in der Philosophie stark vertretene Argument, die Vulnerabilität sei ein allgemein menschliches Merkmal, schließt jedoch nicht aus, dass sie ungleich verteilt sein kann. Im Gegenteil, die anthropologische Vulnerabilität bildet die Grundlage für eine politische Perspektive, welche betont, dass die Verletzlichkeit häufig durch bestimmte Umstände hervorgerufen wird und Abhilfemaßnahmen erfordert (vgl. ten Have 2016, S.117). Diese politische Perspektive fasst insbesondere die situative Vulnerabilität ins Auge, welche im nächsten Kapitel beschrieben wird.

1.1.2 Als besonderer Umstand, der verändert werden kann: Situative Vulnerabilität

“(...) in daily life, and especially in health care settings, vulnerability is not an abstract notion but a concrete reality that is very different for individual persons.”(ten Have 2016, S.124)

Trotz gemeinsamer anthropologischer Vulnerabilität besteht nicht bei allen Menschen gleichermaßen die Wahrscheinlichkeit verletzt zu werden bzw. einen Schaden erleiden zu müssen, aufgrund einer andersartigen situativen Vulnerabilität. Manche sind aus unterschiedlichen Gründen einem besonderem Verletzungsrisiko ausgesetzt und weisen eine erhöhte Situationsanfälligkeit auf, welche sich auf kontextspezifische Faktoren bezieht, wie die persönlichen, sozialen, politischen, wirtschaftlichen oder ökologischen Umstände unter denen soziale Gruppen oder Einzelpersonen leben (vgl. Rogers 2019). Was nun also in Abgrenzung zur anthropologischen Vulnerabilität hinter dem Begriff der situativen Vulnerabilität steckt und wie sie entstehen bzw. verändert werden kann, ist Gegenstand dieses Kapitels. Dabei wird vor allem eine politische Perspektive auf die Vulnerabilität eingenommen.

Obwohl das Alter beispielsweise zweifellos ein Faktor ist, der einen Zusammenhang mit einer erhöhten Vulnerabilität aufweist, heißt das nicht, dass alte Personen automatisch besonders vulnerabel und in jedem Moment verletzlich sind. Die Tatsache, dass Alter mit Vulnerabilität korreliert, liegt nicht am Alter selbst, sondern an den Umständen, die häufig mit dem Altern einhergehen und zur Herausforderung werden können. Wenn Hochbetagte wiederum Strategien finden, um mit vorhandenen Verletzlichkeiten umzugehen oder eine professionelle Pflege empfangen, welche eine Gebrechlichkeit gegebenenfalls kompensieren kann, so sind sie nicht unbedingt verletzlicher als andere Personen (vgl. Grøn 2016, S.26). Solange also Mittel und Wege vorhanden sind, um adäquat auf Schwierigkeiten und Unsicherheiten des Lebens zu reagieren, anthropologische Verletzlichkeiten miteinbezogen, besteht keine erhöhte Verletzungsgefahr und wird in dieser Masterarbeit nicht von einer situativen Verletzlichkeit gesprochen.

Daher kommt es offensichtlich auf die Situation an, ob eine Person besonders verletzlich ist oder nicht, und erscheint es in erster Linie wichtig, genau die Umstände zu betrachten, in denen sich Personen befinden, und auf Ressourcen zu schauen, die sie haben. Dafür setzt sich ebenso Luna (2009) ein, welche die Verletzlichkeit dynamisch und relational versteht und meint, dass Personen nicht an sich besonders vulnerabel sind, sondern nur durch spezielle Situationen besonders vulnerabel *gemacht* werden. Durch Änderung solcher Situationen lassen sich folglich auch spezifische Vulnerabilitäten verändern und verringern. Der Fokus sollte deshalb auf Situationen liegen, welche besondere Verletzlichkeiten bei Personen hervorrufen, um daraufhin jeweils passende Lösungswege zu finden oder die Entstehungsursache zu beheben (vgl. Luna 2009, S.129). Diesem Gedanken folgend besteht

das Interesse zu untersuchen, welche Situationen bzw. Umstände häufig die im vorigen Kapitel beschriebene, anthropologische Verletzlichkeit noch zusätzlich verstärken, sodass sich eine *besondere, spezifische* bzw. *situative* Vulnerabilität bei Personen ergibt. Zwar gründet die situative Vulnerabilität auf der anthropologischen Verletzlichkeit, sie stellt allerdings *die besondere Lage* in den Vordergrund, welche die betroffene Person vulnerabler macht als andere Personen. Sie ist, wenn sie sich in dieser besonderen Lage befindet, verletzlicher als gewöhnlich „*more-than-ordinarily vulnerable*“, wie Sellman es auch formuliert (vgl. Sellman 2005, S.4). Die situative Vulnerabilität kennzeichnet demgemäß eine Steigerung des menschlichen Risikos einer Verletzung.

Besonders verletzlich sind Menschen also im Allgemeinen in Momenten, in denen sie sich in bedrohlichen und riskanten Situationen befinden und nicht über ausreichende Mittel oder Fähigkeiten verfügen, um darauf zu reagieren bzw. damit umzugehen und sich selbst zu schützen (vgl. ten Have 2016, S.125). Oder wie Schroeder und Gefenas (2009) es in ihrer Abhandlung definieren:

„*To be vulnerable means to face a significant probability of incurring an identifiable harm while substantially lacking ability and/or means to protect oneself.*“ (Schroeder und Gefenas 2009, S.117)

Da nicht jede Person in Situationen gleichermaßen selbstschützende Kräfte zur Verfügung hat, ist es notwendig situative Verletzlichkeiten als solche anzuerkennen, damit Ungerechtigkeiten und mangelnde soziale Unterstützung aufgezeigt werden können. Wenn der Schwerpunkt überwiegend auf den Verletzlichkeiten liegt, die durch menschliches Handeln bzw. fehlendes menschliches Handeln geschaffen werden, und nicht auf Verletzlichkeiten, die gegeben und unveränderbar sind, wird eine *politische Perspektive* auf die Vulnerabilität eingenommen. Aus politischer Sicht steht laut ten Have die Verantwortung im Mittelpunkt, diese erzeugte Art von Verwundbarkeit möglichst zu korrigieren, zu verringern oder zu beseitigen, selbst wenn die in der philosophischen Perspektive hervorgehobene anthropologische Vulnerabilität angenommen werden muss (vgl. ten Have 2016, S.15). Die Schwierigkeit besteht jedoch darin, dass Situationen komplex und nie gänzlich kontrollierbar sind. Wie zuvor mithilfe der Überlegungen von Plessner (1976) und Arendt (1960) veranschaulicht wurde, stehen Natur und Kultur miteinander in Beziehung und sind verschränkt, zumal sie aufeinander einwirken (vgl. Plessner 1976; Arendt 1960). Natürliche Gegebenheiten können von Menschen nicht einfach ausgelöscht oder ignoriert werden. Die Gesellschaft hat aber verschiedene Möglichkeiten beispielsweise auf Gebrechlichkeit im Alter zu reagieren und kann eventuell Strategien finden, um mit dieser

umzugehen und ein gewisses Maß an Sicherheit und Schutz zu schaffen. Nachdem nicht nur einzelne Personen von Verletzlichkeiten betroffen sind und es ein gesellschaftliches Thema darstellt, ist nicht nur eine individuelle Reaktion erforderlich, sondern soziales und politisches Handeln. Die Verletzlichkeit wird dabei in erster Linie als ein Ergebnis des Zusammenspiels von internen und externen Bedingungen betrachtet. Häufig sind es eben die Umstände, unter denen Menschen leben, die es Personen nicht ermöglichen, selbstwirksame Entscheidungen zu treffen und Handlungen zu setzen, welche etwa für ihre physische oder psychische Integrität notwendig sind. Liegt der Fokus hingegen nur auf der beeinträchtigten Autonomie als Kennzeichen für die Vulnerabilität einer Person, aufgrund von mangelnden Entscheidungsmöglichkeiten oder Kontroll- bzw. Machtverlust, so werden die relationalen Umstände als zentraler Faktor ignoriert (vgl. ten Have 2016, S.15).

Zumal Menschen durch gesellschaftliche Strukturen wie Machtasymmetrien, Ungerechtigkeiten sowie einseitige Abhängigkeiten einem erhöhten Risiko von Ausbeutung, Misshandlung oder Entwürdigung ausgesetzt sind, tragen diese dementsprechend stark zur Entstehung von besonderen Verletzlichkeiten bei. Vor allem relationale Ursachen der Vulnerabilität, die sich durch spezielle Abhängigkeitsverhältnisse äußern können, fallen also unter den Begriff der situativen Vulnerabilität. Durch die Hervorhebung dieser situativen Verletzlichkeiten lassen sich Missstände, Verantwortlichkeiten und Pflichten ins Blickfeld rücken, welche besonders verletzbaren Personenkreisen geschuldet werden (vgl. Bergemann und Frewer 2018b, S.10f.).

Dass Menschen grundsätzlich auf ihre Umwelt angewiesen sind und von anderen Personen und externen Einflüssen existentiell abhängig sind, ist weder neu noch außergewöhnlich und wurde bereits im Kapitel der anthropologischen Vulnerabilität erwähnt. Eine Abhängigkeit kann allerdings in dem Fall als *besonders* aufgefasst werden, wenn sie derart asymmetrisch verteilt ist, dass eine Person beispielsweise aufgrund von sozialen, ökonomischen oder gesundheitlichen Umständen anderen Personen unterworfen ist. Ein solches Machtungleichgewicht birgt die Gefahr einer Grenzüberschreitung und führt bei der unterlegenen Person zu einer erhöhten Verletzlichkeit, wenn weder interne noch externe Schutzmaßnahmen vorhanden sind. Soziale Ungleichheit oder Unterschiede in der Machtverteilung sind deshalb Indikatoren für eine situative Vulnerabilität und Behutsamkeit ist geboten, wenn diese auftreten (vgl. ten Have 2016, S.126f.). Machtvollen Positionen sind dazu angehalten, ihre Macht zu reflektieren und bei einem Machtungleichgewicht besonders auf eine aufmerksame und würdevolle Begegnung auf Augenhöhe mit anderen zu achten.

Allgemein wird deutlich, dass Vulnerabilität eher als Begriff der sozialen, anstatt der individuellen Ethik betrachtet werden sollte und die Hervorhebung besonderer, situativer Vulnerabilitäten speziell für die politische Betrachtung des Themas hilfreich ist. Diese befasst sich im Großen und Ganzen vor allem mit zwei Fragestellungen. Erstens, wodurch die menschliche Vulnerabilität verschärft wird. Dabei fällt die Konzentration auf Umstände, die Menschen verletzlich machen und zu Bevormundung, Ausbeutung, Misshandlung, Diskriminierung oder Gewalt führen können. Und zweitens, was getan werden kann, um eine erhöhte Vulnerabilität zu mindern. Dies führt zur Formulierung ethischer und politischer Antworten, welche die Vulnerabilität mit Menschenrechten, Theorien der Gerechtigkeit und einer Ethik der Fürsorge verbinden (vgl. ten Have 2016, S.128).

1.1.3 Als Angriff auf die persönliche Integrität: Pathogene Vulnerabilität

Dieses Kapitel beschäftigt sich nun mit der *pathogenen* Vulnerabilität. Sie ist ein Subtyp der situativen Vulnerabilität und tritt im Zusammenhang mit erheblichen Machtungleichgewichten auf, bei denen die Handlungsfähigkeit schutzbedürftiger Personen eingeschränkt oder untergraben wird.

Eine pathogene Vulnerabilität kann durch eine Vielzahl von Quellen hervorgerufen werden, wie moralisch dysfunktionale oder missbräuchliche Beziehungen und gesellschaftspolitische Ungerechtigkeiten. Desweiteren entsteht eine pathogene Verletzlichkeit, wenn schutzbedürftige Individuen oder Gruppen einer Intervention zur Verbesserung ihrer Situation unterzogen werden, welche stattdessen bestehende Verletzlichkeiten verschärft oder neue schafft (vgl. Rogers 2019). Grundsätzlich tritt sie also bei einer unzureichenden Beachtung der Integrität einer besonders vulnerablen Person auf. Die Integrität kann mit Ganzheit oder Unversehrtheit übersetzt und „*als eine Art psychophysische oder auch ganzheitliche Gemütsfassung gedeutet werden, die aus der umfassenden Gewissheit resultiert, angesichts der vorfindlichen gesellschaftlichen Umstände ein Leben zu führen, das aus Sicht der Betroffenen alles in allem wünschenswert erscheint.*“ (Pollmann 2018, S.118) Der Integritätsbegriff hat dabei vorrangig einen defensiven Charakter. Er spielt auf das Bestehen einer psychischen und physischen Minimalgrenze an, die durch Übertretung verletzt werden kann. Der Begriff wird vor allem in Kontexten verwendet, in denen die Notwendigkeit betont wird, ethisch-existentielle Selbstverhältnisse gegenüber derartigen äußerlichen Angriffen zu schützen (vgl. Pollmann 2018, S.115f.). In ihm schwingt die grundsätzliche

Forderung nach einem schonenden Umgang miteinander mit, da jedem Menschen ein Schutz auf die eigene psychische und physische Unversehrtheit und eine würdevolle Behandlung gebührt, wie im Kapitel 1.2.2. *Die würdevolle Behandlung: Ein Menschenrecht* noch beschrieben wird.

Von einer pathogenen Vulnerabilität kann folglich gesprochen werden, wenn mit einer besonders vulnerablen Person in einer Art umgegangen wird, durch die sie Nachteile erlebt und einem hinzukommenden potenziellen Schaden ausgesetzt wird. Anstatt ihr einen passenden Schutz zu gewähren oder ermutigend tätig zu sein und eine besondere Verletzlichkeit zu mildern, wird die situative Vulnerabilität dieser Person durch Fehlverhalten zusätzlich verstärkt oder für eigene Zwecke ausgenutzt und damit ihre Integrität berührt. Rogers (2019) nennt hier folgendes Beispiel. Zu unterschiedlichen Zeiten wurden Waisenkinder in Einrichtungen mit dem Auftrag an Fürsorge und Erziehung untergebracht, um die Schäden zu vermeiden, die entstehen könnten, wenn die Kinder ungeschützt auf der Straße leben. Eine solche Reaktion auf die Verletzlichkeit der Kinder, die sich aus dem Fehlen von Eltern ergibt, führt jedoch zu einer pathogenen Vulnerabilität, wenn die mit der Pflege beauftragten Personen die Kinder schlecht behandeln oder missbrauchen. Damit wird nicht nur den Kindern direkt geschadet, sondern ihnen wird auch die Möglichkeit der Entwicklung und Ausübung einer eigenen Handlungsmacht genommen, anstatt sie dahingehend zu fördern. Hierbei geht es den Schutzbedürftigen durch Maßnahmen, die paradoxerweise auf eine Unterstützung abzielen, merklich schlechter (vgl. Rogers 2019).

Parallel dazu kann an Pflegeeinrichtungen gedacht werden, welche eigentlich die Aufgabe haben Gesundheit zu fördern und Krankheit vorzubeugen oder zu mildern, jedoch beispielsweise aufgrund von grenzüberschreitendem Handeln, mangelnder Kommunikation und Vernachlässigung der individuellen Bedürfnisse Gegenteiliges erreichen. Die Trennung des Begriffs der pathogenen Vulnerabilität von den anderen Vulnerabilitätsbegriffen dient also speziell dazu, institutionelle Strukturen anzusprechen, welche zwar eigentlich in der Pflicht stehen, Personen in Gefahr Hilfe zu leisten, stattdessen aber die Lage besonders vulnerabler Personen in irgendeiner Weise verschlechtern (vgl. Bergemann und Frewer 2018b, S.11). Dabei wird auf potenziell schädliche Folgen einer erhöhten Vulnerabilität hingewiesen und die soziale Verantwortung im Umgang mit situativ vulnerablen Personen betont. Auch vermeintlich wohlwollendes Handeln sollte dahingehend hinterfragt werden, ob es tatsächlich im Sinne derer ist, die von dem Handeln betroffen sind und sich beispielsweise aufgrund von Abhängigkeitsverhältnissen oder Machtungleichgewichten nicht dagegen

wehren können. Ihre Würde, Integrität und Autonomie gilt es im Auge zu behalten und nicht zu übergehen.

Insgesamt zeigt sich also, dass die pathogene Vulnerabilität das Resultat eines ungünstigen Umgangs mit besonderen Verletzlichkeiten ist und diese damit sogar verstärken kann. Mit Luna (2019) gesprochen, zeichnet sich die pathogene Vulnerabilität vor allem durch ihren Kaskadeneffekt aus (vgl. Luna 2019, S.91f.). Es gibt ihrer Meinung nach zwei Wege, diese besondere Art der Vulnerabilität zu charakterisieren. Auf der einen Seite kann der Blick auf den Ursprung gerichtet werden, also deren Erzeugung durch moralisch dysfunktionale zwischenmenschliche und gesellschaftliche Beziehungen. Auf der anderen Seite können vorrangig ihre Effekte fokussiert werden, also die Konsequenzen, die diese besondere Vulnerabilitätsschicht nach sich zieht. Ein solcher Effekt wird von Luna (2019) als die verkettete Reihe an Ereignissen, welche schädliche Folgen hat, beschrieben und Kaskadeneffekt („*cascade effect*“) genannt (vgl. Luna 2019, S.92). Nachdem der Ursprung nicht notwendigerweise von pathogener Natur sein muss und der Terminus *pathogen* ihrer Ansicht nach fälschlicherweise eine zu starke Assoziation mit Krankheit und Pathologie hervorruft, spricht Luna (2019) sich dafür aus, eher die Aufmerksamkeit auf das Potential der Verstärkung vorhandener Vulnerabilitäten sowie der Generierung neuer Vulnerabilitäten zu richten, also die in den schädlichen Effekten involvierte normative Kraft. Dieser Kaskadeneffekt, der sich aus einer Vulnerabilitätsschicht entwickeln kann und in Folge mehrere weitere Schichten ähnlich des Dominoeffekts triggert, sei das Ausschlaggebende und Schädliche. Sie nennt eine Vulnerabilitätsschicht mit dieser Kraft Kaskadenschicht („*a cascade layer of vulnerability*“) (vgl. Luna 2019, S.92). Solche Kaskadenschichten können beispielsweise häufig im Bereich der öffentlichen Gesundheit identifiziert werden, da sie in der Regel mit bereits bestehenden Bedingungen und Kontextbedingungen, wie einem mangelnden Zugang zur Gesundheitsversorgung oder fehlenden Arbeitsschutzgesetzen, verbunden sind. Ein weiteres Beispiel, das Luna (2019) für eine Kaskadenschicht bringt, ist folgendes. Wenn ältere Familienmitglieder keinen guten Draht zu deren jüngeren Familienmitgliedern haben und sich allein, isoliert und als eine der Familie auferlegte Last fühlen, kann dies eine relationale Vulnerabilitätsschicht ergeben, die sich im weiteren Verlauf als Kaskadenschicht entpuppt. Sie kann zu einem psychologischen Leid, wie der Depression, führen und dann fehlenden Appetit sowie Kränklichkeit auslösen, wodurch vermutlich als Nächstes wiederum Fragilität, physische Krankheiten und zusätzliche Morbiditäten hervorgerufen werden. Wegen ihrer verheerenden Auswirkungen erscheint es wichtig

Vulnerabilitätsschichten, die sehr wahrscheinlich einen Kaskadeneffekt evozieren, frühzeitig zu identifizieren und aufzulösen, bevor sie pathogene Züge annehmen (vgl. Luna 2019, S.92). Abschließend kann nun gesagt werden, dass sich die pathogene Vulnerabilität aus einem Fehlverhalten von verantwortlichen Personen ergibt, das zu vermeiden ist und als unmoralisch gilt, da die Schutzbedürftigkeit der physischen und psychischen Integrität einer Person nicht ausreichend wahrgenommen wird. Um dem vorzubeugen und nicht Krankheit, sondern Gesundheit zu fördern, soll also innerhalb dieser Masterarbeit ergründet werden, wie besondere Vulnerabilitäten bei zu pflegenden Personen erkannt werden können und wie auf sie würdevoll reagiert wird.

1.1.4 Als Erfahrung: Individuelles Erleben von Vulnerabilität

„Etwas zu erfahren impliziert daher, affizierbar zu sein oder (...) getroffen werden zu können.“ (Stöhr u.a. 2019, S.156)

Vor dem Hintergrund, dass Vulnerabilität nicht nur ein Phänomen ist, das von außen beobachtet werden kann, sondern sich in erster Linie durch das Empfinden und Erleben auszeichnet, erscheint es äußerst wichtig, Vulnerabilität ebenfalls unter dem besonderen Aspekt der subjektiven Erfahrung zu beleuchten. Die persönliche Wahrnehmung der Verletzlichkeit spielt zweifellos eine bedeutende Rolle und deren Einbezug ist für die Erfassung und den Umgang mit Vulnerabilität unerlässlich. Das Kapitel widmet sich aus diesem Grund der Vulnerabilität als einem qualitativen Zustand des individuellen Erlebens. Zur Erforschung des Erlebens als Quelle der Erkenntnis muss zunächst allgemein gesagt werden, dass Bezeichnungen und Formulierungen, welche das Ziel haben, Phänomene wie die Verletzlichkeit zu beschreiben, dies immer nur bedingt können, da sie das erlebte Phänomen nur in seiner Abstraktion wiedergeben können. Erfahrungen in Worte zu fassen ist manchmal herausfordernd und vieles lässt sich nur schwer benennen. Gleichzeitig bedarf es aber solcher Ausdrucksformen, damit die erlebende Person ihr Erleben überhaupt mit anderen teilen kann, da es nur ihr direkt zugänglich ist. Die Qualität des Phänomens kann im Endeffekt nur durch die Qualität des Erlebens festgestellt werden, welche nicht zuletzt auf der Subjektivität gründet. Generell kann bewusst und unbewusst erlebt und zwischen dem Selbsterleben und dem Erleben des Erlebens anderer unterschieden werden. Außerdem tragen Vorerlebnisse und deren Sinnzuschreibung eine entscheidende Rolle im Verstehen des Erlebens und dürfen nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Schrems 2018, S.54f.). Denn je

nachdem, welche Erfahrungen eine Person bereits gemacht hat und wie diese von ihr interpretiert wurden, ist sie individuell geprägt. Aus dieser Sicht heraus nimmt sie gegenwärtige Erlebnisse wahr und deutet sie. Studien haben also gezeigt, dass die Vulnerabilität einer Person aus verschiedenen Perspektiven unterschiedlich empfunden und eingeschätzt werden kann. Es gibt sowohl Personen, die sich in Situationen besonders verletzlich fühlen, obwohl möglicherweise gerade kaum existentielle Gefahr besteht bzw. genügend Ressourcen vorhanden wären, um auf sie zu reagieren, als auch Personen, die von Außenstehenden möglicherweise in manchen Bereichen als besonders vulnerabel bewertet werden, sich selbst jedoch nicht so erleben und nicht so bezeichnen würden (vgl. Lough und Fisher 2016; Grøn 2016).

Spiers (2000) macht aus diesem Grund auf die Unterschiede zwischen der sogenannten *etischen* und *emischen* Perspektive aufmerksam. Eine solche anthropologische Differenzierung bietet die Möglichkeit, den Vulnerabilitätsbegriff anhand zweier unterschiedlicher Ansätze zu denken. Bei der etischen Betrachtung wird unter Vulnerabilität das allgemein vorhandene relative *Risiko* eines potenziellen oder tatsächlichen Schadens verstanden, welches *von außen* durch Urteile über Gefährdung, Funktionsfähigkeit und sozial sanktionierten Interventionsbedarf evaluiert wird, wie es im Wesentlichen in den vorigen Kapiteln erläutert wurde. Nicht das individuelle Bewusstsein, sondern die externe Anerkennung einer Verletzlichkeit ist hierbei entscheidend, da Risiko als quantifizierbar und eine vorhandene Vulnerabilität somit aus etischer Perspektive als beobachtbar und messbar angenommen wird (vgl. Spiers 2000, S.715ff.). Aus emischer Sicht ist die Verletzlichkeit hingegen viel eher ein auf *Erfahrung* beruhender Zustand, der von einer Person qualitativ erlebt wird und deshalb nicht ausschließlich durch einen biomedizinischen Vergleich mit normativen Risikostandards erfasst werden kann. Die Vulnerabilität wird damit in einen psychosozialen-kulturellen Kontext gesetzt und es wird davon ausgegangen, dass diese primär auf der Erfahrung basiere, einem Schaden ausgesetzt zu sein, aufgrund von Herausforderungen hinsichtlich der eigenen Integrität (vgl. Spiers 2000, S.715ff.). Unter diese Betrachtung fallen folglich die Annahmen, dass (1) die Vulnerabilität als gelebte Erfahrung existieren kann, (2) Menschen grundsätzlich ein Gespür für sich selbst besitzen, (3) die Verletzlichkeit etwas Universelles, jede Person Betreffendes ist, und (4) ausschließlich aus der Erlebnisperspektive der Person bestimmt werden kann. Die Integrität einer Person, das Erleben einer Herausforderung, die individuelle Fähigkeit zur Handlung sowie die Multidimensionalität werden somit in den Fokus gerückt. Letzteres bedeutet etwa, dass die erlebte Vulnerabilität von Person zu Person sowie von Erfahrung zu Erfahrung variieren kann

und die Möglichkeit besteht, dass solche Erlebnisse mehrfach, gleichzeitig und kumulativ stattfinden. Wenn verschiedene Aspekte der Integrität nun unterschiedlich herausgefordert werden, kann das Individuum diese als einzelne Ereignisse oder auch als akkumulatives und undifferenziertes Ganzes erleben. Im Vergleich zur etischen Perspektive besteht das Interesse jedoch nicht darin das Gesamtniveau der Vulnerabilität abzuschätzen, sondern zu ermitteln, welche Aspekte der Integrität vom erlebenden Subjekt in Frage gestellt werden. Das Erforschen von Vulnerabilitätserfahrungen im Hinblick darauf, wie Herausforderungen von dem betroffenen Individuum wahrgenommen werden, und dessen Ergebnisse könnten in Folge erhebliche Konsequenzen für die zu setzenden Interventionen haben (vgl. Spiers 2000, S.718f.). Darüber hinaus ist die Macht oder auch das Ausmaß, in dem durch eine Herausforderung das Handeln gelenkt oder eingeschränkt wird, sowie in dem eine Person das Potenzial für Veränderungen wahrnimmt, auch laut Spiers eine wichtige, mit der Vulnerabilität zusammenhängende Dimension. Insbesondere in zwischenmenschlichen Beziehungen ist eine solche Macht von Belang, da Machtunterschiede eine Person dabei einschränken können, das Erleben der eigenen Vulnerabilität auszudrücken. Interessant dabei ist, dass ebenso die Wahrnehmung der eigenen Macht emisch betrachtet von Person zu Person variieren und zu unterschiedlichen Vulnerabilitätserfahrungen führen kann. Es wäre daher zu kurz gegriffen und könnte essentielle Bestandteile der Vulnerabilität übersehen, sich nur auf objektiv ermittelte Risikofaktoren zu stützen und indessen das qualitative Erleben außen vor zu lassen. Letztendlich braucht es die emische Perspektive gleichermaßen wie die etische Perspektive, um das Phänomen der Vulnerabilität umfassend begreifen zu können (vgl. Spiers 2000, S.719f.).

In der Studie von Grøn (2016) wurde beispielsweise behandelt, wie die Vulnerabilität im hohen Alter wahrgenommen und erfahren wird, indem sie aus drei unterschiedlichen Positionen erforscht wurde. Ein Ziel war es, das subjektive Vulnerabilitätserleben von Individuen zu erfassen, die sogenannte „*first-person perspective*“, ein zweites, die Sichtweise von mit diesen Individuen in Verbindung stehenden Personen zu erheben, also die sogenannte „*second-person perspective*“ und ein drittes, die „*third-person perspective*“ einzunehmen und zu untersuchen (vgl. Grøn 2016, S.21ff.). Die Dritte-Person-Perspektive geht von Begriffen und Kategorien aus, welche zum Verständnis und zur Kennzeichnung von Phänomenen verwendet werden. Darunter fallen Kategorisierungen wie die sogenannten aktiven oder passiven, die gesunden oder kranken, die erfolgreichen oder die erfolglosen älteren Personen. Aufgrund der vorhandenen Vielfalt an Situationen, welche sich aus einem komplexen Zusammenspiel zwischen beeinflussenden Faktoren und Personen ergeben, wird

in der Studie von Grøn die Schwierigkeit geäußert, ältere Personen in derartig vereinfachte Kategorien einzuordnen. Die damit verbundene Gefahr der Stigmatisierung ist außerdem Gegenstand von Überlegungen und wird intensiv diskutiert. Eine Klassifizierung von Personen aus der Dritte-Person-Perspektive kann, wie sich schlussendlich herausstellt, empirisch nicht vollzogen werden und sollte laut Grøn besser vermieden werden. „*Instead, we see how vulnerability and agency appear as co-existing modes of living through major transformation – including liminality, sickness and loss in old age.*” (Grøn 2016, S.29) Wie in dem Zitat angesprochen, äußerte sich stattdessen, dass Verletzlichkeit und Handlungsmacht sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern nebeneinander bestehen. Neben den zum Teil miteinander verbundenen und für altersspezifische Verletzlichkeitserfahrungen relevanten Themen (1) körperlicher Verfall oder Krankheit, (2) Marginalisierung, (3) ökonomische Ungleichheit, (4) Familie und soziales Netzwerk und (5) Pflege und Kompensation, kristallisierte sich aus Erste-Person und Zweite-Person-Perspektive heraus, dass es von großer Bedeutung ist, wie Vulnerabilität von älteren Personen erfahren und mit ihr umgegangen wird. Mehrmals äußerten die Proband*innen, es komme darauf an, wie über Verletzlichkeit gedacht und gefühlt wird, ob eine Person besonders vulnerabel sei oder bloß ältere. Im Zuge dessen wurde die Bedeutsamkeit der positiven Einstellung sowie der Erwartungshaltung hervorgehoben und an einem Beispiel festgemacht. Ältere Personen, die für das Alter geplant und vorgesorgt hatten, um zu reisen und das Leben zu genießen, dies jedoch aufgrund von Krankheit oder dem Todesfall der Ehepartner*innen nicht wie gedacht verwirklichen können, treffe es merklich härter als Personen, die nicht derartige Vorstellungen hatten (vgl. Grøn 2016, S.25f.). Wie sich zeigt, spielen persönliche Erwartungen, Einstellungen und Visionen im Erleben eine entscheidende Rolle. Ein solcher Zusammenhang wird ebenso von einer älteren Person geschildert, die in der Studie von Sarvimäki und Stenbock-Hult (2016) zum Thema Vulnerabilität befragt wurde: „*If something hurts me I can become really, really sad. (...) Maybe it's because one has big expectations and in that way becomes vulnerable when one is disappointed. But that depends a bit on yourself, that you have those expectations.*” (Sarvimäki und Stenbock-Hult 2016, S. 378f.) Erwartungen haben offenbar die Kraft, besondere Verletzlichkeiten und in Folge auch negative Auswirkungen hervorzurufen, wenn diese enttäuscht und weiter beibehalten werden. Dies äußert sich auch in der Nocebo-Forschung deutlich. Hier konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Personen, die nicht an die Wirksamkeit und an keinen positiven Effekt einer Hilfestellung oder Therapie glauben, seltener eine positive Wirkung erfahren. Das liegt in der Regel an der erwartungsfokussierten Wahrnehmung von Betroffenen und den damit

verbundenen psychoneuroendokrinen Prozessen bzw. hormonellen Reaktionen des Körpers, welche mit den jeweiligen Gedanken und Überzeugungen verknüpft sind. Gebildet wird die Erwartungshaltung etwa anhand von früheren, prägenden Erfahrungen, die generalisiert werden, aber auch soziale und individuelle Einflüsse können eine erhebliche Rolle spielen (vgl. Schedlowski u.a. 2015, S.704ff.; Keßner u.a. 2016, S.3ff.; Rief und Glombiewski 2016, S.47ff.). Besonders eindrücklich konnte dieses Phänomen in Bezug auf das Schmerzerleben untersucht werden. Dieses fällt beispielsweise geringer aus, wenn Proband*innen eine Schmerzreduktion erwarten. Wenn Proband*innen hingegen keine Linderung erwarten, kann das Schmerzerleben trotz Medikamentengabe fast unverändert hoch bleiben. In so einem Fall wird die Medikamentenwirkung also durch die negativen Gedanken und das fehlende Vertrauen in die Besserung gehemmt (vgl. Bingel u.a. 2011, S.4ff.).

Wichtig von diesen Erkenntnissen mitzunehmen ist, dass die subjektive Sicht von Personen und ihre individuelle Wahrnehmung in Situationen im wesentlichen Zusammenhang mit einer besonderen Verletzlichkeit stehen und diese beeinflussen kann. Den Blick ebenso auf die Erwartungen, Einstellungen und das Empfinden von Personen in ihrer individuellen Lage zu richten und sie ernst zu nehmen, trägt zur Erkennung von subjektiven Herausforderungen bei und kann in Folge im Umgang mit besonderen Verletzlichkeiten helfen. Wenn besondere Vulnerabilitäten oder als schwierig erlebte Situationen vom sozialen Umfeld hingegen nicht als solches anerkannt werden, führt dies vielmehr zu einer Verstärkung der Vulnerabilität und lässt die Betroffenen mit ihrer Belastung allein (vgl. Schrems 2020, S.32ff.). Verletzlichkeitserfahrungen können letztendlich aus den unterschiedlichsten Situationen und Umständen entspringen. Die ganze Bandbreite an möglichen Auslösern zu anzuführen ist daher unmöglich. Einige häufige vulnerabilitätsfördernde Faktoren wurden bereits angesprochen und als eine weitere sehr häufige Quelle für die erlebte Vulnerabilität wurden in mehreren Studien Momente der Ungewissheit erkannt (vgl. Schrems 2020, S.25ff.). In Lebenslagen, die Personen nicht einschätzen können und die auf sie existentiell bedrohlich wirken, wie im Falle einer schweren Erkrankung, werden sie mit der grundsätzlichen, auf der anthropologischen Vulnerabilität basierenden Unsicherheit konfrontiert und nehmen diese verstärkt wahr. Die Ungewissheit ist zwar eine zutiefst menschliche Erfahrung, sie kann allerdings besondere Vulnerabilitätserfahrungen und Leid hervorrufen, wenn kaum innere und äußere Ressourcen vorhanden sind, um diese zu mildern und ein Gefühl von Sicherheit und Orientierung zu schaffen, oder wenn die existentielle Gefahr besonders hoch erscheint. Zur Erinnerung, laut Plessner (1976) ist der Mensch immer auf seinen vulnerablen Leib

rückgebunden und damit seiner Natur in gewisser Weise ausgeliefert (vgl. Plessner 1976, S.56). Eine grundsätzliche Gefahr der Verletzung ist immer vorhanden, wogegen sich der Mensch als ohnmächtig erfährt. Das zeigt sich im Speziellen auch beim Phänomen des Schmerzes, welches dem Menschen die eigene Vulnerabilität vor Augen führt. Jantzen (2011) schreibt:

„Wer Schmerzen erlebt, kann nicht den schmerzenden Körper von seinem Ich abspalten und damit selbst unbeeinträchtigt vom Schmerz bleiben. Der Schmerz nimmt einen Menschen so in Anspruch, dass das Ich dieses Menschen sich nicht in einen Bereich flüchten könnte, wo es nicht vom Schmerz betroffen wäre. Der Schmerz zwingt sich dem Menschen auf, er verursacht eine Rückzugsbewegung: den Wunsch, sich vom Schmerz zurückzuziehen, der unerfüllbar ist, weil der Mensch sich nicht aufspalten kann.“ (Jantzen 2011, S.685)

Den Schmerz kann der Mensch also nicht wegzaubern, er kann ihn aber versuchen zu mildern oder Wege finden mit ihm umzugehen, da er nach Plessner (1976) ebenso die Fähigkeit besitzt, ein Stück weit reflexiven Abstand zu seinem vulnerablen Leib zu gewinnen (vgl. Plessner 1976, S.56). Der Leib ist und bleibt dabei allerdings das unhintergehbare Wahrnehmungsorgan des Menschen und erweist sich somit als *„absoluter Ort jeder Wahrnehmung“* (Bergemann 2018, S.77).

Nachdem derartige Vulnerabilitätserfahrungen von Grund auf etwas Subjektives sind und eine besondere Vulnerabilität zu einem großen Teil mit dem individuellen Erleben zusammenhängt, kann an dieser Stelle nun die äußerst schwierig zu beantwortende Frage aufgeworfen werden, wer letztendlich in der Lage ist, die Verletzlichkeit einer Person am verlässlichsten einzuschätzen, über sie zu urteilen und in Folge zu entscheiden, ob und welches Handeln notwendig ist. Auch im Rahmen der Studie von Grøn (2016) wurde dieses Problemfeld aufgegriffen und gefragt, wer überhaupt das Recht hätte, Personen als besonders vulnerabel zu definieren - sind es die Politiker*innen, die Fachleute oder die Personen selbst (vgl. Grøn 2016, S.25). Wie in diesem Kapitel verdeutlicht wurde, hat das subjektive Erleben der betroffenen Person auf alle Fälle einen beträchtlichen Stellenwert für die Feststellung von situativen Verletzlichkeiten und darf nicht vernachlässigt werden. In der Praxis geht es wohl letztlich vor allem darum, wie mit dem Phänomen der Vulnerabilität, das eine Menge an verschiedenen Situationen, Menschen und Dimensionen umfasst, gemeinsam bestmöglich umgegangen werden kann. Dabei scheint der Einbezug und die Absprache individueller Sichtweisen und Erlebnisse von Bedeutung zu sein, um das Phänomen der Verletzlichkeit in seiner Komplexität zu begreifen. Außerdem könnte die Stärkung der Resilienz eine signifikante Rolle spielen, wie im folgenden Kapitel dargelegt wird.

1.1.5 Resilienz als Antwort auf die Vulnerabilität: Gesundheitsorientierung

“Rather than making people invulnerable, we can at least increase their resilience and make human existence more secure by influencing this context.” (ten Have 2016, S.16)

In diesem Kapitel wird unter anderem der Begriff der Resilienz, dessen Inhalt und seine Beziehung zur Vulnerabilität behandelt, da die Resilienz ein mit der Vulnerabilität wesentlich zusammenhängender Aspekt ist, der darüber entscheidet, ob eine Person in einer Situation besonders vulnerabel ist oder nicht. Manchmal dient das Wort Resilienz sogar als Gegenbegriff zur Vulnerabilität (vgl. ten Have 2016, S.27). Das ist allerdings etwas irreführend, zumal die Verletzlichkeit immer schon in der Natur des Menschen vorhanden ist und die Resilienz erst auf diese Tatsache aufbaut. Mit einer Nichtverletzbarkeit wird in diesem Kontext folglich nicht die anthropologische Vulnerabilität infrage gestellt, sondern in erster Linie das Phänomen angesprochen, dass sich Personen trotz starker Risikofaktoren sowohl psychisch als auch sozial der Norm entsprechend entwickeln können und bei Belastungen scheinbar eine besondere psychische Flexibilität und Stressresistenz besitzen (vgl. Stöhr u.a. 2019, S.109).

In dieser Masterarbeit stellt der Begriff Resilienz also kein Antonym zur Vulnerabilität dar, weil er eher als eine positive Reaktion darauf bzw. als eine dahingehende salutogenetische, gesundheitserhaltende Orientierung betrachtet wird. Welche äußeren und inneren Faktoren einer Person helfen können auf herausfordernde Situationen lösungsorientiert und gesundheitsfördernd zu reagieren und wie Individuen in der Bewältigung eigener Verletzlichkeiten unterstützt werden können, sind daher ebenso Gegenstand dieses Kapitels.

Im Großen und Ganzen sind alle Menschen im Leben Widerständen und Herausforderungen jeglicher Art ausgesetzt und es bestehen sehr unterschiedliche Möglichkeiten die einzelnen Hindernisse zu interpretieren und ihnen zu begegnen. In diesem Punkt heben sich Menschen offensichtlich voneinander ab. Manche Personen haben die Fähigkeit, trotz widriger Umstände und verschiedener Bedrohungen zurecht zu kommen, sich zu erholen, sich anzupassen sowie mit den eigenen Verletzlichkeiten fertig zu werden. Sie sind in solchen Momenten sozusagen *resilient* (vgl. ten Have 2016, S.27). Andere Personen haben wiederum Schwierigkeiten dabei und sind aufgrund diverser Faktoren nicht derart belastbar. Resilienz kann deshalb als „*die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und sie durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen als Anlass für Entwicklungen zu nutzen*“ bezeichnet werden

(Böhme 2019, S.8). Häufig wird sie auch mit *Widerstandsfähigkeit* übersetzt. Das ist jedoch insofern etwas unpassend, da es sich bei der Resilienz viel eher um eine Anpassungsfähigkeit handelt, bei der eine sanfte Flexibilität im Vordergrund steht und kein hartes Gegen-etwas-Ankämpfen (vgl. Böhme 2019, S.8).

Die Verbindung zwischen Resilienz und Vulnerabilität lässt sich gut anhand der drei Komponenten erkennen, die laut ten Have (2016) mit der Verletzlichkeit in funktionalem Zusammenhang stehen und zur Definition des Vulnerabilitätsbegriffs hilfreich sind (vgl. ten Have 2016, S.12f). Eine Komponente, die er beschreibt und bei der Entstehung der Vulnerabilität eine Rolle spielt, ist die (1) *Exposition bzw. das Ausgesetztsein*. Es müssen zunächst äußere Belastungen oder Störungen vorhanden sein, die potenziell schädliche Bedrohungen hervorrufen, damit überhaupt von einer Verletzlichkeit gesprochen werden kann. Als zweite Komponente wird die (2) *Empfindlichkeit oder Sensibilität* angeführt. Darunter kann die Anfälligkeit für Leid oder Schaden verstanden werden und sie stellt im Generellen das Ausmaß dar, in welchem der Mensch durch internen oder externen Stress beeinflusst oder verändert wird. Die dritte für die Begriffsbestimmung wesentliche Komponente ist die (3) *Fähigkeit sich anzupassen oder auf äußere Belastungen bzw. Störungen entsprechend zu reagieren*. Es ist die grundsätzliche Möglichkeit Bedrohungen angemessen zu begegnen oder sie zu überwinden (vgl. ten Have 2016, S.12). Ten Have verdeutlicht hiermit, dass die Vulnerabilität ein ineinandergreifendes Zusammenspiel zwischen verschiedenen Komponenten ist und sich eine situative Verletzlichkeit nicht nur durch einen einzigen ursächlichen Faktor ergibt. Menschen können zwar denselben Bedrohungen oder Situationen ausgesetzt sein, jedoch unterschiedlich empfindlich auf diese reagieren und gleichzeitig unterschiedliche Ressourcen haben, um sie zu bewältigen. Wenn eine Person es also schafft, in herausfordernden Situationen in Balance zu bleiben, Integrität zu wahren und entsprechend auf diese zu antworten, so weist sie trotz dem Vorhandensein einer besonderen Schwierigkeit keine erhöhte Verletzlichkeit, sondern vielmehr eine gewisse Resilienz auf. Und falls nun weiter gefragt wird, wo angesetzt werden kann, um besonderen Vulnerabilitäten vorzubeugen, so kann natürlich auf der einen Seite versucht werden, Exposition zu vermeiden. Eine Reihe an Gesetzen und Verfahren schließen beispielsweise an dieser Stelle an und haben das Ziel situative Vulnerabilitäten zu verringern oder zu beseitigen, indem sie äußere Belastungen oder Störungen beeinflussen, die einen Schaden hervorrufen können. Angesichts der anthropologischen Grundsituation ist diese Strategie jedoch nur zum Teil wirksam und es scheint auf der anderen Seite wertvoll zu sein, nicht vorrangig einen Schutz vor Exposition anzustreben, sondern den Fokus auch auf die Sensibilität und

Anpassungsfähigkeit einer Person zu legen, um ein Verletzungsrisiko zu minimieren und gleichzeitig Entwicklung zu ermöglichen (vgl. ten Have 2016, S.13). Der Strategie des Schutzes vor herausfordernden Situationen kann daher eine Strategie der individuellen Befähigung entgegengesetzt werden. Das Ziel bei Letzterem ist, dass Personen genügend Kraft oder Ressourcen haben, ihrer Art des Ausgesetztseins flexibel zu begegnen, um auf sich aufzupassen und damit Integrität wie Gesundheit zu wahren. Es besteht also das Bestreben, Resilienz zu fördern, sodass sich vulnerable Personen aktiv an ihrem psychischen, physischen und sozialen Wohlergehen beteiligen können und sich weitgehend als eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt erfahren (vgl. Huth 2018, S.52).

Hierbei sei allerdings zu betonen, dass die Verantwortung für Gesundheit und Leistungsfähigkeit und die dafür notwendige Verarbeitung von chronischem Stress und Traumata nicht allein das Individuum tragen kann. Denn, wie schon im Zuge der politischen Perspektive auf die Vulnerabilität angeschnitten, gründen eine Reihe von Stressfaktoren auf gesellschaftlichen Bedingungen, die der*die Einzelne kaum ändern kann und mit denen er*sie konfrontiert ist, wie zum Beispiel vorgegebene Arbeitszeiten. Aktiv zur Resilienzförderung beizutragen ist deshalb vor allem auch die Aufgabe der Gemeinschaft und Politik und nicht bloß dem Individuum zu überlassen (vgl. Böhme 2019, S.11f.). Außerdem werden dauerhafter Stress und ein negatives Lebensereignis, wie der Verlust einer geliebten Person, stets belastend für das Individuum sein, zumal die Verletzung und der Schmerz, welche bei derart negativen Ereignissen auftreten, nicht ausschließlich durch das Kennen von Strategien zur Förderung von Resilienz ungeschehen gemacht werden können. In solchen Situationen ist es deshalb unangemessen von der betroffenen Person mehr Widerstandskraft zu erwarten ohne die für eine Linderung und Bewältigung notwendigen Voraussetzungen, wie genügend Freiraum für Trauer und soziale Unterstützung, zu schaffen (vgl. Böhme 2019, S.12). Das heißt die Fähigkeit, persönliche Krisen zu bewältigen, hängt weitgehend von der Kombination zwischen äußeren und inneren Faktoren ab und ist weder alleinig dem Individuum zuzuordnen, noch kann das soziale Umfeld der Einzelperson das Leid vollkommen abnehmen. In diesem Punkt äußert sich eine Parallele zur Vulnerabilität.

Das Phänomen Resilienz ist demzufolge ebenso multifaktoriell wie das Phänomen der Vulnerabilität und ihre Einflussfaktoren überschneiden sich naturgemäß aufgrund ihres Zusammenhangs.

Als wichtigste äußere Faktoren, die zu einem resilienten Umgang mit Stress beitragen, nennt Böhme (2019):

- *Familiärer Zusammenhalt*
- *Verlässliche und fürsorgliche Bezugspersonen*
- *Gute Eingebundenheit in das soziale Umfeld*
- *Zugehörigkeitsgefühl*
- *Respekt und Wertschätzung durch das soziale Umfeld*
- *Zusätzliche außerfamiliäre soziale Ressourcen* (Böhme 2019, S.32f.)

Überdies zählt Böhme (2019) folgende innere Faktoren, persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten auf, welche bei der Stressverarbeitung helfen:

- *Flexibilität und Anpassungsfähigkeit*
- *Selbstbewusstsein, positive Selbstwahrnehmung*
- *Fähigkeit zur Abstraktion und Reflexion*
- *Strukturiertheit und Selbstdisziplin*
- *Soziale Kompetenz inklusive der Fähigkeit, um Hilfe zu bitten*
- *Emotionale Intelligenz*
- *Humor*
- *Grundvertrauen*
- *Frustrationstoleranz und Geduld*
- *Fähigkeit zur Emotionsregulation*
- *Offenheit und Extraversion*
- *Aktive Problemlösung*
- *Spiritualität* (Böhme 2019, S.32)

Die *positive Wahrnehmung der Zukunft*, in Verbindung mit der angemessenen Menge *Realismus*, das *Gefühl von Autonomie* und *Lifestyle-Faktoren* sind nach Böhme (2019) weitere Aspekte, die von inneren wie äußeren Gegebenheiten abhängig und für die Resilienz zuträglich sind (vgl. Böhme 2019, S.33). An diesen Punkten kann beispielsweise im Sinne der Gesundheitsförderung angesetzt und gesamtgesellschaftlich gearbeitet werden.

Interessante Inhalte zu dem Thema Resilienz lieferte auch Antonovsky (1997) mit seiner Konzeption der Salutogenese. Menschen befinden sich seiner Auffassung nach in einem sogenannten „*Gesundheits-Krankheitskontinuum*“ und sind ständig Stressoren ausgesetzt, deren Spannung sie auflösen müssen, um unversehrt zu bleiben (vgl. Antonovsky 1997, S.21ff.). Dafür bedürfen sie zum Einen generalisierter Widerstandsressourcen, die in (1) gesellschaftlich-kulturelle, (2) materielle, (3) personale und (3) soziale Faktoren bzw. soziale Unterstützungsressourcen unterteilt werden können, und zum Anderen einem mit den

Lebenserfahrungen verbundenes Kohärenzgefühl („*Sense of Coherence*“) (vgl. Stöhr u.a. 2019, S.115ff.). Das Kohärenzgefühl trägt aus salutogenetischer Perspektive zur Resilienz bei, es basiert auf einem Gefühl des Vertrauens und setzt sich im Allgemeinen aus den drei Komponenten Verstehbarkeit („*Sense of Comprehensibility*“), Handhabbarkeit („*Sense of Manageability*“) und Bedeutsamkeit („*Sense of Meaningfulness*“) zusammen. Mit der Komponente der Verstehbarkeit ist „*das Maß, in welchem interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrgenommen werden, d. h. als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen gegenüber einem chaotischen, ungeordneten, willkürlichen, zufälligen und unerklärlichen Rauschen*“ gemeint (Stöhr u.a. 2019, S.117). Personen, die ein hohes Verstehbarkeitsgefühl aufweisen, können sich auftretende Stimuli also in irgendeiner Weise erklären und gehen davon aus, dass auch zukünftige Stimuli von ihnen entweder vorhergesagt oder spontan eingeordnet werden können. Die Komponente der Handhabbarkeit beschreibt hingegen die wahrgenommene Menge an verfügbaren und passenden Ressourcen, die notwendig sind, um mit den Anforderungen des Lebens umzugehen und damit weder unter- noch überfordert zu sein. Indem sind externe Ressourcen gleichwie interne Ressourcen von Belang. Personen, die ein hohes Gefühl der Handhabbarkeit besitzen, sehen sich grundsätzlich nicht in der Opferrolle und fühlen sich auch nicht vom Leben ungerecht behandelt, sondern werten auftauchende Herausforderungen als Erfahrungen, die zu bewältigen sind. Und mit der Komponente der Bedeutsamkeit wird hervorgehoben, inwieweit Erfahrungen für eine Person als sinnvoll erscheinen. Personen, die im Leben auftauchende Aufgaben und Probleme demzufolge annehmen und ihnen einen Wert beimessen, empfinden ein hohes Gefühl der Bedeutsamkeit. Das Gegenteil davon ist das Gefühl der Sinnlosigkeit, welches eine Person eher lähmt als ermutigt. Um das Bedeutsamkeitsgefühl herausbilden zu können, sind die Teilnahme an Entscheidungsprozessen und daraus resultierende Selbstwirksamkeitserfahrungen wichtig, da sich Personen in ihrem Handeln in der Welt sonst eher als gleichgültig und unwichtig erleben, wenn ihnen dies verwehrt bleibt. Die Abnahme von Entscheidungen und eine fehlende Partizipation im Gestaltungsprozess des Handlungsablaufes entkräften hingegen das Gefühl der Bedeutsamkeit und ein damit einhergehendes Engagement (vgl. Stöhr u.a. 2019, S.117ff.).

Laut Antonovsky ist das Kohärenzgefühl also eine für die Erhaltung der Gesundheit notwendige Reaktion auf die menschliche Verletzlichkeit (vgl. Antonovsky 1997, S.33). Es reduziert die Vulnerabilität und ermöglicht bzw. stärkt die Resilienz einer Person. Im Zuge der Gesundheitsförderung kann daher am Kohärenzgefühl angeknüpft und zur Aktualisierung

der persönlichen Gesundheitspotenziale sowie zum produktiven Umgang mit Vulnerabilität beigetragen werden (vgl. Stöhr u.a. 2019, S.120ff.).

Nachdem Machtlosigkeit ein wesentlicher Risikofaktor für einen mangelhaften Gesundheitszustand ist, weil sie einerseits häufig mit einem eingeschränkten oder fehlenden Zugang zu medizinischer Versorgung verbunden ist sowie andererseits mit eingeschränkter oder fehlender Anerkennung und Selbstwirksamkeitserfahrung, stellt sich das unterstützende, gegebenenfalls pädagogische *Empowerment* als eine entscheidende Quelle für Gesundheit heraus (vgl. Huth 2018, S.52). Empowerment möchte einer „*einseitigen Defizitorientierung*“ entgegenwirken und basiert im Vergleich dazu auf einem „*Verständnis des Ermöglichen*“, welches vulnerable Personen vordergründig als „*Subjekte der eigenen Lebensgestaltung im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Bedürfnisse*“ betrachtet (Huth 2018, S.53). Zur Vermeidung von paternalistischen Tendenzen sowie von Interventionen, welche an den vorhandenen Bedürfnissen vorbeigehen, ist daher der Einbezug der von einer Behandlung betroffenen Individuen fundamental. Jeder Person kommt grundsätzlich das Recht und die Pflicht zu, sich am Planungs- und Umsetzungsprozess der eigenen Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Das heißt zwar nicht, dass alle Personen zu jeder Zeit dazu imstande sind, die herrschenden Verhältnisse und ihre realen Bedürfnisse und Fähigkeiten ausreichend und passend einzuschätzen. Wenn sie dabei Schwierigkeiten haben, scheint es ausgesprochen notwendig zu sein, auch Meinungen von anderen involvierten Personen und Expert*innen einzuholen und sich nicht ausschließlich auf die Wahrnehmung der Betroffenen zu stützen. Denn diese befinden sich möglicherweise gerade in einer besonderen Lage oder einem Zustand, wo sie weder Erfahrung noch Wissen haben. Dennoch ist es wichtig, die subjektive Sicht nicht außer Acht zu lassen und auf individuelle Fähigkeiten und Bedürfnisse einzugehen (vgl. Huth 2018, S.52ff.). Nur so ist es betroffenen Personen möglich, auch eigene Ressourcen und Kompetenzen zu entdecken, sie einzubringen, selbstbestimmt tätig zu sein und sich weiterzuentwickeln. Außerdem lässt sich, wie speziell im vorigen Kapitel angeführt, ausschließlich durch die Betrachtung der subjektiven, emischen Perspektive herausfinden, wie Personen zahlreiche Herausforderungen in ihre tägliche Erfahrung integrieren, sie bewältigen und wie sich dazugehörige Entscheidungen letztlich in ihrer Lebensqualität äußern (vgl. Spiers 2000, S.720).

Zusammengefasst kann also gesagt werden, dass die Resilienz eine reaktive Komponente der Vulnerabilität darstellt und ihre Förderung unter anderem zu mehr Wohlergehen, zu einem konstruktiven Umgang mit besonderen Verletzlichkeiten und mehr Selbstbestimmung beiträgt. Oder wie ten Have (2016) kurz und prägnant schreibt: „*Nobody is invulnerable, and*

everybody needs resilience.”(ten Have 2016, S.27) Resilienz trägt schließlich zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und Integrität in potenziell bedrohlichen Situationen bei und für ihr Entstehen sind äußere ebenso wie innere Faktoren notwendig.

1.2 Ein in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege relevantes Phänomen: Die pflege- und medizinethische Bedeutung der Vulnerabilität

Es hat sich nun also gezeigt, dass Verletzlichkeit ein täglicher Begleiter des Menschen ist und ein Phänomen, das von einer Person jederzeit am eigenen Leib verspürt werden kann. In manchen Lebenssituationen ist sie kaum zu bemerken und in anderen ist sie höchst offensichtlich und wird zur Herausforderung für Betroffene. Nachdem Vulnerabilität unter anderem fundamental mit dem Gesundheits- bzw. Krankheitserleben zusammenhängt und im Rahmen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege häufig in erhöhtem Maße auftritt, hat sie auch insbesondere für das professionelle Gesundheits- und Krankenpflegepersonal Relevanz und kann als ein Schlüsselkonzept betrachtet werden (vgl. Spiers 2000, S.715).

Um auf den Kontext der Forschungsfrage näher einzugehen und den Stellenwert der Vulnerabilität für die Pflegepraxis zu verdeutlichen, wird in den folgenden Kapiteln das Phänomen der Verletzlichkeit mit speziellem Blick auf den Handlungsbereich der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege erörtert. Das besondere Abhängigkeitsverhältnis zwischen zu pflegender Person und Pflegeperson, das Recht auf eine würdevolle Behandlung und der Umgang mit moralischen Problemsituationen in der Pflege und Medizin werden dabei zum Thema gemacht und ethisch beleuchtet. Dafür soll jedoch zuerst in einem Überblick dargestellt werden, was unter einer professionellen Pflege verstanden wird, wodurch sie sich auszeichnet und welche Rolle dabei die Pflegeethik einnimmt.

Laut österreichischem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz hat der sogenannte „*gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege*“ den Auftrag, mithilfe von wissenschaftlich fundierten gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen, aber auch palliativen Kompetenzen die Gesundheit von Personen zu fördern und aufrechtzuerhalten, Heilungsprozesse zu unterstützen, gesundheitliche Beeinträchtigungen zu lindern und zu

bewältigen sowie die Lebensqualität bestmöglich zu wahren (vgl. GuKG 2019, Art. 12, Abs. 2). Mit diesem Ziel findet Gesundheits- und Krankenpflege in unterschiedlichen Settings statt, mobil, ambulant, teilstationär oder stationär, und schließt zahlreiche Aufgabenbereiche ein (vgl. GuKG 2019, Art. 12, Abs. 1). Pflegerische Kernkompetenzen, wie zum Beispiel die *„Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen“*, die *„Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens“*, die *„Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes“*, die *„Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention“* und die *„psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege“* sind dafür bei Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erforderlich (GuKG 2019, Art. 14, Abs. 1 & 2). Pflegende müssen für die Ausübung ihres Berufs allerdings auch diverse andere Kompetenzen besitzen, wie etwa Fertigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, praktisches Wissen bei Notfällen, aber auch Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (vgl. GuKG 2019, Art. 13ff.). Um die Qualitätsanforderungen des Pflegeberufes zu erfüllen, wird ein professionelles Handeln in der Gesundheits- und Krankenpflege angestrebt. Von einer professionellen Gesundheits- und Krankenpflege wird hier gesprochen, wenn Angehörige des Pflegeberufs während des Pflegeprozesses die fachliche Kompetenz aufweisen, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse mit dem Erfahrungswissen in der pflegerischen Praxis zu verbinden, und zugleich die für ein Fallverstehen notwendige hermeneutische Kompetenz in konkreten Pflegesituationen besitzen (vgl. Hojdelewicz 2012, S.11f.; Schrems 2019, S.22f.) Damit wahrgenommene Phänomene auch benannt und als ein Gegenstand der Pflegewissenschaft erkannt sowie reflektiert werden können, benötigen professionelle Pflegepersonen eine angemessene Sprache, *„die die Inhalte der Pflege klar und eindeutig bezeichnet, die etwas kommunizierbar und damit sichtbar macht“* (Bartholomeyczik 2005, S.23). Für die Pflegeprofessionalität ist das Finden geeigneter Worte und Begriffe also ein bedeutsamer Aspekt, welcher die wissenschaftliche Untersuchung pflegerischer Inhalte begünstigt und den fachlichen Austausch erleichtert (vgl. Bartholomeyczik 2005, S.26). Durch den Einsatz einer adäquaten Sprache haben Gesundheits- und Krankenpflegepersonen außerdem die Möglichkeit, ihr pflegerisches Tun gegenüber den betroffenen Personen wie auch dem multiprofessionellen Team darzustellen. Abgestimmt auf das Verständnis des individuellen Gegenübers wählt die professionelle Pflegeperson entweder Fach- oder Alltagssprache (vgl. Bartholomeyczik 2005, S.28). Oft arbeitet die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege mit verschiedenen Gesundheitsberufen interdisziplinär zusammen, welche sich mit ähnlichen oder denselben Phänomenen wie die Pflege beschäftigen. Je nach

professionellem Tätigkeitsbereich legen diese jeweils einen anderen Fokus und verfolgen unterschiedliche Ziele. Insbesondere mit ärztlichem Personal haben professionelle Pflegepersonen häufig zu tun, nachdem sie auch medizinisch-diagnostische oder -therapeutische Tätigkeiten wie das Verabreichen von Medikamenten nach ärztlicher Anordnung übernehmen. Im Vergleich zum ärztlichen Personal verbringen Pflegende oft mehr Zeit mit den zu behandelnden Personen. Sie sind als erste Ansprechpersonen vor Ort und haben aufgrund dieser besonderen Nähe einen anderen Einblick in deren psychische und physische Erlebniswelt (vgl. Fölsch 2017, S.24ff.). In der Pflege bestimmt vor allem der Imperativ der Fürsorge das Handeln, wohingegen bei der Medizin der therapeutische Imperativ des Heilens im Vordergrund steht (vgl. Fölsch 2017, S.22ff.). Unterschiedliche Anforderungen und Ziele können im multiprofessionellen Team zu ethischen Konflikten führen, welche im Sinne aller Betroffenen gut kommuniziert und reflektiert werden sollten (vgl. Fölsch 2017, S.110f.). Hierfür ist es für die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege grundlegend, dass sie sich mit dem eigenen Tätigkeitsbereich ethisch auseinandersetzt und die Etablierung einer eigenständigen Pflegeethik, neben der Medizinethik, unterstützt (vgl. Fölsch 2017, S.22ff.). Dabei geht es nicht primär um die Abgrenzung der Pflegeethik von der Medizinethik, sondern vielmehr um das Herausstreichen der Notwendigkeit, auch das pflegerische Handeln ethisch zu hinterfragen und auf die Verantwortung der handelnden Personen hin zu prüfen. Denn die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege führt ihre pflegerischen Tätigkeiten eigenverantwortlich durch und hat eine damit verbundene rechtliche wie moralische Pflicht, ihren Beruf gewissenhaft und qualitativ hochwertig auszuüben.

Zumal die Vulnerabilität sowohl in der Medizinethik als auch in der Pflegeethik ein zentrales Thema darstellt, welches interdisziplinär relevant ist und sich in den Inhalten oft gleicht, wird in dieser Masterarbeit im Sinne der wertvollen Zusammenarbeit und der gegenseitigen Ergänzung jedoch auf beide Bereichsethiken Bezug genommen. In dieser Masterarbeit steht kein spezielles Pflegesetting im Vordergrund, sondern es wird recht allgemein auf die im Kontext der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege bzw. die innerhalb der Pflegebeziehung zwischen professioneller Pflegeperson und zu pflegender Person potentiell gegebene, situative Vulnerabilität eingegangen. Grundsätzlich findet die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege in äußerst unterschiedlichen Pflegesettings statt, von dessen Umgebungsfaktoren und vorhandenen Ressourcen die situative Vulnerabilität zusätzlich beeinflusst werden kann bzw. wird. Eines haben Pflegesituationen dabei meist gemeinsam, und zwar, dass eine gewisse Abhängigkeit zwischen der zu pflegenden Person und der

Pflegeperson besteht. Dieses besondere, interaktive Verhältnis wird im Folgenden thematisiert und steht im Zentrum der Überlegungen. Denn neben den kontextspezifischen Faktoren, welche an konkrete Praxissituationen und ihre strukturellen Bedingungen gebunden sind, spielt im Generellen auch die Beziehung und das Zusammenwirken von zu pflegender Person und Pflegeperson hinsichtlich der Vulnerabilität eine einflussreiche Rolle.

Wie im folgenden Teil der Masterarbeit begründet wird, ist eine reflektierte Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Verletzlichkeit vonseiten professioneller Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erforderlich. Sie ist von ethischer Relevanz, damit ein angemessener Umgang mit situativer Vulnerabilität erfolgt sowie pathogene Vulnerabilitäten vermieden werden, welche den betroffenen Personen Schaden zufügen und sie aus dem gesunden Gleichgewicht bringen können. Eine solche reflektierte Haltung in der Praxis zu leben, kann für das Pflegepersonal durchaus herausfordernd sein, weil Pflegepersonen damit unter anderem auch an die eigene Verletzlichkeit erinnert werden und ihre Zeit- und Energieressourcen begrenzt sind. Trotz dieser Schwierigkeiten ist es aus ethischer Sicht wichtig, die Bedeutung dieses Phänomens für das menschliche Leben, das Handeln und für die fürsorgliche Pflege nicht zu ignorieren oder zu verdrängen, da dies etwa auf Kosten der psychischen und physischen Gesundheit von Betroffenen gehen kann.

Die fundamentale Bedeutung der Vulnerabilität als „*Ausgangs- und Bezugspunkt der professionellen Pflegepraxis*“ nach Riedel und Linde (2018) basiert jedoch nicht ausschließlich auf dem mit ihr einhergehenden Schädigungspotential, sondern durch sie wird die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege erst erforderlich und eine gesundheitsfördernde Verbindung zwischen Pflegeperson und zu pflegender Person ermöglicht. Damit hat die menschliche Verletzlichkeit für das pflegeprofessionelle Handeln neben dem moralischen auch einen grundlegenden sozialen Wert (vgl. Riedel und Linde 2018, S.79).

1.2.1 Die besondere Lage der zu Pflegenden: Eine Abhängigkeitsbeziehung zwischen Patient*in und Pflegeperson

Die spezielle Situation, in der sich zu Pflegende befinden, sowie das aus einer erhöhten Abhängigkeit resultierende, zumeist asymmetrische Verhältnis zwischen Pflegeperson und zu pflegender Person sind in diesem Kapitel Thema. Es wird beschrieben, wodurch sich etwa die Sonderstellung von Patient*innen auszeichnet, durch welche Merkmale diese sichtbar werden

kann, welche Rolle die Pflegepersonen in der Regel einnehmen und was dies schlussendlich für das professionell pflegerische Handeln bedeutet.

Zu Pflegende sind, wie der Ausdruck schon andeutet, in einer bestimmten Weise bedürftig und auf pflegerische Hilfe angewiesen. Auch der Begriff *Patient*in* kann aus dem Lateinischen mit *der*die Leidende* übersetzt werden und bringt eine vorhandene medizinische Notlage zum Ausdruck, welche eine therapeutische Behandlung durch professionelles Gesundheitspersonal erforderlich macht. Woraus diese Not entstanden ist und wie sie sich äußert, geht aus dieser Bezeichnung allerdings nicht hervor. Nicht alle Patient*innen und zu pflegenden Personen stehen ihrer Situation gleichermaßen leidend gegenüber und sind ausgeliefert oder ohnmächtig bzw. erfahren und verhalten sich so, da situative Faktoren und das persönliche Erleben entscheidende Auswirkungen auf die Vulnerabilität und die Gesundheit bzw. Krankheit haben. Personen haben individuelle Bedürfnisse und Ressourcen und gehen unterschiedlich mit Situationen um. Nur weil sie sich etwa in einer Situation als besonders vulnerabel erleben und Hilfe benötigen, heißt das nicht, dass sie auch in anderen Situationen auf Unterstützung angewiesen sind. Daher ist es wichtig, die individuellen Bedürfnisse wie auch die vorhandenen Ressourcen während der Pflege genau zu erfassen und Personen nicht von vornherein als machtlose Objekte der Fürsorge zu behandeln. Auch zu Pflegende können Instrumente der Macht besitzen, welche sie innerhalb einer Pflegebeziehung einzusetzen imstande sind (vgl. Bohn 2015, S.56). Dennoch haben sie generell die Gemeinsamkeit, dass bei ihnen eine spezielle Abhängigkeit vom Gesundheitspersonal besteht, weil sie aufgrund ihrer Notlage, wie auch immer diese letztendlich aussieht, an fremde Unterstützung gebunden sind (vgl. ten Have 2016, S.126). Eine solche Abhängigkeit ist an sich nichts, was negativ betrachtet werden muss. Es liegt in der Natur des Menschen mit anderen Personen verbunden und von ihnen abhängig zu sein. In manchen Lebenslagen, wie etwa in der Kindheit oder bei Krankheit, ist das vermehrt und in manchen Lebenslagen weniger der Fall. Durch zwischenmenschliche Bindung werden jedenfalls soziale Interaktionen und gegenseitiges Lernen ermöglicht. Sie hilft dem Menschen Beziehungen aufzubauen, sich zu entwickeln und letztendlich auch zu überleben. Der Mensch ist ein soziales Wesen, wie bereits mit Buber (1978) herausgestrichen wurde, und die gegenseitige Bindung bzw. Abhängigkeit der Menschen ist bedeutungsvoll für das menschliche Dasein. Sie stellt allerdings auch eine Quelle der Verletzlichkeit dar (vgl. Schrems 2020, S.16). Daher ist Achtsamkeit geboten, wenn Abhängigkeiten sehr einseitig und intensiv verlaufen, sodass sie zu einer ungleichen Machtverteilung und einer besonderen

Vulnerabilität der hilfsbedürftigen Person führen, wie das in der Pflege oftmals der Fall ist (vgl. Bohn 2015, S.57). Dann ist ein professionelles Verhalten vonseiten der Pflege gefragt, welches sich dadurch auszeichnet, dass die Pflegeperson derartige asymmetrische Beziehungen reflektiert und zum Wohle der zu pflegenden Person handelt. Gleichzeitig ist sich die professionelle Gesundheits- und Krankenpflegeperson ihrer Grenzen der Fürsorge bewusst und leistet eine Pflege, „die allen Beteiligten gerecht wird“ (Fölsch 2017, S.93). Nach Riedel und Linde (2018) können beispielsweise folgende Faktoren auf die erhöhte Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Personen während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege hinweisen:

- „Extreme Abhängigkeit von fachlicher Expertise und stellvertretender Handlungsübernahme durch Pflege und Medizin (asymmetrische Beziehungssysteme) mit einem Verlust an Autonomie und Selbstkontrolle
- Angst und fehlendes Vertrauen in geteilte Verantwortungs- und Entscheidungsprozesse
- Physisches wie psychisches Schmerzerleben aufgrund von Behandlungsprozeduren, Verletzungen, Traumata, Verlusterfahrungen etc.
- Gefühl von Angst, Scham, Hilflosigkeit, Wut und Trauer angesichts von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und der Endlichkeit des eigenen Lebens
- Ausgeprägtes Gefühl des Kontrollverlusts oder Entindividualisierungserfahrung
- Überzogene Hoffnung auf Heilung und Therapieerfolg
- Tendenz zur Schuld- und Verantwortungszuweisung (gegenüber sich selbst/anderen)
- Einsamkeit oder (selbstgewählte) soziale Isolation
- Erschütterung der persönlichen Lebens- und Zukunftsplanung: Verunsicherung hinsichtlich individueller Identitäts- und Selbstkonzepte
- Sorge und Angst um andere (Kinder, pflegebedürftige Angehörige, etc.)
- Wissen um Unheilbarkeit und Progredienz des Krankheitsverlaufes“ (Riedel und Linde 2018, S.80f.)

Die genannten Faktoren stellen jeweils Herausforderungen dar, mit denen manche Personen im Zuge einer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit konfrontiert sind. Je nach Ausprägung und vorhandenen Bewältigungsstrategien, haben derartige Faktoren einen Einfluss auf die situative Vulnerabilität der Betroffenen und verdeutlichen die besondere Lage, in der sie sich befinden. Die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege hat in solchen Situationen die Möglichkeit zu intervenieren und den Betroffenen Hilfestellung zu leisten. Pflegepersonen können dabei ihre potenzielle Handlungsmacht einsetzen, um für sie da zu sein und sie aus ihrer Not zu führen (vgl. Bohn 2015, S.62). Das pflegerische Handeln kann und soll schließlich den Betroffenen zugutekommen, indem es beispielsweise ein angenehmes Umfeld schafft und die Beschwerden kompensiert oder mildert. Auf dieses Handeln sind hilfsbedürftige Personen gewissermaßen angewiesen und an dieser Stelle äußert sich das

Abhängigkeitsverhältnis zwischen Patient*in bzw. zu pflegender Person und dem Gesundheitspersonal. Die Betroffenen unterliegen in ihrer besonderen Notlage den Urteilen und Handlungen der Fachkräfte, und auch die Rahmenbedingungen und pflegerischen Abläufe werden primär vom Gesundheitspersonal gestaltet bzw. vorgegeben. Wird die vorhandene Handlungsmacht von Pflegepersonen unachtsam und nicht im Sinne der zu Pflegenden eingesetzt, so kann diese bei ihnen auch persönliche Grenzen überschreiten und verletzend wirken. Diese verfehlte oder missbräuchliche Verwendung von Macht ist das Gefahrenpotential, das mit der ungleichen Abhängigkeitsbeziehung einhergeht (vgl. ten Have 2016, S.126). Es bedarf vonseiten der schutzbedürftigen Personen daher ein Vertrauen, dass die eigene Verletzlichkeit berücksichtigt und nicht für fremde Zwecke ausgenutzt wird, damit sie sich wohl fühlen.

In der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege wird grundsätzlich ein adhärentes Verhalten angestrebt, welches in der Praxis aber nicht immer umgesetzt werden kann. Der Begriff *Adhärenz* beschreibt das Einhalten der Therapiemaßnahmen vonseiten der Patient*innen bzw. zu Pflegenden und verdeutlicht, dass für den Erfolg einer Therapie das Gesundheitspersonal gleichwie die zu pflegenden Personen Verantwortung tragen. Um Therapieziele zu erreichen, ist im ersten Schritt die Einigung auf geeignete Therapiemaßnahmen notwendig. Damit zu Pflegende motiviert sind, sich an die Abmachungen und Empfehlungen des Gesundheitspersonals zu halten, hilft in vielen Fällen die Aufklärung darüber, was das Ziel der Maßnahmen ist und weshalb deren Vollzug für die Gesundheit wichtig ist. Letztendlich können diverse Gründe hinter einer fehlenden Adhärenz stecken, welche sowohl auf das Handeln des Gesundheitspersonals zurückgehen können, als auch auf das der zu Pflegenden, oder aber auf anderen hinderlichen Faktoren basieren (vgl. Campenhausen 2020, S.46ff.). Ein Pflegeprozess kann somit auch für die professionelle Gesundheits- und Krankenpflegeperson frustrierend sein und Gefühle der Verletzlichkeit hervorrufen, wenn sie zum Beispiel die an sie gestellten Ansprüche nicht im erwünschten Maß erfüllen kann oder mit aggressivem Verhalten konfrontiert ist. Sie weist innerhalb der professionellen Pflegebeziehung folglich ebenso eine gewisse Vulnerabilität auf, selbst, wenn diese möglicherweise nicht so offensichtlich ist wie bei den zu Pflegenden und sie sich ihr eher entziehen kann. Bei den Pflegepersonen und den zu Pflegenden äußern sich demgemäß zwei unterschiedliche *Sphären* der Verletzlichkeit, wie Angel und Vatne (2017) es bezeichnen. Die Vulnerabilität der zu Pflegenden wird in erster Linie durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit herausgefordert, wohingegen Pflegepersonen sich in Auseinandersetzung mit den zu Pflegenden in Gefahr begeben, verletzt zu werden (vgl. Angel und Vatne 2017,

S.1433). Professionelle Pflegepersonen sind deshalb dazu angehalten, ein gesundes Nähe-Distanz-Verhältnis zu den zu Pflegenden zu wahren, um sich selbst vor einem Übermaß an psychischem, physischem und emotionalem Stress zu schützen und gesund und handlungsfähig zu bleiben. Zu Pflegende können sich im Unterschied dazu schwer von einer vorhandenen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit distanzieren, da sie in Momenten der Not letztendlich auf ihren vulnerablen Leib zurückgeworfen sowie auf helfende Kräfte angewiesen sind. Ihre Vulnerabilität steht daher meist im Zentrum ethischer Überlegungen. Dennoch spielt auch das Vulnerabilitätserleben der Pflegeperson im Kontext der professionellen Pflegebeziehung eine beachtenswerte Rolle und ist nicht zu unterschätzen (vgl. Spiers 2000, S.719). Sind professionell Pflegende mit ständiger emotionaler Belastung konfrontiert, ohne ein entsprechendes Arbeitsumfeld zu haben, das sie in der Bewältigung pflegerischer Herausforderungen unterstützt, so kann die Qualität der Pflege erheblich darunter leiden. Wenn Verletzlichkeitserfahrungen bei Pflegenden überhandnehmen, distanzieren sie sich aus Selbstschutz von weiteren Schwierigkeiten, mit denen sie nicht umgehen können. Ein Phänomen, das in diesem Zusammenhang häufig bei Pflegepersonen auftritt und ihre Verletzlichkeit im Rahmen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege erkennen lässt, ist der sogenannte moralische Disstress. Dieser entsteht, wenn eine Person zwar eine Vorstellung davon hat, was aus moralischer Sicht zu tun wäre, es aber beispielsweise aufgrund von institutionellen Vorgaben nicht durchführen kann. Auf Dauer ist es dann belastend für sie entgegen den eigenen moralischen Vorstellungen zu handeln und innere Gewissenskonflikte nicht lösen zu können. Die Rolle der Pflegeperson ist von einer Verantwortung geprägt, die bei moralischen Problemsituationen zur Qual werden kann, wenn dieser aus subjektiver Sicht nicht ausreichend nachgekommen werden kann. Zur Wahrung der persönlichen Integrität der Pflegepersonen ist deshalb die Anerkennung moralisch herausfordernder Situationen von Relevanz, von der Person selbst, aber insbesondere auch von ihrem Arbeitsumfeld. Zudem ist die Klärung derartiger moralischer Konflikte und das Finden einer Lösungsstrategie notwendig, damit moralischer Stress nicht zu schädlichem moralischen Disstress wird und auf Problemsituationen weiterhin angemessen sowie mit gutem Gewissen reagiert werden kann (vgl. Wöhlke und Wiesemann 2016, S.281 ff.; Schrems 2020, S.37ff.). Ethisch sensible Pflegepersonen, welche eine emotionale und körperliche Nähe zu den zu Pflegenden zulassen, öffnen sich damit ihrer eigenen Verletzlichkeit und dem empathischen Miteinander, während sie das vermehrte Risiko eingehen, durch Gefühle der Verbundenheit sowie der eigenen Ohnmacht bzw. Handlungsunfähigkeit bewegt zu werden. Das geschieht etwa, wenn sie aus institutionellen, persönlichen oder sonstigen Gründen nicht

dazu in der Lage sind, der hilfsbedürftigen Person in ihrer Notsituation entsprechend beizustehen, obwohl sie dies gerne tun würden. Es wäre daher falsch zu sagen, dass Verletzlichkeitserfahrungen in der Gesundheits- und Krankenpflege ausschließlich vonseiten der zu Pflegenden auftreten und Pflegepersonen während ihrer Arbeit nicht ebenso besonders verletzlich sein können.

Von einer asymmetrischen Beziehung wird infolgedessen nur deshalb gesprochen, weil die professionelle Pflegeperson sich in einer anderen Grundsituation befindet als die zu pflegende Person und somit im Allgemeinen als weniger verletzlich gilt. Wie sich die Pflege, und insbesondere die Pflegebeziehung, letztendlich in der Praxis gestaltet und mit welchen Erfahrungen sie für die Beteiligten einhergeht, hängt dagegen in erster Linie vom Erleben der handelnden Individuen und vom situativen Umfeld ab. Hierzu passt auch ein Zitat von Arendt (1960), welches verdeutlicht, dass Macht in erster Linie etwas ist, das sich im Zusammenspiel von Menschen herausbildet und durch Handeln verändert werden kann:

„Macht ist immer ein Machtpotential, und nicht etwas Unveränderliches, Messbares, Verlässliches, wie Kraft oder Stärke. Stärke ist, was ein jeder Mensch von Natur in gewissem Ausmaße besitzt und wirklich sein eigen nennen kann; Macht aber besitzt eigentlich niemand, sie entsteht zwischen Menschen, wenn sie zusammen handeln, und sie verschwindet, sobald sie sich wieder zerstreuen.“ (Arendt 1960, S.194)

Macht gestaltet sich demnach erst im zwischenmenschlichen Handeln und kann unterschiedliche Formen annehmen. Sie ergibt sich im Kontext und ist deshalb ebenso schwer messbar wie die Verletzlichkeit. Macht kann eine konstruktive, aber auch eine destruktive Kraft haben, je nachdem wie sie eingesetzt wird. Die destruktive Kraft des machtvollen Handelns, welche insbesondere in pathogenen Vulnerabilitäten münden kann, gilt es in der Pflege zu vermeiden, beispielsweise indem die zu pflegende Person und die Pflegeperson gemeinsame Ziele vereinbaren und an ihnen zusammenarbeiten. Denn Widerstand bei zu Pflegenden äußert sich oftmals erst, wenn Sinn und Zweck einer Handlung nicht verstanden werden, sie sich unangemessen behandelt oder nicht wohl fühlen. Wird ein solcher Widerstand wahrgenommen, dann sollte das von der Pflegeperson ernst genommen werden. Es kann als Anlass dienen, über die jeweiligen Hintergründe des Handelns zu reden und offene Fragen zu klären. Einen Widerstand hingegen zu ignorieren und den Willen der zu Pflegenden aufgrund einer situativen Überlegenheit zu missachten, ist eine Gewaltanwendung, die persönlichen Schaden anrichten kann und daher generell zu unterlassen ist. Da zu Pflegende in vielen Situationen dem Handeln der Pflegepersonen ausgesetzt und auf sie angewiesen sind, ist Gewalt in der Pflege und die damit einhergehende

Verletzung der Integrität ein großes ethisches Thema, mit dem sich professionelle Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bewusst auseinandersetzen müssen, um achtsam mit ihrer machtvollen Position umzugehen (vgl. Bohn 2015, S.51ff.). Das Machtungleichgewicht zwischen zu Pflegenden und dem Gesundheitspersonal, welches sowohl auf eine Ungleichheit des psychischen oder physischen Zustands, aber auch auf eine strukturelle Asymmetrie von Ressourcen und Handlungsfähigkeit zugunsten des Gesundheitspersonals zurückzuführen ist, sowie die damit verbundenen besonderen Verletzlichkeiten sind schließlich Erklärungen dafür, warum die medizinische und pflegerische Behandlung grundsätzlich als ein moralisches Unterfangen angesehen wird, das vom professionellen Gesundheitspersonal ethisch reflektiert werden muss (vgl. ten Have 2016, S.126f.).

1.2.2 Die würdevolle Behandlung: Ein Menschenrecht

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit¹ begegnen.“ (AEMR 1948, Art.1)

In der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und in der EU- Grundrechtecharta wurde einst festgehalten, dass jeder Mensch von Grund auf einen Anspruch auf eine würdevolle pflegerische und medizinische Versorgung sowie das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit, soziale Sicherheit und Unterstützung hat. Menschen gebührt ein Lebensstandard, der ihnen und ihrer Familie Gesundheit und Wohl bringt (vgl. AEMR 1948, Art.1 & 25; GRCh 2000, Art. 3, 34 & 35). Menschenrechte wie diese besitzt jeder Mensch bereits aufgrund seines Menschseins. Es heißt, dass diese angeboren und unverlierbar sind und in erster Linie auf den Schutz der Menschenwürde abzielen (vgl. Fritzsche 2016, S.18f.). Mit den Menschenrechten wurde eine Norm bzw. ein Ideal verankert, nach welchem gehandelt werden soll und bestehende Umstände gemessen und bewertet werden können. Kritisiert wird an den Menschenrechten zwar unter anderem, dass sie in Anbetracht der Vielzahl an praktischen Herausforderungen und scheinbaren Umsetzungsschwierigkeiten zu utopisch formuliert sind und damit überzogene Erwartungen schüren. Jedoch macht es erst die Festlegung auf allgemein anerkannte Menschenrechte möglich,

¹ Aufgrund des damit angesprochenen Geschlechts ist der Begriff „Brüderlichkeit“ in diesem Originalzitat bereits veraltet. Heutzutage erscheint der Ausdruck „(...) einander im Geist der Solidarität begegnen“ passender.

Menschenrechtsverletzungen und missliche Zustände zu thematisieren, zu skandalisieren und Menschen damit vor unzulässiger Gewalt zu schützen (vgl. Fritzsche 2016, S.46ff.). Gerade besonders verletzte Personen sollen aufgrund der vermehrten Gefahr Menschenrechtsverletzungen zu erleiden, verstärkte Schutzmechanismen genießen, wobei diese nicht als Sonderrechte zu bewerten, sondern als Ermöglichung gleicher Rechte für alle zu sehen sind (vgl. Fritzsche 2016, S.127).

Nachdem Menschenrechte sich auf die Vorstellung einer angeborenen Menschenwürde beziehen und die Menschenwürde in der Philosophie und Rechtstheorie ein viel diskutierter und gesellschaftlich aufgeladener Begriff darstellt, der recht offen ist und vieles beinhalten kann, soll dieses Kapitel klären, was hier unter einer *menschenwürdigen* bzw. *würdevollen* Behandlung verstanden wird. Für das Thema der Masterarbeit hat der Würdebegriff insofern eine große Bedeutung, weil nicht nur ergründet werden soll, wie besondere Verletzlichkeiten bei zu Pflegenden zu erkennen sind, sondern auch, wie mit ihnen zugleich würdevoll umgegangen werden kann. Was also hinter dem abstrakten Begriff der Menschenwürde steckt, wie er mit Vulnerabilität in Relation steht und welche Forderung er für das Handeln beinhaltet, eröffnet dieses Kapitel. Dafür werden zunächst Überlegungen von Weber-Guskar (2016) zu diesem Thema vorgestellt.

Weber-Guskar setzt sich in ihrer Abhandlung mit der Verwendung des Würdebegriffs auseinander und beschreibt im Zuge dessen die Mehrdeutigkeit des gängigen Würdeverständnisses, wie auch damit verbundene Widersprüchlichkeiten. Häufig werde die Würde recht allgemein als Wert, Status oder Anspruch des Menschen, den jeder Mensch besitzt, gedeutet. Eine solche Auffassung berge allerdings die Gefahr ihn überflüssig werden zu lassen (vgl. Weber-Guskar 2016, S.25). Es sei paradox einerseits zu behaupten, Menschenwürde sei unantastbar und gleichzeitig für sie einen Schutz zu fordern, als ob sie doch beeinträchtigt werden könnte. Daher argumentiert sie dafür, die Würde vielmehr als eine menschliche Haltung zu verstehen. Denn die Würde sei nicht, wie oft fälschlicherweise behauptet werde, unantastbar, sondern hänge wesentlich mit äußeren und inneren Faktoren zusammen. Weber-Guskar erachtet also für die Beschreibung von Würde das Wort *Haltung* am passendsten, weil es eine innere Verfassung anspricht, die auch nach außen sichtbar wird, sowie ein Verhalten, welches sich „*durchhält*“ und damit „*eine stabile Art und Weise, sich in bestimmten Hinsichten zu verhalten*“ darstellt (Weber-Guskar 2016, S.95). Haltung kann ebenso als ein bestimmtes Selbstverhältnis und eine Einstellung aufgefasst werden, welche sich darin äußert, wie auf etwas emotional reagiert und wie gehandelt wird. Sie kann bewahrt

werden, aber auch vorübergehend verloren gehen, wenn Personen mit etwas Unvorhergesehenem konfrontiert sind, das nicht in ihre bisherige Vorstellung und Einschätzung der Situation eingeordnet werden kann (vgl. Weber-Guskar 2016, S.95).

Die negative Emotion, die am ehesten mit Würde in Zusammenhang steht, ist laut Weber-Guskar die Demütigung. Unter dieser ist *„die Erfahrung einer negativen Bewertung seiner selbst zu verstehen, die einen nicht in speziellen Eigenschaften, sondern insgesamt trifft und bei der die Einstellung, das Verhalten und der Vergleich von und mit anderen im Spiel ist“* (Weber-Guskar 2016, S.117) Die Demütigung einer Person kann also als ein Angriff auf ihre würdevolle Haltung gewertet werden. Ein solcher Angriff muss nicht zwangsläufig mit einem Würdeverlust einhergehen. Er tut es allerdings, wenn dadurch bei der betroffenen Person ein Gefühl der Demütigung entsteht. Die Erfahrung der Demütigung drückt einen Verlust der würdevollen Haltung aus. Wenn Personen demzufolge gedemütigt werden können, also Demütigung empfinden können, so ist das ein Zeichen für Würde (vgl. Weber-Guskar 2016, S.117). Die Verletzlichkeit der menschlichen Würde macht sie also erst zu etwas Schützenswertem und Wertvollem. Denn *„nicht weil es die Menschenwürde unverbrüchlich gibt, nicht weil Menschen immer Würde haben, gelten bestimmte Normen; sondern damit Menschen in Würde leben können, damit sie Würde haben können, müssen bestimmte Normen berücksichtigt werden.“* (Weber-Guskar 2016, S.156) Für eine Haltung der Würde bedarf es demnach sogenannte *menschenwürdige Umstände*. Sie ermöglichen es Menschen, in Würde zu leben und sind somit allgemein gefordert. Als Voraussetzungen für ein Leben in Würde nennt Weber-Guskar erstens die garantierte physische Integrität, zweitens das materielle Existenzminimum und drittens die soziale Anerkennung. Negativ formuliert muss also die Freiheit von physischem Zwang, von extremer materieller Not und von Diskriminierung gewährleistet sein, damit ein menschenwürdiges Leben ermöglicht wird. Wenn Personen äußerlichen Zuständen komplett ausgeliefert sind und nicht tun oder sagen können, was sie wollen, sondern von etwas oder jemanden abhängig sind, handelt es sich beispielsweise um physischen Zwang. Auftretendes Leid und Sterben aufgrund einer fehlenden medizinischen Versorgung bei eigentlich vermeidbaren oder heilbaren Krankheiten ist ebenso ein Negativbeispiel für das Verwehren menschenwürdiger Umstände (vgl. Weber-Guskar 2016, S.191). Werden Personen sonach am eigenen Ausdruck oder an der eigenen Entfaltung entsprechend dem persönlichen Selbstbild gehindert, dann wird es ihnen erschwert in Übereinstimmung mit sich selbst zu leben und in einer Haltung der Würde zu bleiben.

„Die Unmöglichkeit, das zu tun, was man will, das zu äußern, was man denkt, und sich als der oder die zu zeigen, für den oder die man sich hält, kann auch dazu führen, dass die innere Einheit

zerstört wird, weil man es nicht erträgt, dass man derart gegen sich handeln muss (und derart erniedrigend behandelt wird – je nachdem, was man noch zu Umständen und was man schon zu den Handlungen anderer zählt).“ (Weber-Guskar 2016, S.192)

Dieses Zitat lässt einen Zusammenhang zwischen Weber-Guskar's Konzeption der Würde als Haltung und dem im Kapitel 1.1.3. umschriebenen Begriff der persönlichen Integrität erkennen. Bei beiden steht das intakte Selbstverhältnis als erforderliches Gut im Zentrum der Überlegungen. Der Schutz der Integrität einer Person ist für die Aufrechterhaltung ihrer würdevollen Haltung offenbar ein wesentlicher Punkt. Dennoch geht der Würdebegriff, wie es scheint, über den Begriff Integrität hinaus und möchte nicht vorrangig die potenzielle Verletzbarkeit derselben in den Fokus rücken, sondern bekräftigt vielmehr einen normativen Anspruch auf das gute Leben, wie sich noch weiter zeigen wird. Eine Herausforderung besteht darin, dass die angesprochenen Selbstbilder von Personen vom Inhalt her individuell unterschiedlich sind und somit keine konkreten, allgemeingültigen Normen genannt werden können, wie die Würde einer Person gewährleistet wird. Lediglich die Aussage „*Hindere niemanden daran, in Würde zu leben*“ kann nach Weber-Guskar als generelle Norm bestimmt werden (Weber-Guskar 2016, S.225). Alles weitere ist mit dem betreffenden Individuum und dem kulturellen Rahmen in Beziehung zu setzen und muss auf dieses abgestimmt werden. Dabei kann es sein, dass Konfliktfälle auftreten, in denen ein „*gewisses Abwägen*“ erdenklich wird. Zu hinterfragen ist in solchen Fällen, ob wirklich die für die spezielle Ausdifferenzierung der Würde erforderlichen Bedingungen sichergestellt werden müssen oder ob in derartigen Konfliktfällen nicht möglicherweise etwas anderes wichtiger ist, das ebenso einen moralischen Anspruch hat (vgl. Weber-Guskar 2016, S.225). Eines der Beispiele, die sie dazu nennt, ist etwa das eines Massenmörders, dessen Selbstbild es ist, Menschen zu töten und der meint, er könne nur so in Würde leben. Ein solches Selbstbild lässt sich aus moralischen Gründen nicht aufrechterhalten und der Massenmörder ist gezwungen, sich auf die Suche nach einem anderem Selbstbild zu begeben, da sein ursprüngliches von der Gemeinschaft nicht unterstützt und toleriert wird. Ein weiteres Beispiel, welches zu erkennen geben soll, dass Selbstbilder fließend zu verstehen sind und von Personen stets adjustiert werden können, ist das eines Wissenschaftlers, der ein Gespräch mit Personen führen soll, welche seine Ansichten und Erkenntnisse nicht teilen. Nachdem der Wissenschaftler in einem solchen Gespräch noch alle möglichen Freiheiten hat sich so zu verhalten wie es für ihn passend erscheint und ein variiertes Selbstbild aufrechterhalten kann, wird er in solch einer Situation nicht wesentlich daran gehindert in Würde zu leben. Er kann während des Gesprächs aufstehen und gehen, wenn es ihm zu viel wird. Er kann die Situation

mit Humor nehmen, sich auf positive Aspekte und Folgen eines Austauschs fokussieren oder auch sein Selbstbild neu anpassen. Der Wissenschaftler findet sich zwar möglicherweise in einer Situation wieder, die nicht seinen Wünschen und Erwartungen entspricht, hat aber im Vergleich zu existentiell notleidenden Menschen, denen wichtige Freiheiten zur Aufrechterhaltung ihrer Würde fehlen, einen Gestaltungsspielraum. Seine Würde wird vermutlich nicht oder nur unwesentlich beeinträchtigt (vgl. Weber-Guskar 2016, S.225ff.). Krankheiten verursachen bei vielen Personen beispielsweise, dass sie nicht mehr ein gleichermaßen würdevolles Leben führen können, wie vor den auftretenden Beschwerden. Verschlechterungen ihres Gesundheitszustandes können Menschen immer wieder dazu veranlassen, die Grenzen des eigenen Selbstbildes zu verändern und es erneut so auszurichten, dass sie mit der eigenen Vorstellung über sich und dem eigenen Leben im Einklang stehen können. Krankheit stellt nach Weber-Guskar daher in der Regel eine besondere Bedrohung für die Würde dar, zumal Erkrankte häufig mit unerwarteten und unangenehmen Situationen konfrontiert sind. Krankheit muss allerdings nicht zwangsläufig mit einem Würdeverlust einhergehen. Erkrankte Personen behalten etwa ihre Haltung der Würde, wenn sie in der Lage sind, sich auf die speziellen Umstände einzustellen, wenn sie von ihrem Umfeld nach wie vor keine Demütigung, sondern Unterstützung und Anerkennung erfahren und infolge ihre Integrität wahren können (vgl. Weber-Guskar 2016, S.246f.).

Ähnlich wie schon beim Begriff der situativen Vulnerabilität hervorgehoben, kommt es stark auf die persönlichen äußerlichen und innerlichen Umstände, Bedürfnisse und Ressourcen an, ob die Integrität und Würde einer Person aufrechterhalten werden kann. Das Vorhandensein individueller Unterschiede wird also auch von Weber-Guskar betont und sie konstatiert, dass manche Personen früher die Übereinstimmung mit sich selbst verlieren und manche später. Nicht jede Person reagiert gleichermaßen auf den Entzug einer oder mehrerer Freiheiten, selbst wenn diese sich in ähnlichen Situationen befinden (vgl. Weber-Guskar 2016, S.193). Aus diesem Grund ist zur Achtung der Menschenwürde neben der Anerkennung des persönlichen Willens und der Meinungsfreiheit insbesondere wichtig, *„dass man eine Person in einer Notlage oder in einem Disput überhaupt in ihren Bedürfnissen und Gründen anhört“* (Weber-Guskar 2016, S.219). Essentiell für Weber-Guskar's Würdeverständnis ist, dass jede Person einen Anspruch auf Würde oder genauer formuliert einen *„Anspruch auf Gewährleistung der Bedingungen für Würde“* besitzt, ungeachtet dessen, ob sie gerade in Würde lebt oder nicht. Wenn eine Person in Würde lebt, so solle sie möglichst nicht daran gehindert werden es weiter zu tun. Wenn sie gerade ihre würdevolle Haltung verloren hat oder sie aus irgendwelchen Gründen ins Schwanken gerät, so dürfe sie wenigstens nicht daran

gehindert werden, Würde wiederzuerlangen. Nur weil eine Person die Würde in ihrer Situation nicht aufrechterhalten kann, heißt es nicht, dass sie keinen oder weniger Anspruch auf die Gewährleistung der notwendigen Grundvoraussetzungen hat. Der Anspruch auf Würde ist unabhängig vom Besitz von Würde. Im Gegensatz dazu kann sogar argumentiert werden, dass Personen, die keine oder eine beeinträchtigte Würde haben, sich in einer misslicheren Lage befinden als in Würde lebende Personen und deshalb der Achtung ihrer Menschenwürde, im Sinne des Ermöglichens der Wiedererlangung der Würde, ein mindestens genauso hoher bzw. sogar höherer Stellenwert zukommt (vgl. Weber-Guskar 2016, S.234). Die Bedingungen für Würde gilt es nach Weber-Guskar also grundsätzlich für jeden zu gewährleisten, zumal Würde für ein gutes Leben unentbehrlich ist und allen, so gut es geht, ein solches Leben ermöglicht werden soll. Ob diese Bedingungen von Personen entsprechend wahrgenommen und für sich zum Positiven verwendet werden oder nicht, ändert nie ihren generellen Anspruch darauf (vgl. Weber-Guskar 2016, S.235).

Nun wurden einige Gedanken von Weber-Guskar ausgebreitet, da diese eine gute Verbindung zum Thema der Masterarbeit schaffen und es hilfreich ergänzen. In dem Würdebegriff, den sie skizziert, werden einige Aspekte angesprochen, die bereits bei der Bearbeitung des Vulnerabilitätsbegriffs behandelt wurden. Die situativen und individuellen Unterschiede von Menschen und die Bedeutung ihres subjektiven Erlebens finden zum Beispiel Berücksichtigung in Weber-Guskar's Würdebegriff und prägen ihn. Würde ist fließend zu verstehen und in Relation zum Individuum, dessen Kultur und dessen innere sowie äußere Faktoren. Der Begriff trägt einen normativen Anspruch auf das Leben in Würde in sich, auf ein Leben, das gemäß den eigenen Vorstellungen, dem subjektiven Selbstbild und in Übereinstimmung mit der Gemeinschaft gestalterisch gelebt werden kann. Ein solches Leben sollen Menschen einander untereinander ermöglichen, anstatt es zu verunmöglichen und sich gegenseitig die Fähigkeit zur Selbstverfügung zu nehmen. Der Mensch ist nicht nur psychisch und physisch verletzbar, sondern auch seine Würde kann verletzt und missachtet werden. Das menschliche Handeln soll folglich im Sinne der Wahrung und Herstellung von menschlicher Würde geschehen. Denn menschliche Würde bildet einen zentralen Wert, der ein stimmiges, als gut befundenes Leben anzeigt, wonach allgemein gestrebt wird. Sie ist ein „Ziel“, das mittels moralischer Normen erreicht werden soll (vgl. Weber-Guskar 2016, S.227). Damit ist allerdings nicht gesagt, dass jegliche Art von Würdeverhinderung bzw. -verletzung zu unterlassen ist, da in Konfliktfällen auch eine Diskrepanz zwischen Menschenwürde und Moral entstehen kann. Manche Selbstbilder können aus moralischen Gründen schlichtweg nicht aufrechterhalten werden, wie im Beispiel des Massenmörders erläutert, und Würde zu

haben bedeutet nach Weber-Guskar schließlich auch „*mit sich in einer Gemeinschaft übereinstimmen zu können; in einer Gemeinschaft von Wesen, in denen man anderen das gleiche Streben nach dem gleichen Gut, das man selbst schätzt und erstrebt, zugesteht.*“

(Weber-Guskar 2016, S.226) Jedem steht Würde zu und es ist die Aufgabe der Menschen miteinander einen Umgang zu finden, wie diese jedem so gut wie möglich gewährt wird.

Auf die Frage, wie eine menschenwürdige Behandlung in der Pflege aussieht bzw. aussehen kann, lässt sich auf Basis des eben dargelegten Würdebegriffs folgendermaßen antworten. Pflegepersonen achten auf die Würde von zu Pflegenden, indem sie ihnen ermöglichen, sich auszudrücken und ihre individuell unterschiedlichen Bedürfnisse und Einstellungen zu äußern. Personen wird in einer Lage der Not dafür Raum gegeben und sie finden Gehör, damit sie überhaupt erst ihr subjektives Leiden und die persönlichen Umstände schildern können, sofern sie dazu fähig sind. Zur Aufrechterhaltung ihrer Würde wird auf Wünsche und Empfindungen der zu Pflegenden in einer Weise eingegangen, in der diese in Übereinstimmung mit sich selbst bleiben können, solange keine moralischen Gründe dagegensprechen. Wenn ihre Haltung der Würde ins Wanken geraten ist bzw. gerät oder sie diese verloren haben, unterstützen Pflegepersonen dabei, sie wiederzufinden. Je nach Situation wird ergründet, was das positive Selbstverhältnis bei zu Pflegenden stört und wie es bestenfalls wiederhergestellt werden kann. Als Anhaltspunkt können dabei die zuvor genannten Voraussetzungen für ein Leben in Würde dienen. Pflegepersonen versuchen es erstens bestmöglich zu verwirklichen, dass zu Pflegende physische Integrität erfahren. Um das zu erreichen, dürfen diese etwa keinem physischen Zwang ausgesetzt werden. Zu Pflegende fühlen sich dadurch den äußerlichen Umständen nicht vollständig ausgeliefert, sondern erhalten im Gegensatz dazu Möglichkeiten der Mitsprache und Gestaltung. Zweitens versuchen Pflegepersonen zur Erhaltung der Würde die Existenz der zu pflegenden Personen zu sichern und bieten ihnen die notwendige Gesundheitsversorgung. Drittens herrscht während einer würdevollen Pflege ein Gefühl sozialer Anerkennung, frei von Diskriminierung und Demütigung. Professionelle Pflegepersonen tragen insofern im Rahmen ihrer Tätigkeit als sogenannte „*Human Rights Defenders*“ eine entscheidende Rolle (vgl. Bielefeldt 2016, S.20). Sie stehen für den universalen Anspruch auf eine würdevolle Behandlung und schließlich auch für das Recht auf Gesundheit ein, indem sie Hilfsbedürftigen eine angemessene, professionelle Pflege gewährleisten. Das in den Menschenrechten verankerte Recht auf Gesundheit, welches auch am Anfang des Kapitels umrissen wurde, ist hierbei nicht mit dem Versprechen zu verwechseln, dass jede Person unentwegt bekommen kann, was sie möchte oder braucht. Aufgrund einer Knappheit von

Ressourcen können manchmal schwerwiegende Entscheidungen beispielsweise unumgänglich sein und kaum vermieden werden, wie etwa in der Transplantationsmedizin, wenn nicht für jede bedürftige Person Spenderorgane vorhanden sind und eine Auswahl getroffen werden muss, wem geholfen wird. In solchen Fällen beinhaltet das Recht auf Gesundheit jedoch zumindest das „*Recht auf Rechtfertigung*“, das hinter jeder Entscheidung, die für betroffene Personen gesundheitlich nachteilig ist, das Vorliegen eines plausiblen Grunds vorsieht (vgl. Bielefeldt 2016, S.29). Wie Gesundheitspersonal in Konfliktsituationen zu gerechtfertigten Entscheidungen kommen können, wird im nächsten Kapitel noch ausführlich untersucht.

An dieser Stelle soll jedoch vorwiegend deutlich werden, dass die Würde ein zentrales Konzept ist, auf dem menschliche Ansprüche und Rechte aufgebaut werden und nach dem das Handeln in der Pflege, aber auch allgemein, letztlich ausgerichtet ist. Zugleich muss die Würde individuell und situationsabhängig betrachtet werden, wie Weber-Guskar vorschlägt. Auch Bielefeldt (2016) und Bergemann (2018) sprechen in diesem Kontext von einem zu erfassenden „*Würdebewusstsein*“ der Menschen, oder auf Englisch „*sense of dignity*“, und streichen mit diesem Begriff die Bedeutung der empfundenen oder gespürten Würde heraus, die als ein „*vielfältig situationsabhängiges affektives Betroffensein*“ charakterisiert wird und eine eigenleibliche Empfindung darstellt (vgl. Bielefeldt 2016, S.30; Bergemann 2018, S.78ff.). Ob Personen ihre Würde spüren bzw. ein Würdebewusstsein entwickeln können, sei schließlich an ihre konkreten, empirischen Lebensumstände gekoppelt. Daher ist aus menschenrechtlicher Sicht die Schaffung von sozialen Umwelten geboten, die jeweils individuell auf die Menschen abgestimmt sind und ihnen, so gut es geht, ein positives Befinden erlauben, basierend auf ihrer persönlichen leiblichen Komplexität und Erfahrung (vgl. Bergemann 2018, S.80f.). Während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege entpuppt sich neben dem traditionellen, medizinisch orientierten pflegerischen Handlungswissen des Pflegepersonals deshalb vor allem ihre leiblich-ethische Kompetenz und Sensibilität als eine wesentliche Qualität, „*um adäquate Handlungen zu erkennen und zu erspüren, die das Würde-Verspüren und Wohlbefinden wahren, sowie mit der betroffenen Person in einer gemeinsamen Situation in den verschiedensten Formen der Kommunikation – auch der leiblichen Kommunikation – zu deren Wohl auszuhandeln.*“ (Bergemann 2018, S.88). Mit leiblich-ethischer Kompetenz und Sensibilität ist hierbei die für das Aufspüren individueller Verletzlichkeiten und Hintergründe erforderliche komplexe Achtsamkeit gemeint. Achtsame Pflegepersonen versuchen herauszufinden, worum es in Situationen wirklich geht, was für zu Pflegende jeweils auf dem Spiel steht und was sie für ihr Wohl, für

die Wahrung ihrer Integrität und ihres Würdebewusstseins benötigen (vgl. Bergemann 2018, S.88 & 104.). Wenn mit Verletzlichkeiten von zu Pflegenden hingegen unsensibel umgegangen wird und durch Fehlverhalten oder demütigende Umstände eine erhöhte Verletzlichkeit entsteht, dann ist das nicht nur in Anbetracht ihrer Gesundheit schädlich, sondern dies kann ebenso als eine Missachtung bzw. Verletzung ihrer Menschenwürde gewertet werden. Das Vorbeugen pathogener Vulnerabilitäten ist aus diesem Grund immer auch eine Frage des Schutzes der Menschenwürde. Eine Probandin von Grøn's Studie sagte dazu passend: „*Good care comes with empathy, bad care makes you feel less than human.*”(Grøn 2016, S.28)

Die Beurteilung, welches Handeln der menschlichen Würde gerecht wird und was in speziellen Konflikt- oder Dilemmasituationen zu tun ist, kann allerdings in der pflegerischen Praxis trotz fürsorglicher Absicht des Gesundheitspersonals und dem Ziel Verletzungen möglichst zu vermeiden oder zu kompensieren oftmals schwierig sein. Es ist nicht immer eindeutig, was besonders verletzbare Personen in der Pflege für ihr menschliches Gedeihen „*human flourishing*“ brauchen, welches professionelle Pflegepersonen nach Sellman in erster Linie absichern sollen (vgl. Sellman 2005, S.9f.). Zur Anerkennung und Hilfestellung derartiger Schwierigkeiten werden im folgenden Kapitel die vier bioethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress mitsamt der dahinterstehenden Theorie vorgestellt. Diese kommt zwar ohne den Würdebegriff aus, steht aber dennoch in keinem Widerspruch zu den eben getätigten Aussagen, sondern ergänzt und spezifiziert sie vielmehr.

1.2.3 Auseinandersetzung mit Problemsituationen in der Praxis: Die bioethischen Prinzipien und Methoden der moralischen Rechtfertigung von Beauchamp und Childress

Dieses Kapitel befasst sich nun mit der bioethischen Theorie von Beauchamp und Childress (2019), welche aus praktischen Überlegungen entwickelt und in dem Buch *Principles of Biomedical Ethics* laufend überarbeitet wurde. Entstanden ist sie aufgrund des Eindrucks, dass es keine der prominenten ethischen Theorien zufriedenstellend schafft, der Vielfalt an moralischen Schwierigkeiten in der biomedizinischen Praxis gerecht zu werden. Bei komplexen praktischen Problemen stellen diese nach Auffassung von Beauchamp und Childress kein adäquates Hilfsmittel für die moralische Entscheidungsfindung dar (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.1 & 385). Welche Prinzipien und Methoden der

Rechtfertigung Beauchamp und Childress handelnden Personen daher an die Hand geben wollen und auf welchen Argumenten sich ihre Theorie stützt, wird anschließend in groben Zügen ausgeführt und mit den bereits dargestellten Inhalten verknüpft. Für die Fragestellung der Masterarbeit ist ihr Ansatz insofern von Interesse, weil er einige Anhaltspunkte dafür gibt, welche ethisch relevanten Informationen und situativen Bedingungen das professionelle Gesundheitspersonal herausfinden kann bzw. soll, um situationsgemäß zu handeln und dieses moralisch angemessen begründen zu können.

Zu Beginn ihres Werkes machen Beauchamp und Childress (2019) erstmal begreiflich, wie es möglich ist, dass Menschen grundsätzlich dieselben moralischen Grundsätze haben, aber zugleich in konkreten moralischen Fragen unterschiedliche Ansichten vertreten können. In konkreten Situationen sind sich Menschen untereinander oftmals nicht einig und stehen in Konflikt, obwohl sie eigentlich dieselbe allgemeine moralische Haltung vertreten und in elementaren Punkten übereinstimmen. Dieses Phänomen beantworten Beauchamp und Childress mit ihrer Unterscheidung zwischen der allgemeinen und der partikularen Moral (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.3ff.) Die *allgemeine* Moral („*common morality*“) umfasst Grundsätze, die nicht auf eine Kultur, eine Gruppe oder ein Individuum bezogen sind, sondern denen eine universale Gültigkeit zukommt, wohingegen unter den Begriff der *partikularen* oder auch *spezifischen* Moral („*particular morality*“) ihrer Beschreibung nach alle Grundsätze fallen, die ausschließlich für bestimmte Menschengruppen verbindlich sind. Die allgemeine Moral kann als ein Produkt menschlicher Erfahrung und Geschichte betrachtet werden, welches universell geteilt wird und von allen Personen, die sich moralischen Überlegungen grundsätzlich verpflichtet fühlen, anerkannt wird (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.4). Die moralischen Normen der allgemeinen Moral zeichnen sich durch ihre Abstraktheit, Allgemeingültigkeit und Inhaltsarmut aus, und Beispiele für derartige Normen der allgemeinen Moral sind das Verbot zu töten oder zu schaden und Tugenden wie jene der Vertrauenswürdigkeit, Gewissenhaftigkeit, Freundlichkeit und Ehrlichkeit. Es gibt ihrer Auffassung nach nur eine allgemeine Moral, aber dafür eine Vielzahl an partikularen Moralen. Letztere können aus äußerst unterschiedlichen Grund- und Glaubenssätzen bestehen, die innerhalb spezifischer Gesellschaftssysteme, Berufsgruppen oder religiöser Gemeinschaften vertreten, gelernt und vermittelt werden. Spezifische Glaubenssätze können also verschieden sein und sich widersprechen, weil sich in diversen kulturellen oder religiösen Traditionen oder auch professionellen Praxisstandards und institutionellen Leitlinien unterschiedliche Verantwortlichkeiten, Ansprüche und Bestrebungen, Ideale, Meinungen,

Haltungen und Empfindlichkeiten finden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.3ff.). Sie sind es, die letztlich den moralischen Pluralismus entstehen lassen, der sich in der Praxis in Form von Uneinigkeiten darüber, was zu tun ist, zeigt. Beauchamp und Childress bauen ihre Theorie folglich auf der Hypothese auf, dass es zwischen allen Menschen, solange sie nicht amoralisch, unmoralisch oder nur teilweise moralisch sind, eine moralische Übereinkunft in gewissen Punkten gibt. Die Menschen sind sich etwa einig, dass es unmoralisch ist, Personen grundlos einen Schaden zuzufügen und sie zu verletzen. Ab wann etwas als Schaden und als grundlos gewertet wird, kann aber wiederum wegen der unterschiedlichen persönlichen Hintergründe und Rollen von Individuum zu Individuum verschieden ausfallen, weshalb die Einschätzung speziell auf die gegebene Situation abgestimmt werden muss. Das individuelle qualitative Erleben der Umstände hängt schließlich weitgehend von den involvierten Subjekten ab, wie sich im Kapitel 1.1.4. über die Vulnerabilität als Erfahrung zeigte. Dies wird von Beauchamp und Childress aufgegriffen, indem sie ihre Perspektive auf Moral flexibel halten und stets auf die Wichtigkeit des situativen Kontexts und der individuellen Unterschiede rekurren. Ferner fallen im medizinischen Bereich vertretene moralische Forderungen, wie die nach der informierten Einwilligung oder der medizinischen Vertraulichkeit, nach Beauchamp und Childress unter den Begriff der *professionellen Moral* und sind letztlich eine Form der partikularen Moral (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.7ff.). Professionelle Moralen behandeln spezielle, auf eine Profession bezogene Interessenskonflikte und setzen sich aus den spezifischen moralischen Verpflichtungen zusammen, welche mit der besonderen Rolle von Professionist*innen einhergehen. Für manche Situationen wurden von Professionist*innen Standards mit detaillierten Beschreibungen, was in einer Situation konkret zu tun ist, formuliert, um für das professionelle Handeln Klarheit zu schaffen. Solche professionellen Kodizes können laut Beauchamp und Childress effektiv sein, es besteht aber auch die Gefahr, dass die moralischen Gegebenheiten zu sehr vereinfacht und nicht auf Betroffene oder generelle ethische Standards abgestimmt werden. Daher ist es aus moralischer Sicht bedeutend, auch die Inhalte der professionellen Moral immer wieder auf ihre Gültigkeit hin zu überprüfen und sie nicht bloß blind zu verfolgen, ohne etwa auf situative Unterschiede und Eigenheiten zu achten (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.8). Dem würde Weber-Guskar vermutlich auch zustimmen und meinen, dass mit einem bloßen Abarbeiten von einfachen praktischen Standards unzureichend auf das individuelle Würdebewusstsein der zu Pflegenden eingegangen wird. Ein nächster interessanter Punkt, den sie machen, ist die klare Aussage, dass moralische Dilemmata in der praktischen Ethik vorhanden sein können und es keine ethische Theorie

gibt, die auf alle moralischen Fragen und Schwierigkeiten eine eindeutige Antwort geben kann (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.10). Die Vielfalt der moralischen Probleme, mit denen Menschen im Leben konfrontiert sind, kann ihrer Ansicht nach unmöglich mittels nur eines Beurteilungskriteriums oder moralischen Prinzips zufriedenstellend gelöst werden. Es bedarf mehrerer moralische Prinzipien, Regeln und Rechte, wie Beauchamp und Childress meinen. Daraus folgt aber auch, dass diese ab und zu miteinander in Konflikt geraten. Ein sogenanntes moralisches Dilemma entsteht entweder, wenn ein Hinweis oder Argument anzeigt, dass eine Handlung moralisch zulässig ist, während eines anzeigt, dass sie moralisch falsch ist, der Hinweis oder die Stärke des Arguments aber auf beiden Seiten unschlüssig ist. Oder es entsteht, wenn die handelnde Person glaubt, dazu verpflichtet zu sein, zwei oder mehrere sich einander ausschließende Aktionen zu setzen und egal wie sie letztendlich handelt, es wird auf der einen Seite moralisch geboten und auf der anderen Seite unakzeptabel sein (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.11). Häufig können Wege gefunden werden, um plausibel zu begründen, was getan werden soll und es zeigt sich klar, was moralisch gefragt ist. In manchen Fällen schaffen es handelnde Personen aber nicht, eine begründete Lösung bei einem moralischen Konflikt zu erreichen. Dieses Dilemma gilt es nach Beauchamp und Childress anzuerkennen und anzunehmen, damit die Erwartungshaltung, die Personen gegenüber der Einhaltung moralischer Prinzipien und Theorien haben, realistisch bleibt und nicht enttäuscht wird: „*Explicit acknowledgement of such dilemmas helps deflate unwarranted expectations about what moral principles and theories can do.*“ (Beauchamp und Childress 2019, S.12)

Sie sagen außerdem, dass selbst die moralisch beste Handlung unter Umständen immer noch bedauerlich sein kann und eventuell einen moralischen Rest („*moral residue*“) bzw. eine moralische Spur („*moral trace*“) zurücklässt, wenn etwa eine prima facie Verpflichtung nichtig gemacht wurde (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.16). Eine Möglichkeit auf tiefes Bedauern oder Gewissensbisse zu reagieren und eine derartige Situation abzuschließen, aufzulösen oder wiedergutzumachen, ist nach Beauchamp und Childress die explizite Benennung und Begründung der in dem Moment auftretenden Unfähigkeit, eine Verpflichtung zu erfüllen. Es kann beispielsweise helfen, zuvor anzukündigen, dass ein Versprechen nicht gehalten werden kann. Außerdem ist es möglich sich zu entschuldigen, die Umstände so zu ändern, dass die Situation nicht wieder vorkommt und den betroffenen Personen eine adäquate Kompensation zu bieten (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.17). Ein offener und aufrichtiger Austausch über Fähigkeiten und Motive ist demnach besonders auch in konfliktreichen Situationen wertvoll. Positiv an Beauchamp und Childress‘ Ansatz

fällt auf, dass stets die Vulnerabilität und Fehlbarkeit des Menschen Berücksichtigung erhalten und akzeptiert werden, während Mittel und Wege vorgestellt werden, wie mit ihnen bestmöglich umgegangen wird, ohne großen Schaden anzurichten.

Beauchamp und Childress nennen vier in der biomedizinethischen Praxis wesentliche Prinzipien, („*Respect for Autonomy*“, „*Nonmaleficence*“, „*Beneficence*“ und „*Justice*“), die der allgemeinen Moral entspringen und die Basis für eine ethische Beurteilung bilden sollen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.14). Zumal Menschen am Ende selbst dafür verantwortlich sind, Situationen entsprechend einzuschätzen und moralisch angemessen zu handeln, ist für eine solche Beurteilung der Umstände neben den Prinzipien gleichsam der moralische Charakter der handelnden Personen bzw. die Ausübung gewisser Tugenden von entscheidendem Stellenwert (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.31ff.). Fünf zentrale Tugenden, werden von Beauchamp und Childress beschrieben, an welchen sich auch insbesondere Gesundheitsprofessionist*innen orientieren sollen. Diese können sozusagen als moralischer Kompass dienen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.38). Erstens braucht es (1) Mitgefühl („*compassion*“), welches die Einleitung bzw. das Vorspiel pflegerischer Handlungen darstellt. Die Tugend des Mitgefühls kombiniert eine Haltung aktiver Rücksicht auf das Wohlergehen einer anderen Person mit einem imaginativen Bewusstsein und einer emotionalen Antwort mit Sympathie, Zärtlichkeit sowie einem Unbehagen bei Unglück und Leiden einer anderen Person. Aufgrund dieser Sympathie und Verbundenheit versucht die mitfühlende Person, das Unglück oder Leid der leidenden Person zu vermindern. Pflegepersonen und Ärzt*innen mit Mitgefühl bemühen sich die Emotionen und Erfahrungen der Patient*innen zu verstehen, um den an Krankheiten oder Verletzungen leidenden eine stimmige Antwort zu geben (vgl. Beauchamp und Childress 2019, ebd.). Wie bereits thematisiert wurde, hat das Gesundheitspersonal gleichzeitig die Aufgabe sich von vorhandenem Leid hinreichend abzugrenzen, um nicht derart mitzuleiden, dass es in ein emotionales Burnout fällt. Bei professionellem Personal ist laut Beauchamp und Childress deshalb eine distanzierte Sorge bzw. ein mitfühlender Abstand gefragt (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.39). Zweitens besitzen Gesundheitsprofessionist*innen im besten Falle (2) ein gewisses Feingefühl, Urteilsvermögen und Verständnis für die Sache („*discernment*“), das auch mit dem aristotelischen Begriff der praktischen Weisheit („*phronesis*“) assoziiert werden kann. Eine Person, die diese Tugend innehat, weiß, welche Ziele, Zwecke und Enden zu wählen sind, wie sie diese unter bestimmten Umständen umsetzt, und sie entscheidet sich vorsichtig zwischen einer Reihe an möglichen Handlungen, während die Emotionen in angemessenen Grenzen gehalten werden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, ebd.). Drittens

sollen Gesundheitsprofessionist*innen (3) vertrauenswürdig sein und ein Klima des Vertrauens („*trustworthiness*“) schaffen. Dieses ist nach Beauchamp und Childress während einer Gesundheitsversorgung, bei der Personen vulnerabel sind und sich in die Hände von Gesundheitsprofessionist*innen begeben, essentiell. Vertrauen ist nach ihrer Definition ein zuversichtlicher Glaube in den moralischen Charakter und die Kompetenz einer anderen Person sowie das Verlassen darauf. Vertrauen hat also die feste Überzeugung und Zuversicht zur Folge, dass die andere Person verlässlich mit den richtigen Motiven und Gefühlen sowie getreu moralischer Normen handelt. Oft erwächst es aus einer intimen oder aufgebauten Beziehung (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.40). Viertens ist gleichsam (4) Integrität („*integrity*“) gefordert, die sich nach der Beschreibung von Beauchamp und Childress einerseits aus einer kohärenten Integration der Aspekte des Selbst, also dem sich gegenseitig ergänzenden Zusammenspiel zwischen eigenen Emotionen, Sehnsüchten, Wissen und Ähnlichem, und andererseits aus der Treue zu moralischen Werten inklusive deren Verteidigung zusammensetzt. Einer Person fehlt moralische Integrität etwa, wenn sie unaufrichtig, böswillig oder selbsttäuschend handelt und ihr ernsthaft verfolgte moralische Überzeugungen fehlen. Situationen, in denen die eigene Integrität durch ein spezielles Problem eingeschränkt wird, können manchmal verbessert werden, indem die Betroffenen das Problem von vornherein als ein solches annehmen und die Grenzen ihrer moralischen Einstellung sowie deren Fehlbarkeit anerkennen. Denn häufig tauchen Schwierigkeiten mit der Aufrechterhaltung der Integrität nicht wegen dem Fehlen von moralischen Überzeugungen oder einem Konflikt mit allgemeinen moralischen Normen auf, sondern vielmehr, weil spezifische moralische Ansprüche und Forderungen bestehen, die unmöglich zu erfüllen sind und zu einem Aufgeben persönlicher Ziele und Projekte führen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.41). Fünftens ist das (5) Pflichtbewusstsein bzw. die Gewissenhaftigkeit („*conscientiousness*“) eine zu erfüllende Tugend. Ihr wird nachgekommen, wenn das Individuum erstens motiviert ist das Richtige zu tun, weil es richtig ist, das Individuum zweitens mit der nötigen Sorgfalt zu bestimmen versucht was richtig ist und es drittens auch die entsprechende Anstrengung dafür aufbringt (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.42)

Auf die vier moralischen Prinzipien, für die Beauchamp und Childress insbesondere bekannt sind, also das Prinzip des *Respekts vor der Selbstbestimmung*, das Prinzip des *Nichtschadens*, das Prinzip der *Fürsorge* und das Prinzip der *Gerechtigkeit*, wird in den kommenden Unterkapiteln einzeln eingegangen. Sie können nicht nur als Verpflichtungen, ergo als Gebote und Verbote, betrachtet werden, sondern auch als Ideale und Erlaubnisregeln (vgl.

Beauchamp 2005, S.49). Generell stehen sie gleichwertig nebeneinander und sind nicht hierarchisch geordnet. Alle sind zwar grundsätzlich gültig, aber keines besitzt einen absoluten Stellenwert (vgl. Beauchamp 2005, S.50). Zugleich können die Prinzipien in Anbetracht situativer Unterschiede und Schwierigkeiten in der Praxis nur als unverbrüchlich gelten, sofern nicht andere Normen in einer konkreten Situation mindestens gleich stark oder stärker zu werten sind. Unter bestimmten Umständen ist es also durchaus aus moralischer Sicht gefragt, einzelne Normen geringer zu gewichten oder außer Kraft zu setzen. Was allerdings nicht heißt, dass der generell verpflichtende Charakter der Prinzipien aufgehoben wird (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.15ff.). Manchmal ist es bloß unrealisierbar, alle Pflichten und Normen zu erfüllen und in manchen Situationen sind nicht alle Prinzipien und Normen in gleichem Maße von Belang. Die vier Prinzipien stellen also zunächst eher ein Grundgerüst und einen Startpunkt für die ethische Bewertung dar und bieten in diesem Stadium noch keine direkten Handlungsanweisungen für die Praxis. Begriffe wie Gerechtigkeit, Schaden und Fürsorge sind keineswegs selbsterklärend und müssen zuerst mit einem spezifischeren Inhalt gefüllt werden, damit sie an Substanz gewinnen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.17). Bei der moralischen Entscheidungsfindung ist deshalb die Anwendung zweier Instrumente hilfreich. Im ersten Schritt müssen die abstrakten Prinzipien in konkrete Regeln mit eingeschränkterem Geltungsbereich so lange spezifiziert werden, bis sie eine passende Handlungsrichtlinie für bestimmte Situationstypen erreichen. Führt die *Spezifizierung* in weiterer Folge zu keiner eindeutigen Lösung und stehen Prinzipien oder Regeln im Konflikt, so müssen diese innerhalb des spezifischen Kontexts im zweiten Schritt gegeneinander abgewogen und gewichtet werden. Die Spezifizierung ist besonders hilfreich zur Entwicklung konkreter Strategien aus bereits akzeptierten generellen Normen, wohingegen die *Gewichtung* Rechtfertigung in speziellen Fällen erzielt (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.17ff.). Die Gewichtung darf dabei aber nicht mit einer spontanen, unreflektierten Intuition einer Person ohne stichhaltige Begründung verwechselt werden. Beauchamp und Childress sind der Überzeugung, dass Personen mit moralischem Charakter und tugendhaftem Verhalten die Fähigkeit besitzen, entsprechend den gegebenen Umständen zu gewichten und auf Situationen passend zu reagieren. Die Antworten von pflegenden moralischen Akteuren sind oftmals höchst spezifisch auf die Bedürfnisse der konkreten Person oder Familie in einer konkreten Situation abgestimmt, daher können kaum Generalisierungen vorgenommen werden. „*Numerous considerations must be weighed and balanced, and any generalizations that could be formed might not hold even in closely related cases.*“ (Beauchamp und Childress 2019, S.20f.) Das Verhalten, das für eine verzweifelte, zu pflegende Person eine fürsorgliche

und einfühlsame Antwort ist, wird eine andere verzweifelte, ebenfalls zu pflegende Person möglicherweise als störend oder übergriffig empfinden. Beispiele dafür sind Umarmungen oder ähnliche entgegenkommende Berührungen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.21). Wie die Pflegeperson daher im Speziellen handelt und moralische Normen abwägt, geht oft mit einem mitfühlenden Einblick, der menschlichen Empfänglichkeit und ihrem praktischen Wissen einher, welche bei der Erfassung der situativen Umstände und Bedürfnisse einer bestimmten Person helfen. Grobe Generalisierungen können deshalb keine adäquate Leitlinie für alle Interaktionen mit Patient*innen und zu Pflegenden sein und sogar beleidigende oder schädliche Auswirkung haben, nachdem der mit der wertneutralen Sicht einhergehende Abstand oder die Abgeklärtheit im Extremfall sogar zu einer gefühllosen Gleichgültigkeit werden kann. Eine gute Gesundheitsversorgung involviert aus diesem Grund den Einblick in die Bedürfnisse der Personen und achtet aufmerksam auf ihre Lage, welche sich vermutlich mehr von emotionaler oder mitfühlender Resonanz als von Vernunft oder Verstand ableiten lässt (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.36f.). Aus Befangenheit oder Willkür entstandene Entscheidungen, die nicht im Sinne der Moral sind, sollen mit der Beachtung bestimmter Voraussetzungen minimiert werden.

Ein moralisches Prinzip darf laut Beauchamp und Childress erst zugunsten einer anderen verletzt werden, wenn folgende sechs Bedingungen erfüllt sind:

- Es können gute Gründe genannt werden, warum nach der übergeordneten Norm und nicht nach der verletzten Norm gehandelt wird.
- Das moralische Ziel, durch welches die Verletzung gerechtfertigt wird, hat eine realistische Aussicht auf Umsetzung und Erfolg.
- Es gibt keine Alternative, die moralisch vorzuziehen wäre.
- Das niedrigste Ausmaß an Normenverletzung im richtigen Verhältnis stehend mit dem primär zu erreichenden Ziel der Handlung wird gewählt.
- Alle negativen Effekte der Verletzung werden minimiert.
- Alle betroffenen Parteien werden unparteiisch behandelt (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.23).

Erkennbar wird, dass die Durchführung von normenverletzendem Handeln durchaus gewisser Überlegung und Reflexion bedarf. Doch trotz aller Überlegung und Reflexion können moralische Meinungsverschiedenheiten zwischen pflichtbewussten und tugendhaften moralischen Akteuren entstehen, wie eingangs im Zuge der partikularen Moral angesprochen wurde. Denn es können (1) faktenbasierte Meinungsverschiedenheiten, (2) Meinungsverschiedenheiten aufgrund mangelnder Information oder Beweise, (3) Meinungsverschiedenheiten darüber, welche Normen in einer Situation geeignet oder

relevant sind, (4) Meinungsverschiedenheiten über das relative Gewicht oder die Rangordnung relevanter Normen und (5) Meinungsverschiedenheiten über die angemessene Form der Spezifizierung oder Gewichtung entstehen. Außerdem ist es möglich, dass es sich um ein (6) echtes moralisches Dilemma handelt, es kann auch (7) Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Geltungsbereiches geben, also darüber, wer moralischen Status besitzt und geschützt werden soll, und es können (8) konzeptuelle Meinungsverschiedenheiten über wesentliche moralische Auffassungen vertreten werden, wie etwa, ob der Nahrungsentzug bei Sterbenden nach einer expliziten Bitte der Angehörigen bereits als töten gilt (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.24).

Es zeigt sich also sehr deutlich, dass es einige Informationen braucht, um Situationen angemessen einzuschätzen, und es auf die subjektive Erfahrung und Erlebniswelt ankommt, wie Entscheidungen gefällt werden. Wenn es nur wenige Anzeichen für oder gegen eine Handlung gibt und den verschiedenen Parteien unterschiedliche Indizien dafür vorliegen, dann kommt das eine Individuum bzw. die eine Gruppe dazu die eine Schlussfolgerung zu rechtfertigen und das andere Individuum bzw. die andere Gruppe weist eventuell dieselbe Schlussfolgerung aus guten Gründen zurück und vertritt eine andere Sicht. In einem solchen Fall kann eine Position nur dann als die moralisch vorzuziehende Lösung bewertet werden, wenn erwiesen wird, dass sie auf kohärenteren Spezifikationen und Interpretationen der allgemeinen Moral beruht. Sind verschiedene Schlussfolgerungen jedoch gleichermaßen gut begründet, so soll die legitime moralische Vielfalt anerkannt und respektiert werden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.24f.). Beauchamp und Childress gehen folglich nicht davon aus, dass moralische Konflikte durch ihren Ansatz von jeder Person in gleicher Weise gelöst werden. Trotz Anwendung ihrer Prinzipien und Methoden der Rechtfertigung besteht noch die von Arendt vorgebrachte Unvorhersehbarkeit des menschlichen Handelns, welche einen Teil der immer vorhandenen, anthropologischen Vulnerabilität ausmacht (vgl. Arendt 1960, S. 164ff.). Überdies garantieren Beauchamp und Childress keinesfalls, dass mithilfe ihrer Theorie jeder moralische Konflikt gänzlich und ohne begleitende Schäden gelöst werden kann. Auch hier werden die anthropologische Vulnerabilität und das Risiko des Scheiterns in Betracht gezogen. Ihre bioethischen Überlegungen sollen also vielmehr als Wegweiser für die Suche nach einer gut begründeten Entscheidung und den dafür notwendigen Informationen dienen sowie eine moralische Reflexion anregen, die nach Auffassung der allgemeinen Moral in der Verantwortung des Menschen sich selbst und den anderen gegenüber liegt. Die vier für diesen Zweck fundamentalen Prinzipien werden nun anschließend beschrieben.

„To respect autonomous agents is to acknowledge their right to hold views, to make choices, and to take actions based on their values and beliefs. Respect is shown through respectful action, not merely by a respectful attitude. The principle of respect for autonomy requires more than noninterference in others’ personal affairs. In some contexts it includes building up or maintaining others’ capacities for autonomous choice while helping to allay fears and other conditions that destroy or disrupt autonomous action.” (Beauchamp und Childress 2019, S.104)

Im Eingangszitat werden bereits wesentliche Inhalte des Prinzips des Respekts vor der Selbstbestimmung genannt, welche im Weiteren noch ausführlicher dargestellt werden. Dieses erste zentrale Prinzip von Beauchamp und Childress, welches wie alle anderen drei Prinzipien in der allgemeinen Moral wurzelt, ist speziell mit kognitiven Eigenschaften verknüpft, wie dem Selbstbewusstsein und der Fähigkeit, rationale Gründe geben zu können.

Selbstbestimmung basiert nach Beauchamp und Childress vor allem auf zwei Voraussetzungen. Einerseits muss eine gewisse Freiheit im Sinne der Unabhängigkeit von beherrschenden oder kontrollierenden Einflüssen gegeben sein, um von Selbstbestimmung sprechen zu können, und andererseits die Fähigkeit intentional zu handeln (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.100). Folglich sind Personen in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt oder verlieren sie, wenn ihre rationale Entscheidungsfähigkeit entweder wesentlich reduziert ist, wie beispielsweise bei starkem Suchtverhalten oder bei beträchtlichen kognitiven Einschränkungen, oder wenn sie durch äußerliche Faktoren beeinträchtigt wird, wie etwa durch Manipulation oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.99). Für die Beurteilung, ob eine Entscheidung eine selbstbestimmte ist, soll in erster Linie die Betrachtung der Entscheidungssituation im Vordergrund stehen. Grundsätzlich kann bei Patient*innen bzw. zu Pflegenden je nach Situation eine temporäre Einschränkung der Selbstbestimmung vorhanden sein, eine teilweise Einschränkung oder sie können auf die Ausübung ihrer Selbstbestimmung verzichten (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.100). Um von einer selbstbestimmten Entscheidung sprechen zu können, braucht es letztlich die Erfüllung folgender drei Kriterien. Es muss (1) von der Person mit zielgerichteter Absicht gehandelt werden („*intentionality*“), (2) ein gewisses Verständnis („*understanding*“) für die Handlung und ihre Wirkung sowie Risiken gegeben sein und (3) es dürfen keine internen oder externen Einflussfaktoren das Handeln der Person derart gravierend steuern, dass sie die Kontrolle über die Entscheidung verliert („*non-control*“) (vgl. Beauchamp und Childress

2019, S.102). Beim erstgenannten Kriterium ist keine graduelle Abstufung möglich, denn die Handlung ist entweder bewusst absichtlich oder unbewusst unabsichtlich. Die anderen beiden Kriterien bewegen sich hingegen in einem Kontinuum, das ein breites Spektrum zwischen komplettem Verständnis und völliger Freiheit sowie komplettem Unverständnis und völliger Beeinflussung umfasst. Nachdem es sehr unwahrscheinlich ist, dass eine Person ihre Entscheidungen vollkommen unabhängig von äußeren Faktoren und mit totalem Verständnis ihrer Bedeutung und Reichweite trifft, ist nach Beauchamp und Childress ein substantieller Grad von Verständnis und Freiheit ausreichend, um eine Entscheidung als selbstbestimmt anzunehmen. Wie ein angemessener, substantieller Grad in der Praxis aussieht, hängt wiederum vom situativen Kontext und von der Komplexität der zu treffenden Entscheidung ab (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.103). Beauchamp und Childress' Ansicht nach besteht grundsätzlich auch kein Widerspruch darin, eine selbstbestimmte Person zu sein und gleichzeitig Vorschläge von führenden Personen bzw. Autoritäten anzunehmen und in das eigene Handeln zu integrieren. Selbstbestimmtes Handeln kann sonach mit der Befürwortung von Autoritäten, welche gewisse Regeln und Strukturen vorgeben, im Einklang stehen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, ebd.). Probleme im Gesundheitsbereich treten jedoch oftmals auf, wenn handlungsleitende Personen die Selbstbestimmung von Patient*innen oder zu Pflegenden nicht beachten und deren Wille übergangen wird. Nachdem Patient*innen bzw. zu Pflegende, sofern sie die drei erwähnten Kriterien ausreichend erfüllen, über sich und ihren Körper selbst entscheiden und nicht bevormundet oder paternalistisch behandelt werden sollen, müssen professionelle Gesundheitsberufe erst zu einer Durchführung von medizinischen Eingriffen oder pflegerischen Tätigkeiten autorisiert werden. Aus dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung lässt sich infolgedessen die negative Pflicht ableiten, keine selbstbestimmten Entscheidungen zu behindern, und die positive Pflicht, selbstbestimmte Entscheidungen zu fördern, indem beispielsweise die dazu notwendigen Informationen vermittelt werden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.105). Um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können, braucht es in vielen Fällen die Hilfe und Kooperation anderer Personen, welche die möglichen Optionen greifbar und verständlich machen. Wenn ein*e Patient*in beispielsweise überhaupt kein Wissen darüber hat, was bei den vom Gesundheitspersonal empfohlenen Eingriffen gemacht wird und welche Folgen diese für den eigenen Körper haben bzw. haben können, dann wird die Person nicht selbstbestimmt beantworten können, ob sie deren Durchführung wünscht oder nicht. Von Beauchamp und Childress wird deshalb auch herausgestrichen, dass das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung zwar das Recht auf eine selbstbestimmte Entscheidung formt, aber

nicht in eine Pflicht umgewandelt werden sollte. „*A fundamental obligation exists to ensure that patients have the right to choose, as well as the right to accept or to decline information. Forced information and forced choice are usually inconsistent with this obligation.*” (Beauchamp und Childress 2019, S.107) Patient*innen bzw. zu Pflegenden können sich also ebenso dazu entschließen, bestimmte Entscheidungen anderen Personen zu überlassen und gewisse Informationen nicht erfahren zu wollen. Und letztendlich ist es nicht nur das Ideal, sondern auch die professionelle Verpflichtung des Gesundheitspersonals, eine selbstbestimmte Person in ihren persönlichen Entscheidungen zu respektieren, wie auch immer diese sein mögen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.108). Personen, die trotz Unterstützung nicht in die Lage gebracht werden können selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, gilt es wiederum in erster Linie vor Schaden zu bewahren (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.105f.).

Das hier beschriebene Prinzip steht in einem bemerkbar engen Zusammenhang mit dem zuvor behandelten Würdebegriff. Der von Weber-Guskar formulierte Imperativ, niemanden an einem Leben in Würde zu hindern, involviert die respektvolle Beachtung der persönlichen und individuellen Selbstbestimmung, die auch von Beauchamp und Childress angesprochen wird. Bei Entscheidungen, die nicht aus einer selbstbestimmten und würdevollen Haltung getroffen wurden oder die aus moralischen Gründen nicht mitgetragen werden können, sollte die situative Lage eingeschätzt und abgewogen werden, wie sich Weber-Guskar und Beauchamp und Childress einig sind. Im besten Fall wird die jeweilige Würde oder Selbstbestimmung mithilfe von unterstützenden Maßnahmen und den adäquaten menschenwürdigen Bedingungen wiederhergestellt. Personen sollen bestmöglich jene Ressourcen an die Hand bekommen, um gute Entscheidungen für sich selbst zu treffen, wie anhand des Empowerment-Begriffs thematisiert wurde.

Nichtschaden

Das zweite zentrale Prinzip, das Beauchamp und Childress nennen, ist das Nichtschadensprinzip, welches sich vor allem auf die Verletzlichkeit und Leidensfähigkeit des Menschen bezieht und diese in den Blick nimmt.

Um es zu verstehen, bedarf es zu Beginn einer genauen Betrachtung des Schadensbegriffs. Beauchamp und Childress definieren Schaden folgendermaßen: „*A harm is a thwarting, defeating, or setting back of some party's interests, but a harmful action is not always wrong*“

or unjustified.” (Beauchamp und Childress 2019, S.158) Schaden ereignet sich bei einer mangelnden Berücksichtigung von Interessen, aber ist nicht mit Unrecht gleichzusetzen. Denn Schaden kann auch ohne eine Verletzung von Rechten passieren, wie im Krankheitsfall oder bei Naturkatastrophen. Auf das stets vorhandene und nie gänzlich vermeidbare Risiko einer solchen Schädigung wurde im Rahmen der Auseinandersetzung mit der anthropologischen Vulnerabilität hingewiesen und es spiegelt sich auch an dieser Stelle in den Überlegungen von Beauchamp und Childress wider. Bei risikobehafteten Handlungen, denen zugestimmt wird, kann ebenso Schaden entstehen, der in Kauf genommen wird und zulässig ist (vgl. Beauchamp und Childress 2019, ebd.). Obwohl schädigende Handlungen wegen der Benachteiligung persönlicher Interessen also auf den ersten Blick falsch wirken, wird nicht unbedingt jede schädigende Handlung als verwerflich bewertet. Durch gründliche Spezifizierung und Gewichtung können in manchen Fällen auch triftige Gründe gefunden werden, die für eine schädigende Handlung sprechen und sie moralisch rechtfertigen. Wenn das Leben einer Person mit einer Beinamputation gerettet wird, soll diese Prozedur beispielsweise trotz des dabei entstehenden Schadens durchgeführt werden. Es kommt schlussendlich darauf an, wie die verschiedenen Interessen im konkreten situativen Kontext gemeinsam mit den anderen Prinzipien und spezifischen Verpflichtungen bewertet und abgewogen werden. Zur Feststellung, wie am wenigsten Gesamtschaden entsteht und was getan werden soll, ist deshalb das Herausfinden der jeweiligen individuellen physischen und psychischen Interessen angebracht und erforderlich (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.158f.). Allgemeine Regeln, die sich aus dem Nichtschadensprinzip ableiten lassen, sind etwa die Regeln (1) nicht zu töten, (2) keinem Schmerz oder Leid zuzufügen, (3) niemanden zu entmündigen, (4) keinen Angriff zu verursachen und (5) niemanden vom guten Leben abzuhalten (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.159). Zu erkennen ist, dass aus dem Nichtschadensprinzip in erster Linie Verbote resultieren und das Unterlassen von Handlungen, welche in einem kausalen Zusammenhang mit tatsächlichem oder potenziellem Schaden stehen, gefordert wird. Ihm gegenüber steht das Fürsorgeprinzip, welches eher Gebote, also positive Handlungsaufforderungen formuliert (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.157). Es hängt mit dem Nichtschadensprinzip zusammen, ist aber dennoch davon zu unterscheiden, wie im nächsten Kapitel erläutert wird.

Fürsorge

Das Prinzip der Fürsorge spielt wie das Nichtschadensprinzip insbesondere auf die Verletzlichkeit und Leidensfähigkeit des Menschen an und ist das dritte zentrale Prinzip von Beauchamp und Childress. Unter dieses Prinzip fallen alle helfenden Handlungen, die getätigt werden. Es verlangt erstens nach der Vorbeugung von potenziellem Schaden, zweitens nach der Aufhebung von tatsächlichem Schaden und drittens soll Gutes gefördert werden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.157).

Allgemeine Regeln, die mit diesem Prinzip verbunden sind, beinhalten etwa den Auftrag, (1) die Rechte von anderen Personen zu schützen und verteidigen, (2) Schaden zu verhüten, bevor er anderen passiert und (3) Bedingungen, die anderen Personen Schaden verursachen, zu verändern. Zudem sollen (4) Menschen mit Behinderungen und besonderen Bedürfnissen Hilfe bekommen und (5) sich in Gefahr Befindende gerettet werden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.219). Während den Regeln des Nichtschadensprinzips unparteilich Folge zu leisten ist und kein Unterschied gemacht werden soll zwischen der Schädigung von Personen, die einem nahestehen, und jenen, die das nicht tun, kann von keiner Person erwartet werden, dass sie allen hilfsbedürftigen Menschen im gleichen Ausmaß hilft und jede potenziell wohltätige Handlung ausführt. Bei der Beachtung der Regeln des Fürsorgeprinzips kann und muss daher die Unparteilichkeit nicht eingehalten werden, da eine generelle, allumfassende Fürsorge aus persönlicher Ressourcenbeschränkung unrealistisch ist und aktive Hilfe meist mehr Zeit und Engagement kostet als das Unterlassen schädigender Handlungen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, ebd.). Bei diesem Prinzip ist deshalb vor allem von einer spezifischen Fürsorge die Rede, basierend auf besonderen moralischen Beziehungen oder auf speziellen Vereinbarungen und Verträgen. Angesichts ihrer professionellen Rolle ist das Gesundheitspersonal beispielsweise durchaus für eine fürsorgliche Behandlung ihrer Patient*innen verantwortlich (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.220). Eine Vielzahl an helfenden Handlungen wird jedoch nicht aus einer Verpflichtung heraus durchgeführt, sondern eher aufgrund des moralischen Ideals. Eine generelle Verpflichtung zur Fürsorge bzw. zur Rettung ist lediglich in Situationen vorhanden, in denen (1) eine Person in Gefahr ist einen signifikanten Verlust oder Schaden in Bezug auf Leben, Gesundheit oder andere Grundinteressen zu erleiden, (2) die Handlung der helfenden Person bzw. Personen notwendig ist, um diesen Verlust oder Schaden vorzubeugen, (3) es zudem wahrscheinlich ist, dass dies gelingt (4) ohne signifikante Risiken, Kosten oder Lasten für die helfende Person zu beanspruchen und am Ende (5) der erwartete Nutzen der gefährdeten Person alle entstehenden Belastungen aufwiegt (vgl. Beauchamp und Childress

2019, S.222). Zunächst ist auch wichtig zu wiederholen, dass das mit dem Nichtschadensprinzip verbundene Unterlassen von schädlichen Handlungen insgesamt keinesfalls bedeutender oder verbindlicher ist als sämtliche mit dem Fürsorgeprinzip verbundenen rettenden oder unterstützenden Handlungen. Denn zwischen den Prinzipien besteht keine Hierarchie und was in den jeweiligen Praxissituationen relevant und gefordert ist, ergibt sich aus der Spezifizierung und Abwägung der Prinzipien. Die Vollziehung schädigender Handlungen kann aus Gründen der Lebensrettung oder anderer höher gestellter Ziele der Fürsorge notwendig sein, wie beim Beispiel der Beinamputation angeführt wurde. Nichtsdestotrotz soll das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung und die Grenzen der Fürsorge nie außer Acht gelassen werden. Die Ansicht der Patient*innen oder zu Pflegenden darüber, was gut für sie ist und was sie brauchen oder nicht brauchen, kann von der professionellen Meinung des Gesundheitspersonals darüber abweichen. Da das Gesundheitspersonal ebenso für das Wohl dieser Personen zuständig ist, stellt sich für sie in solchen Konfliktfällen möglicherweise die Frage, ob dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung oder dem Fürsorgeprinzip mehr Wert beigemessen werden soll (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.230f.). Werden die Präferenzen oder Handlungsabsichten von Patient*innen oder zu Pflegenden bewusst nicht berücksichtigt und übergangen, handelt es sich um eine sogenannte paternalistische Entscheidung. Diese wird mit dem Vorhaben gerechtfertigt, deren Wohl zu fördern sowie Schaden vorzubeugen oder zu minimieren. Hinter einer paternalistischen Handlung stecken also primär der dem Fürsorgeprinzip folgende Hilfsgedanke und die Überzeugung, besser zu wissen, was eine andere Person in dem Moment braucht, als sie selbst (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.231f.). Hierbei wird von Beauchamp und Childress zwischen einem starken und einem schwachen Paternalismus unterschieden. Beim schwachen Paternalismus wird die für die selbstbestimmte Entscheidung erforderliche Kompetenz und Unabhängigkeit der betroffenen Person angezweifelt. Es wird somit davon ausgegangen, dass die betroffene Person der paternalistischen Handlung zustimmen würde, wenn sie entscheidungsfähig wäre. Da sie dies aber nicht ist, wird stellvertretend für sie entschieden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.233). Beim starken Paternalismus wird hingegen nicht die Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidung bestritten, sondern sich schlichtweg über den Willen der betroffenen Person hinweggesetzt und ihr unterstellt, dass sie nicht die beste Entscheidung für sich trifft (vgl. Beauchamp und Childress 2019, ebd.). Gerade mit stark paternalistischen Handlungen sollten die beteiligten Personen sehr achtsam umgehen, da mit ihnen ein Verhältnis auf Augenhöhe schwindet und das Selbstbestimmungsrecht unterbunden wird. Beauchamp und Childress schließen

Situationen in denen paternalistische Handlungen gerechtfertigt sein können zwar nicht komplett aus, verdeutlichen jedoch auch die damit einhergehenden moralischen Schwierigkeiten und streichen die Notwendigkeit einer Reflexion mit angemessener Begründung heraus, um das Risiko einer missbräuchlichen Verwendung der vorhandenen Handlungsmacht zu reduzieren, das damit einhergeht. Paternalismus kann im Übrigen auch eine passive Form annehmen, wenn Gesundheitspersonal in Berufung auf das Wohl und die Fürsorge der Betroffenen etwa Eingriffe und Handlungen ablehnen, welche diese aus selbstbestimmten Gründen wünschen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.242). Paternalistische Handlungen kommen außerdem erst durch die Ungleichverteilung des Machtverhältnisses zwischen Gesundheitspersonal und Patient*innen bzw. zu Pflegenden zustande und widersprechen dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung, wenn diese nicht im Sinne der Patient*innen oder zu Pflegenden sind. Auch Sellman gibt die moralischen Bedenken gegenüber paternalistischem Verhalten wieder: „*Despite its origins for good rather than ill, paternalism is currently considered to be generally harmful because, it is said, it undermines patient autonomy. The paternalist will assume knowledge of what is best for a patient without reference to the wishes, the needs, or the capacity of that person to make autonomous choices.*” (Sellman 2005, S.8f.) Darüber hinaus sagt Sellman aber auch, dass schützendes Verhalten gegenüber besonders vulnerablen Personen grundsätzlich notwendig ist und von Pflegepersonen ausgeübt werden soll, weil sie nur unter einem solchen Schutz aufblühen können. Eine generell schützende Haltung ist daher vom Paternalismus abzugrenzen (vgl. Sellman 2005, S.9).²

Gerechtigkeit

Beim vierten zentralen Prinzip, dem Prinzip der Gerechtigkeit, steht die Verteilung von Nutzen, Risiken und Kosten im Vordergrund. Zumal Ressourcen meist nur begrenzt verfügbar sind, stellt sich die Frage, wie und in welcher Reichweite sie unter den Menschen am besten verteilt werden, sodass es möglichst gerecht ausfällt. Beauchamp und Childress schildern sechs bekannte Gerechtigkeitstheorien, welche ihrer Meinung nach jedoch nur teilweise Kohärenz und Verständnis für die vielschichtigen Auffassungen von sozialer Gerechtigkeit bringen und nicht wirklich praxisnah sind. An dieser Stelle wird allerdings nicht

² Weiterführend wird an dieser Stelle auf das sogenannte „*Caring*“ als ein zentrales, pflegerisches Prinzip verwiesen, welches in der Pflegewissenschaft umfassend beschrieben und diskutiert wird.

weiter ins Detail gegangen, sondern nur einzelne wichtige Punkte skizziert, die für dieses Prinzip und das Thema der Masterarbeit vordergründig von Belang sind.

Wenn von Gerechtigkeit im Sinne der Gleichbehandlung die Rede ist, dann geht es nicht um Gleichheit in jeder Beziehung, sondern um Gleichheit in bestimmter Hinsicht. Jede Person soll dieselben Grundfreiheiten genießen. Doch selbst, wenn dies der Fall wäre, würde es Ungleichheiten zwischen Personen geben, zumal Menschen von Natur aus individuell unterschiedliche Gaben mitbekommen haben und in verschiedene soziale Rollen und Positionen hineingeboren werden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.268ff.). In Anlehnung an die Gerechtigkeitstheorie von Rawls (1977) bedarf es nach Beauchamp und Childress aus diesem Grund der Regel der fairen Chancengleichheit und des Differenzprinzips, welches einen Ausgleich für schlechter gestellte Personen verlangt (vgl. Rawls 1977; Beauchamp und Childress 2019, S.274f.). In der realen Umsetzung dieser Forderungen sind ihrer Ansicht nach etwa in der Gesundheitsversorgung noch einige Verbesserungen notwendig, da diese jeder Person gleichermaßen zustehen sollte: *„Many disparities in health care and research are based in race, ethnicity, gender, and social status and thus undermine fair opportunity. Health care goods and research risks have often been covertly distributed on the basis of these properties, resulting in a differential impact in many countries on the health of racial and ethnic minorities, women, and the poor.”* (Beauchamp und Childress 2019, S.283) Bei einer gerechten Gesundheitsversorgung darf keine Person etwa wegen ihrer Herkunft, des Geschlechts oder dem sozialen Status benachteiligt und diskriminiert werden, wie es vielerorts leider immer noch der Fall ist.

Da besonders vulnerable Personen und Personengruppen ein vermehrtes Risiko tragen, ausgenutzt und ausgebeutet zu werden, wird von Beauchamp und Childress in einem Abschnitt auf diese Problematik explizit hingewiesen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.287). Eine stereotype Kategorisierung von Personengruppen in vulnerabel und nicht vulnerabel auf Basis einzelner Merkmale sowie die darauffolgende Sonderbehandlung sehen sie kritisch, nachdem dies zu generalisierend wäre. Stattdessen ziehen sie es vor von den anzutreffenden Vulnerabilitäten zu sprechen und deren Ursprung herauszufinden und zu beschreiben, wie auch in dieser Masterarbeit angestrebt wird. Würden Personen oder Personengruppen hingegen von vornherein speziell behandelt und etwa von medizinischer Forschung ausgeschlossen werden, weil sie aufgrund allgemeiner Merkmale unter die Kategorie vulnerabel fallen, so wäre dies eine paternalistische Form von Diskriminierung, die nur zu einer weiteren Marginalisierung, Beraubung und Stigmatisierung führt (vgl.

Beauchamp und Childress 2019, ebd.). Sinnvoller ist es, die Entstehungshintergründe der Vulnerabilitäten in den Blick zu nehmen und beispielsweise einer durch fehlende Bildung herbeigeführten Chancenungleichheit mit Wissensvermittlung nachzugehen, im Interesse der Gerechtigkeit und Vorbeugung von Unrecht.

2 Zweiter theoretischer Teil: Der Dialog

Auf diese vertiefende Auseinandersetzung mit dem Themenbereich der Vulnerabilität, sowohl allgemein als auch mit Fokus auf die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege und deren ethische Praxis, folgt nun der zweite theoretische Teil der Masterarbeit, in welchem der Dialog als eine Form des kommunikativen Austauschs untersucht wird. Dieser, so ist die These, kann potenziell positive Auswirkungen auf den Umgang mit Vulnerabilität haben. Um das zu begründen, wird zuerst allgemein auf zwischenmenschliche Kommunikation und ihre philosophisch-anthropologische Bedeutung eingegangen und werden grundlegende theoretische Annahmen dazu vorgestellt. Im Weiteren wird der Frage nachgegangen, was die allgemeinen Merkmale und Besonderheiten des Dialoges sind, wodurch er sich etwa von anderen Kommunikationsformen, wie zum Beispiel der Diskussion, abgrenzt, wofür er gut sein kann und wie er mit besonderen Vulnerabilitäten zusammenwirken kann. Dabei wird der Blick auf die Vulnerabilität während des kommunikativen Austauschs und die Gefahr der sprachlichen Verletzung bzw. Gewalt gerichtet und es werden Wege ergründet, wie Verletzungen innerhalb eines Gesprächs möglichst vermieden werden können. Um derartige sprachliche Verletzungen gut nachvollziehen und verstehen zu können, wird deren Ursprung und Hintergrund reflektiert und nochmals auf die anthropologischen, wie auch situativen Aspekte eingegangen.

Im Anschluss wird wieder an den Tätigkeitsbereich der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege angeknüpft und speziell der pflegerische Dialog beleuchtet. Bedeutung und Wirkung des pflegerischen Dialogs für den Beziehungs- und Vertrauensaufbau, das gegenseitige Verständnis sowie die Zusammenarbeit zwischen professioneller Pflegeperson und zu pflegender Person werden erkundet. Außerdem wird erläutert, wie verletzbare Themen während der professionellen Pflegepraxis inhaltlich besprochen werden können bzw. wie herausgefunden werden kann, ob besondere Verletzlichkeiten vorliegen. Das Anhören von persönlichen Geschichten ist möglicherweise eine Methode, welche aufschlussreiche Informationen über zu Personen, ihre individuellen Sichtweisen und Erlebnisse hervorbringt und somit zur Gewährleistung einer adäquaten, gesundheitsförderlichen Pflege beiträgt. Auf das sogenannte *Storytelling* als ein hilfreicher Anknüpfungspunkt für den pflegerischen Dialog wird daher ebenso Bezug genommen. Abschließend soll vermittelt werden, welchen Einfluss eine positive Wortwahl während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege haben kann.

2.1 Eine Kommunikationsform mit Potential: Merkmale, Zweck und Wirkung des Dialogs

Um begründen zu können, warum der zwischenmenschliche Dialog im Leben bedeutsam ist und worin die Besonderheit des hier beschriebenen Dialoges in Abgrenzung zu anderen Kommunikationsformen liegt, hilft es zunächst einen allgemeintheoretischen bzw. philosophischen Blick auf Kommunikation zu werfen. Dazu werden einleitend die grundsätzlichen Überlegungen zur menschlichen Bedingtheit aufgegriffen, welche in dieser Masterarbeit mithilfe der philosophisch anthropologischen Gedanken von Plessner (1976), Arendt (1960) und Buber dargelegt wurden und die Funktion der Kommunikation verdeutlichen. Zusätzlich werden etwa anhand von Watzlawick (2017) und Butler (2006) noch weitere Definitionen und Aussagen hinsichtlich des kommunikativen Austauschs zwischen zwei oder mehreren Menschen und dessen Zusammenhang mit Verletzlichkeit vorgestellt, welche allerdings nur einen Bruchteil der umfassenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik darstellen. Da die zwischenmenschliche Kommunikation für den Menschen und sein tägliches Tun eine essenzielle Rolle spielt, ist dieses Thema bereits reichhaltig von den unterschiedlichsten Disziplinen erforscht. Die folgenden Kapitel können sich ausschließlich auf einzelne für das Thema des Dialogs und die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege wichtige Aspekte fokussieren und haben keinesfalls den Anspruch die volle Komplexität und Bandbreite der zwischenmenschlichen Kommunikation abzudecken. Das Ziel ist in erster Linie, einen Einblick zu geben, wie der sprachliche Ausdruck des Menschen mit dessen Vulnerabilität zusammenhängt.

Wenn in dieser Masterarbeit von *Sprache* und *Kommunikation* die Rede ist, so ist damit generell die soziale Verständigung und Ausdrucksweise des Menschen gemeint. Innerhalb eines *Gesprächs*, also eines verbalen Austauschs zwischen zwei oder mehreren Menschen, kann Sprache und Kommunikation bewusst wie unbewusst eingesetzt und wahrgenommen werden. Kommunikation bezeichnet dabei sehr allgemein die Übertragung von Informationen und Stimmungen, ohne auszusagen, in welcher Form dies geschieht. Sprache und *Sprechen* wird meist mit der Verwendung von Worten als Mittel des Ausdrucks in Verbindung gebracht, kann jedoch beispielsweise bei der Gebärdensprache auch nonverbal stattfinden. Auch Buber (1997) verwendet den Sprachbegriff offener, wie im Folgenden noch beschrieben wird. Der *Dialog* wird in dieser Masterarbeit als eine besondere Form der Kommunikation bzw. des Gesprächs gekennzeichnet, welche sich durch die Art und Weise, wie miteinander

gesprochen und kommuniziert wird, auszeichnet. Wenn eine Person mit einer anderen Person in Dialog tritt, so nimmt sie offenbar eine bestimmte Haltung ein, welche im weiteren Verlauf der Masterarbeit beschrieben werden soll.

2.1.1 Der Mensch in Verbindung mit seinen Mitmenschen: Die dialogische Existenz

„Sprache tritt nicht sekundär zum Menschsein hinzu, sondern die Selbstfindung des Menschen geschieht und vollzieht sich im Dialog mit dem, worüber er spricht, und mit denen, zu denen er spricht.“ (Schaeffler 2019, S.108)

Die Kommunikation und der Dialog mit der Umwelt gehören wesentlich zum Menschsein dazu. Das zeigte sich bereits während der Bearbeitung und Erläuterung der sogenannten *conditio humana* im ersten Teil der Masterarbeit. Darauf wird hier nun nochmals detailliert eingegangen und die grundlegende Bedeutung der Sprache für den Menschen verdeutlicht.

In den philosophisch anthropologischen Ausführungen von Plessner (1976) spielt Sprache in vielerlei Hinsicht eine bedeutsame Rolle. Denn mittels Sprache setzt sich der Mensch mit der Welt auseinander und schafft Kontakt zur offenen Wirklichkeit. Dabei äußert sich jedoch zugleich das Vermögen und Unvermögen des Menschen. Zur Erinnerung, der Mensch ist nach Plessner nur begrenzt weltoffen und nimmt die Wirklichkeit stets gebrochen um seine vertraute Sichtweise und das sich zu eigen gemachte Glaubenssystem wahr. Durch das Sprechen und Kommunizieren hat er die Chance sich mit anderen Personen und den unergründlichen Dingen auseinanderzusetzen sowie sich ihnen ein Stück weit auf sie einzulassen, sofern eine gemeinsame Sprache gefunden wird. In sprachlicher Hinsicht ist der Mensch stets rückgebunden auf seinen vulnerablen Leib, der es ihm erst ermöglicht, die Welt wahrzunehmen, sich zu äußern und kulturell tätig zu sein. Dem Menschen ist mit der Sprache eine Möglichkeit gegeben, auf die ihm erscheinende Wirklichkeit zu reagieren und sie zu beeinflussen. Plessner beschreibt Sprache also folgendermaßen:

„Sprache wahrt als Ausdruck vermittelter Unmittelbarkeit die Mitte zwischen der zupackenden, greifenden und gestaltenden Hand, dem Organ der Distanz und ihrer Überbrückung, und dem Auge als dem Organ unmittelbarer Vergegenwärtigung. Sprache steht aber nicht etwa nur zwischen diesen Funktionen, sondern verschmilzt sie auf eine neue, in ihnen beiden nicht vorgegebene Weise. Ihr packender Zugriff macht sichtbar und evident, ist Hand und Auge in einem.“ (Plessner 1976, S.44)

Sprache ist, wie Plessner ausführte, „*das repräsentierende Zwischenmedium in dem labil-ambivalenten Verhältnis zwischen Mensch und Welt*“ und hat durch ihre „*stabilisierende und sozialisierende Funktion*“ eine entlastende Wirkung auf den Menschen und seine Physis (vgl. Plessner 1976, S.44f.). Letztlich kann sich der Mensch mithilfe der Sprache verständigen, verabreden und soziale Vereinbarungen treffen. Derartige Übereinkünfte schaffen eine gewisse Sicherheit und Ordnung. Auch Name und Ansprechbarkeit spielen eine direkte Rolle im individuellen Personifikationsprozess und sind bedeutsam für das Menschsein. Wie sich eine Person selbst erfährt, hängt wesentlich von anderen und anderem ab: „*Der Weg nach Innen bedarf des Außenhalts.*“ (Plessner 1976, S.62). Das Selbst findet am gegebenen Namen Halt und kann sich sozial orientieren und identifizieren. In dieser Weise hat es die Möglichkeit einen gesellschaftlichen Status bzw. eine Rolle einzunehmen (vgl. Plessner 1976, S.62ff.). Jedoch ist der Mensch nicht immer redegewaltig und beherrscht. Manchmal stößt er auf Grenzen, die etwa durch Lachen und Weinen ausgedrückt werden. Aus Schock schlägt es dem Menschen die Sprache, er ist aufgrund des Ordnungsverlusts außer Gefecht gesetzt und kann sich nur durch Lachen und Weinen vorsprachlich äußern. Nach Plessner zeigt sich dabei die exzentrische Höhe des Menschen, welche sich durch die Fähigkeit, sich von sich selbst und anderen bzw. anderem distanzieren zu können, auszeichnet (vgl. Plessner 1976, S.70ff.). Bei Arendt (1960) wird hingegen speziell die Bedeutung des Sprechens und Handelns für die Sichtbarwerdung individueller Menschen hervorgehoben. Sie schreibt:

„Handelnd und sprechend offenbaren die Menschen jeweils, wer sie sind, zeigen aktiv die personale Einzigartigkeit ihres Wesens, treten gleichsam auf die Bühne der Welt, auf der sie vorher so nicht sichtbar waren, solange nämlich als ohne ihr eigenes Zutun nur die einmalige Gestalt ihres Körpers und der nicht weniger einmalige Klang der Stimme in Erscheinung traten.“
(Arendt 1960, S.169)

Im Sprechen und Handeln äußert sich also die einzigartige Qualität der Menschen und die vorhandene menschliche Pluralität wird erkennbar. Aufgrund ihrer persönlichen Unterschiedlichkeit bedürfen Menschen der Sprache als Mittel zur Verständigung. Sprechend und handelnd schalten sich Menschen in die soziale Welt ein und übernehmen hierdurch Verantwortung (vgl. Arendt 1960, S.164f.). Taten können nach Arendt prinzipiell nicht wortlos geschehen, zumal dies „*ein Handeln ohne Handelnden wäre*“ (Arendt 1960, S.168). Die handelnde Person legt schließlich mit den Worten ihre persönlichen Absichten, Erfahrungen und Entschlüsse in Bezug auf das Handeln offen. Taten des Menschen werden erst durch die Begleitung von Reden verständlich, weil in dieser Weise ihr Bedeutungszusammenhang hervorgebracht wird. Es kommt jedoch auch vor, dass Menschen

wortlos Dinge tun und ihre Identität bzw. die eigenen Hintergründe im Unklaren lassen. Diese Taten können dann mit Unverständlichkeit schockieren. Das durch Stummheit zur Schau getragene, ablehnende Verhalten der handelnden Person behindert zwischenmenschliche Verständigung und Anteilnahme (vgl. Arendt 1960, S.168). In diesem Zusammenhang weist Arendt darauf hin, dass es auch Tätigkeiten gibt, in denen die sprachliche Begleitung sekundär ist. Bei Tätigkeiten, die ebenso schweigend erfolgen können, oder bei denen die Worte nur der reinen Information dienen würden, welche auch in einer anderen Weise gegeben werden könnte, ist das beispielsweise der Fall. Sprache ist ihrer Auffassung nach mehr als die bloße Informationsvermittlung. Das Reden hat ebenso eine aufschlussgebende Qualität, durch die das sprechende und handelnde Individuum in Erscheinung tritt und von ihren Mitmenschen identifiziert werden kann. Dazu ist es notwendig, dass „*Menschen miteinander, und weder für- noch gegeneinander, sprechen und agieren.*“ (Arendt 1960, S.169) Menschen, die auf dieses miteinander Sprechen und Handeln verzichten, also entweder für- oder gegeneinander reden, werden die Eigenart anderer Personen nicht entdecken und sich fremd und verlassen fühlen. „*Bloßes Gerede*“, wie Arendt es nennt, verfehlt wiederum genauso den „*eigentlichen Sinn des Sprechens*“, da hierbei ebenso wenig das Miteinander und die aufschlussgebende Qualität im Vordergrund steht (vgl. Arendt 1960, S.170). In einem solchen Fall wird das Reden nur als Mittel zur Erreichung vorgefasster Ziele eingesetzt, die nur auf sich selbst und nicht auf den anderen abgestimmt sind. Beim Sprechen geht es jedoch im Wesentlichen darum, dass die individuellen Menschen jeweils selbst zeigen wer sie sind, die Fremdheit und Distanz überwinden und sich als sprechendes und handelndes Subjekt dem Miteinander öffnen (vgl. Arendt 1960, S.169ff.). Gleichzeitig versagt die Sprache grundlegend darin, das Wesen eines Menschen zu benennen, da „*wir dies Jemand-sein nicht definieren können, weil wir es mit nichts in Vergleich setzen und qua Wer-sein gegen keine andere Art des Wer-seins absetzen können.*“ (Arendt 1960, S.172) Menschen versuchen sich zwar mithilfe von Bestimmungen und Interpretationen zu beschreiben, letztendlich bleibt aber ein ungreifbarer Zwischenraum bestehen, der „*sich in keiner Weise verdinglichen oder objektivieren lässt*“ und sich nur im menschlichen Miteinander zeigt (Arendt 1960, S.173). Der „*subjektive Faktor*“ kann beim Handeln und Sprechen also zu keiner Zeit ausgeschaltet werden. Selbst, wenn Menschen über etwas reden und einander „*etwas weltlich-nachweisbar Gegebenes*“ aufzeigen, bringen sie sich selbst und ihre personale Einmaligkeit mit ins Spiel, zumal sie immer in einem Bezugssystem bestehen (vgl. Arendt 1960, S.173f.). Um zu erfahren „*wer jemand ist oder war*“, helfe nach Arendt alleinig das Anhören der persönlichen Geschichte und der Biographie dieser Person (vgl. Arendt 1960, S.178).

Auch Buber (1978) betonte den zentralen Wert der Sprache für den Menschen und prägte dabei insbesondere den Dialogbegriff. Der Mensch ist seinem Verständnis nach bereits sprachlich konstruiert und Sprache ist, wie er sagt, „*das große Merk- und Denkmal des Menschseins.*“ (Buber 1978, S.28) Der Sprachbegriff ist bei Buber jedoch nicht im lautsprachlichen Sinn gemeint. Wenn von Sprache die Rede ist, bezieht er sich nicht zwangsläufig nur auf Worte und Grammatik (vgl. Rügger 2016, S.11). Die dialogische Verbundenheit zwischen zwei Menschen verwirklicht sich vielmehr durch die einander zugekehrte Haltung (vgl. Buber 1997, S. 149). „*Diese Sprache hat kein Alphabet, jeder ihrer Laute ist eine neue Schöpfung und nur als solche zu erfassen.*“ (Buber 1997, S.162) Buber betont bei der Sprache in erster Linie den Beziehungsaspekt bzw. das vorsprachliche Erleben, welches Mitteilung erst ermöglicht (vgl. Rügger 2016, S.13). Das „*In-Beziehung-treten*“ wird von ihm als ein wesentliches Prinzip des Menschseins bezeichnet, welches die vom Menschen erwünschte Bestätigung seiner selbst verwirklicht. Um zwischenmenschliche Begegnungen einordnen zu können, beschreibt Buber drei Möglichkeiten, wie Mitmenschen grundsätzlich wahrgenommen werden können. Entweder kann der Mensch einen Mitmenschen beobachten oder betrachten, und dabei mit ihm in gewisser Distanz bleiben, oder er kann einen Zustand des „*Innewerdens*“ erreichen (vgl. Buber 1997, S.150ff.). Letzteres bedeutet, dass der Mitmensch einem selbst „*(...) etwas sagt, mir etwas zuspricht, mir etwas in mein eigenes Leben hineinspricht.*“ (Buber 1997, S.152) Vom Mitmenschen kann beispielsweise ein Bedürfnis nach Hilfe ausgedrückt werden. Ein solches „*Wort*“, im Buber’schen Sinne, fordert eine Antwort und durch diese „*Anrede*“ findet sich der Mensch im Dialogischen wieder. Er ist in der Lage „*das Antworten*“ und die damit einhergehende Verantwortung auf sich nehmen (vgl. Buber 1997, S.152 & 161). Die „*dialogische Grundbewegung*“ zeigt sich also in erster Linie durch die Hinwendung zum gegenwärtigen Gegenüber. Denn, „*wenn man jemand ansieht, anredet, wendet man sich ihm eben zu, naturgemäß körperlich, aber auch in dem erforderlichen Maße mit der Seele, indem man die Aufmerksamkeit auf ihn richtet.*“ (Buber 1997, S.170) Der Mensch antwortet sonach, indem er auf die momentane Situation, deren Erscheinung stets neu, einzigartig und unvorhersehbar ist, eingeht und sie bewältigt (vgl. Buber 1997, S.163). Er lässt sich auf ein sogenanntes „*echtes Gespräch*“ ein. Welche Vorstellungen Buber hinsichtlich eines solchen echten Gespräches hat, wird im Kapitel 1.3.4. *Der offene Dialog: Mutig einander zuwenden* noch einmal im Einzelnen eingegangen.

Anhand der philosophisch anthropologischen Überlegungen von Plessner, Arendt und Buber, zeigte sich nun bereits, dass die Sprache für den Menschen eine maßgebliche Rolle zur

zwischenmenschlichen Verständigung und Übermittlung von Information, für den Beziehungsaufbau, die Selbstoffenbarung und -findung sowie für das verantwortliche Handeln und vieles mehr spielt. Der Mensch ist ein soziales Wesen und im gesellschaftlichen Miteinander benötigt er Sprache und Kommunikation. Demzufolge wird im nächsten Kapitel das Kommunikationsmodell von Watzlawick beleuchtet, welches sich auf fünf wesentliche Axiome stützt und Grundzüge der zwischenmenschlichen Kommunikation zu erklären versucht.

2.1.2 Die zwischenmenschliche Kommunikation: Pragmatische Axiome nach Watzlawick

„Wir sind wie eingesponnen in Kommunikation und sind doch – oder gerade deshalb – fast unfähig über Kommunikation zu kommunizieren“ (Watzlawick u.a. 2017, S.42f.)

Wie erwähnt, ist die zwischenmenschliche Kommunikation ein sehr breites Thema, das in der Literatur vielfältig beschrieben ist und unterschiedliche Theorien und Modelle umfasst. Das einleitende Zitat lässt bereits vermuten, dass es nicht einfach ist, alle Aspekte der Kommunikation mit Worten zu beschreiben und vollständig festzuhalten. Um dennoch einen Anhaltspunkt für das Verstehen zwischenmenschlicher Kommunikationsabläufe und deren Reziprozität zu geben, wird in dieser Masterarbeit nun eines der bekannten Kommunikationsmodelle aufgegriffen und vorgestellt.

Nachdem Watzlawick (2017) die Phänomene der Kommunikation nicht allzu vereinfacht darstellt, wie etwa beim klassischen Sender-Empfänger Modell von Shannon und Weaver (1964), und er die Kreisförmigkeit der Kommunikationsprozesse mitsamt der Wechselwirkungen in seine Überlegungen miteinbezieht, fiel die Auswahl auf das von ihm begründete Modell. In diesem Modell wird Kommunikation also nicht auf den sachlichen Austausch von Informationen reduziert, sondern als breiteres Geschehen betrachtet, in dem sich genauso psychologische Phänomene zeigen, welche bei der Untersuchung von Kommunikationsabläufen berücksichtigt werden müssen (vgl. Shannon und Weaver 1964; Röhner und Schütz 2016, S.29; Watzlawick, et al. 2017, S.14). Er weist zugleich jedoch auf die Problematik hin, dass sich der psychische Aspekt der Kommunikation nie rein objektiv erforschen lässt, sondern nur durch Rückschlüsse und Selbstschilderungen studiert werden kann (vgl. Watzlawick u.a. 2017, S.49). Erst während des subjektiven Erlebens der

Kommunikation werde den Begriffen „*Bedeutung*“ zugemessen (vgl. Watzlawick u.a. 2017, S.52). Das Sprechen über Kommunikation nennt Watzlawick „*Metakommunikation*“. Er sieht es als ein nützliches Mittel zur Behebung von Kommunikationsstörungen. Diese treten auf, wenn gegen folgende, pragmatische Axiome verstoßen wird, welche seinem Verständnis nach für erfolgreiche Kommunikation zu berücksichtigen sind (vgl. Watzlawick u.a. 2017, S.46ff.).

Das erste Axiom, welches von Watzlawick postuliert wurde, ist das „*Axiom zur Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren*“ (Watzlawick u.a. 2017, S.58). Genauso wie Menschen sich „*nicht nicht verhalten*“ können, sich also stets in irgendeiner Weise verhalten, kommunizieren sie auch ständig mit ihrer Umwelt. Unter den Begriff Kommunikation fällt dabei nicht nur das wörtliche Sprechen, sondern „*auch alle paralinguistischen Phänomene (wie z. B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen), Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes*“, welche einen Mitteilungscharakter besitzen (vgl. Watzlawick u.a. 2017, S.58). Sobald Menschen sich gegenseitig wahrnehmen, kommunizieren sie miteinander, ganz gleich, ob sie dies wollen oder nicht bzw. ihnen bewusst ist oder nicht. Auch zwei Personen, die schweigend nebeneinandersitzen, teilen dem jeweils anderen durch ihre Haltung beispielsweise mit, dass sie nicht miteinander reden möchten.

Das zweite Axiom handelt von den Inhalts- und Beziehungsaspekten der Kommunikation. Watzlawick argumentiert, dass jede Kommunikation neben dem Inhaltsaspekt auch einen Beziehungsaspekt enthält. Bei Ersterem ist die im Inhalt übermittelte Information gemeint, also „*was*“ mitgeteilt wird, ungeachtet der Eventualität, dass diese Information auch falsch sein könnte. Bei Letzterem geht es hingegen um das „*Wie*“ der Mitteilung. Denn eine Mitteilung gibt immer auch „*einen Hinweis darauf, wie ihr Sender sie vom Empfänger verstanden haben möchte*“ und wie somit die Beziehung zwischen Sender und Empfänger definiert wird (vgl. Watzlawick u.a. 2017, S.61). Kommunikation kann missverständlich sein, wenn Inhaltsaspekt und Beziehungsaspekt nicht stimmig sind. Beziehungen sind meist auch unklar definiert und entstehen eher unbewusst. Das kann dazu führen, dass während des Kommunizierens der Inhaltsaspekt in den Hintergrund rückt und zunächst ein „*wechselseitiges Ringen*“ um die Definition der Beziehung stattfindet. Der Beziehungsaspekt einer Mitteilung hängt letztendlich wesentlich mit dem Inhaltsaspekt zusammen und bestimmt wie die Information aufzufassen ist (vgl. Watzlawick u.a. 2017, S.63f.).

Das dritte Axiom beschreibt Watzlawick folgendermaßen: „*Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.*“

(Watzlawick u.a. 2017, S.69f.). Watzlawick versteht Kommunikationsabläufe als einen zirkulären Prozess, „*als ein ununterbrochener Austausch von Mitteilungen*“, ohne einen klaren Anfang oder ein klares Ende. Dennoch versuchen Kommunikationsteilnehmer*innen die Ereignisfolgen für sich zu strukturieren, zu interpretieren und sozusagen zu interpunktieren. Auf bestimmte Ereignisse wird während des Kommunizierens, je nach den persönlichen Erfahrungen oder Urteilen der Gesprächspartner*innen, ein besonderer Wert gelegt und diese Ereignisse werden von ihnen gewissermaßen als Auslöser oder Ursache für darauffolgende Ereignisse identifiziert. Das eigene Verhalten wird meist als Reaktion auf das Verhalten des jeweils anderen gedeutet und es wird dabei vergessen, dass die Haltung der anderen Person ebenso eine Reaktion auf das eigene Verhalten sein kann bzw. ist. Die unterschiedliche subjektive Wahrnehmung und Interpunktion von Ereignisfolgen können also zu erheblichen Konflikten in der Beziehung zwischen den Kommunizierenden führen. Zum Beispiel, wenn der Ehemann sich zurückzieht, weil die Ehefrau nörgelt und die Ehefrau nörgelt, weil sich der Ehemann zurückzieht und beide gleichzeitig den Ursprung ihres eigenen Verhaltens im Verhalten des jeweils anderen sehen, liegt offensichtlich ein Problem vor. Hier zeigt sich die Kreisförmigkeit von Interaktion und Beziehung. Ein metakommunikatives Gespräch über die subjektive Sichtweise bzw. Interpunktion kann in einem solchen Fall aufschlussreich sein (vgl. Röhner und Schütz 2016, S.31ff.; Watzlawick u.a. 2017, S.65ff.). Als nächstes nennt Watzlawick das Axiom zur digitalen und analogen Kommunikation. Diese zwei Modalitäten können in der menschlichen Kommunikation unterschieden werden und ergänzen sich gegenseitig. Er schreibt dazu: „*Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik.*“ Unter die digitale Modalität fällt das wörtliche Miteinandersprechen, welches hilft, um Dinge logisch beschreiben zu können. Wenn Beziehungen klar definiert werden sollen, reicht das Vokabular allein nicht aus, es muss mit Bedeutung gefüllt werden. „*Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potenzial, ermangeln aber der für eindeutige Kommunikationen erforderlichen logischen Syntax.*“ (Watzlawick u.a. 2017, S.78) Mit der analogen Modalität ist die Sprechweise, die Körpersprache und der Kontext gemeint, in dem kommuniziert wird. Sie kann der Wortsprache den notwendigen, intuitiv beigesteuerten Ausdruck verleihen, welcher unmöglich begrifflich darzustellen ist. Beziehungsaspekte werden also meistens analog und Inhaltsaspekte digital übermittelt. Besteht zwischen den beiden eine Diskrepanz, so kann es sein, dass die Kommunikation gestört wird (vgl. Röhner und Schütz 2016, S.33f.; Watzlawick u.a. 2017, S.70ff.).

Im letzten Axiom beschreibt Watzlawick den Unterschied zwischen symmetrischen und komplementären Interaktionen. Er hält fest: „*Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.*“ (Watzlawick u.a. 2017, S.81) In symmetrischen Beziehungen erachten sich Personen als ebenbürtig, Ungleichheit wird dabei vermieden und ein spiegelbildliches Verhalten zeigt sich. In komplementären Beziehungen wird die Interaktion hingegen durch sich gegenseitig ergänzende Verhaltensweisen bestimmt, welche auf die Unterschiedlichkeit der Personen hinweisen. Eine Person nimmt dabei die „*superiore, primäre*“ Stellung ein und die andere die vergleichsweise „*inferiore, sekundäre*“. Watzlawick hebt an dieser Stelle allerdings hervor, dass derartige Bezeichnungen keinesfalls mit Gegensatzpaaren wie „*gut und schlecht*“ oder „*stark und schwach*“ verwechselt werden dürfen. Komplementäre Beziehungen finden ihren Ursprung natürlicherweise meist in kulturellen und gesellschaftlichen Kontexten. Beispiele dafür sind die Mutter-Kind-Beziehung, die Beziehung zwischen Gesundheitspersonal und Patient*in sowie die Beziehung zwischen Lehrer*in und Schüler*in. Sie entstehen nicht zwangsweise deshalb, weil eine Person die andere zu einer Position drängt, sondern häufig werden die jeweiligen Rollendefinitionen schlicht so angenommen. Menschen leben innerhalb vieler Sozialbeziehungen und Rollen, in denen die Kommunikation je nach Art der Beziehung also entweder symmetrisch oder komplementär ablaufen kann (vgl. Röhner und Schütz 2016, S.34f.; Watzlawick u.a. 2017, S.78ff.).

Zusammenfassend lässt sich demnach sagen, dass Kommunikation ununterbrochen stattfindet, wenn Menschen aufeinandertreffen. Sie beinhaltet nicht nur das inhaltliche, wörtliche Mitteilen von Informationen, sondern spielt auch bei der jeweiligen Definierung der Beziehung eine wesentliche Rolle. Um beides, Inhalts- und Beziehungsaspekt, erfolgreich kommunizieren zu können, werden von ihnen sowohl analoge wie auch digitale Kommunikationen gebraucht. Mit Worten haben Menschen also die Möglichkeit den Inhaltsaspekt möglichst treffend zu beschreiben und mit dem dazugehörigen Ausdruck verdeutlichen sie den Beziehungsaspekt. Wie Kommunikation, das damit verbundene Verhalten und die Beziehung zu der anderen Person wahrgenommen werden, hängt mit der einzelnen subjektiven Bewertung und Interpretation der Kommunikationsteilnehmer*innen zusammen. Kommunikationsprozesse können etwa von zwei Personen unterschiedlich interpunktiert werden, wodurch möglicherweise Störungen entstehen. Zur Klärung von Störungen ist in vielen Fällen das Sprechen über die Kommunikation, also das metakommunikative Betrachten der vorliegenden Situation, hilfreich. Außerdem kann im

Generellen zwischen symmetrischen und komplementären Kommunikationsbeziehungen unterschieden werden, welche sich entweder auf die Gleichheit oder Unterschiedlichkeit der involvierten Personen stützen. Je nachdem, ob diese sich spiegelbildlich oder ergänzend zueinander verhalten, gestaltet sich ihr zwischenmenschlicher Kommunikationsablauf symmetrisch oder komplementär.

Diverse Störungen und Pathologien im Rahmen der Kommunikation können laut Watzlawick anhand dieser Axiome nachgezeichnet und begründet werden. Nicht jede Botschaft kommt bei der anderen Person korrekt an und durch gestörte Kommunikation kann in zwischenmenschlichen Beziehungen viel Schaden angerichtet werden. Daran anknüpfend wird im nächsten Kapitel auf die Verletzlichkeit im Hinblick auf das zwischenmenschliche Gespräch bzw. die kommunikative Beziehung eingegangen. Zur Lösung derartiger Kommunikationsprobleme schlägt Watzlawick das Führen metakommunikativer Gespräche vor.

2.1.3 Verletzlichkeit im Gespräch: Fluch und Segen zugleich

„Wenn die Sprache den Körper erhalten kann, so kann sie ihn zugleich in seiner Existenz bedrohen.“ (Butler 2006, S.16)

Es hat sich bereits gezeigt, dass die Sprache in vielerlei Hinsicht eine wesentliche Rolle für den Menschen spielt. Der Mensch ist ein soziales Wesen und das soziale Miteinander vollzieht sich vor allem in der gemeinsamen Sprache und Kommunikation. Insofern wohnt dem sprachlichen Austausch eine besondere Kraft inne. Je nachdem wie er stattfindet und erlebt wird, kann er erfahrungsgemäß positive oder negative Auswirkungen haben. Dieses Potential bzw. die damit verbundene Verletzlichkeit soll nun in diesem Kapitel Thema sein. In dieser Masterarbeit liegt der Fokus primär auf der Frage, wie Sprache hilfreich eingesetzt werden kann, möglichst ohne einen Schaden oder Verletzungen hervorzurufen. An dieser Stelle wird jedoch kurz auch auf die sprachliche Verletzung bzw. Gewalt eingegangen, damit deren Ursprung verstanden und Erkenntnisse für die Prävention daraus gezogen werden können.

Im Zuge ihrer Überlegungen zum Thema Hassrede setzt sich Butler (2006) vertieft mit der sprachlichen Verletzlichkeit des Menschen auseinander und wie sie zustande kommt. Mit der Anrede und den darauffolgenden Effekten wird nach Butler die Verletzbarkeit des menschlichen Körpers enthüllt. Die Sprache stehe in einem untrennbaren, inkongruenten Zusammenhang mit dem Körper und während des Sprechens und Anredens geschieht, wie

sie sagt, eine Zuwendung des eigenen Körpers an den Körper des anderen Menschen, welcher damit zugleich ebenso ins Spiel gebracht wird (vgl. Butler 2006, S.26f.). Das Sprechen ist folglich eine körperliche Handlung, welche *„sich stets in gewissem Sinne unserer Kontrolle entzieht“* (Butler 2006, S.31). Es passiert zum Teil unbewusst und unerwartet. Der genaue Gesprächsablauf ist deshalb nicht vorherzusehen. Durch die Verwendung bestimmter Anredeformen oder Wörter kann nicht nur das körperliche Wohlbefinden einer Person bedroht werden, das Subjekt ist ebenso grundlegend abhängig von der Anrede anderer Personen, da es so zur Existenz gelangt. Butler spezifiziert: *„Angesprochen zu werden bedeutet also nicht nur, in dem, was man bereits ist, anerkannt zu werden; sondern jene Bezeichnung zu erhalten, durch die die Anerkennung der Existenz möglich wird.“* (Butler 2006, S.15) Mit der sprachlichen Anrufung erhält der Mensch einen Namen und sein Körper bekommt *„eine bestimmte gesellschaftliche Existenz“* (Butler 2006, S.15). Wird eine Person indes auf verletzende Weise angesprochen, so verliert sie laut Butler ihren *„Kontext“*. Das bedeutet, sie weiß buchstäblich nicht mehr, wo sie ist, verspürt Desorientierung über die eigene zeitliche und örtliche Lage und wird in ihrer Selbstkontrolle beraubt (vgl. Butler 2006, S.13). Hier zeigt sich die Verletzungsmacht der Sprache. Hassreden sind wirkungsvoll, weil Subjekte in dieser Weise in untergeordnete Positionen konstituiert werden (vgl. Butler 2006, S.36). Bei derartigen Sprechakten besteht aber auch die Möglichkeit des Scheiterns, wie Butler in ihrer Abhandlung hervorhebt. Das Gleichsetzen von Sprechen und Handeln heiße nämlich nicht zwangsweise, dass das Sprechen auch ein effektives Handeln ist. Eine sogenannte performative Äußerung glückt etwa erst, wenn damit auch eine bestimmte Kette an Effekten ausgelöst wird. Hört niemand auf die ausgesprochenen Befehle einer Person, so sind deren Äußerungen verfehlt und führen zu nichts. Umgekehrt können Sprechakte auch unbeabsichtigte Folgen hervorrufen, wie eine auf der Wortwahl beruhende Verletzung (vgl. Butler 2006, S.33f.). Butler kommt zu dem Schluss, dass der Mensch seine grundlegende sprachliche Verletzlichkeit zu keiner Zeit ablegen kann. Indem er sich allerdings mit den verletzenden Eigenschaften der Sprache befasst, sie annimmt und über verletzende Sprechakte spricht bzw. dagegenredet, hat er die Möglichkeit einer Rede die verletzende Wirkung zu entziehen. An dieser Stelle können Menschen ansetzen und eine Welt gestalten, in der ihre sprachliche Verwundbarkeit einen hinreichenden Schutz erfährt (vgl. Butler 2006, S.260). Um also verletzende Sprechakte verstehen und in weiterer Folge vorbeugen zu können, helfe ihres Erachtens in erster Linie das Reden darüber bzw. die Widerrede. Die Fähigkeit, auf eine verletzende Rede entsprechend zu reagieren und sie klarzustellen bzw. aufzulösen, kann in dieser Hinsicht als Ressource betrachtet werden. Sie macht die

Veränderung der Situation in Richtung einer konstruktiven zwischenmenschlichen Annäherung oder Abgrenzung möglich und führt damit zur Resilienz.

Wie sich zeigt, ist sprachliche Verletzlichkeit ein untrennbarer Teil der anthropologischen Verletzlichkeit des Menschen und gewissermaßen immer gegeben. Ob eine Person in einem bestimmten Moment besonders durch Sprache verletztlich ist, hängt auch hier von den situativen Bedingungen sowie den persönlichen Ressourcen und Empfindlichkeiten ab. In manchen Situationen ist der Mensch offenbar besonders verletztlich durch Sprache und die Gespräche können besonders kraftvolle Auswirkungen haben. In anderen Situationen werden Schimpfworte oder vermeintlich verletzende Dinge ausgesprochen und ihnen wird keine weitere Bedeutung geschenkt. Im Unterschied zur körperlichen Verletzung, welche unabhängig von der sozialen Machtposition des*der Täter*in vollzogen werden kann, ist sprachliche Verletzung in erster Linie auf die vorhandene Macht, beleidigen oder herabzuwürdigen zu können, angewiesen (vgl. Janssen 2018, S.45). Erst wenn sich eine Person durch die Sprache einer anderen Person berühren lässt, die Rede von ihr also als existentiell bedeutsam erlebt wird, kann sprachliche Verletzung passieren. Wird dem Gesagten dagegen wenig Gewicht verliehen, können verletzende Sprechakte auch ohne Folge bleiben. Ob eine sprachliche Verletzung eintritt oder nicht, beruht daher sicherlich auf Faktoren wie der Beziehung zwischen den Gesprächspartner*innen, den sozialen Verhältnissen, der Art der Rede, der persönlichen Interpretation und der vorhandenen Fähigkeit zur Resilienz. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass sprachliche Gewalt bzw. Verletzung nicht so offensichtlich ist wie körperliche Gewalt und sich leichter als Witz oder Ironie oder Ähnliches verschleiern lässt (vgl. Janssen 2018, S.45f.). Von außen ist sie oftmals schwierig zu erkennen, da derartige Verletzungen in erster Linie aufgrund des persönlichen Kontexts wirken. Krämer (2007) schreibt dazu:

„Einer einzelnen Äußerung ist (zumeist) ihre verletzende Kraft gar nicht abzulesen; ihre Semantik bleibt opak gegenüber dem ihr eigenen Kränkungsgehalt. Erst die Pragmatik einer Äußerung, wer also zu wem unter welchen Umständen was und vor allem: wie gesagt hat, kann die Verletzungsdimension einer Rede enthüllen.“ (Krämer 2007, S.35)

Bei einer genaueren Betrachtung sprachlicher Verletzungen kann jedenfalls eine Unterscheidung zwischen der offenen Gewalt, die „mit der Sprache“ ausgeübt wird, und der stillen Gewalt, die „in der Sprache als solcher“ involviert ist, getroffen werden (vgl. Herrmann und Kuch 2010, S.17). Sprachliche Gewalt hat viele Gesichter und reicht unter anderem von verletzenden Sprechakten, zu gewaltsamer Rhetorik bis hin zur transzendentalen Gewalt der Sprache (vgl. Herrmann und Kuch 2010, S.17ff.). Letztere wird beim Sprechen

unumgänglich aufgrund der sprachlichen Präformierung des menschlichen Zugangs zur Welt hervorgerufen und muss wohl oder übel angenommen werden. Benennt der Mensch Beobachtungen durch die Auswahl und Verwendung von Begriffen, so geht immer ein gewisser Teil der situativen Faktoren verloren. Einzigartige Entstehungssituationen werden durchs Sprechen abstrahiert und Nicht-Gleiches wird gleichgesetzt. Das ist sozusagen die „*Ur-Gewalt der Sprache*“, welche unvermeidbar ist (vgl. Herrmann und Kuch 2010, S.25f.). Ohne die Sprache wäre der Mensch der Welt und seinen Mitmenschen allerdings stillschweigend ausgeliefert und hätte keine Möglichkeit seine Wahrnehmung in Worte zu fassen, Gegenstände zu bezeichnen und Eindrücke für andere verständlich zu machen. Sprachliche Gewalt bzw. Kraft kann folglich nicht nur zerstörerisch wirken, sondern hat gleichzeitig immer auch einen produktiven, stiftenden Effekt mit dem Potential, Positives hervorzubringen. Erst mithilfe dieser Abstraktion lassen sich Situationen vergleichen und ist es beispielsweise möglich, sich über moralisches Handeln oder gerechte Verhältnisse auszutauschen. Herrmann und Kuch (2010) verdeutlichen:

„Weder trifft also zu, dass der Sprache als solcher stets eine positive Kraft innewohnt, noch ist es richtig, dass verletzende Formen des Sprechens von vornherein immer schon negativ bewertet werden müssen - ihre Rechtfertigung oder Kritik ist vielmehr ein Produkt von Aushandlungsprozessen im Rahmen der Selbstverständigungspraxis einer Gesellschaft“ (vgl. Herrmann und Kuch 2010, S.28f.).

Ob bestimmte Sprachformen oder gewisse Sprechakte aus moralischer Sicht gerechtfertigt sind, ist laut Herrmann und Kuch auf einer normativen Ebene nicht zu bewerten, sondern ergibt sich vielmehr innerhalb des gesellschaftlichen und zwischenmenschlichen Zusammenlebens bzw. basiert wiederum auf gegenseitiger Absprache. Zumal das Gespräch der Verständigungsprozess und Gedankenaustausch selbst ist, gibt es keine Regel dafür, wie Gesprochenes aufgefasst werden muss. Wie Worte interpretiert und Gespräche wahrgenommen werden, ist letztendlich wesentlich an das subjektive Erleben, die Vorerfahrung und die sprachlich-kulturelle Einbettung der involvierten Individuen gebunden. Worte können unterschiedliche Bedeutungen haben und es ist nicht „*der reine Wortinhalt allein, der im Kopf des Empfängers etwas auslöst*“ (Eicher 2018, S.7). Worte wirken etwa durch Körpersprache und Ton, welche Empfindungen erzeugen und bei der Interpretation des rein lexikalischen Inhalts eine bedeutsame Rolle spielen (vgl. Eicher 2018, S.7). Viele Worte haben zwar eine symbolische Kraft, ob sie innerhalb des Gesprächs verletzend wirken oder nicht, liegt jedoch zum Teil auch an der Einschätzung und Reaktion der hörenden Person, welche diese für sich deutet und ihnen einen entsprechenden Wert zumisst. Grundsätzlich

heißt das also, je unklarer die Aussage und Intention des*der Gesprächspartner*in formuliert ist und je stärker eine Diskrepanz zwischen digitaler und analoger Kommunikation empfunden wird, desto eher können Unsicherheiten entstehen, wie dessen*deren Äußerungen ausgelegt werden sollen. Lässt eine Aussage viel Spielraum für Interpretation, so kann diese dann in eine falsche Richtung gehen. Durch diesen Interpretationsspielraum ist es zum Beispiel möglich, dass Worte verletzen, welche gar nicht verletzend gemeint waren, aber missverständlich gewählt oder fehlgedeutet wurden.

Je nach Motiv lässt sich das Sprechen grundsätzlich in zwei Register aufteilen, und zwar einerseits den „*verständigungsorientierten, wahrheitsbefördernden Gebrauch*“ der Sprache und andererseits den „*strategischen, irreführenden Gebrauch*“. Bei Buber heißt das etwa, dass Sprache entweder dialogisch verwendet wird, indem die Gesprächspartner*innen zueinander in Beziehung treten, oder sie wird so gebraucht, dass das soziale Band eher aufgelöst wird (vgl. Herrmann und Kuch 2010, S.22). Sprache kann nach seinem Verständnis also nur insofern gewaltsam sein bzw. eine gewaltsame Wirksamkeit innehaben, wenn die Sprache entgegen ihrem eigentlichen, beziehungsstiftenden Sinn verwendet wird und daraufhin Menschen verletzt, welche echte Gespräche wagen.

In dieser Masterarbeit soll nun daran anschließend in erster Linie die Fähigkeit der Sprache fokussiert werden, Gutes hervorzubringen, wie zwischenmenschliche Beziehungen und gegenseitiges Verständnis. Es wird untersucht, wie dieses Potential im Gespräch bestmöglich ausgeschöpft wird, sodass nicht die negative Gewalt, sondern die positive Wirkmacht der Sprache realisiert wird. Mit einem solchen Zugang wird nicht gesagt, dass Sprechen an sich harmlos ist und keinen Schaden verursachen kann. Im Gegenteil, gerade weil die Sprache eine besondere Wirkmacht hat, ist es umso wichtiger darauf zu achten, wie sie eingesetzt wird. Das Führen von Dialogen bedarf meist Mut, denn die Teilnehmenden sehen damit der eigenen Verletzlichkeit ins Auge. Es scheint sich jedoch zu lohnen den Mut aufzubringen, Dialoge zu führen und sich dabei verletzlich zu zeigen bzw. machen, wie im nächsten Kapitel weiter ausgeführt wird.

2.1.4 Der offene Dialog: Mutig einander zuwenden

In diesem Kapitel wird beschrieben, was hinter dem Dialogbegriff steckt und wie sich ein offener Dialog von anderen Gesprächsformen abgrenzt bzw. welche besonderen Merkmale er hat. Dafür werden Erläuterungen von Bohm (2014) und Buber aufgegriffen und in den

Kontext der sprachlichen Verletzlichkeit gestellt. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie am besten konstruktiv kommuniziert werden und die eigene Vulnerabilität angenommen werden kann, möglichst ohne Verletzungen oder Schaden hervorzurufen. Es wurde bereits die Möglichkeit erwähnt, Sprache zu strategischen Zwecken zu verwenden, um etwa Personen in die Irre zu führen und eigene Interessen durchzusetzen. Im Folgenden wird jedoch für den verständigungsorientierten Gebrauch der Sprache plädiert, welcher für das zwischenmenschliche Miteinander Vorteile bringt und ein würdevolles Handeln realisiert. Die von Hartkemeyer (2005) beschriebenen zehn Kernfähigkeiten sollen im Anschluss daran eine Orientierung geben, mit welcher Haltung Dialoge entstehen können und welche Strategien ein offenes Gesprächsklima eher zerstören.

Der Dialog ist eine Kommunikationsform, in der sich Personen nicht nur gegenseitig Informationen und Ideen mitteilen. Durch den Dialog wird Bohm's Auffassung nach auch Neues geschaffen (vgl. Bohm 2014, S.27). Das Wort Dialog wird von ihm etymologisch mit dem „*Fließen von Sinn*“ bzw. „*Sinnfluss*“ übersetzt und bezeichnet einen vielschichtigen Prozess, in dem die menschliche Erfahrung in ungewöhnlicher Bandbreite reflektiert werden kann (vgl. Bohm 2014, S.32f.). Darunter fallen etwa tiefsitzende Wertvorstellungen der Beteiligten, das Wesen und die Intensität von Emotionen, die Muster der Denkprozesse, die Rolle des Gedächtnisses, der Hintergrund gängiger kultureller Mythen wie auch die Eigenart, in der Augenblickserfahrungen durch die Neuropsychologie der Beteiligten strukturiert werden (vgl. Bohm 2014, S.7f.) Der Dialog bietet die Möglichkeit unterschwelliger Annahmen und Überzeugungen auf den Grund zu gehen und gemeinsam die Bedeutung des Menschseins sowie das Potential menschlicher Entwicklung zu ermitteln. In Abgrenzung zur Diskussion steht dabei keineswegs das Durchsetzen des eigenen Standpunkts im Vordergrund. Das Diskutieren vergleicht Bohm mit einem Pingpong-Spiel, in dem die Beteiligten ihre Meinungen vor- und zurückschlagen und in erster Linie darauf abzielen, Punkte für sich zu sammeln (vgl. Bohm 2014, S.33f.). Im Dialog versucht hingegen niemand gegen andere zu gewinnen. Es wird miteinander gespielt und miteinander gewonnen, indem gemeinsam über die persönlichen Erfahrungen und Denkprozesse gesprochen wird. Allerdings müssen die Beteiligten dazu bereit sein, über ihre grundlegenden Annahmen zu reden, ohne sich mit ihnen zu identifizieren und sie emotional verteidigen zu wollen. Meinungen werden oft als Wahrheiten erlebt und diese zu hinterfragen, kann sich so anfühlen, als ob die eigene Person angegriffen wird (vgl. Bohm 2014, S.34ff.). Das muss jedoch nicht so sein, denn Meinungen können auch lediglich als Ergebnis der auf eigener Erfahrung

beruhenden Gedanken betrachtet werden, welche stets einer gewissen „*Fragmentierung*“ erliegen (vgl. Bohm 2014, S.37f.). Die Welt, welche aus ineinanderfließenden Übergängen besteht, trennt jeder Mensch in seinem Denken und spaltet sie der Einfachheit halber in verschiedene Teile auf. Wie eine solche Trennung vollzogen wird und Personen jeweils denken, erfordert nach Bohm gewisse Aufmerksamkeit, weil durch ihre Denkweise auch Probleme geschaffen werden können. „*Das Denken bewirkt etwas, sagt aber, ich war's nicht.*“ (Bohm 2014, S.39) Der Dialog hilft dabei, hinter die fragmentiert wahrgenommene Wirklichkeit zu blicken und gemeinsam zu neuen Einsichten zu kommen. Der Dialog basiert also auf einer öffnenden Haltung, wohingegen in Debatten oder Diskussionen vergleichsweise eine verengende Haltung eingenommen wird.

Auch Buber befasste sich mit dem dialogischen Prinzip und ist dafür bekannt. Nach Buber gibt es dreierlei Arten von Dialog, wobei eine davon nur der dialogisch verkleidete Monolog ist. Dieser findet etwa statt, wenn zwei oder mehrere Menschen aufeinandertreffen und sich wahrnehmen, sie aber „*auf wunderlich verschlungenen Umwegen jeder mit sich selbst reden und sich doch der Pein des Aufsichangewiesenseins entrückt dünken.*“ (Buber 1997, S.166) Als Beispiel dafür nennt Buber Debatten, in denen die Worte nicht den Gefühlen und Gedanken entsprechend, sondern mit rhetorischer Absicht gewählt werden, sowie Konversationen, welche nicht aus dem Bedürfnis nach Verbindung und gegenseitiger Verständigung entstehen, sondern vielmehr zur Bestätigung des eigenen Selbstgefühls eingegangen werden. Auch ein freundschaftliches Gespräch, in dem die Beteiligten sich jeweils selbst als „*absolut und legitim*“ und die anderen als „*relativiert und fragwürdig*“ ansehen, fällt unter diese Kategorie und ist nach Buber kein echter Dialog (vgl. Buber 1997, S.167). Der echte Dialog zeichne sich vielmehr dadurch aus, dass sich die teilnehmenden Menschen bei der gegenseitigen Anrede, egal ob gesprochener oder schweigender Natur, „*in ihrem Dasein und Sosein*“ wirklich meinen und sich einander zuwenden. Nur so kann eine dialogische Beziehung in Form von „*lebendiger Gegenseitigkeit*“ entstehen (vgl. Buber 1997, S.166). Eine dialogische Verbundenheit gestaltet sich zwischen zwei Menschen folglich, wenn ihre innere Handlung auf Gegenseitigkeit beruht und sie sich zueinander verhalten. Nach Buber ist die dialogische Grundbewegung die „*Hinwendung*“. Ob diese mit oder ohne Worte geschieht, ist unwesentlich. Denn beim Dialog geht es in erster Linie um die Qualität der Aufmerksamkeit und die inneren Haltung, welche in der Interaktion mit Mitmenschen verwirklicht wird (vgl. Buber 1997, S.170). Andere Personen werden beim sogenannten „*echten Gespräch*“ nicht einfach wahrgenommen, sie werden zugleich auch in ihrem Wesen bestätigt und zu ihnen wird „*Ja*“ gesagt. Sie werden als Partner*innen

angenommen (vgl. Buber 1997, S.293). Damit ein echtes Gespräch stattfinden kann, ist allerdings das selbstständige Einbringen aller teilnehmenden Personen von Bedeutung. Jede*r muss gewillt sein darüber zu reden, „*was er zu dem besprochenen Gegenstand im Sinn hat*“ und „*den Beitrag seines Geistes ohne Verkürzung und Verschiebung*“ teilen (vgl. Buber 1997, S.293f.). In solchen Gesprächen sind rückhaltlose Ehrlichkeit und Authentizität bedeutsam, da sich erst eine „*gemeinschaftliche Fruchtbarkeit*“ einstellen kann, wenn die Beteiligten dazu in der Lage sind „*vom Scheinewollen*“ frei zu sein und sich zu zeigen, wie sie sind. Laut Buber ermöglicht der Dialog wahrhaftige zwischenmenschliche Begegnung und hat damit die Kraft, „*das sonst Unerschlossene*“ zu erschließen (vgl. Buber 1997, S.295). Neben diesem echten Dialog und dem dialogisch verkleideten Monolog beschreibt Buber auch noch den technischen Dialog. Ein technischer Dialog zielt in erster Linie auf die sachliche Verständigung ab und ist in der modernen Gesellschaft häufig vertreten. Innerhalb eines solchen technischen Dialogs können sich allerdings zwischendurch auch Zeichen der wirklichen Zwiesprache verstecken, wie etwa ein freundschaftliches Lächeln oder ein wohlwollender Tonfall während des Redens (vgl. Buber 1997, S.166f).

In Auseinandersetzung mit Bohms und Bubers Dialogbegriff wurden bereits wesentliche Merkmale und Potenziale des Dialogs erkennbar. Beide Autoren legen das Augenmerk auf jeweils unterschiedliche Aspekte. Ihre Perspektiven lassen sich jedoch gut miteinander vereinen und ergänzen sich gegenseitig. Während Buber den Fokus vor allem auf die Begegnung zweier Menschen mit der Entstehung einer dialogischen Ich-Du Beziehung richtet, hebt Bohm insbesondere die Bemühung des Dialogs hervor, Bekanntes infrage zu stellen, eigene Denkprozesse zu überprüfen und gemeinsam Bedeutung zu generieren. Alles in allem bietet der Dialog dem Individuum, wie auch mehreren Personen oder Gruppen, die Möglichkeit neue Gedanken- und Erfahrungswelten zu eröffnen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.35). Dafür ist die Erkenntnis, dass persönliche Bewertungen und Sichtweisen keinesfalls allgemeingültig und objektiv sind, zentral. Wird die Welt aus einer dialogischen Sicht betrachtet, so werden unterschiedliche individuelle Ansichten nicht abgewehrt oder verurteilt, sondern „*als Ergänzung und Bereicherung der eigenen Sichtweise*“ aufgefasst (vgl. Hartkemeyer 2005, S.36). Um einen Dialog zu erreichen, ist außerdem Folgendes sehr wichtig. Es braucht einen gemeinsam geschaffenen, sicheren Raum, sozusagen einen „*Vertrauensraum*“, in dem diverse Annahmen und Anschauungen zur gemeinsamen Erforschung ohne Weiteres aufeinandertreffen können. In diesem Raum richten die Teilnehmenden nie gegenseitig den Anspruch an sich, sich ändern zu müssen. Im Vordergrund steht vielmehr das Anliegen, die Bedürfnisse, mentalen Muster und Motive zu

verstehen, welche die unterschiedlichen Weltbilder prägen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.36f.). Innerhalb des Dialogs ist es also besonders wichtig auf eine sichere Atmosphäre zu achten, in der die Integrität der teilnehmenden Personen gewahrt werden kann.

Geschehen Dialoge nicht zufällig, sondern werden bewusst gestaltet, so kann je nach Vorhaben zwischen thematischen und generativen Dialogen unterschieden werden (vgl. Hartkemeyer 2005, S.37). Entweder wird eine thematische oder strategische Frage als Ausgangspunkt für den Dialog gewählt und ist Grund der Zusammenkunft oder es ist kein zentrales Thema vorgegeben und die Inhalte sollen sich erst innerhalb des Dialogprozesses ergeben. Bei generativen Dialogen legen sich die Teilnehmenden zuvor nicht auf ein bestimmtes, zweckmäßiges Thema fest, sondern warten ab, welche Themen sich über kurz oder lang ergeben. Bei beiden Varianten wird versucht, die Art und Weise des Redens sowie die aufkommenden Gedanken und Gefühle zu beobachten, reflektieren und Unbewusstes bewusst zu machen. Dabei kann der Dialog einen heilsamen Effekt haben, sollte allerdings nach Hartkemeyer nicht als therapeutisches Verfahren gesehen werden (vgl. Hartkemeyer 2005, S.38). Der Unterschied zwischen therapeutischen Ansätzen und dem Dialog ist im Allgemeinen, dass bei Therapien die Behandlung von Beschwerden oder Krankheiten im Fokus steht und sich aufgrund des Leidensdrucks in der Regel ein hierarchisches Verhältnis zwischen der professionell handelnden Person und der zu behandelnden Person ergibt (vgl. Hartkemeyer 2005, S.333f.). Nach Hartkemeyer braucht der Dialog dagegen von beiden Seiten eine „*gesunde Belastbarkeit*“ und die „*Bereitschaft zur Selbstreflexion*“, damit er funktioniert (vgl. Hartkemeyer 2005, S.38). Ob innerhalb eines therapeutischen bzw. pflegerischen Settings diese Voraussetzungen für den Dialog gegeben sind, hängt von den situativen Bedingungen und der Art der Beziehung der involvierten Personen ab. Das hierarchische Ungleichgewicht zwischen der professionell handelnden und der zu behandelnden Person richtet sich eben auch danach, wie die Beziehung zwischen ihnen verstanden und gestaltet wird. In einer demokratisch gestalteten therapeutischen Beziehung kann der Dialog als wichtige Grundlage, nämlich „*als ein erkundendes Gespräch ohne Machtgefälle*“, dienen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.333f.).

Wie bereits deutlich wurde, sind die auf einer vertraulichen Atmosphäre basierende Offenheit der Dialogteilnehmer*innen und ihre Begegnung auf Augenhöhe wesentliche Merkmale für das dialogische Miteinander. Um noch ein genaues Bild davon zu geben, welche Haltung und Vorgehensweise für den Dialog notwendig bzw. förderlich ist, werden an dieser Stelle nun abschließend die von Hartkemeyer beschriebenen zehn Kernfähigkeiten vorgestellt und mit ihren jeweiligen Gegensätzen verdeutlicht (vgl. Hartkemeyer 2005, S.38ff.).

Eine lernende Haltung einnehmen

Erstens ist es im Dialog wichtig, eine Haltung einzunehmen, die auf der folgenden Erkenntnis gründet. Ein Individuum kann weder wissen, wie andere Individuen die Welt sehen, noch mit bloßem Auge erkennen, auf Basis welcher Erfahrungen, Annahmen, Erwartungen und Bedürfnisse das Gegenüber Erlebtes interpretiert (vgl. Hartkemeyer 2005, S.39). Um gegenseitiges Verständnis zu steigern und eine erweiterte Perspektive zu gewinnen, hilft es den Gesprächspartner*innen daher, sich nicht als „*besserwissend*“ hinzustellen, sondern das eigene Interesse für neue Blickwinkel zu signalisieren, welche möglicherweise auch den konventionellen Denk- und Verhaltensweisen widersprechen. Anstatt sich als Expert*in oder als allwissend aufzutun, soll der „*Anfängergeist*“ verkörpert und der Fokus auf das Lernpotenzial gelegt werden (vgl. Hartkemeyer 2005, S.50).

Wird hingegen versucht das eigene Wissen in einer möglichst beeindruckenden Weise zu präsentieren, sodass im Gespräch nicht der geringste Zweifel entstehen darf und dem Gegenüber lediglich sein Unwissen demonstriert wird, so zerstört das den Dialog (vgl. Hartkemeyer 2005, S.51).

Radikaler Respekt

Unter radikalem Respekt während des Dialogs versteht Hartkemeyer „*die andere Person in ihrer Andersartigkeit als legitim und gleichwertig anzuerkennen*“ und „*ihre Sicht der Welt als ebenso sinnvoll und berechtigt zu verstehen wie die eigene*“ (vgl. Hartkemeyer 2005, S.40). Von Radikalität wird gesprochen, weil nicht bloß der oberflächliche Respekt gemeint ist, sondern eine tiefgreifende Achtung, die bis an die Wurzel geht. Selbst bei Verspüren innerlicher Ablehnung oder Misstrauen, bemühen sich die Beteiligten um Verständnis. Die Gesprächspartner*innen werden in ihrer Individualität akzeptiert und der Versuch wird unternommen, sie aus deren Perspektive zu betrachten (vgl. Hartkemeyer 2005, S.50).

Das Gegenteil davon ist, wenn die andere Person nicht ernst genommen wird, ihre Erzählungen von vornherein als unsinnig abgetan werden und so auch kein Einlassen auf das Gegenüber stattfinden kann (vgl. Hartkemeyer 2005, S.51).

Von Herzen sprechen

In diese dritte Kategorie fällt das Bestreben, nur wichtige und wesentliche Dinge anzusprechen, die einen selbst gefühlsmäßig auch betreffen. Es wird angesprochen, was zu sagen ist, ohne unverständliche Formulierungen oder Fachbegriffe zu verwenden, welche lediglich der Rhetorik und dem eigenen Ego dienen oder von persönlichen Empfindungen ablenken sollen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.41). Im Dialog verzichten die Teilnehmenden auf Belehrungen, intellektuelle Spielereien und langwierige theoretische Ergüsse (vgl. Hartkemeyer 2005, S.50). Anstatt draufloszureden, kommunizieren sie „rückhaltlos“ und „vom Scheinewollen befreit“, wie es Buber beschreibt, um über persönlich Bedeutungsvolles zu reden (vgl. Buber 1997, S.294; Hartkemeyer 2005, S.41).

Bleibt ein*e Gesprächspartner*in hingegen unpersönlich und abstrakt, gibt keine für ihn*sie grundlegenden Gedanken und Gefühle preis und möchte sich aus Unsicherheit oder Angst vor fremden Meinungen auf keinen Fall verletzlich zeigen, so wird ein offener Dialog erschwert. Das Gespräch verbleibt auf einer oberflächlichen Ebene und wird ausschließlich „aus dem Kopf heraus“ geführt (vgl. Hartkemeyer 2005, S.50f.).

Generatives Zuhören

Mit dem generativen Zuhören ist nach Hartkemeyer das offene und aufmerksame Zuhören gemeint, welches folglich Neues entstehen lässt. Oft hören Gesprächspartner*innen einander nicht richtig zu oder legen sich bereits Antworten zurecht, mit denen sie eigenen Blockaden und Widersprüchen ausweichen können. Einem selbst sind derartige Ausweichmanöver häufig nicht bewusst. Wenn Gesprächspartner*innen einander jedoch genau zuhören, haben sie die Möglichkeit den Gedankengängen des Gegenübers konzentriert zu folgen, eigene innerliche Reaktionen darauf bewusst wahrzunehmen und Widersprüchlichkeiten zu erkennen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.42).

Generativ zuhören bedeutet also „aktiv und empathisch zuhören, so dass die oder der Sprechende sich dabei selbst entdeckt und der Zuhörende sich beim Einordnen des Gehörten beobachten kann“ (vgl. Hartkemeyer 2005, S.50). Beide Seiten können in dieser Weise gemeinsam neue Erkenntnisse gewinnen.

Im Kontrast dazu wird ein Dialog gestört, wenn sich die Sprechenden gegenseitig ständig ins Wort fallen und ihre Gedankengänge unterbrechen. Sie irritieren und verunsichern sich und lassen es nicht zu, dass Ideen klar ausformuliert werden, da sonst die vertretene Position in Konflikt geraten könnte (vgl. Hartkemeyer 2005, S.51).

Annahmen und Bewertungen suspendieren, in der Schwebe halten

Die Bewusstwerdung der eigenen Vorannahmen und Beurteilungen ist ein wesentlicher Teil des Dialogs. Dafür ist es allerdings wichtig, dass die Teilnehmenden in der Lage sind, eine gewisse Distanz zu ihren Meinungen und Bewertungen einzunehmen und diese von ihren reinen Beobachtungen zu unterscheiden. Sogenannte „mentale Modelle“ sollen „suspendiert“ und „in der Schwebe gehalten“ werden, sodass sie „wie ein Bild in einem Spiegel“ betrachtet werden können. Damit verbundene Gefühle sollen nicht unterdrückt, sondern durchaus wahrgenommen werden, zumal aus ihrer Entstehung ebenso Lehren gezogen werden können. Auch ein Ärger kann beispielsweise in der Schwebe gehalten werden (vgl. Hartkemeyer 2005, S.48).

Hinderlich für einen Dialog ist hingegen, wenn Personen sich mit den eigenen Meinungen und Annahmen identifizieren und kein bisschen Spielraum für Überlegungen und andere Ansichten lassen. Solche Personen beharren emotional auf ihrer Position, da die Infragestellung einzelner persönlicher Annahmen einem Angriff auf die eigene Identität gleichkommen würde (vgl. Hartkemeyer 2005, S.51).

Erkunden

Aufrichtige, das Interesse bekundende Fragen, mit welchen sich Gesprächspartner*innen weder in Szene setzen möchten noch welche von ihnen aus taktischem Kalkül gestellt werden, sind ein wesentlicher Bestandteil eines Dialogs. Durch das Reden und Zuhören vollzogene dialogische Beziehungen gehen auf ein gegenseitiges „unschuldiges“ Erkunden der jeweilig anderen Positionen zurück (vgl. Hartkemeyer 2005, S.44). Sie gründen auf dem Bedürfnis fremde Ansichten „wirklich verstehen zu wollen“, und die dafür erforderlichen Fragen entstehen aus einer Haltung der Neugierde, Bescheidenheit und Achtsamkeit (vgl. Hartkemeyer 2005, S.52).

Das Gegenteil wäre, wenn Gesprächsteilnehmer*innen durch pointierte, „*inquisitorische*“ Fragen den Versuch starten, das Gegenüber zu verunsichern, anstatt sich für ihre Annahmen zu interessieren (vgl. Hartkemeyer 2005, S.53).

Produktiv plädieren

Innerhalb eines dialogischen Gesprächs können Dialogpartner*innen nach Hartkemeyer durchaus für ihre Position eintreten. Wichtig dabei ist, dass sie einander an ihren Denkprozessen und den persönlichen Beweggründen teilhaben lassen, welche das Denkprodukt, also die eigene Haltung zu einem Thema, entstehen ließen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.44). Auch vorhandene Unsicherheiten sollen preisgegeben werden. Die andere Person wird eingeladen, die Gedankengänge nachzuverfolgen und eventuell mit eigenen Überlegungen zu ergänzen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.52). Unterschiedliche Meinungen lassen sich besser verstehen und überprüfen, wenn ihre Herkunft geklärt wird und sie nicht nur als solches dastehen.

Öffnen sich die Gesprächspartner*innen keinem gemeinsamen Denkprozess und verschweigen die Wurzeln ihres Denkprodukts, etwa weil der eigene Standpunkt dadurch angreifbar wird und ins Wanken geraten kann, ist gegenseitiges Verständnis und Weiterentwicklung kaum möglich (vgl. Hartkemeyer 2005, S.53).

Offenheit

Mit Offenheit im Dialog ist die Aufgeschlossenheit für neue Positionen und den damit verbundenen Überraschungen gemeint. Dialogpartner*innen begegnen sich offen, wenn sie mit den eigenen Motiven transparent umgehen und sich vorurteilsfrei andere Motive anhören können, ohne sie zu kritisieren. Denn um sich anderen Personen und deren möglicherweise gegensätzlichen Positionen anzunähern, müssen Dialogteilnehmer*innen sich von den eigenen Überzeugungen lösen und bereit sein, eine empfängliche innere Haltung einzunehmen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.45).

Schotten sich Personen hingegen aus Angst vor Verletzung von anderen ab und verschließen sich gegenüber fremden Ansichten, kann kein Dialog stattfinden (vgl. Hartkemeyer 2005, S.53).

Verlangsamung

Das Zulassen der Verlangsamung ist für den Dialog ebenso bedeutsam. Die „innere“ Verlangsamung geschieht laut Hartkemeyer, wenn die anderen beschriebenen Kernfähigkeiten angenommen und umgesetzt werden, von allein. Eine „äußere“ Verlangsamung kann zusätzlich durch das langsame Sprechen mit Verzicht auf Zwischenkommentare oder Unterbrechungen erreicht werden. Fällt dies den Gesprächsteilnehmer*innen schwer, besteht die Option, Zeichen, Methoden und Rituale einzuführen, die einen angemessenen Gesprächsrahmen bilden und entschleunigend wirken (vgl. Hartkemeyer 2005, S.52). In einer aufgeheizten Gesprächssituation ist beispielsweise das Bitten um eine Pause eine Möglichkeit, die Atmosphäre zu beruhigen (vgl. Hartkemeyer 2005, S.46).

Zerstört wird der Dialog dagegen, wenn es im Gespräch in erster Linie um Schnelligkeit geht und keine Zeit zum Nachdenken bleibt (vgl. Hartkemeyer 2005, S.53).

*Die*den Beobachter*in beobachten*

Von Hartkemeyer wird zuletzt die Wichtigkeit hervorgehoben, die eigene, subjektive Perspektive während des Gesprächs zu beobachten und sich selbst, einschließlich der persönlichen Reaktionen auf das Gespräch, wahrzunehmen. In dieser Weise können aufsteigende Impulse, wie etwa der Drang schnell etwas entgegen zu müssen, und das eigene destruktive Potential von einer Meta-Position aus erkannt und verhindert werden. So ist es in weiterer Folge auch möglich, dass sich bei den Gesprächsteilnehmenden eine dialogische Intelligenz entwickelt, die über Projektionen und Schuldzuweisungen hinaus geht (vgl. Hartkemeyer 2005, S.48).

Sind Gesprächspartner*innen jedoch nicht bereit sich selbst zu beobachten und ihre schädlichen Instinkte in Frage zu stellen, misslingt der Dialog zumeist (vgl. Hartkemeyer 2005, S.53).

2.2 Ein wesentlicher Teil der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege: Der pflegerische Dialog

Auf die theoretische, allgemeine Auseinandersetzung mit dem Dialog und seinen Merkmalen folgt nun die praxisbezogene Beleuchtung des Themas mit speziellem Blick auf die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege. An dieser Stelle werden die bereits dargelegten Inhalte mit Beispielen aus der pflegerischen Praxis ergänzt. Damit soll gezeigt werden, wie bedeutsam dialogische Gespräche im pflegerischen Alltag für den Erhalt oder die Wiedererlangung der physischen sowie psychischen Integrität der Patient*innen sind und welche gesundheitsförderlichen Auswirkungen diese auf sie haben können. Das Erzählen und Anhören persönlicher Geschichten wird dabei als ein Weg vorgestellt, wie besondere Verletzlichkeiten innerhalb des Dialogs zwischen professionellen Pflegepersonen und zu Pflegenden erkannt und würdevoll thematisiert werden können.

Dazu sei gesagt, dass im Folgenden in erster Linie von zu Pflegenden ausgegangen wird, welche auch in der Lage sind, mit Worten zu antworten und eigene Befindlichkeiten zu äußern. Hier ist also die Rede von Personen, welche grundsätzlich die Fähigkeit besitzen, das eigene Erleben und ein verspürtes Leid zu verbalisieren, wenn sie die Möglichkeit dazu bekommen und Gehör finden. Diese Eingrenzung bedeutet keinesfalls, dass der pflegerische Dialog für alle anderen, die nicht dazu in der Lage sind, minder wichtig sei. Denn genau das Gegenteil ist der Fall und muss von professionellen Pflegepersonen berücksichtigt werden. Gerade nonverbale Menschen oder Personen, die sich im Moment nicht verständlich machen können, fühlen sich dadurch in der Pflege oft besonders verletztlich und benötigen ein spezielles Eingehen auf ihre Situation. Das zeigte sich zum Beispiel in qualitativen Studien, in denen das Erleben von ehemaligen Intensivpatient*innen erforscht wurde und Proband*innen von der Nichterfüllung ihrer Bedürfnisse aufgrund einer zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Sprechunfähigkeit erzählten (vgl. Mc Kinley u.a. 2002; Maartmann-Moe u.a. 2021). Als sie versuchten sich auszudrücken, deuteten Pflegepersonen etwa ihre Signale nicht richtig oder brauchten zu lange dafür. Dies beschrieb ein Proband als ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit (vgl. Mc Kinley u.a. 2002, S.30). Für das Thema dieser Masterarbeit ist es also ebenso wichtig festzuhalten, dass die situative oder permanente Sprachlosigkeit von zu Pflegenden und die damit einhergehenden Kommunikationsschwierigkeiten naturgemäß zu einer Verstärkung ihrer Verletzlichkeit beitragen.

In verletzlichen Situationen kommt es offenbar vor allem auf einen würdevollen kommunikativen Umgang der Pflegepersonen mit den zu Pflegenden, deren Beistand und das dabei vermittelte Gefühl der Sicherheit an. Wenn dies gegeben ist und zu Pflegende stets erfahren, was mit ihnen passiert, fühlen sie sich in den Händen der Pflegepersonen trotz erhöhter Verletzlichkeit gut aufgehoben (vgl. Mc Kinley u.a. 2002, S.32ff.). An diesen Punkt setzen die anschließenden Unterkapitel an und führen weiter aus, was aufmerksame, pflegerische Dialoge bewirken können und wie sie umgesetzt werden.

2.2.1 Für das gegenseitige Kennenlernen und persönliche Orientieren: Gefühls- und Informationsaustausch

„Wir sprechen miteinander - und wir hören einander zu.“ (Mantz 2016, S.17)

Professionelle Pflegepersonen und zu Pflegende, die zum ersten Mal aufeinandertreffen, müssen sich zu Beginn einander annähern, um eine Vorstellung davon zu bekommen, mit wem sie es zu tun haben und welche Aufgaben etwa gemeinsam auf sie zukommen. Um eine solche erste Orientierung in neuartigen Situationen zu gewinnen, braucht es einen Austausch von Informationen mitsamt den damit verbundenen Gefühlen. Wie ein solches Gespräch in der pflegerischen Praxis vonstatten gehen kann und was dabei unter anderem zu beachten ist, soll in diesem Unterkapitel behandelt werden.

Für ein Kennenlernen eignet sich in der professionellen Pflege beispielsweise das übliche Aufnahme- oder Erstgespräch. Hierbei soll das Gespräch nicht einseitiges interviewartiges Abfragen von Informationen und Daten sein. Vielmehr soll sich ein offenes Gespräch ergeben, in dem auch zu Pflegende die Gelegenheit haben, Fragen zu stellen und ihre Bedenken zu äußern. Es braucht nach Matolycz einen geeigneten Rahmen und eine „*zunächst wohlwollende Gelassenheit*“, damit ein solches Gespräch gelingt (vgl. Matolycz 2009, S.218f.). In dieser Weise wird dem Gegenüber Raum gegeben und eine gefühlsmäßige Beteiligung signalisiert. Bereits zu diesem Zeitpunkt liegt es in den Händen der professionellen Pflegepersonen, zu pflegende Personen, die besorgt sind, gegebenenfalls zu beruhigen und ein aufrichtiges Interesse für ihre Situation zu bekunden. Ein Aufnahme- oder Erstgespräch benötigt einen entsprechenden Zeitrahmen, da es bestenfalls nicht schnell als eine reine Informationssammlung abgewickelt wird, sondern vielmehr auch ein Eingehen auf Andeutungen, Ängste und Probleme Platz findet (vgl. Matolycz 2009, S.217ff.). Durch die

Begrenzung der zeitlichen und personellen Ressourcen wird dies in der Gesundheits- und Krankenpflege häufig erschwert. Deshalb ist es nach Mantz ein Zeichen von Professionalität, wenn Pflegepersonen es trotz herausfordernder Gesprächsanforderungen und Zeitmangel schaffen, die passenden Worte zu finden, unmittelbar „*hilfreiche innere Entscheidungen*“ zu treffen und in stressigen Situationen ruhig zu bleiben (vgl. Mantz 2016, S.71). Wichtige Schlüsselkompetenzen dafür seien das „*ansteigende Bewusstsein*“, die Konzentration und die Wachheit im Gespräch, welche durch viel reflektiertes Üben ausgebildet werden können (vgl. Mantz 2016, ebd.). Auch abgekürzte Dialoge oder Kommentare können wertvoll sein und wichtige Information geben bzw. Nähe schaffen. Gespräche können etwa trotz formaler Mängel und einem nicht optimal gewählten sprachlichen Ausdruck einen Funken überspringen lassen und somit gelingen. Ein „*korrektes Gesprächsverhalten allein*“ muss hingegen nicht unbedingt zu einer geglückten Verständigung und dem von ihr so bezeichneten „*Funkenflug*“ führen (vgl. Matolycz 2009, S.220). Professionelle Pflegepersonen haben somit kein eindeutiges Rezept in der Hand, welches eine erfolgreiche Kommunikation garantiert. Laut Matolycz scheinen aber vor allem die Einbindung der zu Pflegenden ins Gespräch, die ausreichende Aufklärung über den Zweck des Austauschs sowie das Signalisieren einer gefühlsmäßigen Beteiligung bedeutsame Eckpunkte dafür zu sein (vgl. Matolycz 2009, S.219f.).

Gerade in neuen Situationen, Krankheitsgeschehen und Notlagen ist für zu Pflegende meist vieles ungewiss. Diese Ungewissheit kann etwa auf fehlendes Fachwissen oder auch auf der mangelnden Vorhersehbarkeit von zukünftigen Ereignissen bzw. Verläufen basieren und bei den involvierten Personen ein unsicheres Gefühl hervorrufen. Derartige Ungewissheiten können von zu Pflegenden je nach vorhandenen Ressourcen verschiedenartig bewertet und bewältigt werden. Speziell Unsicherheiten und Unkenntnis in Bezug auf den eigenen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand lösen allerdings bei vielen Personen Anspannung und eine erhöhte Sensibilität bzw. Vulnerabilität aus (vgl. Schrems 2020, S.25ff.). In solchen Situationen haben professionelle Pflegepersonen die Möglichkeit zu unterstützen, indem sie verunsicherten Personen mithilfe von Informationsvermittlung Orientierung und Halt geben. Manche der offenen Fragen lassen sich eventuell in einem Gespräch zwischen Pflegeperson und zu pflegender Person zufriedenstellend klären und eine Situation als bedrohlich erlebte Situation entspannen. Professionelle Pflegepersonen greifen dabei auf ihr Experten- und Institutionswissen zurück, während die zu Pflegenden ihr biographisches Wissen wie auch ihr Erfahrungswissen einbringen können (vgl. Brünner 2005, S.63).

Ein solcher Informationsaustausch ist nicht nur nützlich, um Ungewissheiten zu minimieren. Er ist auch für beide Seiten die notwendige Basis, um passende, ethisch gut begründete Entscheidungen treffen zu können, wie zuvor anhand der Prinzipien und Methoden der moralischen Rechtfertigung von Beauchamp und Childress verdeutlicht wurde (vgl. Beauchamp und Childress 2019). Patient*innen bedürfen einer entsprechenden Aufklärung, um dem Gesundheitspersonal beispielsweise ein informiertes Einverständnis bei körperlichen Eingriffen geben zu können, während professionelle Pflegepersonen auf die ehrliche Auskunft der zu Pflegenden angewiesen sind, um eine individuell angemessene Pflege durchzuführen. Welche Informationen in welcher Form während des Pflegeprozesses an zu Pflegende vermittelt werden, spielt eine beachtliche Rolle hinsichtlich ihrer Auswirkungen und muss von professionellem Gesundheitspersonal reflektiert werden. Denn einseitige, unhinterfragte bzw. unzureichende Informationen können auch problematisch sein und bei Personen eine pathogene Vulnerabilität auslösen, wie Rogers (2019) in ihrem Artikel zur ethischen Analyse von Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen und der damit verbundenen Überdiagnostik thematisiert (vgl. Rogers 2019, S.129ff). Es kommt also auf die Qualität und Art der Information an, ob sie für die Menschen hilfreich ist oder nicht. Anstatt Personen durch fehlgeleitete Informationen und die Erzeugung von Druck zu umstrittenen medizinischen Maßnahmen zu bewegen, soll nach Rogers mit Individuen effektiv kommuniziert und deren Erleben in Bezug auf Gesundheit und Krankheit besprochen werden. Der Miteinbezug der jeweiligen Personen mit ihren individuellen Gefühls- und Lebenswelten sowie der Fokus auf ihr vorhandenes Körperempfinden und -wissen seien dafür wesentlich. Kritisch sieht sie es hingegen, wenn das Gesundheitspersonal auftritt, als ob sie am besten über das Wohl der Patient*innen und zu pflegenden Personen Bescheid wüsste und damit ihre Verletzlichkeit eher verstärkt, als im Umgang hilft (vgl. Rogers 2019, ebd.).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Informationen je nach Inhalt und subjektivem Verständnis mit Emotionen bei der*dem Empfänger*in verbunden sind und die gegebene Situation beeinflussen. Vorhandene Ungewissheiten, etwa aufgrund eines Informationsmangels, lösen ebenso häufig diverse Emotionen aus. Im Rahmen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege ist sonach generell ein achtsamer Umgang mit Informationsvermittlung gefragt, mit Rücksichtnahme und Eingehen auf die dadurch evozierten Gefühle. Letztendlich schafft ein erfolgreiches Austauschen von persönlichem Wissen und Emotionen zwischen Pflegeperson und zu Pflegenden Orientierung und trägt zu einem Erkennen persönlicher Eigenheiten bei. Es ist ein notwendiger Schritt, um eine professionelle Beziehung aufzubauen, in welcher besondere Verletzlichkeiten

wahrgenommen, gegenseitiges Erleben miteinander abgestimmt und grobe Verletzungen vorgebeugt werden können.

2.2.2 Um persönliche Erfahrungen und Hintergründe verstehen zu können: Das Erzählen von Geschichten

„Understanding can best be achieved through listening to people’s stories.” (Holloway und Freshwater 2007, S.710)

Dieses Kapitel widmet sich dem Wert des Geschichteerzählens für die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege. Wie im Folgenden erläutert wird, kann das Erzählen von Geschichten einerseits eine hilfreiche Methode zur Erfassung subjektiver Realitäten sein und andererseits persönliche Botschaften transportieren. Es eignet sich etwa gut, um inhaltlich über Vulnerabilitätserfahrungen zu reden. In der Literatur wird das sogenannte „*Storytelling*“ als qualitatives Erhebungsinstrument, aber auch als Intervention zur Vermittlung gesundheitsbezogener oder pflegerelevanter Themen untersucht (vgl. Bailey und Tilley 2002; Palacios u.a. 2015; Lee u.a. 2016). Wie nun dargelegt wird, scheint das Erzählen von Geschichten jedoch noch weitere Qualitäten zu haben. Es kann etwa auch bei der erzählenden Person eine wohltuende Wirkung entfalten.

Erhalten Personen die Möglichkeit, eigene Geschichten bzw. emotionale Erlebnisse zu erzählen, so ist das für sie die Chance durch die Erzählerrolle in Distanz zu sich selbst zu treten und einen Perspektivenwechsel einzunehmen. Die in den Geschichten verpackten Erfahrungen werden dann von anderen Personen gehört, sie bekommen Raum, sie können nachvollzogen werden, und ihnen wird durch ein solches Anerkennen Bedeutung geschenkt. Verletzlichkeiten können in dieser Weise in Worte gefasst und für andere Personen veranschaulicht werden. Nach Holloway und Freshwater (2007) haben besonders verletzte Personen einige Geschichten zu erzählen. Die Geschichten werden im Allgemeinen von der sozialen Lage, wie auch von den individuellen Charaktermerkmalen der*des Erzählers*in beeinflusst (vgl. Holloway und Freshwater 2007, S.710). Ein gegenwärtiges Verhalten von Menschen kann möglicherweise durch ihre Vergangenheit oder vielmehr durch persönliche Erinnerungen daran erklärt werden. Zumal das Selbstbild einer Person durch eigene Narrative erschaffen und gestaltet wird, wie Holloway und Freshwater ebenso festhalten, hilft es vulnerablen Personen häufig in herausfordernden Situationen, ihre Geschichte zu erzählen.

Das Beschreiben und authentische Einordnen eigener Erlebnisse ist gewissermaßen ein Reflexionsprozess, in welchem die eigene Identität dekonstruiert und rekonstruiert werden kann. Die*der Erzähler*in versucht dabei Verwirrungen und Rollenkonflikte in eine verständliche Form zu bringen. Wenn er*sie sich flexibel mit vorhandenen Konflikten auseinandersetzt, begünstigt dies eine Adaption an die Gegebenheiten. Außerdem können Geschichten wichtige Botschaften für das professionelle Gesundheitspersonal enthalten, welche auf diesem Weg vermittelt werden. Durch das Anhören und Nacherleben individueller Geschichten haben professionelle Pflegepersonen die Gelegenheit, das eigene Bewusstsein für andere Perspektiven zu schärfen sowie Personen in vulnerablen Situationen zu unterstützen (vgl. Holloway und Freshwater 2007, S.710).

Frank befasst sich im Zuge der praktischen dialogischen narrativen Analyse („*dialogical narrative analysis*“) auch eingehend mit Geschichtserzählungen. Geschichten seien nach seinem Verständnis kunstvolle Repräsentationen unterschiedlicher Leben, welche innerhalb von Dialogen erzählt werden (vgl. Frank 2012, S.33). Die*der Erzählende lädt dabei den*die Zuhörer*in ein, in die eigene Wirklichkeit einzutauchen. Der*die Erzähler*in hat die Möglichkeit das eigene Leben und sich selbst durch Geschichten darzustellen und setzt bei den Zuhörer*innen einen Nachempfindungsprozess in Gang. Um die persönlichen Beweggründe hinter einer Geschichte und ihren Inhalten zu verstehen, fragt sich die*der Hörer*in, welche Lebensbedingungen eine Person wohl habe, die eine derartige Geschichte erzählt (vgl. Frank 2012, S.46). Geschichten helfen außerdem zu verstehen, warum Personen so sind, wie sie sind. Beim Geschichtenerzählen baut sich somit eine Beziehung zwischen Erzähler*in und Hörer*in auf. Frank charakterisiert es auch als einen Dialog der Imaginationen. Die Geschichten repräsentieren nämlich nicht zwingend das Leben wie es ist, sondern lediglich wie es von der erzählenden Person erlebt wird. Dennoch kann sich dieses Erleben für die Person real anfühlen und sollte daher wertgeschätzt werden (vgl. Frank 2012, S.50). Beim Geschichtenerzählen geht es also mehr um die dahinterliegende subjektive Bedeutung der Geschichten als um das Festhalten einer allgemeinen Wahrheit. Auch Bailey und Tilley streichen diesen Aspekt heraus: „*It is meaning not truth that is conveyed in the form of stories. It is the truth of their experience, not an objective, decontextualized truth.*“ (Bailey und Tilley 2002, S.581) Um den Sinn hinter den geteilten Erzählungen zu verstehen, müssen die Zuhörer*innen aufmerksam darauf achten, was gesagt wurde und was ungesagt geblieben ist (vgl. Palacios u.a. 2015, S.349). Nach Frank kann aus Gesundheits- und Krankheitserzählungen einerseits eine neue Expertise gewonnen werden und andererseits helfen sie den Erzählenden ihren eigenen Standpunkt, beispielsweise in Bezug auf

medizinische Maßnahmen, zu reflektieren und möglicherweise zu klären (vgl. Frank 2000, S.362ff.). Während des Erzählens hat die sprechende Person also die Kontrolle auszudrücken, was sie sagen möchte, und übernimmt die Führung. Sie folgt ihrem eigenen Erzählfaden und muss sich nicht primär nach den Fragen des Gegenübers richten. Vulnerablen Personen Gehör zu schenken, ermächtigt sie daher das eigene Leben mit all den erlebten Schwierigkeiten darzustellen und zu gestalten. Holloway und Freshwater formulieren dies folgendermaßen:

„The narrative method carries with it the potential to empower individuals to see beyond the boundaries of their vulnerability and – to some extent regain their normal self by enabling them to take control. Being allowed to tell their story does not change the condition from which the individuals suffer, but it can, nevertheless, change their lives.“ (Holloway und Freshwater 2007, S.709)

Das Erzählen von Geschichten kann während der Gesundheits- und Krankenpflege also aus vielerlei Hinsicht eine bedeutsame Rolle spielen. Es schafft unter anderem ein gegenseitiges Verständnis, ermöglicht einen Beziehungsaufbau, stößt persönliche Entwicklung bzw. Reflexion an und vermittelt Informationen.

2.2.3 Zum Vertrauens- und Beziehungsaufbau: Gemeinsame Ziele und Zusammenarbeit in einer verlässlichen Atmosphäre

„The mutual ability to talk, listen, being quiet and/or think out loud together is the basis upon which relationship is built through dialogue.“ (Uhrenfeldt u.a. 2018, S.3203)

Wie in diesem Kapitel aufgezeigt werden soll, macht es Sinn den offenen Dialog nicht nur beim Kennenlernen einzugehen, sondern den zu Pflegenden auch während des Pflegealltags ausreichend Kommunikationsmöglichkeiten zu geben. Es braucht einen regelmäßigen Austausch über die gemeinsamen Ziele der Zusammenarbeit, über den geplanten Ablauf oder eventuelle Änderungen, damit zu Pflegenden wie auch professionelle Pflegepersonen sich während Interaktionen orientieren können und ungefähr wissen, was zu tun und zu erwarten ist. Um derartige Pflegeziele und -maßnahmen gemeinsam sorgsam und harmonisch umzusetzen, bedarf es jedoch vor allem einer funktionierenden Pflegebeziehung zwischen professioneller Pflegeperson und der pflegenden Person (vgl. Uhrenfeldt u.a. 2018, S.3203). Inwieweit der pflegerische Dialog zur Beziehungs- und Vertrauensbildung beiträgt, wird nun dargelegt.

Je nach involvierten Individuen gestaltet sich die Interaktion zwischen Pflegeperson und zu pflegender Person unterschiedlich. Wie etwa die Handlungs- und Entscheidungsmacht innerhalb der Pflegebeziehung aufgeteilt ist, hängt mit der Stärke des asymmetrischen Abhängigkeitsverhältnisses zwischen den beiden Personen, wie auch mit deren Rollenverständnis und Umgang miteinander zusammen. Um keine Verletzungen oder Grenzüberschreitungen zu verursachen, welche die Integrität und Würde der zu Pflegenden beeinträchtigen, sind Pflegepersonen stets dazu angehalten, ihre Macht zu reflektieren und sie im Sinne der gesundheitsförderlichen Zusammenarbeit zu verwenden. Dafür ist eine funktionierende, dialogische Pflegebeziehung notwendig, in welcher Probleme und besondere Verletzlichkeiten laufend angesprochen und geäußert werden können. Die Kultivierung eines solch offenen Umgangs mit persönlichen Herausforderungen und Bedürfnissen ist mit einem gegenseitigen Vertrauen verbunden, von der anderen Person nicht schlecht behandelt, ausgenutzt oder verletzt zu werden. Für die Erhaltung einer vertrauensvollen, sicheren Atmosphäre ist außerdem die bewusste Wahrnehmung und Wahrung der jeweiligen Grenzen erforderlich (vgl. Hartkemeyer 2005, S.376).

In der Studie von Maartmann-Moe u.a. (2021) wurde deutlich, dass sich zu Pflegende etwa trotz eines vorhandenen Abhängigkeitsverhältnisses als sicher und selbstwirksam erleben konnten, wenn die Pflegebeziehung entsprechend bestärkend gestaltet wurde. Vertrauen konnte sich vor allem gegenüber Pflegepersonen bilden, welche die Bedürfnisse der zu Pflegenden erfüllten, ohne dabei ein Ohnmachtsgefühl auszulösen, sowie sie in ihrer Unabhängigkeit unterstützten, anstatt die eigene Macht auszuspielen (vgl. Maartmann-Moe et al., 2021, S.2231). Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020) kritisieren in ihrem Artikel hingegen speziell das häufige Einnehmen einer passiven Rolle der zu Pflegenden, weil dadurch deren Autonomie und Entscheidungsfähigkeit zu wenig wahrgenommen und gefördert werde. Gleichzeitig kamen sie zu dem Ergebnis, dass Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Generellen eher unterwürfige Personen bevorzugen, welche das Pflegeangebot ohne Widerrede annehmen und deren Arbeit respektieren. Ob ein*e Patient*in von einer Pflegeperson als sogenannte*r gute*r oder böse*r Patient*in eingestuft wird, richte sich nach der jeweiligen Qualität der Beziehung zu ihr. Daher müsse nach Molina-Mula und Gallo-Estrada der Fokus viel mehr auf dem Beziehungsaspekt liegen. Sie schreiben:

„Promoting a good relationship between the nurse and the patient, based on real respect for their decisions, would lead to a less tense in the nurse practice and with fewer limitations in communication and autonomy of the patient.“ (Molina-Mula und Gallo-Estrada 2020, S.21)

Wie sie argumentieren, können autonome Patient*innenentscheidungen am besten auf Basis einer gleichberechtigten Machtverteilung und Kommunikation innerhalb der Pflegebeziehung getroffen werden. Hierbei agiert die Pflegeperson als kompetente Fachkraft nicht paternalistisch, sondern nimmt eine unterstützende, beratende Funktion ein. Um dies gewährleisten zu können, brauche es allerdings bereits im Pflegemanagement einen veränderten Fokus (vgl. Molina-Mula und Gallo-Estrada 2020, ebd.). Wie aus dieser Studie hervorgeht, scheint es für die Autonomie besonders verletzlicher Patient*innen jedenfalls bedeutsam zu sein, dass eine Abhängigkeit innerhalb der Pflegebeziehung nicht durch fehlende oder einseitige Kommunikation vonseiten der Pflegepersonen weiter verstärkt wird. Mithilfe eines kontinuierlichen dialogischen Austauschs können zu Pflegenden in verletzlichen Situationen aufgebaut und ermächtigt werden, selbstbestimmte, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. Eine gute Pflegebeziehung werde von gegenseitigem Vertrauen, von Herzlichkeit, von Empathie, von Nähe, von Beratung, von der Klärung vorhandener Zweifel und sogar von Freundschaft begleitet (vgl. Molina-Mula und Gallo-Estrada 2020, S.20). Wenn Pflegekräfte einen Dialog schaffen, sie für die zu Pflegenden verfügbar sind, sich engagieren und ihnen zuhören, aber auch wenn sie auf eine sichere, ganzheitliche Art als ihre Befürworter*innen handeln, erwecken sie nach Rørtveit u.a. (2015) Vertrauen. So wird es den zu Pflegenden ermöglicht, sich in verletzlichen Momenten zu öffnen und sie fühlen sich gesehen und verstanden (vgl. Rørtveit u.a. 2015, S.205). Glaube, Hoffnung und Sinn kann daraufhin zwischen den Personen entstehen und Angst und Unsicherheit geschmälert werden.

Der Dialog ist folglich die zentrale Methode, um innerhalb einer professionellen Pflegebeziehung Interventionen zuzustimmen, zu planen, zu implementieren und letztlich zu evaluieren. Basierend auf dem Dialog und der Erhebung von relevanten Pflegeinformationen können Pflegepersonen und zu Pflegenden gemeinsam einen individuell zugeschnittenen Pflegeplan vereinbaren. Er lässt sich auch auf dieselbe Weise verändern und anpassen, falls notwendig. Nach Uhrenfeldt u.a. ist der Dialog letztlich der Dreh- und Angelpunkt der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege, welcher eine verständnisvolle, personenorientierte Pflege ermöglicht, die sowohl im Sinne der zu Pflegenden ist, als auch Gesundheitsressourcen bestmöglich nutzt (vgl. Uhrenfeldt u.a. 2018, S.3200ff.).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass aufmerksame, pflegerische Dialoge auf Augenhöhe positive Auswirkungen auf das gegenseitige Vertrauen, auf die Zusammenarbeit, aber auch auf die Würde, die Integrität und die Wahrung persönlicher Grenzen haben können.

Denn durch dialogische Gespräche werden eventuell situative Verletzlichkeiten erkennbar, woraufhin eine gemeinsame Einschätzung der Lage und ein entsprechendes Handeln erfolgen kann. In Bezug auf die Grenzüberschreitungen muss jedoch ebenso erwähnt werden, dass diese im Rahmen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege nicht immer vollkommen vermieden werden können. Im Zuge pflegerischer Interventionen müssen etwa häufig Intim- oder Schamgrenzen überschritten werden, was für die zu Pflegenden sehr unangenehm sein kann. Das ist insbesondere der Fall, wenn diese den Zweck dahinter nicht verstehen. Daher ist nach Matolycz die tätigkeitsbegleitende Kommunikation wichtig. Sie *„kündigt eine praktische Tätigkeit an, erklärt sie oder macht sie in anderer Weise zum Thema“* und kann damit zu einer hilfreichen Bewältigung dieses Umstands führen (vgl. Matolycz 2009, S.229). Sogenannte *„Abtönungspartikeln“*, wie beispielsweise *„eigentlich“*, *„vielleicht“* oder *„nur ganz kurz“*, sollen Aussagen einen bestimmten sprachlichen Ausdruck verleihen und sind Versuche derartige Grenzüberschreitungen zu relativieren, bagatellisieren oder abzuschwächen. Das kann entstehende Spannungen eventuell entschärfen. Es kann jedoch auch eine beleidigende Wirkung haben, wenn diese schmälern den Ausdrücke als unterschwellige, negative Andeutungen aufgefasst werden. In solchen Momenten soll ein empfundener Unmut innerhalb der Kommunikation laut Matolycz unbedingt angesprochen und Missverständnisse geklärt werden (vgl. Matolycz 2009, S.223ff.). Eine andere wertvolle Methode, um Spannung abzubauen und Erleichterung in unangenehmen Pflegesituationen herbeizuführen, sei Humor. Dieser müsse zwar der Situation angemessen eingesetzt werden, um mit den Bedürfnissen der zu Pflegenden übereinzustimmen. Er werde von ihnen allerdings größtenteils dankbar angenommen (vgl. Matolycz 2009, S.227ff.).

2.2.4 Zur Gesundheitsförderung und Heilung: Die symbolische Kraft der Worte

„Das Wichtigste, was Sie brauchen, um Ihren vorhandenen Wortschatz wirkungsvoll einsetzen zu können: ein klares Bewusstsein darüber, was Sie mit Worten auslösen wollen und was Sie damit sonst noch auslösen können.“ (Eicher 2018, S.8)

Abschließend soll das Augenmerk auf die potenziell positive Wirkung gut gewählter Worte gerichtet werden. Dafür wird insbesondere die symbolische Kraft von Worten im Zusammenhang mit der sprachlichen Verletzlichkeit sowie mit Gesundheit bzw. Krankheit thematisiert.

Zumal Worte „*machtvolle Stimmungsauslöser*“ sind, welche je nach Gebrauch heilsame wie auch krankmachende Wirkung haben können, spielt ihre Verwendung und die Wortwahl eine bedeutsame Rolle im Gespräch. Durch sie entstehen innere Bilder und Handlungsimpulse, welche im Menschen nachwirken und Kraft kosten oder Kraft spenden können. Es ist nicht ausschließlich der Wortinhalt, welcher bei der*m Gesprächspartner*in etwas auslöst. Die Art und Weise, wie diese verwendet und ausgesprochen werden, spielen während des Gesprächs eine wesentliche Rolle, wie auch zusätzliche nonverbale Mitteilungen, (vgl. Eicher 2018, S.5ff.). Worte stehen zwar stets in einem subjektiven Deutungsrahmen, sie haben jedoch oft auch eine symbolische Kraft. Das Verletzende an der Sprache ist nach Kuch und Herrmann speziell ihre symbolische Wirkung. Nicht die materielle Existenz einer Person wird durch sprachliche Gewalt geschädigt, sondern das symbolische Leben (vgl. Kuch und Herrmann 2007, S.179). Und dieses symbolische Leben, ergo die persönliche und soziale Identität, kann wohl gleichzeitig auch durch Sprache aufgebaut und gestärkt werden. Mit Worten kann das Selbstbewusstsein gesteigert, Beziehungen eingegangen sowie Klärung, Verständnis und Vertrauen herbeigeführt werden. Worte können also ebenso äußerst positive, gesundheitsförderliche Wirkungen zur Folge haben (vgl. Eicher 2018, S.5ff.). Zur Verdeutlichung dessen zählt Mantz in ihrem Buch Wortbeispiele und Pflegewendungen auf, welche bei Empfänger*innen tendenziell zu einer Aktivierung wohltuender, stärkender und heilsamer Bilder führen. Darunter fallen etwa die Begriffe „*Sanftmut*“, „*Frieden*“, „*freiwillig*“, „*geborgen*“, „*aufblühen*“, „*loben*“, „*Lichtblicke entdecken*“, „*einfühlsam hinhören*“ und „*die Hand reichen*“ (vgl. Mantz 2016, S.120ff.).

Professionelle Gesundheits- und Krankenpflegepersonen können in pflegerischen Gesprächen oder Dialogen, in denen sich das Gegenüber nicht gut fühlt, bewusst auf einen stressauslösenden Wortschatz verzichten und eher ausgleichende Worte und Gesten wählen (vgl. Mantz 2016, S.144). Wichtig dabei ist, dass nicht nur die Worte getauscht werden, sondern die sprechende Person insgesamt auch eine passende Grundhaltung einnimmt. Für ein sprachkompetentes Auftreten und eine humane Gesprächsführung reicht es also nicht, unangenehme Gefühle einfach schön zu reden (vgl. Mantz 2016, S.41).

Durch den verbalen wie auch nonverbalen Dialog sollen in Gesundheitsberufen Tätige wohltuende Impulse auslösen und eine Sprachkultur etablieren, in welcher folgende von Mantz bezeichnete Sprachen Ausdruck finden:

- „*Die Sprache der Gesundheit und Heilung*
- *Die Sprache der Empathie und Nachsicht*
- *Die Sprache der Lebensfreude und Zuversicht*

- *Die Sprache des Vertrauens und der Menschlichkeit*
- *Die Sprache der Würde und des Sterbens*
- *Die Sprache der Toleranz und Wertschätzung*
- *Die Sprache der Klarheit und Sicherheit“* (Mantz 2016, S.144).

Gegenüber einem vermutlich immer bis zu einem gewissen Grad vorhandenen Risiko der sprachlichen Verletzung besteht innerhalb einer offenen, zwischenmenschlichen Kommunikation also stets auch die Chance Wohlbefinden und Selbstbestimmung zu stärken sowie Beziehung, Verständnis und Sinn zu stiften. Dieses Potenzial kann und soll letzten Endes von professionellen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Kontakt mit besonders vulnerablen Personen fokussiert werden, wie in diesem theoretischen Teil der Masterarbeit aufgezeigt wurde.

3 Zusätzlicher empirischer Teil: Aus Sicht dreier Patient*innen

Auf den theoretischen Teil der Masterarbeit folgt nun als Zusatz ein empirischer Teil, welcher zur Ergänzung, zum Abgleich oder zur Bestätigung theoretischer Erkenntnisse dienen soll. Das Ziel ist hierbei, den Fokus auf die emische Perspektive von Betroffenen zu legen, also auf das subjektive Erleben jener Personen, um die es in dieser Masterarbeit geht, und besondere Verletzlichkeiten in Verbindung mit dem pflegerischen Dialog anhand von erzählten Erfahrungen zu veranschaulichen. Um einen Einblick in das Erleben von Personen zu gewähren, welche Kontakt mit medizinischem Gesundheitspersonal hatten und für gewisse Zeit von professionellen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gepflegt wurden, werden in diesem Teil die Ergebnisse dreier episodischer Interviews vorgestellt, miteinander in Verbindung gebracht und diskutiert. Zuvor findet jedoch eine Erläuterung von Hintergrund und Qualität der verwendeten Forschungsmethode sowie eine Schilderung des Forschungsprozesses statt, um den methodischen Rahmen zu klären.

3.1 Das episodische Interview: Eine Methode der qualitativen Sozialforschung

In diesem Kapitel wird die Methode des episodischen Interviews vorgestellt, welche eine Verfahrensweise der qualitativen Sozialforschung ist und zur Erhebung der in dieser Masterarbeit vorgestellten Studienergebnisse diente. Warum diese Methode gewählt wurde und für den Forschungsgegenstand als passend empfunden wurde, wird im Folgenden ebenso erläutert. Jede Forschungsmethode hat gewisse Eigenheiten, die den Forschenden bei der Anwendung bewusst sein sollten, damit auch klar ist, welche Informationen die Methode generieren kann und welche nicht. Eine solche Einordnung und die damit verbundene Reflexion in Bezug auf das Forschungsziel werden deshalb im Anschluss dargelegt.

Bevor allerdings speziell auf das episodische Interview nach Flick eingegangen wird, widmet sich das erste Unterkapitel zunächst noch allgemein der qualitativen Sozialforschung und ihrem Wahrheits- und Realitätsbegriff in Abgrenzung zum quantitativen Forschungsparadigma, da dies die Grundlage für die methodischen Überlegungen bildet.

3.1.1 Qualitative Sozialforschung: Im Unterschied zur quantitativen Forschung

Wie erwähnt, wird nun einleitend die zugrundeliegende Haltung der qualitativen Sozialforschung dargelegt. Und zwar lässt sich sagen, dass sich die qualitative Forschung grundsätzlich auf ein naturalistisches Paradigma stützt, welches davon ausgeht, dass *„die Wirklichkeit nicht unabhängig vom Menschen besteht, sondern das Ergebnis von Bedeutungen und Zusammenhängen ist und im Zuge sozialer Interaktionen von allen gemeinsam hergestellt wird.“* (Mayer 2015, S.97)

Wahrheit ist unter dieser Betrachtung nicht etwas rein Objektives, sondern gründet auf der subjektiven Erfahrung. Dinge werden von jeder Person einzigartig wahrgenommen und gedeutet, daher kann es aus dieser Sicht keine objektive, unabhängige und für alle gleiche Wirklichkeit und Wahrheit geben. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, welche durchaus von einer Realität ausgeht, die mithilfe von personenunabhängiger Logik messbar ist und objektiv erfasst werden kann, macht es für das qualitative Verständnis der Wirklichkeit kaum Sinn, sich auf Zahlenverhältnisse zu stützen. Qualitative Forschung zielt stattdessen darauf ab, Phänomene von innen heraus, aus Betroffenenperspektive und ganzheitlich in ihrer Bedeutung zu verstehen, da Wirklichkeit und Wahrheit sich immer kontextuell gestalten. Es soll das Erleben der Individuen und dessen subjektive Bedeutung herausgefunden werden, um in weiterer Folge induktiv, Konzepte und Theorien zu entwickeln. Um das zu erreichen, ist Offenheit und Flexibilität im Forschungsprozess gefragt. Methoden werden in der qualitativen Forschung an den zu Untersuchungsgegenstand angepasst, sodass das subjektive Erleben bestmöglich erfasst werden kann. Erhebungsverfahren werden deshalb auch nur teilweise oder gar nicht standardisiert und die Auswertung der Daten, also der subjektiven Beschreibungen, geschieht interpretativ. Der Forschungsverlauf und -inhalt werden letztlich zu einem großen Teil davon bestimmt, was die Betroffenen als bedeutsam befinden (vgl. Mayer 2015, S.97ff.). Dabei ist jedoch die Offenheit ein zentrales Prinzip, das in der qualitativen Forschung hochgehalten wird: *„Im Zentrum steht der Wunsch, Dinge zu sehen, zu erkunden, Phänomene zu entdecken oder neu zu strukturieren, die vorab noch nicht definiert und strukturiert sind.“* (Mayer 2015, S.101)

Neben der Offenheit als eine Grundhaltung gegenüber den individuellen Untersuchungspersonen, der Untersuchungssituation sowie gegenüber den jeweils anzuwendenden Methoden, ist es nach Lamnek (1988) für Forschende auch wichtig zu wissen, dass sich qualitative Forschung insbesondere durch Kommunikation vollzieht und

durch sie eine Kommunikationsbeziehung zwischen Forscher*in und Ergebnis entsteht. Die Datengewinnung beschreibt Lamnek etwa als kommunikative Leistung und Interaktion. Diese soll an alltagsweltliche Kommunikationsregeln angenähert werden, um eine möglichst natürliche Kommunikationssituation zu schaffen und einen angenehmen interaktionellen Rahmen zu geben, der den Prozess des gegenseitigen Aushandelns von Wirklichkeitsdefinitionen erlaubt. Außerdem macht Lamnek auf die Prozesshaftigkeit von empirischer Forschung, auf die Reflexivität von Gegenstand und Analyse, auf die Wichtigkeit einer Offenlegung der Untersuchungsschritte wie auch die Notwendigkeit der Flexibilität aufmerksam. Die genannten Punkte sind nach ihm die zentralen Prinzipien qualitativer Sozialforschung (vgl. Lamnek 1988, S.21ff.).

3.1.2 Triangulation: Begriffsklärung und Relevanz

Da Triangulation als ein Gütekriterium qualitativer Sozialforschung gilt, wird in diesem Kapitel kurz umrissen, was hinter diesem Begriff steckt und welches Interesse er benennt.

Flick definiert Triangulation im Kontext sozialwissenschaftlicher sowie spezieller qualitativer Forschung folgendermaßen:

„Triangulation beinhaltet die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen untersuchten Gegenstand oder allgemeiner: bei der Beantwortung von Forschungsfragen. Diese Perspektiven können sich in unterschiedlichen Methoden, die angewandt werden, und/oder unterschiedlichen gewählten theoretischen Zugängen konkretisieren, wobei beides wiederum miteinander in Zusammenhang steht bzw. verknüpft werden sollte. (...) Durch die Triangulation (etwa verschiedener Methoden oder verschiedener Datensorten) sollte ein prinzipieller Erkenntniszuwachs möglich sein, dass also bspw. Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die damit weiter reichen, als es mit einem Zugang möglich wäre.“ (Flick 2011, S.12)

Verkürzt bedeutet Triangulation also das Betrachten des Untersuchungsgegenstandes aus unterschiedlichen Blickwinkeln, um ein möglichst ganzheitliches Bild darüber zu erhalten. Unterschiedliche Zugänge zu wählen und zu kombinieren, macht auch insbesondere Sinn, wenn die erforschten Lebenssituationen derart komplex sind, dass sie mit einem einzigen methodischen Zugang nicht hinreichend verstanden und analysiert werden können. Die Mehrperspektivität kann zu einem umfassenderen Verständnis von Situationen und Forschungsgegenständen beitragen, wie zum Beispiel bei Fragen, die den Gesundheitsbereich

betreffen. Bei solchen Fragen ist etwa die Sicht der Patient*innen gleichwie die professionelle Sicht interessant und speziell deren Zusammenwirken kann zu Erkenntnissen führen (vgl. Flick 2011, Vorwort).

Methodeninterne Triangulation heißt, dass innerhalb der verwendeten qualitativen Methode unterschiedliche methodische Zugänge miteinander verbunden werden. Sie hat als Ziel, nicht nur Daten einer Art der Wissensform zu ermitteln, sondern verschiedene zu kombinieren, ohne jedoch den methodischen Rahmen zu sprengen. Auf Basis dieser Überlegungen entwickelte Flick das episodische Interview, das ein Beispiel der methodeninternen Triangulation darstellt (vgl. Flick 2011, S.27ff.). Die Theorie hinter dem episodischen Interview und wie es nach Flick (2017) umgesetzt werden kann, wird im folgenden Kapitel erläutert.

3.1.1 Theoretische Beschreibung der Methode: Bestandteile, Hintergrund, Vorteile und Grenzen

Nun wird die von Flick (2017) beschriebene Methodik des episodischen Interviews thematisiert. Im Zuge dessen werden theoretischer Hintergrund und die Elemente dieser Methode vorgestellt sowie auf die allgemeine Methodendiskussion Bezug genommen. Zudem wird benannt, wo etwa Vorteile und Grenzen der Methode liegen.

Das episodische Interview basiert auf der Annahme, dass sich Subjekte bestimmte, auf einen Gegenstandsbereich bezogene Erfahrungen in zwei unterschiedliche Wissensformen merken. Einerseits besitzen sie narrativ-episodisches Wissen, welches erfahrungsnah und auf spezielle Erlebnisse und Umstände bezogen organisiert ist, und andererseits semantisches Wissen, welches davon abstrahierte, generelle Annahmen und Zusammenhänge enthält. Die erste Form beinhaltet konkrete Abläufe der erlebten Situationen und dem dazugehörigen Kontext, während bei der zweiten Form die allgemeinen Begriffe, Beziehungen und die eigenen Argumente und Interpretationen dazu im Vordergrund stehen. Beim episodischen Interview soll im Sinne der qualitativen Sozialforschung und der methodeninternen Triangulation ein offenes Gespräch entstehen, bei dem bei Proband*innen beide dieser Wissensformen erfragt und miteinander verknüpft werden (vgl. Flick 2017, S.238f.). Das Ziel des episodischen Interviews ist nach Flick folglich *„bereichsbezogen zu ermöglichen, Erfahrungen in allgemeinerer, vergleichender etc. Form darzustellen, und gleichzeitig, die entsprechenden Situationen und Episoden zu erzählen.“* (Flick 2017, S.239) Diese Methode ermöglicht eine

Verknüpfung von an situativen bzw. episodischen Kontexten orientierten Erzählungen und dem begrifflichen und regelorientierten Wissen, das aus den erzählten Ereignissen entstanden ist, und hat dadurch mehrere Vorteile. Von Proband*innen erzählte Erfahrungen und Erlebnisse können von ihnen nach dem Kriterium der subjektiven Relevanz frei gewählt und durch vertiefendes Nachfragen der interviewenden Person gemeinsam analysiert werden. Außerdem ist die Gesprächssituation im Vergleich zu einem rein narrativen Interview nicht so einseitig und ähnelt von der Struktur eher einem Dialog. Die*der Interviewer*in erstellt in der Vorbereitung einen Leitfaden über thematische Bereiche, zu denen Erzählungen interessant wären, und hat die Möglichkeit in das Interview steuernd einzugreifen, wenn dies notwendig ist. Das ist insofern dienlich, da während erzählungsgenerierender Interviews manchmal das Hindernis auftritt, dass es Proband*innen nicht einfach fällt, von sich aus ohne Rückfragen oder Leitfaden zu erzählen. Während des episodischen Interviews wird die befragte Person hingegen immer wieder aufgefordert, bestimmte Situationen zu dem Untersuchungsgegenstand zu erzählen und auch über persönliche Definitionen und Ansichten zu sprechen. Das ermöglicht, dass die befragte Person von der*dem Interviewer*in flexibel und in Abstimmung auf die erzählten Inhalte durch das Gespräch geführt wird. Somit werden innerhalb dieser Methode einerseits die positiven Aspekte des Leitfadeninterviews mit denen des narrativen Interviews verbunden und andererseits wird durch diese Verbindung zwischen den Frage-Antwort-Sequenzen und den Erzählepisoden die methodeninterne Triangulation verwirklicht (vgl. Flick 2017, S.239ff.).

Episodische Interviews gewähren in erster Linie einen Zugang zur sozial konstruierten Wirklichkeit der Proband*innen, die in Form von Alltagswissen und in individuell bzw. gruppenspezifisch unterschiedlichen Erfahrungsweisen dargestellt wird. Was episodische Interviews jedenfalls nicht leisten können, ist ein direktes Tor zum Handeln in bestimmten Situationen und den jeweiligen Interaktionen zu geben. Durch sie kann nur ein Einblick in die persönliche Perspektive der Proband*innen ermöglicht werden, welche rekonstruiert wird und individuelle Unterschiede in den Erfahrungsweisen dokumentiert (vgl. Flick 2017, S.245.).

3.1.2 Eine Auswertungsvariante: Thematisches Kodieren

Eine Möglichkeit episodische Interviews auszuwerten und zu analysieren ist das sogenannte thematische Kodieren. Es wurde ebenfalls von Flick (2017) beschrieben und lässt sich, wie

er sagt, gut in Verbindung mit dem episodischen Interview umsetzen. Dieses Kapitel stellt nun zuerst die Theorie hinter dem thematischen Kodieren vor.

Das thematische Kodieren unterliegt der Annahme, dass in verschiedenen sozialen Lebenskreisen bzw. Gruppen unterschiedliche Sichtweisen vertreten werden, welche dann Gegenstand der Analyse sind. Daher ist für die Erhebung der zu analysierenden Daten erstens die passende Auswahl der Personen bzw. Personengruppen von Bedeutung. Es sollen vornehmlich Proband*innen befragt werden, die für den Forschungsgegenstand erkenntnisbringend erscheinen. Zweitens ist eine gewisse Offenheit im Datenerhebungsverfahren gefragt, mit der auch individuelle Sichtweisen erfasst werden können. Diesen Punkt erfüllt beispielsweise das episodische Interview (vgl. Flick 2017, S.402).

Das thematische Kodieren wird in mehreren Stufen vollzogen. Ein wesentliches Merkmal dieser Methode ist, dass sie stets fallorientiert geschieht, damit der Sinnzusammenhang zwischen der individuellen Person und ihrer Auseinandersetzung mit dem untersuchten Thema bestehen bleibt. Zuerst werden also die einbezogenen Fälle in Form von Einzelfallanalysen präsentiert. Kurzbeschreibungen der Fälle sollen einen ersten Überblick über sie geben und beinhalten folgendes: Erstens besteht sie aus einer für das Interview charakteristischen Aussage bzw. dem Motto des jeweiligen Falls, zweitens aus einer knappen Darstellung der Person hinsichtlich der Fragestellung, und drittens werden die in dem Interview angesprochenen vordergründigen Themen zum Untersuchungsgegenstand angeführt. Die Kurzbeschreibungen sollen während des weiteren Vorgehens stetig überprüft und eventuell verbessert werden. Sie haben „*heuristischen Wert*“ für die darauffolgenden Analysen und sind schlussendlich auch Teil der präsentierten Ergebnisse (vgl. Flick 2017, S.403). Als nächstes sollen die einzelnen Fälle mithilfe eines Kategoriensystems vertiefend analysiert werden. Dazu muss erst offen, dann selektiv kodiert werden. Letzteres hat jedoch nicht den Anspruch eine gegenstandsbezogene Kernkategorie zu entwickeln, die für jeden einzelnen Fall gilt, sondern es sollen thematische Bereiche bzw. Kategorien sichtbar werden, die zum Vergleich der Fälle nützlich sind. Um alle einbezogenen Fälle also systematisch analysieren zu können, wird eine thematische Struktur erstellt, nach der dies vollzogen werden kann. Anhand dieser thematischen Struktur findet die Feinanalyse der einzelnen Fälle statt, welche aus einer detaillierteren Interpretation der individuellen Erzählungen von erlebten Situationen besteht.

Die folgenden Leitfragen sollen nach Flick dabei helfen:

- „Bedingungen: Warum? Was führte zu der Situation? Hintergrund? Verlauf?
- Interaktion zwischen den Handelnden: Wer handelte? Was geschah?
- Strategien und Taktiken: Welche Umgangsweisen? Z.B. Vermeiden, Anpassen, ...
- Konsequenzen: Was veränderte sich? Folgen, Resultate?“ (Flick 2017, S.405)

Die Feinanalyse gibt letztendlich eine Darstellung davon, wie die einzelnen Fälle zu dem Untersuchungsgegenstand stehen und sich mit ihm auseinandergesetzt haben, indem Leitthemen und spezifische Sichtweisen der Fälle offengelegt werden. Erst im nächsten Schritt werden die einzelnen Fälle dann miteinander verglichen sowie ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Hierbei wird normalerweise auch die soziale Verteilung der Sichtweisen auf das Forschungsthema in Hinblick auf die untersuchten Gruppen betrachtet und überprüft. Das Ziel des Fall- oder auch Gruppenvergleichs ist schließlich das inhaltliche Spektrum der erhobenen Daten zu veranschaulichen (vgl. Flick 2017, S.405ff.).

Diese Auswertungsvariante von Flick hat die Qualität, dass durch den Einsatz einer thematischen Struktur einerseits die Interpretationen der einzelnen Fälle verglichen werden können, aber andererseits auch eine Offenheit und Sensibilität gegenüber den spezifischen Inhalten der einzelnen Fälle gewahrt wird. Das hilft zur guten Veranschaulichung und Zusammenführung unterschiedlicher Perspektiven auf einen Untersuchungsgegenstand. Da diese Methode in erster Linie auf die Sichtbarmachung von Gemeinsamkeiten und Differenzen abzielt, ist allerdings der Raum für Theorieentwicklung begrenzt (vgl. Flick 2017, S.408). Das Ziel dieses Forschungsvorhabens ist jedoch nicht eine Theorie zu entwickeln, sondern es soll primär ein Einblick in Sichtweisen und Erlebnisse bzw. Erfahrungen von betroffenen Personen gegeben und ein Abgleich mit bestehenden Erkenntnissen aus Theorie und Empirie vollzogen werden.

3.2 Der Forschungsprozess: Praktische Durchführung und Ablauf

In den folgenden Unterkapiteln werden Schritt für Schritt der Forschungsablauf und dazugehörige praktische Überlegungen präsentiert, um das Vorgehen der Forscherin zu dokumentieren und ein Bild davon zu geben, wie sie zu den empirischen Ergebnissen gekommen ist. Zuerst wird geklärt wie der Interviewleitfaden entwickelt wurde und welche Gedanken dahinterliegen, dann wie sich die Suche und Auswahl der Proband*innen gestaltete und welche ethischen Überlegungen vor der Durchführung der Interviews gemacht wurden.

Im Weiteren wird die Datenerhebung mittels persönlicher Interviews, die Transkription und der anschließende Datenverarbeitungsprozess beschrieben, welcher schließlich zu den Ergebnissen führte.

3.2.1 Entwicklung und Inhalt des Interviewleitfadens

Der erste Schritt des Forschungsprozesses war basierend auf dem Forschungsinteresse zu überlegen, zu welchen Themenbereichen Inhalte erfragt werden sollen und in dieser Weise einen Interviewleitfaden zu erstellen. In diesem Kapitel wird deshalb speziell auf die Entwicklung des Gesprächsleitfadens (siehe Anhang 1), dessen Hintergründe und Struktur eingegangen.

Der konkrete Ablauf der Interviews und das Setting wird an späterer Stelle noch dargelegt. Hier kann jedoch vorweg schon gesagt werden, dass der geplante Interviewleitfaden letztlich auch in derselben Reihenfolge praktisch umgesetzt wurde, da die Fragen aufeinander aufbauend strukturiert sind. Wie auch beim theoretischen Teil der Masterarbeit, wurde die Forschungsfrage in die zwei großen Hauptbegriffe bzw. -komponenten „Vulnerabilität“ und „Dialog“ aufgeteilt, die im Interview spezifisch zu beleuchten und mit konkreten situativen Beispielen zu exemplifizieren waren. Einerseits wurden Fragen zum narrativ-episodischen Wissen der Proband*innen gestellt und andererseits zu ihrem semantischen Wissen.

Die erste Frage des Interviews zielte erstmals darauf ab, das semantische Wissen zum Begriff Verletzlichkeit zu erfassen. Es wurde gefragt, was die Proband*innen allgemein unter dem Begriff verstehen. Um dies besser zu veranschaulichen, sollte eine Alltagssituation genannt werden, in der ihnen die eigene Verletzlichkeit bewusst wird. Darauf aufbauend erschien es von Interesse, wie die Proband*innen jeweils in verletzlichen Situationen reagieren und welche Bedeutung sie ihrer Verletzlichkeit generell verleihen. Dadurch konnten sie persönliche Strategien und Umgangsweisen erzählen, welche sich für sie eventuell im Alltag bewährt haben. Dann richtete sich der Fokus weg vom Alltag und hin zu speziellen Momenten der Verletzlichkeit. Die Probandinnen wurden aufgefordert, kurz ihre Krankengeschichte zu umreißen, bei der sie von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal begleitet wurden. Das diente als Anhaltspunkt, um über die eigene Verletzlichkeit in diesen besonderen Momenten zu reden. Sie wurden aufgefordert, für sie angenehme und unangenehme Situationen während der pflegerischen Behandlung zu schildern, mit Blick darauf, (1) was die Entstehungsbedingungen dieser Situationen waren, (2) wie sich die Interaktion zwischen

Handelnden gestaltete, (3) welche Strategien und Taktiken gewählt wurden und (4) welche Folgen das nach sich zog. Diese vier Aspekte sind für das Verständnis des situativen Kontextes grundlegend und werden, wie erwähnt, auch von Flick als Leitfragen genannt, die bei der Auswertung und Analyse der erzählten Situationen heranzuziehen sind (vgl. Flick 2017, 405). Im Zusammenhang mit diesen Erzählepisoden sollten die Proband*innen auch zwei weitere semantische Fragen beantworten. Erstens, was ihrer Ansicht nach der Unterschied zwischen einer besonderen oder erhöhten Verletzlichkeit und einer gewöhnlichen oder alltäglichen Verletzlichkeit ist. Und zweitens, wie sich eine besondere Verletzlichkeit ihrer Meinung nach am besten erkennen und einschätzen lässt bzw. welche Person am verlässlichsten beurteilen kann, wie verletzlich eine Person ist und was sie braucht. Nach diesem ersten Teil, welcher Erfahrungen mit Verletzlichkeit und persönliche Auffassungen dazu fokussierte, folgte der zweite Teil, bei welchem insbesondere Erlebnisse mit dem Dialog und speziell dem pflegerischen Dialog ins Auge gefasst wurden. Es begann wieder mit einer allgemeinen, auf das semantische Wissen abzielenden Frage. Die Proband*innen beschrieben was sie unter den Begriff Dialog verstehen und welche Assoziationen sie mit ihm haben. Dann erzählten sie dazu erneut eine Alltagssituation, um die eigene Sicht zu verdeutlichen. Infolge wurde wieder auf den Krankenhausaufenthalt bzw. den Kontakt mit professionellen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingegangen und diverse Gesprächssituationen, die die Proband*innen erlebt haben, erzählt und subjektiv eingeschätzt. Die Proband*innen antworteten auf die semantische Frage was ihrer Ansicht nach notwendig ist, damit ein pflegerischer Dialog gelingt, bzw. wann ein pflegerischer Dialog für sie als gelungen zählt. Danach wurden sie gefragt, ob sie sich während des Krankenhausaufenthalts bzw. Kontakts mit Pflegepersonen mehr Dialoge gewünscht hätten und zum Abschluss, wie sie das Interview gefunden haben und ob sie noch etwas anmerken möchten.

So gestaltete sich der Interviewleitfaden, abwechselnd mit semantischen und narrativ-episodischen Fragen. Bei Unklarheiten oder Ähnlichem konnten die jeweiligen Rückfragen gestellt werden, die sich aus dem Gespräch ergaben. Der Leitfaden musste also bei der praktischen Umsetzung nicht zwingend in dieser Reihenfolge befolgt werden, sondern diente in erster Linie als unterstützende Richtlinie für die Interviewerin. Bei allen drei Interviews wurde jedoch dieses inhaltliche Grundgerüst gewählt und lediglich durch im Gespräch auftauchende Zwischenfragen ergänzt.

3.2.2 Suche und Auswahl der Proband*innen

Für die Suche passender Proband*innen wurde ein Ausschreibungstext formuliert, welcher zuvor festgelegte Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Proband*innen beinhaltete. Dieser Text, mit der Bitte ihn weiterzuleiten und sich bei Zutreffen der Kriterien und Interviewbereitschaft oder auch bei offenen Fragen zu melden, wurde über soziale Kontakte und Medien verteilt.

Gesucht wurde in dieser Form nach Personen, die (1) zwischen 18 und 80 Jahre alt sind, (2) gute Deutschkenntnisse und eventuell die technische Möglichkeit für ein digitales Interview besitzen, (3) eine Krankengeschichte hinter sich haben, welche von professionellem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal für mindestens eine Woche täglich begleitet wurde und mit besonderen Erfahrungen der eigenen Verletzlichkeit einherging sowie (4) sich offen im Gespräch zeigen und Gefallen am Erzählen der eigenen Erlebnisse finden. Außerdem war (5) ein Einverständnis gemäß Einverständniserklärung erforderlich. Diese Kriterien entstanden in Anbetracht des Forschungsvorhabens. Die Proband*innen sollten Erlebnisse mit Verletzlichkeit im pflegerischen Setting erzählen und ihre Perspektive auf die gefragten Themenbereiche darlegen können.

Ausgeschlossen wurden Personen, welche (1) sich während der Zeit des Interviews in akuter therapeutischer Behandlung befanden, (2) wessen Krankengeschichte mitsamt den Verletzlichkeitserfahrungen sich vor mehr als fünf Jahren ereignete und/oder nicht mehr klar in Erinnerung ist, aber auch Personen, (3) die noch in der Schock- oder Verarbeitungsphase sind, etwa weil die Krankengeschichte mitsamt den Verletzlichkeitserfahrungen erst aktuell vorgefallen ist, kamen für die Interviewteilnahme aus ethischen Gründen nicht infrage. Die dahinterstehenden ethischen Überlegungen werden im nachfolgenden Kapitel umrissen. Außerdem durfte (4) kein Nahverhältnis zur Forscherin bestehen, um zu gewährleisten, dass die Proband*innen möglichst unbeeinflusst von ihr erzählen können. Daher wurden beispielsweise keine Angehörigen, Freund*innen oder unmittelbar Bekannten der Forscherin ausgewählt.

Es haben sich infolge drei Personen gefunden, die gerne eine Auskunft geben wollten und den Ein- und Auswahlkriterien entsprachen, davon ein Ehepaar. Nachdem sich sonst niemand meldete, fand keine weitere Auswahl statt, sondern wurden diese drei Personen für das Interview herangezogen. Ein theoretisches Sampling war nicht notwendig, zumal die Interviews in erster Linie darauf abzielen, einen Einblick in das subjektive Erleben von

Personen innerhalb ihrer individuellen Lebenswelt und den damit verbundenen Erfahrungen zu geben sowie bestehendes theoretisches und empirisches Wissen zu erweitern. Auch die Unterteilung der Proband*innen in unterschiedliche Personengruppen erschien aufgrund der geringen Anzahl der Proband*innen und in Anbetracht des Forschungsziels nicht sinnvoll. Weder ein Anspruch auf Vollständigkeit noch auf die generelle Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das subjektive Erleben anderer betroffener Personen wurde während dieses Forschungsvorhabens verfolgt (vgl. Flick 2017, S. 158ff. & 522).

3.2.3 Ethische Überlegungen

Ethische Überlegungen sind ein wichtiger Bestandteil wissenschaftlicher Forschung, insbesondere wenn weitere Personen in den Forschungsprozess involviert sind und befragt werden. Vor diesem Forschungsprojekt fand deshalb eine Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen in Anbetracht des Forschungsvorhabens statt, welche in diesem Kapitel ausgebreitet wird.

Mithilfe von forschungsethischen Überlegungen sollen in erster Linie die Rechte von Proband*innen geschützt werden sowie die würdevolle Begegnung und Interaktion mit ihnen realisiert werden (vgl. Mayer 2015, S.61f.). Der Frage wurde nachgegangen, welche Risiken durch die geplante Befragung für die Proband*innen entstehen und wie diese möglichst vorgebeugt werden können, basierend auf folgenden drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes:

1. *„Umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmer*innen (=freiwillige Teilnahme);*
2. *Anonymität;*
3. *Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden“* (Mayer 2015, S.63)

Um den ersten Punkt zu erfüllen, wurde den Proband*innen ein Informationsblatt (siehe Anhang 2) zugesandt, auf welchem kurz dargestellt wurde (1) weshalb die Proband*innen zur Teilnahme gebeten werden, (2) wie sich die Teilnahme an dem Forschungsprojekt konkret gestaltet, (3) worin der Nutzen des Forschungsprojektes liegt, (4) welche Rechte die Proband*innen diesbezüglich besitzen, (5) was mit den aus den Interview gesammelten Informationen daraufhin geschieht und (6) an wen aufkommende Fragen gerichtet werden können. Dafür notwendige Kontaktdaten und die Einverständniserklärung wurden ebenso

übermittelt. Zusätzlich wurde aktiv rückgefragt, ob das Informationsblatt gelesen wurde und Fragen entstanden sind. Geäußerte Unklarheiten konnten im Zuge dessen beantwortet werden. Alle Proband*innen haben sich freiwillig dazu entschieden an den Interviews teilzunehmen und eine Einverständniserklärung unterschrieben. Sie wussten Bescheid, dass sie bis zur Datenauswertung jederzeit die Teilnahme an dem Projekt abbrechen können, ohne dafür Gründe zu nennen. Die Proband*innen standen in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu der Forscherin und wurden nicht zur Teilnahme gedrängt, sondern haben sich bereitwillig dafür gemeldet. Alle Proband*innen waren in der Lage, selbstbewusste und mündige Entscheidungen zu treffen und haben eine sogenannte aufgeklärte Einwilligung bzw. *Informed Consent* gegeben. Um den zweiten Punkt zu erfüllen, wurden die Daten der Proband*innen stets anonym und vertraulich behandelt. Den Proband*innen wurde zugesichert, dass ihre Identität bei der Präsentation der Forschungsergebnisse nicht öffentlich ersichtlich wird und das Datenmaterial ohne persönliche Angaben abgespeichert und verwahrt bleiben. Die erhobenen Daten dienen ausschließlich dem wissenschaftlichen Zwecke der Masterarbeit. Daher erhielten nur die Forscherin und ihre Masterarbeitsbetreuung, welche beide der Schweigepflicht unterliegen, den Zugang dazu. Zum dritten Punkt lässt sich sagen, dass dieser immer nur bis zu einem gewissen Grad sichergestellt werden kann, da jede Intervention ein Schadensrisiko in sich tragen kann bzw. trägt. An dieser Stelle fand aus diesem Grund eine Auseinandersetzung mit der Frage statt, wie eventuelle Unannehmlichkeiten, Nebenwirkungen oder Schäden bei Interviewteilnehmer*innen bestmöglich vorgebeugt werden können. Gerade bei der Erhebung sensibler Themen muss auf ein angenehmes und wertschätzendes Setting und auf die emotionalen Grenzen der Proband*innen geachtet werden, um keine psychische Verletzung hervorzurufen. Daher wurde von der Forscherin zu jeder Zeit ein fürsorgliches Handeln den Proband*innen gegenüber angestrebt. Die Forscherin wandte sich den Proband*innen zu, welche ohne Zwang reden konnten, also mit dem Hinweis, nur soweit zu erzählen, wie sie das wollen. Außerdem wurde versucht den Proband*innen vor, während und nach dem Interview Halt zu geben, indem etwa ebenso über neutrale Alltagsthemen gesprochen wurde. Die Forscherin achtete insbesondere auch darauf, dass die Proband*innen nach dem Interview in die eigene Normalität zurückfinden und mit einem guten Gefühl verlassen werden.

Wie im vorigen Kapitel erwähnt, wurden Personen befragt, die vor einiger Zeit aus unterschiedlichen Gründen in akuter therapeutischer Behandlung waren. Es nahmen jedoch keine Proband*innen am Interview teil, die sich zu diesem Zeitpunkt noch in akuter

therapeutischer Behandlung sowie nach den den erlebten Vulnerabilitätserfahrungen erst in der Schock- und Verarbeitungsphase befanden, um das dritte Grundprinzip des Persönlichkeitsschutzes überzeugend zu erfüllen und die Proband*innen möglichst verlässlich vor eventuellen physischen und psychischen Schäden schützen zu können. Dabei wurde auf die eigene Angabe und die subjektive Einschätzung der Proband*innen vertraut, welche die Ein- und Ausschlusskriterien gelesen und sich nach Erhalt von Information zum Interview bereiterklärt haben. Hinter dieser Proband*innenauswahl steckte die Absicht, für die Proband*innen keine zusätzliche emotionale Belastung durch das Reden über nicht verarbeitete, schmerzliche Erfahrungen entstehen zu lassen. Trotz dieses Vorhabens konnte das Ansprechen von eventuell wunden oder unangenehmen Punkten der Proband*innen natürlich nicht gänzlich vorgebeugt werden, nachdem das Thema der Verletzlichkeit an sich bereits ein sensibles Thema darstellt bzw. darstellen kann. Doch auch hier wird auf die Freiwilligkeit der Proband*innen und das offene, wertschätzende Gesprächsklima verwiesen, welches durchgehend gegeben war und in welchem die Proband*innen selbst wählen konnten, über welche Situationen und Erlebnisse sie in welchem Ausmaß reden wollen. Sie wurden auch gebeten sich zu äußern, wenn bei ihnen während des Gesprächs ein Unbehagen auftaucht, und sie wurden nach dem Gespräch nach ihrem Befinden gefragt.

Zumal die Interviews im Mai und Juni 2021 während der Covid-19 Pandemie stattfanden, wurde außerdem speziell darauf geachtet, dass bei der Befragung keine Infektion entsteht. Erst waren digitale Interviews geplant, da jedoch die Forscherin wie auch die Proband*innen zum Zeitpunkt der Interviews geimpft waren und die Proband*innen ein persönliches Gespräch bevorzugten, fand ein Treffen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen statt. Auf Basis dieser Überlegungen und präventiven Maßnahmen entstand für die Forscherin letztendlich kein ethisch relevanter Konflikt bei der Durchführung der episodischen Interviews.

3.2.4 Datenerhebung mittels persönlicher Interviews

Nachdem der Interviewleitfaden vorbereitet, Proband*innen gefunden, ethische Überlegungen gemacht und Fragen zu Ort, Zeitpunkt und zur Durchführung geklärt wurden, war die Planungs- und Vorbereitungsphase abgeschlossen und die nächste Phase der Datenerhebung konnte gestartet werden. Wie zuvor beschrieben, wurden mithilfe von episodischen Interviews nach Flick (2017) und den dafür entwickelten Interviewleitfaden einerseits narrativ-episodisches Wissen, welches erfahrungsnah und auf bestimmte Erlebnisse

und Umstände bezogen organisiert ist, und andererseits semantisches Wissen, welches davon abstrahierte, generelle Annahmen und Zusammenhänge enthält, erfragt.

Das Interview wurde nach der Einverständniserklärung und einer kurzen Einführung begonnen und mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, bei zwei Interviews auch noch zusätzlich mit dem Smartphone. Es fand nach Absprache und Wunsch der Proband*innen bei ihnen zuhause statt. Das wurde als ein geeignetes Setting betrachtet, zumal es der Forscherin ein Anliegen war, dass sich die Interviewpartner*innen wohl in ihrer Umgebung fühlen und es ein möglichst ruhiger, ungestörter Ort ist. Vor und nach dem Interview wurde mit allen Proband*innen über Alltagsthemen gesprochen, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen und Vertrauen zu fördern. Auch während der Interviews wurde von der Forscherin bewusst ein weicher Interviewstil gewählt (vgl. Mayer 2015, S.207). Die Forscherin versuchte eine respektvolle, empathische und interessierte Haltung einzunehmen, hörte interessiert zu und versuchte ein Gespräch auf Augenhöhe zu führen. Bei wahrgenommenen Widerständen oder Unannehmlichkeiten wurde also nicht, wie etwa bei einem harten Interviewstil, streng und gleichgültig nachgebohrt und die Antwort eingefordert, sondern es fand im Vergleich dazu eine Rücksichtnahme auf das Wohlbefinden der befragten Person statt. Außerdem wurden nebenbei keine Notizen gemacht, um das Gespräch nicht zu stören und den Fokus gänzlich bei den Interviewpartner*innen und ihren Erzählungen zu behalten.

Die persönlichen Interviews erfolgten an zwei Tagen. Das eine Ende Mai 2021 und die anderen beiden Anfang Juni 2021. Die Proband*innen wurden dabei jeweils allein, ohne einer weiteren anwesenden Person, befragt. Ungefähr eine Stunde dauerten die Interviews jeweils insgesamt und bis auf eine kurze Unterbrechung bei einem der Interviews, da der Ehegatte der Probandin sich circa bei der Hälfte des Gesprächs mit einem Kaffee dazusetzte und vorstellte, fanden die Gespräche am Stück statt. Sonst traten keine Besonderheiten oder speziellen, unerwarteten Vorfälle bei der Durchführung der Interviews auf. Die Fragen wurden in der Reihenfolge des Interviewleitfadens gestellt, keine Frage wurde übersprungen. Die Proband*innen fanden jedoch nicht immer zu allen Fragen passende Situationen und nicht alle Situationen wurden in voller Breite ausgeführt. In solchen Fällen wurde nicht auf eine Antwort oder nähere Präzisierung beharrt, da nach Einschätzung der Forscherin ausreichend interessante Inhalte erzählt wurden und die Interviews sonst den zeitlich gesetzten Rahmen gesprengt hätten. Die Proband*innen hatten die Möglichkeit die für Sie relevanten Details zu erzählen und wenn für die interviewende Forscherin noch Details wichtig erschienen oder

Unklarheiten entstanden, wurde rückgefragt. So ergaben sich bei allen drei Interviews eindrucksvolle Gespräche.

3.2.5 Transkription

Als nächstes wurde das mittels Tonband aufgezeichnete Interview transkribiert, also in eine schriftliche Form gebracht, mit der weitergearbeitet werden kann. Zumal unterschiedliche Transkriptionsstile möglich sind, wird nun ausgeführt, welcher im Rahmen dieser Interviews gewählt wurde. Grundsätzlich gilt laut Flick „*nur so viel und so genau zu transkribieren, wie die Fragestellung erfordert*“ (Flick 2017, S.380).

Nachdem es bei den geführten Interviews in erster Linie um die Erzählung des Inhalts geht und nicht direkt um die phonetischen Feinheiten des Gesprächs, wurde auf die detailreiche lautsprachliche Transkription verzichtet und wörtlich transkribiert. Dennoch wurden ein paar für das Nachempfinden des Gesprächs als wichtig erachtete Komponenten im Transkript übertragen, um die Eigenheit und Authentizität der sprechenden Personen nicht zu verlieren. Das Gesprochene wurde aus diesem Grund nicht vollständig, sondern nur leicht geglättet. Das bedeutet, umfangssprachliche Ausdrucksweisen, fehlerhafte Ausdrücke, ein fehlerhafter Satzbau und feststehende mundartliche Ausdrücke wurden Wort für Wort übernommen, aber es fand die Korrektur des sogenannten „breiten“ Dialektes und damit eine leichte Anpassung an die Standardorthografie statt (vgl. Fuß und Karbach 2019, S.42). Diese leichte Glättung soll zur besseren Lesbarkeit beitragen und gleichzeitig möglichst viele Eigenheiten des sprechsprachlichen Ausdrucks zulassen, die das Gespräch widerspiegeln. Außerdem wurden einzelne zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der interviewenden Person und Füllworte wie „Ähm“ weggelassen, um den Lesefluss des Transkripts nicht zu stören. Nonverbale Aktivitäten, Äußerungen, Störungen oder Ähnliches, die während des Gesprächs auftraten und die Aussagen verdeutlichen oder unterstützen, wie etwa ein Lachen oder markante Gesten, wurden notiert.

Formal wurde anhand des von Fuß und Karbach vorgestellten modulartigen Transkriptionssystems gearbeitet und die passenden Transkriptionsregeln und -zeichen für ein angemessenes Transkript ausgewählt sowie beim Transkriptionskopf angeführt (vgl. Fuß und Karbach 2019, S.39ff. & 85). Generell muss allerdings gesagt werden, dass soziale Realitäten nur begrenzt, technisch und textuell strukturiert, verschriftlicht werden können und daher die Gesprächssituation nie in voller Breite zugänglich gemacht bzw. nachempfunden

werden kann. Die Forscherin hat versucht, alle wichtigen Aspekte in das Transkript zu integrieren und das Gesprochene möglichst verständlich aufzubereiten, sodass mit dieser Dokumentation gut weitergearbeitet werden kann. Denn der Text fixiert das Gespräch letztlich in einer Weise und wird sozusagen zur neuen Realität, welche im nächsten Forschungsschritt für die genaue Analyse herangezogen werden kann (vgl. Flick 2017, S.383f.).

3.2.6 Datenanalyse und -auswertung

In diesem Kapitel wird nun der Prozess der Datenanalyse und -auswertung, welcher schlussendlich zu den Ergebnissen führte, erläutert. Die von Flick beschriebene Methode des thematischen Kodierens wurde dabei an das Forschungsvorhaben angepasst und wie folgt abgeändert.

Aufgrund der geringen Anzahl der Interviews wurde auf eine Einteilung in Personengruppen verzichtet. Im ersten Schritt erstellte die Forscherin die Fallbeschreibungen, welche einen ersten Überblick über persönliche Themen und Erfahrungen der Proband*innen sowie deren Sinnzusammenhang gaben. Als nächstes wurden die transkribierten Interviews Zeile-für-Zeile bzw. abschnittsweise kodiert mit dem Ziel den „*Text aufzubrechen und zu verstehen und dabei Kategorien zu vergeben, zu entwickeln und im Lauf der Zeit in eine Ordnung zu bringen*“ (Flick 2017, S.392). Um sich nicht von der Interviewstruktur, sondern vom Text leiten zu lassen, zerlegte die Forscherin dann die Transkripte anhand der kodierten Passagen und bildete durch induktives Arbeiten vorerst ein Kategoriensystem für den ersten Fall. Dieses wurde mit den Kategorien und Themen der anderen beiden Interviews abgeglichen und laufend überarbeitet sowie verbessert, sodass am Ende dieses fließenden Prozesses einige Themen und Phänomene herausgefiltert wurden, welche in den Erzählungen der Proband*innen bedeutsam waren. Dabei wurde Ähnliches zusammengefasst und neue Themen wurden gebildet, wenn wichtige Kodierungen nicht zu vorhandenen Kategorien passten. Da ersichtlich wurde, dass die Proband*innen großenteils von ähnlichen Erfahrungen und Phänomenen erzählten, welche sich gegenseitig ergänzten und gemeinsam ein umfangreiches Bild mit verschiedenen ineinandergreifenden Aspekten ergaben, beschloss die Forscherin keine spezifischere Einzelfallanalyse vorzunehmen, sondern die erzählten Themen in den Vordergrund zu stellen und die Interviews fallübergreifend zu analysieren. Die am Anfang verfassten Fallbeschreibungen wurden daraufhin nochmals geprüft und als

ausreichend ausführlich befunden, da sie aus Sicht der Forscherin die wesentlichen fallbezogenen Details und Eigenheiten enthalten sowie die individuellen Hintergründe der Proband*innen veranschaulichen. Nachdem viel inhaltlich interessantes Datenmaterial vorhanden war, wurde nun induktiv-deduktiv überlegt, welche erzählten Inhalte in Anbetracht des Forschungsthemas sinnvollerweise näher betrachtet und präsentiert werden sollen. Die Forscherin kam dabei auf folgende drei Überschriften, welche die entstandenen Themen strukturieren und schlussendlich auch die Kapitel bilden: (1) **Mögliche Ursachen und Formen von Vulnerabilität**, (2) **Beschreibung des Erlebens von besonderer Verletzlichkeit bzw. Verletzung im Vergleich zur alltäglichen Verletzlichkeit** und (3) **Wege der Wahrung oder Wiederherstellung eines Wohl- bzw. Sicherheitsgefühls im Rahmen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege**.

Während des Analyse- und Auswertungsprozesses sowie bei der Verschriftlichung der Ergebnisse wurde darauf geachtet, dass bei der Zusammenführung der individuellen Perspektiven der Proband*innen eine Offenheit und Sensibilität gegenüber den fallspezifischen Inhalten gewahrt wird, sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutlich werden.

3.3 Ergebnisse

Nun werden die Ergebnisse der episodischen Interviews in aufbereiteter Form vorgestellt. Dafür wird zuerst von allen drei Proband*innen die kurze, einleitende Fallbeschreibung präsentiert, welche auf ihre einzelnen Eigen- und Besonderheiten eingeht. Dann werden die von den Proband*innen erzählten Inhalte, welche sich in den Aussagen oft ähnelten und hilfreich ergänzten, fallübergreifend anhand der drei großen Themenbereiche dargelegt. Diese dienen als erste thematische Strukturierung der Daten und beinhalten teilweise Unterkategorien zur weiteren Gliederung. Im ersten Themenbereich finden sich Erzählungen zu den verschiedenen Ursachen und Formen der Verletzlichkeit. Im zweiten Themenbereich wird dargelegt, wie die Proband*innen das Erleben von besonderer Verletzlichkeit bzw. Verletzung beschrieben. Und im dritten Themenbereich fällt der Blick auf ihre Erfahrung, was während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege geholfen hat, um ein Wohl- bzw. Sicherheitsgefühl zu wahren oder wiederherzustellen. Nachdem die Proband*innen während ihrer Verletzlichkeitserlebnisse auch von ärztlichem, physiotherapeutischem und anderem hilfegebenden Personal betreut wurden, welches auf das Geschehen Einfluss hatte, wird im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit mehrmals

der umfassendere Begriff *Gesundheitspersonal* verwendet und nicht ausschließlich von der Rolle des professionellen Gesundheits- und Krankenpflegepersonals gesprochen. In der Diskussion werden die empirischen Ergebnisse dann zusammengefasst, interpretiert und mit den theoretischen Inhalten der Arbeit zusammengeführt. Zum Abschluss werden die Grenzen der Untersuchung erläutert sowie Empfehlungen für eine weiterführende Forschung gemacht.

3.3.1 Einzelne Fallbeschreibungen

Im Folgenden werden die Personen A, B und C kurz vorgestellt und ihre zentralen Aussagen mithilfe von Original-Zitaten aus den Interviews angeführt. Dies soll einen Überblick über die individuellen Erfahrungen und Erlebnisse der Proband*innen geben.

Person A, weiblich und 55 Jahre alt, hatte starke Schmerzen aufgrund von Wirbelgleiten, Bandscheibenvorfällen und einem verengten Nervenkanal. Sie fühlte sich aufgrund ihrer körperlichen Grenzen in ihrer Freiheit und Selbstbestimmung eingeschränkt und erlebte dies als eine negative Verletzlichkeitserfahrung, die sie so beschrieb: *„Ja, wenn ich das nicht alles machen kann, was ich machen will, dann fühl ich mich (..) verletztlich. (..) Weil ich von anderen abhängig bin. Und das will ich nicht.“* Ihre Verletzlichkeitserfahrungen waren schlussendlich *„der ausschlaggebende Grund“* warum sie sich für die Operation entschied, bei der ihre Wirbelsäule versteift wurde. Dafür befand sich Person A für über eine Woche im Krankenhaus und sechs Wochen im Krankenstand. Während des Krankenhausaufenthalts stieß sie anfangs immer noch an körperliche Grenzen, die sie *„zurückwarfen“* und besonders verletztlich fühlen ließen. Sie versuchte optimistisch zu bleiben und wurde in diesen Situationen motiviert, sich auf ihren Körper einzulassen, mit ihm geduldig umzugehen und sich die notwendige Zeit zum Heilen zu geben. Das führte dazu, dass Person A gut genas und sich nun *„wie ein grinsender Smiley“* fühlt, *„weil keine Schmerzen mehr da sind“*. Mit dem Pflegepersonal äußerte sie ausschließlich positive Erfahrungen. Sie lobte es mehrmals während des Interviews für ihre Einfühlsamkeit, welche notwendig sei, um besondere Verletzlichkeiten zu erkennen und mit diesen passend umzugehen, sowie für ihr freudiges Auftreten und den Humor. Den Begriff Dialog beschreibt Person A allgemein mit: *„Einfach miteinander reden, ehrlich sein und sagen, was los ist.“* Sie selbst habe aber während ihrer Erfahrungen mit Verletzlichkeit nicht immer ihr Befinden geäußert, weil sie *„niemanden auf die Nerven gehen wollte“* und den Eindruck hatte, dass ihr soziales Umfeld auch ohne Worte Bescheid wusste und Verständnis hat. Sie führte also *„auch eine Art von Dialog“*, wie sie

sagt, einen nonverbalen Dialog. Informationen zur Therapie und zum Tagesablauf wurden von den Pflegepersonen während ihres Krankenhausaufenthalts stets gut kommuniziert, sodass die Fragen „*vorweggenommen*“ wurden und sie sich aufgeklärt und gut aufgehoben fühlte. Sie wurde von den Pflegepersonen regelmäßig gefragt, wie es ihr gehe und ob sie Schmerzen habe, worauf dann angemessen reagiert wurde. Für das Gelingen des pflegerischen Dialogs ist ihrer Ansicht nach „*das Zugehen des Pflegepersonals auf die Patienten*“ von Bedeutung, „*auch wenn der Patient vielleicht vermittelt (..) er will jetzt nicht reden oder er braucht nix oder sonst irgendetwas.*“ Dabei soll von den Pflegepersonen eine gewisse Wärme und Herzlichkeit vermittelt werden, die aussendet: „*Auch wenn du da jetzt griesgrämig herumliegst oder sonst irgendetwas, ich bin trotzdem für dich da. (..) Und wenn du aus dieser Griesgrämigkeit herauskommst, kannst du auf mich zukommen oder so irgendetwas. Ich bin für dich da.*“ Außerdem fand sie allgemeine Gespräche und Witze hilfreich, um Situationen aufzulockern und eine angenehme und vertraute Pflegebeziehung zu schaffen, in der man sich nicht nur als Patient angesprochen fühlt, sondern auch zwischenmenschlich näherkommen kann. Diese positive Atmosphäre war nach Person A Voraussetzung dafür, dass man sich in verletzlichen Situationen fallen lassen und sich der eigenen Genesung widmen kann.

Person B, weiblich und 63 Jahre alt, machte aufgrund einer Beckenschiefstellung bereits früh Erfahrungen mit schmerzhaften Situationen, in denen sie sich verletzlich fühlte und dabei über ihre Grenzen „*drübergegangen*“ wurde. Unangenehme Erfahrungen aus der Jugend, als sie etwa im intimen Beckenbereich geröntgt wurde, prägten sie und bleiben ihr, wie sie sagt, als Verletzung, sodass sie sich nun in derartigen Situationen in einer Schutzhaltung wiederfindet. Wenn sie in ihrer Verletzlichkeit verwundet wird, so beschreibt sie dies als einen Moment des Schocks und der Hilflosigkeit, den sie vor allem in der Brust durch ein Wegbleiben der Luft und ein Gefühl des ins „*offene Herz*“ gestochen Werdens spürt. In diesem Moment fühlt sie sich nicht beachtet und respektiert. Die Verletzlichkeit selbst habe aber genauso positive Seiten: „*Manchmal kann man auch verletzlich sein und es ist (..) eine gute Erfahrung danach.*“ Denn Verletzlichkeit „*macht auch das Gefühl stärker*“, welches wichtig sei, um nicht zu verhärten, liebevolle Gefühle zu erzeugen und mit anderen mitfühlend zu sein. Störend ist dies für Person B jedoch, wenn sie derartig mit anderen mitfühlt, dass sie einen beobachteten Schmerz automatisch selbst nachempfinde. Aus solchen Situationen des Alltags möchte Person B dann am liebsten flüchten, um den Schmerz nicht zu stark an sich heranzulassen. Mit medizinischem Personal konnte Person B im Laufe ihres

Lebens viele Eindrücke sammeln und der Umgang mit Patient*innen besserte sich ihrer Ansicht nach. Der letzte starke medizinische Vorfall, den sie hatte, war ein Bruch der Wirbelsäule, woraufhin sie zehn Tage im Krankenhaus war und ein Korsett sowie Schmerzinfusionen bekam. Die Pflegepersonen halfen Person B mit deren Authentizität und Humor gut aus dem beklemmenden Gefühl der Verletzlichkeit und des Ausgeliefertseins. Ein solches Gefühl der Verletzlichkeit sei zwar *„so, (...) dass man eigentlich gar nichts hören will und alle weghaben will, weit, weit weg.“* Es könne aber von jedem *„aufgebrochen“* und *„die Verletzlichkeit gestreichelt“* werden. Dafür spielt nach Person B etwa das namentliche Vorstellen der Pflegepersonen eine bedeutsame Rolle, da dies eine persönliche Beziehung eröffnet. Ebenso das empathische Eingehen auf das Schmerzempfinden der Patient*innen, ohne es zu beschwichtigen, sei hilfreich, um mit schmerzbehafteten Situationen angemessen umzugehen. Dafür kann es aber ebenso vonseiten der Patient*innen notwendig sein, sich zu öffnen, die eigene Wahrnehmung zu teilen und ein Leiden als solches zu benennen, damit die Pflegepersonen entsprechend darauf reagieren können. Das ist jedoch nur möglich, wenn sie sich nicht im Schock befinden: *„Weil manchmal spürt man den Schmerz noch nicht, weil der Schock so stark ist. (...) Und dadurch ist man auch verletzlich. Viel verletzlicher als sonst.“* Den Dialog beschreibt sie als: *„Ein Beiderseitiges, ein Gleichwertiges, ein (...) jedem Raum Geben.“* Beim Dialog müssen nicht unbedingt beide Seiten gleichermaßen sprechen. Das *„offene Zuhören“* und das *„da-Sein für den anderen“* sind ihrer Ansicht nach genauso Komponenten des Dialogs. Wesentlich für den Dialog sei insbesondere der beidseitige Respekt im Umgang miteinander. Kommunikation im Allgemeinen und der Dialog im Speziellen diene dazu Dinge klarzustellen und auf Interpretationen basierende Missverständnisse vorzubeugen. Im Krankenhaussetting half der Dialog ihr, um *„furchtbare Gedankenschleifen“* zu durchbrechen und mit den eigenen Sorgen nicht alleingelassen zu sein. Denn in einem Zustand der Verzweiflung kann es einem, wie Person B sagt, beispielsweise schwer fallen auf vorhergehende Erfahrungen zurückzugreifen und sich zu erinnern, was bereits alles geschafft und durchgestanden wurde. Das Gesundheitspersonal kann in einem solchen Fall mit Worten ermutigend tätig sein und die verzweifelte Person wieder zur Ruhe bringen: *„In dem Moment, wo das beruhigende Wort kommt, fährt man ja selber runter. (...) Damit wird der Schmerz weniger, sowohl der seelische wie auch der körperliche, ja.“*

Person C, männlich und 65 Jahre alt, sagt über sich ein Mensch zu sein, *„der sich nicht sehr leicht verletzen lässt.“* Das läge daran, dass sie *„ergebnisoffen“* versuche, die Dinge erstmal

auf sich zukommen zu lassen, diese zu analysieren und dementsprechend zu reagieren. Wenn vertraute Personen verletzt werden, „also entweder körperlich oder eben verbal oder sonst irgendetwas“, gehe das Person C hingegen schon sehr nahe und sie möchte den Betroffenen bestmöglich helfen. Die eigene physische Verletzbarkeit wurde Person C insbesondere bei einem Hinterwandinfarkt und bei Erstickungsanfällen bewusst, welche kurzzeitige Panik und Todesangst auslösten. Diese bewogen Person C in weiterer Folge dazu, nicht mehr zu rauchen und „ganz ein anderes Leben“ zu führen. Sie fühlt sich nun ruhiger und gelöster, habe sich besser kennengelernt und kann jetzt „für sich selbst besser definieren“: „Was ist essentiell und was nicht?“ Bei den Spitalsaufenthalten gab es kaum Momente, in denen sich Person C besonders verletzlich gefühlt hat: „Weil die alle so mitfühlend und, und sorgsam waren, dass man sich da nicht verletzt gefühlt hat. Sondern man hat sich ernst genommen gefühlt. Man hat gesehen, die wollen das Beste für einen und die machen das Bestmögliche. Und ich find, wenn's einem so geht, ist man nicht wirklich verletzlich.“ Als Grund, warum Person C sich auch in Situationen, in denen es ihr schlechter ging und sie an sich verletzlicher war, gut aufgehoben fühlte, nannte sie das ruhige und kompetente Handeln des Gesundheitspersonals. In kritischen Situationen, wie etwa beim Erstickungsanfall, war sofort eine Person da, welche eine richtige Entscheidung getroffen hat. Wenn Person C also weiß, dass sie ausgeliefert ist, stellt sie sich im Wesentlichen die Frage: „Fühl ich mich wohl oder hab ich Angst?“ Und wenn sie sich wohl fühlt, empfindet sie kein Gefühl der Verletzlichkeit. Denn es könne im Leben immer etwas passieren und wenn sich Person C ständig fürchten würde, könne sie es weniger genießen, wie sie sagt. Alles in allem fand während der gesundheitlichen Versorgung ihrer Ansicht nach ein „ganz vernünftiges miteinander Umgehen“ von beiden Seiten statt. Die Pflegepersonen beschreibt Person C als besonnen, erklärend und fürsorglich und Person C versuchte selbst ebenso verständnisvoll mit ihnen umzugehen und in stressig wirkenden Momenten abzuwägen, ob das eigene Anliegen wirklich gerade wichtiger sei als das von anderen Hilfsbedürftigen. Wie die pflegerische Vorgangsweise schließlich sein muss, damit man sich als Patient*in nicht verletzlich, sondern wohl fühlt, sei allerdings kaum zu verallgemeinern, weil jeder Mensch anders ist. Daher können laut Person C etwa auch Angehörige von Patient*innen hilfreich sein, welche deren Charakter gut kennen und wissen wie kommunikativ sie normalerweise sind. Für Person C spiele Kommunikation eine große Rolle für ein erfülltes Leben. Es sei für das zwischenmenschliche Miteinander und das gegenseitige Verständnis „ein ganz ein wesentlicher Eckpfeiler“. Ein Dialog im Speziellen zeichne sich durch die dabei gegebene Augenhöhe und Ehrlichkeit aus. Derartige Gespräche seien auch während der Krankenhausaufenthalte „extrem wichtig“ gewesen, um zu erfahren:

„Wie schaut's wirklich aus? Was kann man tun?“ Und selbst, wenn etwas nicht so gegangen ist, wie Person C sich das wünschte, wurde auf sie eingegangen und hat sie sich ernst genommen gefühlt. Person C empfand nie ein Problem, weil „auf der anderen Seite der Wille da“ war, „vernünftig zu erklären“, warum etwas beispielsweise nicht ging. Außerdem gefiel es Person C mit dem Gesundheitspersonal zu „scherzen“, da dies Situationen ungemein entspanne. Das gehe aber nur, wenn man gerade nicht das eigene Leben in Gefahr sieht. Eine große Hilfe und Stütze in Momenten der Unsicherheit, waren außerdem der beste Freund, welcher ihm als Arzt nicht nur psychisch, sondern auch medizinisch weiterhelfen konnte, und seine Ehefrau.

3.3.2 Mögliche Ursachen und Formen von Vulnerabilität

In den Interviews wurden von den Proband*innen verschiedene Arten der Verletzlichkeit thematisiert, welche je nach Entstehungsfaktoren in die vier Kategorien (1) **physisch**, (2) **psychisch/emotional** (3) **sozial/verbal** und (4) **lokal/umgebungsbezogen** eingeordnet werden können. Dabei zeigte sich, dass diese Kategorien als fließend und zusammenhängend zu verstehen sind sowie manche Verletzlichkeitserfahrungen erst durch das Zusammenspiel dieser verschiedenen Formen der Verletzlichkeit von den Proband*innen als unangenehm erlebt wurden. Außerdem wurde während des Kategorisierungsprozesses deutlich, dass die erzählten Situationen der Verletzlichkeit oft auf mehrere, sich gegenseitig beeinflussende Entstehungsfaktoren zurückzuführen sind und daher meist nicht eindeutig und ausschließlich nur einer Kategorie zugeordnet werden können. Die vier zentralen Kategorien, ihre Unterthemen und ihre Verflochtenheit sollen nun anhand von Schilderungen der Interviewten veranschaulicht werden.

In die erste Kategorie der physischen Vulnerabilität fallen Themen wie **Bewegungseinschränkung**, das Stoßen an **körperliche Grenzen** und **Schmerzen**. Diese physische Dimension wurde von allen drei Proband*innen umschrieben und von Person C explizit benannt: „Eine besondere Verletzlichkeit ist eben, wenn man körperlich (...) so verletzt ist, dass man ausgeliefert ist.“ Ein starkes und prägendes Erlebnis der körperlichen Verletzlichkeit hatte Person C beispielsweise, als sie aufgrund von Erstickenanfällen keine Luft mehr bekam. Dieses Erlebnis war verbunden mit Schmerzen und Todesangst, welche schwer nachzuvollziehen seien, „wenn man nicht in der Situation ist“. Person C thematisierte als Einzige den Tod und philosophierte in diesem Zusammenhang, dass das ganze Leben

risikobehaftet sei. Jederzeit können unterwartet körperliche Schwierigkeiten oder Verletzungen auftreten, mit denen der Mensch konfrontiert ist: „*Ich kann jetzt super gut drauf sein und werd entlassen und wenn ich unten bei der Tür hinausgeh hab ich einen Herzinfarkt und bin tot.*“ Dennoch verspüre Person C nicht ständig diese Gefahr. Die physische Verletzlichkeit wurde Person C und den anderen beiden Proband*innen vor allem in Situationen bewusst, in denen sie an körperliche Grenzen stießen, Schmerzen hatten und sich nicht so bewegen konnten, wie sie es wollten oder gewohnt waren. Person A verdeutlichte dies folgendermaßen:

„Das (Anm.: die eigene Verletzlichkeit) wird einem schon bewusst dabei, wenn man sich nicht gscheit (Anm.: gut) bücken kann. Wenn man sich bückt und man hat Schmerzen und man weiß, es ginge eigentlich anders, aber du bist jetzt momentan in dieser Situation drinnen und kannst nicht einmal die einfachste Bewegung machen, ohne dass du einen Schmerz hast. Und das ist eigentlich totale negative Erfahrung gewesen für mich.“ (...) „Und das war dann teilweise so, ich konnte keine 20 Meter mehr gehen ohne Schmerzen. Beziehungsweise das ist, wie wenn einer mit einem Gummiband einen zurückhält und du kämpfst da dagegen an.“

Person A drückte somit das Gebunden-Sein an den eigenen Körper aus, welcher je nach Gesundheitszustand unterschiedlich leistungsfähig und empfindsam ist.

Die zweite Kategorie der psychischen/emotionalen Vulnerabilität beinhaltet Themen wie **prägende unangenehme Vorerfahrungen, enttäuschte Erwartungen** und **negative Gedanken oder Vorstellungen**. Von grenzüberschreitenden Erlebnissen, welche sich als Erinnerung einprägten und in bestimmten Situationen ein verletzendes Gefühl mit Schutzhaltung hervorrufen, erzählte etwa Person B:

„Dadurch, dass ich schon so viel erlebt hab, begeb ich mich auch sofort in Schutzhaltung. Sie (Anm: die Röntgenassistentin) wollte meine Schulter röntgen und ich hab sofort alles zugemacht (Anm: Schutzhaltung vorgezeigt: Schultern nach vorne, Hände vor der Brust).“ (...) „Ich hab’s sofort gespürt. Na klar, ich schieb die Schultern wieder vor. Und sie hat gesagt: ‚Nein, nein, Sie müsstens oben lassen.‘ Jo, eh. Für das Röntgen, ja. (...) Aber das sind genau die Situationen, die ich immer wieder erlebt hab. Wo über meine Grenzen drübergegangen worden ist.“

Wie Person B meinte, bleibe diese negative Vorerfahrung als Verletzung, auch wenn sie mittlerweile bereits bessere Erfahrungen in ähnlichen Situationen gemacht hat. Die im persönlichen Gedächtnis abgespeicherte Erinnerung an unangenehme Erlebnisse löse in ihr ein selbstschützendes Verhalten aus, welches das Gegenüber in dem Moment möglicherweise nicht nachvollziehen kann. Außerdem trugen Situationen, in denen Person B während ihres Spitalsaufenthaltes für sich war und nicht wusste, was als nächstes geplant ist, zum Entstehen negativer Gedanken oder Vorstellungen bei. Person B meinte, sie sei durch das Alleinsein mit

den eigenen Sorgen in „*furchtbaren Gedankenschleifen*“ gefangen gewesen, welche ihre Verletzlichkeit verstärkten. Person B stellte sich dabei „*Ärgeres*“ vor „*als überhaupt ist*“, wie beispielsweise im Klinikalltag vergessen zu werden. Auch Person A äußerte ein solches Erleben negativer Gedankenspiralen bei Wiederauftreten von Schmerzen:

„Gut, vielleicht war ich auch ein bisschen sensibel, aber irgendwie ist man-, ja, fällt man da auch irgendwie in ein-, (...) weiß ich nicht, in ein Loch, wo man denkt: ‚Ah, jetzt krieg ich Schmerzen.‘ Und dann denkt man: ‚Anstatt dass es besser wird, kriegst man mehr Schmerzen.‘ Und dann denkst dir: ‚Scheiße, das gibt’s ja nicht.‘ Und bla bla bla.“

Die persönliche Enttäuschung, dass der Körper mehr Zeit zum Genesen braucht als gewünscht und erwartet, verstärkte bei ihr das Gefühl der Verletzlichkeit: „*Ich hab mir gedacht: ‚Ich steh auf und ich kann natürlich schon gehen wie (...) ganz normal.‘ Aber das war nicht. Und das hat mich zurückgeworfen.“*

An diesen Situationen fällt die Verflochtenheit der verschiedenen Formen der Verletzlichkeit auf. Körperliche Verletzlichkeiten, wie das Verspüren von Schmerzen, oder soziale/verbale Verletzlichkeiten, wie der fehlende kommunikative Austausch, stehen mit der psychischen/emotionalen Verletzlichkeit in deutlicher Verbindung. Die Psyche der Proband*innen reagierte auf ihren Körper und umgekehrt, genauso wie das Handeln des sozialen Umfelds eine bedeutsame Rolle hinsichtlich des Verletzlichkeitserlebens spielte.

Themen, welche in erster Linie durch Zusammenleben und Interaktion mit anderen Menschen entstehen, wurden der dritten Kategorie zugeteilt. Unter die Kategorie der sozialen/verbalen Vulnerabilität fallen sonach die **starke Abhängigkeit** von anderen Menschen, das Auftreten von **Fehlkommunikation** und **verständnislosem oder beschämendem Verhalten** sowie das **Mitleiden** und **Vergleichen** mit anderen Personen. Das Abhängig-Sein von anderen Personen wurde in den Erzählungen oft und mit unterschiedlichen Hintergründen und Auswirkungen thematisiert. Als negative Aspekte einer körperlichen und emotionalen Abhängigkeit nannten die Proband*innen etwa die eingeschränkte Selbstbestimmung sowie ein Gebunden-Sein an das Verhalten und die Laune anderer Menschen. Aber auch die Erkenntnis, dass andere Personen ebenso vom eigenen Leiden betroffen und gewissermaßen abhängig sein können bzw. sind, weckte unangenehme Gefühle. Person A erzählte in diesem Zusammenhang beispielsweise von unerfreulichen Einschränkungen in der Freizeitgestaltung, welche auch die Familie spürte:

„Ja und-, es ist halt-, wir haben auch vieles nicht mehr machen können, längere Wanderungen oder zum Beispiel Städtereisen. (...) Das ist-, aufgrund von mir hat’s immer geheißen, können wir ja nicht so machen, weil ich nicht lange Strecken gehen kann. Vor allem am Asphalt und so weiter.“

*Und das hat mich wahnsinnig (...) geärgert. Und eben, dass ich eben, da (...) so verletzlich bin.
Und, dass mein Umfeld auch darunter leidet.“*

Sie wollte niemanden zur Last fallen. In den Interviews wurde also nicht nur die Sicht der bemitleideten Person dargestellt, sondern auch das eigene Mitleid anderen Personen gegenüber thematisiert. Person C bekräftigte beispielsweise: *„Wenn jemand aus der Familie verletzt wird, also entweder körperlich oder eben verbal oder sonst irgendetwas. Dann geht mir das schon sehr nahe und da bin ich auch sehr bereit dagegen zu agieren.“* Person B erzählte sogar vom Mitgefühl bzw. Mitleid mit fremden Personen, deren Schmerz sie aus eigener Erfahrung nachempfinden kann: *„Ja, aber das kann auch sein, wenn sich jemand anderer verletzt. (...) Dass ich das dann sofort spüre. Es braucht nur jemand vor mir verknöcheln. Ich weiß genau, wie das wehtut, ja.“* Somit zeigte sich, dass für die Proband*innen nicht nur der eigene Schmerz im Vordergrund stand, sondern sie in manchen Situationen mindestens genauso darauf achteten bzw. miterleben konnten, was ihre Mitmenschen möglicherweise durchmachen. Eine schlechte Stimmung des Gesundheitspersonals überträgt sich nach Person A auch auf das eigene Empfinden: *„Weil wenn ich einen Pfleger seh, der was mit so einem Gesicht (heruntergezogene Mundwinkel) durch die Gegend läuft oder, (...) oder unfreundlich ist, oder so irgendetwa-, da wird man ja selber dann auch irgendwie-, (...) find ich verhärtet man innerlich.“*

Das Gefühl der Verletzlichkeit verstärkte sich bei den Proband*innen also je nachdem, wie das soziale Umfeld etwa in Momenten der körperlichen oder psychischen Verletzlichkeit reagierte, was und in welcher Form es etwas tat oder sagte.

Als eine beschwerliche Erfahrung, auf die sozial und verbal nicht entsprechend eingegangen wurde, beschrieb Person B etwa die Gewöhnung an ihr therapeutisches Mieder:

„Und dieses Mieder, an das muss man sich erst gewöhnen, ja. Ich hab jetzt eben schon so eine Kurve im Kreuz und jetzt muss ich dann plötzlich grad in dem Mieder sein, dass mich das streckt. (...) Und hab mir wahnsinnig schwergetan. Es hat Schweißausbrüche gekostet nur den Gang entlangzugehen. Und dann kommt die Physiotherapie (...) und (mit freudiger, schwungvoller Stimme): ‚Trali trala, und ich seh Sie gehen ja eh gut, ist ja eh alles wunderbar.‘ Und ich sag (in leisem, gedämpftem Ton): ‚Ich hab zuhause Stiegen?‘ Und sie haut mir das so rüber (schnell, in bissigem und unfreundlichem Ton): ‚Na, wenn ‘s gehen können, können ‘s Stiegen auch gehen!‘ (...) Und das (...) geht nicht. Also das war unpassend.“ (...) „Direkt verärgert, dass ich was frage, so ist sie mir vorgekommen, ja. Ich könnte doch wissen, wenn ich gehen kann, dass ich auch Stiegen gehen kann.“

Bei diesem verbalen Austausch wurde Person B offenbar vom Gesundheitspersonal gekränkt, da auf ihr aktuelles Empfinden nicht adäquat eingegangen wurde. Person B fehlte in dieser Situation die Achtung und Wertschätzung der eigenen Person: *„Ich glaub, sie hat mich*

überhaupt nicht wahrgenommen. Sie, sie hat an mir vorbeigeredet, ja. (..) Ich war ein Fall. Das ist respektlos. Das ist-, keine Beziehung herstellen. (..) Ja. (..) Das geht nicht, nein.“

Person B fühlte sich in der erzählten Situation weder als Individuum wahrgenommen noch in ihren Sorgen und Bedürfnissen verstanden und erlebte durch die misslungene Kommunikation zusätzlich zur körperlichen Verletzlichkeit auch eine soziale/verbale Verletzlichkeit. Person C meinte dazu passend: *„Verletzlich bin ich, wenn mich jemand anschreit oder anpfaucht (sic!): ‚Was wollns schon wieder? Was machens schon wieder?‘“*

Durch die Art und Weise, wie das Gesundheitspersonal etwas ausdrückt, sei es letztlich spürbar, ob es einem etwas vormacht, Fragen oder Aussagen nicht ernst meint und eine persönliche „Akzeptanz“ fehlt. Alles in allem kam es insbesondere auf die Beziehungsgestaltung, die Kommunikation und die Umgangsform an, ob die Proband*innen sich sozial/verbal verletztlich fühlten und ein Abhängigkeitsverhältnis als unangenehm erlebten. Speziell in Situationen, in denen die Proband*innen den Eindruck hatten, nicht verstanden zu werden und bei persönlich wichtigen Entscheidungen kaum oder keine Mitsprache und Mitbestimmung zu haben, wurde ihnen die eigene Verletzlichkeit und Abhängigkeit bewusst. Als eine weitere verletzlichkeitsverstärkende wurde von Person A das soziale Vergleichen Erfahrung beschrieben:

„(...) Da hat's im Krankenhaus-, hat man da so eine Runde gehen können und meine Zimmergenossin, die hat die ganze Runde gehen können-, die hat dieselbe OP gehabt wie ich, - die hat die ganze Runde gehen können und ich nicht einmal die halbe Runde. Und das hat mich zurückgeworfen.“

Sich mit einer Person in ähnlicher Lage direkt zu vergleichen war für Person A enttäuschend, da sie nach ihrer Operation möglichst mobil sein wollte und merkte, dass eine andere Person dies besser schaffe als sie. *„Man will dann zu viel“*, erklärte sie. Person C half das Beobachten anderer Personen hingegen zur Relativierung des eigenen Leids. Sie war vor allem von Patient*innen umgeben, welche in einer schlechteren körperlichen Verfassung waren, und verglich sich mit ihnen, um die eigene Notlage abzuwägen. Das Erkunden und Bewerten des sozialen Umfelds schafft offenbar persönliche Orientierung, löst jedoch je nach beobachteten Eigenschaften und Fähigkeiten der Personen und je nach subjektivem Fazit unterschiedliche Gefühle aus. Wie im Beispiel von Person A, kann es zur Erhöhung einer physischen oder psychischen Unzufriedenheit und Vulnerabilität beitragen, wenn der Vergleich für einen selbst negativ ausfällt. Von Person B wurde zudem die fehlende Achtung ihrer Intimsphäre als ein beschämendes Verhalten thematisiert, welches verletzliche Gefühle auslöste. Sie erzählte von „*furchtbaren*“ Erfahrungen mit körperlicher Nacktheit gegenüber fremdem

Gesundheitspersonal, welches nicht auf ihr Bedürfnis nach Schutz und Wärme einging. Anstatt während des Röntgens behutsam mit dem „sensiblen Bereich einer Frau“ umzugehen, wurde sie ohne Vorbereitung unangenehm berührt und nackt mit einem Gefühl der Kälte allein gelassen:

„Das war (...) so viel Erfahrung von zu nahe, zu stark mein Becken angreifen, an meiner Scham. Meine Scham auslösen.“ (...) „Ich kann mich auch erinnern, ich hab‘ immer gefroren früher, ja. Die haben mich alle so liegen lassen auf diesen kalten Platten, ja, um zu schauen, ob diese Röntgenbilder etwas geworden sind.“

Es waren Zeiten, in denen Person B sich dem Gesundheitspersonal auch nicht widersprechen traute. Die starke Verletzlichkeit, die dabei hervorgerufen wurde, ergab sich aus einem Zusammenspiel zwischen dem physischen Faktor der körperlichen Blöße und Kälte, dem psychischen/emotionalen Faktor des Stoßens an persönliche Intimgrenzen, dem sozialen/verbalen Faktor des unachtsamen Verhaltens vom tonangebenden Gesundheitspersonal sowie den lokalen/umgebungsbezogenen Faktor des ungemütlichen Raums. Erst die Kombination dieser Faktoren machte die Situation derart beschämend und verletzend für sie.

Die letzte Kategorie der lokalen/umgebungsbezogenen Vulnerabilität ergab sich schließlich aus dem Thema des **ungewohnten Ortes** mit befremdlichen Umgebungsfaktoren. Person B beschreibt das Spital als einen solch andersartigen Ort, an dem sie jedes Mal erst ankommen und sich orientieren muss: *„Weil das einfach so eine andere Situation ist. Man muss sich mit diesem Zimmernachbarn verständigen. Die Geräte, die verwendet werden, ja. All das ist ja ein (...) anormales (Lachen) Umfeld. Man muss sich da immer wieder erst einfühlen, egal wie oft man im Spital war.“* Auch das Unwissen darüber, wie die Gegebenheiten im Spital sein werden, wo sie sich aufhalten wird und wo währenddessen die persönlichen Gegenstände untergebracht werden können, beschäftigte Person A im Vorhinein und verunsicherte sie:

„Es war eigentlich ein großes Fragezeichen, irgendwie-, man hat die Unterlagen bekommen und da drinnen ist gestanden: ‚Man wird aufgenommen, (...) man kommt aber vorher aber nicht ins Zimmer.‘ Und da war eben das große Fragezeichen, man hat ja den Koffer dabei: ‚Wohin damit? Was passiert mit dem Ganzen?‘“

Eine „schreckliche Verletzlichkeit“ sei nach Person B zudem, an einem unbekannten, dunklen Ort ohne Erinnerung munter zu werden. Sie erzählte: *„Aber dieses plötzliche Aufwachen ohne, dass man weiß, wo man ist. Das ist sehr beängstigend, ja.“*

3.3.3 Beschreibung des Erlebens von besonderer Verletzlichkeit bzw. Verletzung im Vergleich zur alltäglichen Verletzlichkeit

Nun wird dargelegt, wie die Proband*innen Momente der besonderen Verletzlichkeit von Momenten der alltäglichen Verletzlichkeit abgrenzten und welche Themen in diesem Zusammenhang geäußert wurden. Damit soll ein kurzer Einblick in die Gefühle, Gedanken und Eindrücke der Proband*innen während des Erlebens von besonderer Verletzlichkeit, oder sogar Verletzung, gegeben werden, um nachvollziehen zu können, was in solchen Momenten möglicherweise tieferinnerlich passiert. Zusätzlich wird rückblickend auf das persönliche Fazit der Proband*innen hinsichtlich ihrer Verletzlichkeitserfahrungen eingegangen.

Trotz der individuellen und situativen Eigenheiten zeigen sich Ähnlichkeiten in der erlebten Verletzlichkeitserfahrung der Proband*innen. Folgende Themen bzw. Phänomene waren bei der Beschreibung des subjektiven Erlebens in Momenten starker Verletzlichkeit oder Verletzung bedeutsam. Alle Proband*innen sprachen von Eindrücken des *Ausgeliefertseins*, der *Machtlosigkeit* sowie der *Hilflosigkeit*, welche durch die unterschiedlichen Entstehungs- bzw. Verstärkungsfaktoren der Verletzlichkeit ausgelöst wurden, die im vorherigen Kapitel geschildert wurden. Außerdem berichteten sie von einem Zustand der *Ungewissheit* und der *Orientierungslosigkeit* sowie vom Verspüren von *Verzweiflung* und *Angst* in Situationen der besonderen Verletzlichkeit. Person B meinte: „*Ich hab nicht gewusst: ‚Was, was soll ich mit mir machen?‘*“ Das starke Empfinden von *Schmerzen* und Verletzlichkeit kann bis hin zur *Todesangst*, *Panik* und *veränderter Atmung* führen und das Wahrnehmen von Verletzungen einen *Schock* hervorrufen. In einem solchen Schockzustand hatten Proband*innen eine *andere Wahrnehmung* als gewöhnlich und auch der *Wunsch aus der unangenehmen Situation zu flüchten und sich zu distanzieren* wurde erwähnt. Der Schock sei nach Person B eine „*komische Situation*“: „*Man sieht sich irgendwie von außen. (...) Man hat das Gefühl es ist rundumadum (Anm.: rundherum) Watte, man hört nicht alles.*“. Im Vergleich zur alltäglichen Verletzlichkeit, welche von den Proband*innen als etwas „*Normales*“, im Leben stets Vorhandenes wahrgenommen wird, ist die besondere Verletzlichkeit etwa mit einem unerwarteten Ereignis verknüpft, welches der betroffenen Person in irgendeiner Weise zusetzt und infolge einen plötzlichen Schock sowie nachhaltige Verletzungen hervorrufen kann. Das Verletztwerden beschreibt Person B folgendermaßen: „*Das ist genau dieses-, Schock. (..) Ja. (...) Wo man nicht sagen kann-, wo man gar nicht sagen kann: ‚Halt. Sie sind zu nah‘ oder ‚Gehen Sie weg‘ oder so. Man ist hilflos, wirklich hilflos.*“ Mit alltäglichen Verletzlichkeiten

„lernt man viel leichter umzugehen“ und weiß man laut Person C, „wie man dann reagiert“. Bei besonderen Verletzlichkeiten entsteht hingegen das Gefühl, Wissen und Handlungsmacht fehlen, um eine Situation entsprechend zu bewältigen. „Da kann man irgendwie nicht zurückgreifen auf (...), auf alles Vorhergehende, da ist man nur verzweifelt“, sagte Person B. Person A wurde die besondere Verletzlichkeit auch „mehr bewusst als die normale Verletzlichkeit“. Die besondere Verletzlichkeit wurde als „doppelt und dreifach“ so stark erlebt und motivierte Person A dadurch umso mehr, ihr Leid zu überwinden. Während dieser tiefgehenden Eindrücke, mit denen die Proband*innen konfrontiert waren und im ersten Moment nicht umzugehen wussten, erlebten sie außerdem eine verstärkte Abhängigkeit vom sozialen Umfeld. „Man ist sofort wie ein kleines Kind, (...) das eigentlich nur ‚Mama‘ schreien möchte“, verdeutlichte Person B mit einer Metapher. Eine wichtige Rolle dabei, wie intensiv die Verletzlichkeit bei den Proband*innen erfahren wurde und wie die Eindrücke von ihnen verarbeitet werden konnten, spielte daher, ob die Proband*innen in verletzlichen Momenten Hilfe und Unterstützung durch andere, etwa durch das professionelle Gesundheitspersonal, erhalten haben oder sich in herausfordernden Situationen allein gelassen fühlten.

Schlussendlich gehe eine Verletzlichkeit laut Person B jedoch nicht immer nur mit negativen Erfahrungen und Verletzung einher: „Manchmal kann man auch verletztlich sein und es ist (...) eine gute Erfahrung danach. (...) Gibt’s auch.“ Alle Proband*innen erzählten von positiven Erfahrungen und persönlichen Lehren, die sie durch ihre besonderen Erlebnisse mitnehmen konnten und sie nun wieder gut bzw. besser fühlen lassen. Person A sagte beispielsweise ihr Leben habe nach diesen schmerzhaften Erlebnissen wieder „einen größeren Stellenwert“ und sie bemerke nun ein dauerndes Grinsen. Person C meinte ebenso:

„Und seit dem Herzinfarkt leb ich ein neues Leben und dafür bin ich sehr dankbar, dass ich die Chance hab ein anderes Leben kennenzulernen. (...) Und man ist viel ruhiger, man sieht Dinge, die ich vorher nicht gesehen hab. Man ist gelöster, man ist nicht so verbissen. Also (...) es ist wirklich ein ganz ein anderes Leben. Und dafür bin ich schon dankbar.“

Besondere Verletzlichkeitserfahrungen können im Nachhinein also auch das Erleben von **Freude** und **Dankbarkeit** auslösen, wenn sie gut überstanden wurden.

3.3.4 Wege der Wahrung oder Wiederherstellung eines Wohl- bzw. Sicherheitsgefühls im Rahmen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege

Anschließend wird vorgestellt, was den Proband*innen in Situationen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege half, sich nicht verletzlich, sondern sicher und wohl zu fühlen. Auf der einen Seite wurden Themen genannt, welche (1) **die Haltung, Kommunikationsweise und Kompetenz des Gesundheitspersonals** beschrieben. Auf der anderen Seite äußerten die Proband*innen Themen, welche mit (2) **ihrem eigenen, persönlichen Charakter und Verhalten** zu tun hatten. Verbindend in der Mitte stand außerdem der umfassende Themenbereich der (3) **Zusammenarbeit**.

Im Hinblick auf die erste Kategorie wurde mehrmals das Ausstrahlen von *innerer Ruhe* des Gesundheitspersonals als ein wesentlicher Faktor genannt, warum sich die Proband*innen in guten Händen fühlten. Professionelle Pflegepersonen, welche sich „*von dem restlichen Stress auch bissl absetzen können*“, seien besser in der Lage eine besondere Verletzlichkeit zu erkennen und passend auf sie zu reagieren, wie Person B meinte. Die ruhige, verantwortungsbewusste Haltung des Gesundheitspersonals milderte bei Person C sogar eine Todesangst:

„So wie mit dem Erstickungsanfall, wo sofort wer da war, der die richtigen Entscheidungen getroffen hat. Ich mein, natürlich, in dem Zeitraum war ich sehr verletzlich, weil ich mir gedacht hab ‚Das war’s jetzt.‘ (...) Und die aber des so ruhig und kompetent gemacht haben, dass ich mir gedacht hab: ‚Wenn der so ruhig ist, dabei, bei dem was er tut, (..) dann kann’s nicht schon der Abschied sein.‘“

Das Gesundheitspersonal strahle die notwendige Geduld und Zuversicht aus und trägt in angespannten Situationen zur Gelassenheit bei, indem es angemessen mit den Patient*innen und Kolleg*innen kommuniziert und keinen weiteren Stress durch vorschnelle Kommentare oder eine ungute Tonlage hineinbringt: „*Aber es ist ganz was anderes, wenn jemand ruhig und besonnen und erklärend sagt, was er jetzt tut, als wenn da zwei Hektiker herumrennen und: ‚Bring ihn dort hin‘, ‚Na, bring ihn da hin‘. (..) Und das ist wesentlich.*“ Auch Person B erzählte von unterschiedlichen Verhaltensweisen bzw. Umgangsformen des Gesundheitspersonals und differenziert zwischen „*den Menschen, die das ruhig angehen, und den Menschen, die das eben so ‚Zack, zack‘ auf ‚Das ist meine Regel und die mach ich.‘ durchsetzen.*“ (...) „*Weil es ist nun mal etwas anderes, ob man sagt: ‚Sind Sie so lieb, ich helf Ihnen jetzt aus dem Bett und Sie setzen sich da her und ich mache das Bett.‘ (in ruhigem Ton) Oder ob man sagt: ‚Raus jetzt!‘ (in schnellem, unfreundlichem Ton)*“ Die Art und Weise, wie plötzlich und energisch etwas gesagt oder getan wird, kann sonach eine Auswirkung auf das Wohlfühl der Patient*innen haben. Aber auch wie sehr das Gesundheitspersonal auf deren

Befinden achtet und bereit ist, darauf einzugehen, spielt eine Rolle. Die generelle **Achtsamkeit, Empathie, Herzlichkeit und Hilfsbereitschaft** sowie **die freudige Stimmung** vonseiten des Gesundheitspersonals wurden sonach von den Proband*innen als weitere Verletzlichkeitmildernde Faktoren erwähnt. Professionelle Pflegepersonen, welche die gewisse Fähigkeit, soziale Kompetenz und Initiative haben, sich in die Patient*innen einzufühlen, sind so in der Lage, verletzliche Situationen wahrzunehmen, eine angenehme „Wärme“, wie Person A es beschreibt, weiterzugeben sowie ein Wohlgefühl zu erzeugen:

„Weil ich find, das können nur solche Leute so einen Beruf machen, die was von sich aus schon (...) sehr empath-, viel Empathie haben und so. Und die vermitteln auch eine Wärme und vermitteln das auch weiter.“ (...) „Und die was dort waren, die haben einfach alle so eine Herzlichkeit an sich gehabt und das vermittelt einen irgendwie so von-, ja man ist-, (...) man fühlt sich da wie in einem fünf Sterne Hotel. Man fühlt sich da umsorgt, umworben, (...) wie in einem Kokon irgendwie gut-, einfach gut aufgehoben, ja.“

Durch das Einnehmen einer einführenden, sorgsam Haltung habe das Gesundheitspersonal erfahrungsgemäß die Fähigkeit zu erkennen, ob es einer Person gut geht oder sie „spezielle Hilfe“ brauche. Aber auch ihr **fachliches Wissen** und die **medizinische Erfahrung** seien dabei bedeutsame Faktoren. Person B erklärte es so:

„Ich glaub, das macht der Spitalsalltag, weil sie haben so viel mit Leuten zu tun, die auch sterben könnten, ja. Dass sie (...) auf diesen Alarm reagieren. Sie sehen dann einfach: ‚Huuh, das ist gefährlich.‘ Ja. Und nicht: ‚Naja gut, das können wir in einer Stunde nähen oder wir geben eine Infusion.‘ Ja. Das ist ihr Fachwissen. Dass sie dann auch sofort reagieren können.“

Letztlich sprachen alle Proband*innen von der Wichtigkeit eines fachlich kompetenten Gesundheitspersonals, damit sie sich beispielsweise trotz einer medizinischen Notlage sicher und wohl fühlen. Wenn sie den Eindruck hatten, bei „Spezialisten“ oder etwa „dem richtigen Arzt“ zu sein, welche keinen „Blödsinn“ sagten und wussten „was Sache ist“, konnten sie aufgrund deren Kompetenz und professionellen Verhaltens Vertrauen und Hoffnung schöpfen.

Jedoch nicht nur die Haltung des Gesundheitspersonals beeinflusst offensichtlich das Verletzlichkeitserleben der zu Pflegenden. Wie die Proband*innen zu erkennen gaben und nun in der zweiten Kategorie zusammengefasst wird, war in verletzlichen Situationen ebenso relevant, wie diese selbst mit ihren damaligen Eindrücken umgingen bzw. umgehen konnten. Person A merkte beispielsweise in einer physisch herausfordernden Situation, dass sie zu hohe Erwartungen in ihren Körper gesetzt hatte und es vor allem an ihr lag, das damit einhergehende Gefühl der Verletzlichkeit durch Anpassung der persönlichen Erwartungen zu

beeinflussen. Sie freute sich zwar über Lob des Gesundheitspersonals, es sei in dem Moment allerdings nicht entscheidend gewesen: „*Das war eher des, dass ich mich selber zurückrudern hab müssen und (..) selber die Geduld haben musste und finden musste für mich, ja.*“ Die eigene **Geduld** und **das Einlassen auf den momentanen Zustand** waren nach Person A und C folglich wichtige persönliche Qualitäten im Umgang mit Situationen der Verletzlichkeit. Auch ein **rationaler Zugang**, „*dass man zuerst einmal schaut und die Dinge analysiert, wie sie kommen, (..) und dann entsprechend reagiert*“ oder der **humorvolle Umgang** mit den Geschehnissen kann nach Person C nützlich sein. Zudem konnten die Proband*innen ein Wohl- bzw. Sicherheitsgefühl durch die **eigene Motivation**, alle vorhandenen Ressourcen zu aktivieren und schädliches Verhalten zu vermeiden, durch den **Glauben an sich selbst** und die eigene Kraft bzw. Besserung, ebenso wie durch das **Vertrauen in fachkundige Personen** schaffen.

Interessanterweise ergänzten die Proband*innen ihre Erzählungen mehrmals mit dem Kommentar, dass sie nur ihre Sicht darlegen und für sich sprechen können, da „*jeder Mensch anders sei*“ und Menschen vermutlich unterschiedlich leicht verletzbar seien bzw. Unterschiedliches in Momenten der besonderen Verletzlichkeit brauchen. Ein weiteres zentrales Thema, welches der zweiten Kategorie zugeordnet wird, allerdings genauso für das Gesundheitspersonal gilt und das Miteinander beeinflusst, ist das **Annehmen menschlicher Individualität** und **Kennen eigener Bedürfnisse**. Personen sind etwa beim Kommunizieren je nach Charakter und persönlicher Erfahrung unterschiedlich zurückhaltend bzw. offen. Person A erzählte, dass sie zwar sicherlich die Möglichkeit gehabt hätte, in Momenten der Verletzlichkeit über ihr negatives Erleben zu sprechen. Sie entschied sich jedoch dazu dies nicht zu tun und führte aufgrund des Eindrucks, ihr Umfeld könne ohnehin verstehen was sie durchmacht, lieber einen wortlosen Dialog. Obwohl manch anderen Personen das Reden über persönliche Gefühle möglicherweise geholfen hätte, wie Person A während des Interviews reflektierte, kommentierte sie ihr Erleben den Momenten besonderer Verletzlichkeit nicht und fühlte sich so wohler. Im Vergleich dazu erzählte Person B eine Situation, in der sie das eigene Empfinden bei einer professionellen Pflegeperson ansprach und durch ihr Öffnen erst die für sie in diesem Moment wohltuende, mitfühlende Reaktion ermöglichte:

„*Und, und ich hab das dann so gesagt: ‚Tha, er (Anm.: der Arzt) hat leicht reden, es ist nichts passiert. Es tut so weh.*‘ (..) Und sie (Anm.: die Gesundheits- und Krankenpflegeperson) (in ruhiger, ernster Stimme): „*Das tut mir wirklich Leid.*“ Und das kommt dann auch aus Herzen, ja. Also wenn man-, wenn man selber sagt ‚es ist aber wirklich furchtbar‘, dann kann der andere auch draufreagieren, ja.“

Anschließend werden nun die Themen der dritten Kategorie fokussiert, welche sich in der Zusammenarbeit des Gesundheitspersonals mit den Proband*innen als bedeutsam für die Wahrung oder Wiederherstellung eines angenehmen, sicheren Gefühls während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege herausgestellt haben. Als gut befanden die Proband*innen erstens, wenn regelmäßig, entweder zwischendurch oder während gewisser Handlungen, von professionellen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nachgefragt wurde, wie es ihnen im Moment gehe und ob sie Schmerzen haben. Dieses **aufmerksame Fragen** der Pflegepersonen und **stetige Vorhandensein von Bezugs- und Ansprechpersonen**, welche auf Wohlbefinden und annähernde Schmerzfreiheit achteten sowie auf die Proband*innen offen zuzugingen, sei hilfreich gewesen. Während des Kontakts mit Gesundheits- und Krankenpflegepersonen entstanden laut Proband*innen laufend Dialoge und auch als Patient*in den Dialog „offenzuhalten“ sei nach Person B und C wertvoll. Im Miteinander war vor allem **das gegenseitige Verständnis, die Wertschätzung und der Miteinbezug von beiden Seiten**, von pflegender und zu pflegender Person, wichtig. Die Proband*innen erlebten weder Vorwürfe, noch verletzendes Kommentare vonseiten der professionellen Pflegepersonen, sondern fühlten sich ernst genommen und auf Augenhöhe behandelt. Sie selbst achteten ebenso auf eine respektvolle, wertschätzende Haltung ihnen gegenüber. Immerhin brauche ein Dialog nach Person B:

„Ein Beiderseitiges, ein Gleichwertiges, ein (...) jedem Raum Geben. Ja, ein, ein Respekt (...) im Umgang miteinander. Von beiden Seiten, ja, von beiden Seiten (...) Weil oft wird ja auch der Pfleger gar nicht wahrgenommen oder (...) zur Seite geschoben als unwichtig. Der Arzt ist wichtig, nicht der Pfleger, ja. Das spüren die sicher auch im Umgang, dass der Patient selbst sie (...) kleiner macht als sie sind, ja. Ja, also genau das ist im Dialog auch wichtig. Dass der Patient genauso (...) respektvoll dann umgeht (...) Vielleicht, wenn der Schock ein bissl überwunden ist. (Lachen)“.

Auch Person C ist der Meinung, dass der pflegerische Dialog erst gelingt, „wenn beide auf Augenhöhe offen miteinander reden. Und nicht, wenn einer glaubt, dass er besser ist als der andere.“ Bei geplanten Handlungen war es für die Personen B und C angenehm Optionen zu bekommen und mitentscheiden zu dürfen, wie es am besten vollzogen wird. Damit Selbstbestimmung wie auch persönliche Grenzen gewahrt werden können, ist außerdem **ein ehrliches und authentisches Kommunizieren** von beiden Seiten gefragt. Wenn das professionelle Pflegepersonal beispielsweise gerade Wichtiges erledigen musste, so konnte dies Person B durch eine „Ablehnung in der richtigen Form“ gut nachvollziehen und annehmen. Durch das Erhalten einer respektvollen und ehrlichen Rückmeldung hatte sie das

Gefühl, gehört zu werden, und konnte Verständnis für die stressige Situation des Pflegepersonals aufbringen:

„Ich hab‘ ihn (Anm.: den Pfleger) um irgendetwas gebeten, ich hab was gebraucht. (..) Ich kann mich jetzt aber nicht mehr erinnern, was es war. (..) Und das war sehr aufmerksam und sehr respektvoll zu sagen: ‚Im Moment habe ich sehr viel anderes zu tun. Aber sobald es mir möglich ist, wird‘ ich Ihnen das bringen. ‘ (...) Hilft auch, ja. “

Wohl fühlten sich die Proband*innen, wenn das Gesundheitspersonal nicht nur aufgesetzte Phrasen verwendete, sondern mit ihnen authentisch, aus dem persönlichen Erleben heraus, sprach. Einer ernsten Lage soll nach Person C entsprechend ehrlich begegnet werden: *„Weil ich hab zum Beispiel, wenn ich in so einer Sondersituation bin, nichts davon, wenn ich einen Arzt vis-a-vis hab, der sagt: ‚Alles bestens, Sie brauchen sich nicht fürchten.‘ Und so. Und so ganz blöd ist man ja auch nicht.“* Das **empathische Dasein** des Gesundheitspersonals und **situationsadäquate Reagieren und Helfen** in Momenten der besonderen Verletzlichkeit war also ebenso nützlich. Auf das Erkennen einer verletzlichen Situation folgte ein jeweiliges Eingehen auf vorhandene Empfindungen und Bedürfnisse der Proband*innen. Im Moment des Schocks half Person B beispielsweise die Berührung am Arm:

„Das ist auch etwas ganz, ganz Wichtiges, dass man dann angegriffen (Anm.: eigenes, kurzes Klopfen auf den Arm) wird. Weil man steht unter Schock. Man ist vielleicht gar nicht bereit zuzuhören. (..) Und durch diesen Kontakt, (..) kommt man an. Und kann ganz genau zuhören, was einem das Gegenüber sagt. Und da hat er gesagt: ‚Ich möchte Sie hierbehalten. Ich möchte eine Schmerztherapie einleiten.‘ Und das war ein wirklich empathisches Gespräch, ja.“

Auch in schambehafteten Situationen erlebte Person B mittlerweile bereits einen professionelleren, achtsameren Umgang, sodass *„da nicht zu viel Scham entsteht.“* Eine Röntgenassistentin gab ihr zum Beispiel zum zwischenzeitlichen Bedecken des Intimbereichs ein Handtuch: *„Und das, das hat ja auch gleich gewärmt. Nicht nur seelisch, sondern auch wirklich mit diesem (..) Handtuch, ja.“* Person C erzählte ebenso von kleinen fürsorglichen Gesten und Hilfestellungen, die *„enorm helfen“*, wie etwa das Halten ihrer Hand mit dem mitfühlenden Kommentar *„Es wird alles gut.“* während der Angiographie, das Streichen einer Buttersemmel und das Organisieren eines guten Kaffees. Auch Person A schwärmte von der fürsorglichen, unterstützenden Herangehensweise der professionellen Pflegepersonen in Momenten der Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit: *„Und die (Anm.: Pflegepersonen) umsorgen einen auch noch und pflegen einen und helfen einen, wo sie können. Obwohl man eigentlich gern eigenständig sein möchte, aber es ist nicht-, es geht nicht immer alles, aber-. Und die sind dann für einen da und das ist einfach (..) schön.“*

Um zu wissen, was eine Person in einem Moment für das Wohlfühl brauche, sei es nach Person C außerdem nützlich ihren individuellen Charakter bzw. die persönlichen Eigenheiten zu kennen: *„Weil, wenn ich jemanden nicht kenn, weiß ich nicht, wenn der jetzt schweigsam wird: Fühlt er sich verletzt? Fühlt er sich unsicher? Oder sonst irgendetwas. Es gibt Leute, die überhaupt nie viel reden.“* Das **persönliche Kennenlernen** und der **Beziehungsaufbau** waren daher in der gemeinsamen Zusammenarbeit ebenso hilfreich. Person B empfand insbesondere das selbstständige namentliche Vorstellen als einen wesentlichen ersten Schritt für den Aufbau einer persönlichen Beziehung: *„Das ist nicht mehr der Pfleger XY, sondern das ist der Günther. Ja. Das hilft, ja.“* Zudem schaffte das Austauschen über persönliche Geschichten eine Beziehung auf Augenhöhe und zwischenmenschliche Nähe. Person A meinte:

„Ja, die eine Schwester (Anm.: Gesundheits- und Krankenpflegeperson) hat erzählt, dass sie früher in Tirol gelebt hat und solche Sachen. Und ja, das war eigentlich ganz nett. Das hat einen auch wieder nähergebracht. Und-. (...) Ja, das fördert auch wieder die Nähe. (...) Und fördert eigentlich auch wieder das, (...) das Wohlbefinden. Dass man nicht nur-, dass das (...) zwei verschiedene Personen sind, die was auf ‚Sie‘ jetzt auf Distanz sind. Die eine ist nur als Pflege da, die andere als Patient da. (...) Sondern, dass man sich da auch ein bisschen näherkommt. Und ja, (...) das hilft, finde ich, auch wieder ein bisschen. Nicht nur auf Pflegeebene, sondern auch (...) privat ein bisschen.“

Aufbauend war für die Proband*innen des Weiteren, wenn sie einen **motivierenden Umgang** erlebten und merkten, dass sich das Gesundheitspersonal etwa bei kleinen Fortschritten mit ihnen mitfreut. Person A wurde ermutigt, sich mit dem neuen Körpergefühl und ihrer Narbe auseinanderzusetzen und Person B halfen bestärkende Worte, um sich erneut bewusst zu werden, wie viele Herausforderungen sie bereits bewältigen konnte:

*„Die (Anm.: Physiotherapeut*innen) sagen immer so: ‚Du hast schon so vieles geschafft, das schaffst du auch noch.‘ (Lachen) (...) Das tut wirklich gut, ja, weil man sich auch erinnert und die Erfahrung hat: ‚Ja, es ist wahr. Es kann etwas wahnsinnig lang dauern und trotzdem (...) schaff ich’s wieder.‘“*

Ein weiteres Thema, welches alle Proband*innen ansprachen, war die positive Auswirkung von **Humor** und **einer lockeren Gesprächsatmosphäre** während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Humor und das Führen von Alltagsgesprächen ist offenbar eine gute Möglichkeit Personen aus dem beklemmenden Gefühl der Verletzlichkeit zu holen und hat nach Person B etwas *„Entwaffnendes“*. Dabei sei jedoch zentral, den richtigen Zeitpunkt zu wählen. Witze und entspannte Gespräche gelingen nur in Situationen, in denen beide Seiten dazu aufgelegt und nicht im Zeitdruck sind. Person C verdeutlichte: *„Man nimmt’s dann lockerer, wenn man der Meinung ist: ‚Es ist nicht mehr lebensgefährlich.‘“*

Wenn man noch glaubt, dass es lebensgefährlich ist, dann glaub ich, bin ich auch nicht der große Scherzer.“ Als Person C beispielsweise unabsichtlich eine Fehlalarmierung auslöste und sofort professionelle Pflegepersonen besorgt hereinkamen, entspannte der humorvolle Kommentar einer Pflegeperson die unangenehme Situation und schaffte ein freudiges Ende.

Auch Person A erzählte von Späßen zwischendurch und allgemeinen Dialogen:

„Und wenn nur darüber gelacht worden ist, (...) weiß ich nicht, weil einer irgendeinen Blödsinn gemacht hat. Weil er was fallen hat lassen oder sonst irgendetwas unabsichtlich. Und daraus hat sich dann wieder irgendetwas-, ist gelacht worden. Und dann wieder irgendein anderer Witz, Wortwitz eingeworfen worden und so weiter.“ (...) *„Das war auch gut so, ja. Das lockert das Ganze auf ein bisschen. Dass das nicht immer nur dieses eine Thema ist, sondern das, das ja-, (...) einfach nur alle Menschen sind und wo man mal über das oder jenes redet.“*

Bei Person B schaffte etwa die Frage nach dem Essenswunsch eine gewisse „Alltäglichkeit“ und „eine Brücke“ über ihren erlebten Schock, obwohl sie sich in dem Augenblick eigentlich überhaupt nicht dafür interessierte und in ihrer Verletzlichkeit in Ruhe gelassen werden wollte. Das letzte in den Interviews oft erwähnte Thema war die Wichtigkeit des **Informationsaustauschs** und das damit verbundene **Erlangen hilfreicher Antworten und Tipps**. Zu erfahren, welche Abläufe und Therapien geplant sind, was voraussichtlich als nächstes passiert und weshalb, erzeugte bei den Proband*innen ein Gefühl der Sicherheit. Derartige Informationen gaben die Möglichkeit, sich im Vorfeld darauf einzustellen und vorzubereiten. Vorausgesetzt, sie wurden halbwegs klar und verständlich formuliert. Bei undeutlichen Informationen oder Aussagen stellte es sich als bedeutsam heraus nachzufragen und die empfangenen Botschaften klarzustellen, um nicht falsch zu interpretieren. Die Absprache und das Anhören beiderseitiger Argumente sei nach Person C generell „*ein ganz ein wesentlicher Eckpfeiler*“ im sozialen Zusammenleben und Miteinander. In dieser Weise können jeweilige Vorstellungen und Wünsche geklärt werden und die gemeinsame Überlegung, wie am besten gehandelt wird, fängt an. In Momenten der Verletzlichkeit und Abhängigkeit fühlte sich Person C besonders sicher und wohl, wenn das Gesundheitspersonal offen war, ihr Tun gut zu begründen. Auch das erfolgreiche Vermitteln von gesundheitsspezifischer Information, fachlichem Erfahrungswissen und wertvollen Ratschlägen minderte bei den Proband*innen letztendlich das Gefühl der Verletzlichkeit.

3.4 Kritik und Grenzen der Untersuchung

Die vorliegende qualitative Forschungsarbeit eröffnet einen Einblick in persönliche Verletzlichkeitserfahrungen und -erlebnisse während der professionellen Gesundheits- und

Krankenpflege, welche aus subjektiver Sicht dreier ehemaliger Patient*innen nacherzählt und von der Forscherin analysiert und zusammengefasst wurden. Mithilfe der Interviews wurde ausschließlich die Patient*innenperspektive erfasst, und nicht die Perspektive des professionellen Gesundheitspersonals. Außerdem konnten lediglich die Informationen untersucht werden, welche die Proband*innen auch mit der Forscherin teilten. Aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen stützen sich die empirischen Ergebnisse nur auf eine geringe Anzahl an Interviews. Die ausgewählten Proband*innen erzählten dabei von ähnlichen Themen und Phänomenen, welche in verletzlichen Momenten für sie eine Rolle spielten. Die erzählten Situationen wurden anhand der von ihnen genannten Details beleuchtet und es wurde versucht, die Erzählungen bestmöglich in ihrer Bedeutung zu erfassen. Inwieweit sich die Ergebnisse schließlich auch auf das Erleben anderer Individuen übertragen lassen, ist allerdings unklar. Alles in allem stellt die Forschungsarbeit lediglich einen kleinen wissenschaftlichen Beitrag zu diesem umfangreichen Thema dar, welcher zeigt, was in Situationen der besonderen Verletzlichkeit für Betroffene relevant sein kann.

4 Diskussion

In diesem Teil der Masterarbeit werden die theoretischen Inhalte im Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert und mit den empirischen Ergebnissen der qualitativen Interviews abgeglichen bzw. ergänzt.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist das Potential des Dialogs, besondere Verletzlichkeiten bei zu Pflegenden zu erkennen, abzumildern und zu kompensieren, anhand von philosophischer und wissenschaftlicher Literatur zu untersuchen sowie zusätzlich mit Erfahrungen von ehemaligen Patient*innen zu veranschaulichen. Um die Forschungsfrage „*Wie und weshalb muss der pflegerische Dialog in der professionellen Pflegepraxis geführt werden, um eine besondere Vulnerabilität bei zu Pflegenden erkennen und würdigen zu können sowie Gesundheit zu fördern?*“ zu beantworten, ist zunächst die Klärung erforderlich, was in dieser Masterarbeit unter einer sogenannten *besonderen* Verletzlichkeit verstanden wird. Dazu hilft es, den Vulnerabilitätsbegriff und dahinterstehende theoretische Konzepte zu betrachten. Wie sich zeigt, ist der Vulnerabilitätsbegriff vielseitig, dynamisch und kann aus unterschiedlichen Perspektiven reflektiert werden. In der Wissenschaft wird er oft verwendet, um aus einem ethischen, gesundheitsfördernden oder politischen Interesse heraus zu ermitteln, welche Personen in Gefahr sind, verletzt zu werden und etwa einer speziellen Unterstützung zur Wahrung der Integrität bedürfen, im Gegensatz zu Personen, welche auch ohne eine solche Hilfeleistung auskommen (vgl. Schroeder und Gefenas 2009, S.118). Ein stereotypes Kategorisieren individueller Personen in vulnerabel und nicht vulnerabel auf Basis von äußeren Merkmalen wie beispielsweise dem Alter oder dem Geschlecht steht unter Kritik und wird auch von der Forscherin aus folgenden Gründen als problematisch und praktisch ungeeignet angesehen (vgl. Luna 2009, S.135; Grøn 2016, S.21ff.; Beauchamp und Childress 2019, S.283) Erstens ist jeder Mensch naturgemäß verletzlich und sollte daher, wie hier vertreten wird, zu jeder Zeit als ein empfindendes, anthropologisch vulnerables Wesen wahrgenommen werden. Der menschliche Körper steht in ständigem Kontakt mit der Umwelt und empfängt etwa physische und soziale Reize, welche ihn je nach Intensität, Empfindlichkeit und vorhandenen Ressourcen mehr oder weniger beanspruchen (vgl. ten Have 2016, S.12). Da Menschen grundsätzlich lern- und reaktionsfähig sind, können sie im Laufe ihres Lebens wertvolle Strategien im Umgang mit herausfordernden und sogar existentiell bedrohlichen Situationen finden. Besitzen sie helfende innere wie äußere

Widerstandsressourcen und bewahren das von Antonovsky benannte „Kohärenzgefühl“, so können sie auf diverse potentielle Verletzungen resilient reagieren und damit ihre Gesundheit wie auch Integrität aufrechterhalten (vgl. Antonovsky 1997, S.33). Ob und wie stark verletzlich Personen sind, hängt daher zweitens von dem Zusammenspiel spezifischer situativer, sozialer und persönlicher Faktoren ab und kann nicht einfach anhand äußerer Merkmale beurteilt werden. Wenn also herausgefunden werden soll, in welchen Momenten zu Pflegende verletzlich sind als andere, um entsprechend darauf eingehen zu können, wird nicht mehr die anthropologische Vulnerabilität als eine bei allen Menschen gleichermaßen vorhandene Grundbedingung fokussiert, sondern die sogenannte situative oder besondere Vulnerabilität in den Blick genommen, welche je nach Umständen unterschiedlich hoch sein und durch menschliches Handeln verändert werden kann (vgl. ten Have 2016, S.15). Von einer situativen oder besonderen Vulnerabilität ist hier schließlich die Rede, wenn eine Person in einem Moment zu wenige Mittel oder Kräfte zur Verfügung hat, um sich selbst vor einer bestimmten Verletzung zu schützen (vgl. Schroeder und Gefenas 2009, S.117). Derartige besondere Vulnerabilitäten können durch adäquates Eingehen auf die jeweilige Situation gemildert bzw. kompensiert oder aber durch Fehlverhalten pathogen verstärkt und ausgenutzt werden (vgl. Rogers 2019). Was eine Person in Momenten der besonderen Verletzlichkeit für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit konkret braucht, ist jedoch nicht immer eindeutig festzustellen und hängt, wie sich sowohl im theoretischen als auch im empirischen Teil zeigte, auch weitgehend vom subjektiven Empfinden der involvierten Personen ab. Eine Schwierigkeit ist an dieser Stelle die mögliche Diskrepanz zwischen der emischen Betroffenenperspektive und der etischen Außenperspektive (vgl. Spiers 2000; Grøn 2016; Lough und Fisher 2016). Nachdem die Selbsteinschätzung einer Person, wie verletzlich sie in einem Moment ist und was sie benötigt, nicht zwangsweise mit Fremdeinschätzungen übereinstimmt, stellt sich hier die grundlegende Frage, wer schließlich in der Position ist, Situationen angemessen beurteilen zu können (vgl. Spiers 2000, S.715ff.). Ohne Kontakt bzw. Einfühlung in die individuelle Lebens- und Gefühlslage einer Person ist die Qualität bzw. Intensität ihrer Vulnerabilitätserfahrung jedenfalls kaum nachvollziehbar. Wie in dieser Masterarbeit argumentiert wird, ist in der Pflegepraxis daher ein dialogischer Austausch gefragt, in dem die Erlebnisperspektive der zu Pflegenden erkundet und mit der fachkompetenten Perspektive des professionellen Gesundheitspersonals hilfreich verbunden wird. Zumal Ressourcen begrenzt sind, stellt für das professionelle Gesundheitspersonal die moralische Abwägung, was in Problemsituationen gerechterweise getan werden soll, eine weitere zu bewältigende Herausforderung im Zusammenhang mit der Vulnerabilität dar. Um

ethischen wie auch qualitativen Anforderungen in der pflegerischen Praxis entsprechend zu begegnen, kann die Reflexion und Anwendung der von Beauchamp und Childress beschriebenen bioethischen Prinzipien und Methoden der moralischen Rechtfertigung zur Entscheidungsfindung nützlich sein. Dabei sollen vom professionellen Gesundheitspersonal die vier Grundprinzipien „*Respekt vor der Selbstbestimmung*“, „*Nichtschaden*“, „*Fürsorge*“ und „*Gerechtigkeit*“ miteinander in Beziehung gesetzt und in Anbetracht der konkret gegebenen Situation spezifiziert bzw. gewichtet werden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.14). Das Einholen situations- und personenspezifischer Informationen und sorgfältige Begründen der eigenen Motive sind dafür notwendige Schritte, welche in einem zwischenmenschlichen Dialog realisiert werden können. Eine wichtige theoretische Erkenntnis an dieser Stelle ist, dass es nach Beauchamp und Childress auch moralische Dilemmasituationen gibt, welche nicht zu lösen sind, ohne gleichzeitig auch Leid anzunehmen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.16). Diese Angelegenheit offen und mitfühlend zu kommunizieren, kann Verständnis für die Situation schaffen und Unannehmlichkeiten möglicherweise ein wenig kompensieren. Aufgrund verschiedener „*partikularer*“ moralischer Auffassungen kann dieselbe Situation von individuellen Personen allerdings auch unterschiedlich bewertet werden (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.3ff.). Es gibt sozusagen nicht immer nur eine einzige moralisch richtige Handlung, sondern können in manchen Situationen mehrere Handlungsentscheidungen gleichermaßen rechtfertigbar sein (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.24f.). Die moralische Verantwortung, Situationen entsprechend einzuschätzen und zu begründen, liegt schlussendlich in den Händen der Akteure. Nach Beauchamp und Childress wird mit dieser Macht verantwortlich umgegangen, wenn handelnde Personen einen moralischen Charakter mit bestimmten Tugenden wie Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Gewissenhaftigkeit besitzen und in der Tat versuchen, aufmerksam wie kompetent auf die spezielle situative Lage hilfesuchender Personen einzugehen bzw. diese im gemeinsamen Sinne zu lösen (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.31ff.). Auch in einem Dialog ist die bestimmte Haltung bei den teilnehmenden Personen entscheidend (vgl. Buber 1997, S.166ff.). Der pflegerische Dialog kann erst als ein sogenannter echter Dialog bezeichnet werden, wenn beide Seiten, also die professionelle Gesundheits- und Krankenpflegeperson wie auch die zu pflegende Person, während ihrer Begegnung eine Haltung, geprägt von persönlicher Hinwendung, Wertschätzung sowie Authentizität und Ehrlichkeit, einnehmen (vgl. Buber 1997, S.166ff.). In solch einem Dialog wird das Gegenüber in ihrer Person, in ihrem Erleben und in ihrer anthropologischen wie auch situativen Verletzlichkeit angenommen und es wird das

Bestreben verfolgt, einander wirklich zu verstehen. In dieser Weise baut sich eine professionelle Pflegebeziehung auf, in der sich die pflegende und die zu pflegende Person persönlich kennenlernen und in der Lage sind, jeweilige Bedürfnisse und Sichtweisen zu erkennen (vgl. Uhrenfeldt u.a. 2018, S.3203). Wie ein Dialog letztendlich gelingt, verbal, nonverbal oder eine Mischung daraus, steht dabei nicht im Vordergrund. Worte können für das Verstehen und die persönliche Orientierung jedoch insofern eine Hilfe sein, da sie ein Mittel sind, Sachverhalte und Gefühle zu beschreiben, zu benennen und klar auszudrücken, vorausgesetzt die digitale Kommunikation passt mit der analogen zusammen (vgl. Watzlawick u.a. 2017, S.78). Worten wohnt damit eine gewisse Kraft und Wirkmacht inne, weshalb es stets wichtig ist, sie bewusst und verständnisorientiert bzw. wahrheitsbefördernd einzusetzen sowie darauf zu achten, in welcher Form sie ausgesprochen bzw. welche Worte gewählt werden (vgl. Krämer 2007, S.35; Herrmann und Kuch 2010, S.22). Aussagen wirken unterschiedlich, je nachdem wie, wann, in welchem Rahmen und wer sie ausdrückt. Auch wie Worte vom Gegenüber interpretiert werden, spielt eine Rolle (vgl. Eicher 2018, S.7). Sie können Kraft spenden, wenn sie etwa erklärend, informativ, motivierend oder beruhigend ankommen, bzw. verunsichern oder verletzen, wenn sie als feindselig, demütigend, missverständlich oder unpassend empfunden werden. Bestenfalls herrscht in einem Dialog eine derart lockere, vertrauliche und verbindende Atmosphäre, dass auch der ein oder andere versehentlich unangenehme Kommentar angenommen und geklärt bzw. verziehen werden kann (vgl. Hartkemeyer 2005, S.38). Da die zu pflegende Person die Rolle der Hilfesuchenden und die professionelle Pflegeperson die Rolle der Hilfegebenden einnimmt, darf jedoch nicht vergessen werden, dass professionelle Pflegebeziehungen typischerweise asymmetrisch sind und zu Pflegende durch ihre Lage der Not auf das situationsadäquate Handeln der Pflegepersonen gewissermaßen angewiesen sind (vgl. Bohn 2015, S.57). Speziell in Momenten der besonderen Verletzlichkeit können zu Pflegende auch in sprachlicher Hinsicht verletzbarer sein und Reaktionen des sozialen Umfelds sensibler aufnehmen. Umso bedeutsamer ist es, dass dieses Machtungleichgewicht nicht autoritär ausgelebt wird und professionelle Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ihre Wirkkraft keinesfalls im negativen Sinne ausnutzen, sondern zu pflegende Personen in ihren Bedürfnissen ernstnehmen, in Entscheidungen miteinbeziehen und in herausfordernden Situationen so gut es geht bestärken. So ermöglichen sie einen fruchtbaren pflegerischen Dialog, in dem beide Seiten gesehen werden, zusammenarbeiten und kaum ein Machtgefälle spürbar wird. Denn eine fürsorgliche Person zur Seite zu haben, welche die Kompetenz und Ruhe besitzt helfend beizustehen und mögliche Lösungswege vorschlägt, vermittelt in Momenten der besonderen

Verletzlichkeit, wie auch im empirischen Teil ersichtlich wurde, in erster Linie Sicherheit und sorgt für Wohlfühl. Ob in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege ein empathisches, dialogisches Gespräch mit einer Beziehung auf Augenhöhe geführt wird, oder ob beim Handeln auf Kommunikation und Rücksichtnahme verzichtet wird, macht folglich einen wesentlichen Unterschied. Letzteres fördert in besonders verletzlichen Situationen eher Unmut und führt zu einer Verstärkung der Vulnerabilität, statt dem Ziel des Wohlbefindens und der Gesundheit näherzukommen (vgl. Luna 2019, S.91f.). Die individuellen Eigenschaften und Bedürfnisse einer zu pflegenden Person ohne guten Grund zu übergehen kann außerdem als eine Missachtung der Menschenwürde gewertet werden (vgl. Weber-Guskar 2016, S.219). Um besondere Vulnerabilitäten bei zu Pflegenden erkennen zu können, die Würde und Integrität einer Person möglichst zu wahren oder wiederherzustellen sowie Gesundheit zu fördern, ist es also bedeutsam, während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege ausreichend Kommunikationsmöglichkeiten zu schaffen und zu versuchen, in einen zwischenmenschlichen Dialog zu treten, sowie diesen mit einer offenen, teilnehmenden Art aufrechtzuerhalten. Auch das Anhören persönlicher Geschichten und Verwenden heilsamer Worte kann in Momenten der besonderen Verletzlichkeit eine positive Wirkung entfalten (vgl. Frank 2000, S.362ff.; Mantz 2016, S.144). Da die Vulnerabilität schlussendlich alle Menschen verbindet, bildet sie die Basis für mitfühlende, aufbauende Beziehungen, in denen trost- und hilfespendender Austausch stattfinden kann und herausfordernde Situationen gemeinsam bewältigt werden (vgl. Riedel und Linde 2018, S.79).

Zumal keine Diskrepanzen gefunden werden konnten, bestätigen und ergänzen die empirischen Ergebnisse die theoretischen Inhalte der Masterarbeit. Im Rahmen der Interviews zeigte sich ebenso deutlich, dass die Verletzlichkeit ein zutiefst menschliches Gefühl ist, welches die Proband*innen bereits von Alltagssituationen kannten. Die Verletzlichkeit lässt sich basierend auf den Erzählungen als die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen, in vielerlei Hinsicht berührt zu werden, beschreiben und kann positive wie auch negative Auswirkungen auf das subjektive Empfinden der Betroffenen haben. Momente der besonderen Verletzlichkeit wurden von den Proband*innen vor allem mit intensiv unangenehmen Erfahrungen assoziiert. Sie fühlten sich besonders verletztlich, wenn sie mit ungewöhnlich herausfordernden Situationen konfrontiert waren, seien es physische, psychische, soziale, umgebungsbezogene oder eine Mischung daraus, und nicht mit ihnen umzugehen wussten bzw. die Kraft dafür fehlte. Diese Definition deckt sich mit der des theoretischen Teils. In solchen Notlagen half den Proband*innen unter anderem die Anwesenheit und Kompetenz des professionellen Gesundheitspersonals, welches durch

persönliche Qualitäten wie Ruhe, Empathie, Erfahrungswissen und situationsadäquates Reagieren ein Gefühl der Sicherheit spendete sowie ein wohliges Empfinden wiederherstellte. Professionelle Pflegepersonen hatten sonach in vielen verletzlichen Situationen einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Genesung der Proband*innen. Dies gelang vor allem dank der guten Zusammenarbeit und Kommunikation des professionellen Gesundheitspersonals mit den Proband*innen. Obwohl die Proband*innen in einigen Situationen zwar stark vom Gesundheitspersonal abhängig waren, fühlten sie sich dennoch nicht verletztlich, weil auf ihre Bedürfnisse eingegangen wurde und sie respektvoll behandelt wurden. Das regelmäßige Vorhandensein von Dialogen zwischen professionellem Gesundheitspersonal und Proband*innen, welche nicht unbedingt mithilfe von Worten stattfinden mussten, jedoch von der beiderseitigen offenen, wertschätzenden und authentischen Haltung auf Augenhöhe geprägt waren, bildete offenbar das Fundament einer als angenehm empfundenen professionellen Pflegebeziehung, in der besondere Verletzlichkeiten zeitnah erkannt und auf sie entsprechend reagiert werden konnten. Auch hier äußert sich die Parallele zu den theoretischen Erkenntnissen. In Situationen, in denen ein solcher Dialog fehlte, weil etwa keine Ansprech- bzw. Bezugsperson da war oder die Gesprächshaltung nicht stimmte, weil Bedürfnisse wie die Achtung der eigenen Person und Individualität ignoriert wurden, verstärkte sich bei den Proband*innen hingegen das Gefühl der Verletzlichkeit. Wie sich zeigte, kann der Dialog viele Funktionen haben und unterschiedlich stattfinden. Er diene beispielsweise der Informationsvermittlung, dem Beistand, dem Beziehungsaufbau sowie dem Herbeiführen einer lockeren Atmosphäre durch lustige Kommentare. Letztendlich gab er den Proband*innen vor allem Halt und vermittelte soziale Beteiligung in Situationen, in denen sie sich sonst möglicherweise allein und hilflos fühlten. Gleichzeitig wurde aber, wie im theoretischen Teil, erkennbar, dass die besondere Verletzlichkeit der Proband*innen auch nur bedingt von professionellen Pflegepersonen beeinflusst werden konnte, da eigene Erfahrungen, Bewertungen, körperliche Grenzen und die Umgebung ebenso eine Rolle im Erleben spielten und bedeutsam sind. Diese Faktoren können professionelle Pflegepersonen meist nicht und nur indirekt ändern. Sie können versuchen die zu Pflegenden zu bestärken, zu unterstützen und ihnen in dieser Weise die Motivation zu vermitteln, an sich selbst und die eigene Kraft der Bewältigung zu glauben. Auch Mitgefühl schafft Nähe und Verständnis. Dabei sei allerdings wichtig, dass professionelle Pflegepersonen nicht mitleiden oder in Stress verfallen, sondern eine sicherheitsspendende Ruhe bewahren. Die Interaktion mit Pflegepersonen wurde von den Proband*innen als angenehm und hilfreich erlebt, wenn die gemeinsamen Momente an die

situative Anspannung angepasst eher ernst oder lockerer mit Späßen genommen wurden. Das direkte Reden über Verletzlichkeitsgefühle oder Ansprechen sensibler Themen war laut Erfahrung der Proband*innen während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege nicht unbedingt notwendig. Vielmehr wurde wie im theoretischen Teil die Wichtigkeit der Art und Weise des gemeinsamen Umgangs in verletzlischen Situationen betont. Wie intensiv das Verletzlichkeitserleben in einem Moment verspürt wurde und ob bzw. welche Hilfe gefragt war, konnte großenteils auch nonverbal mit anwesenden Bezugspersonen oder kompetentem Fachpersonal kommuniziert werden. Und selbst, wenn professionelle Pflegepersonen kurzzeitig gestresst waren und sich nicht unmittelbar um die Anliegen der zu Pflegenden kümmern konnten, war dies für die Proband*innen nachvollziehbar und in Ordnung, wenn es entsprechend erklärt wurde und sie sich nicht in akuter Not befanden. Sie erhielten in diesen Situationen, wie auch von Beauchamp und Childress vorgeschlagen, einen rechtfertigenden und zugleich mitfühlenden Kommentar (vgl. Beauchamp und Childress 2019, S.17). Die Information und Absprache, warum und wie etwas passieren soll, schaffte bei den Proband*innen Orientierung und ein sicheres Gefühl. All das trug schlussendlich dazu bei, dass sich die Proband*innen trotz der herausfordernden Situation, in der sie sich befanden, überwiegend wohl und in guten Händen fühlten und ihre Erfahrungen ein gutes Ende nahmen. Die Erzählungen der Proband*innen veranschaulichten das Potential der dialogischen Zusammenarbeit zwischen professioneller Pflegeperson und zu pflegender Person sehr gut und machten eine nähere Analyse möglich. Vor allem die Bedeutung von Lockerheit, Entspannung und Humor im Umgang mit Vulnerabilität äußerte sich im empirischen Teil etwas deutlicher als im theoretischen Teil. Denn auch das Sprechen über neutrale Alltagsthemen kann für das gegenseitige Kennenlernen und Aufbauen einer vertrauensvollen Pflegebeziehung hilfreich sein sowie in unangenehmen Situationen ablenken. Vorausgesetzt, es ist zeitlich und atmosphärisch passend. Neben dem Handeln des professionellen Gesundheitspersonals spielte bei den Proband*innen außerdem der Beitrag von anderen, näheren Bezugspersonen des sozialen und familiären Umfelds eine wesentliche Rolle in Momenten der Verletzlichkeit. Sie können auch eine wertvolle Ressource sein und bei besonderen Verletzlichkeiten eine Stütze, wie in den Ergebnissen erkennbar wurde.

Auf die Forschungsfrage lässt sich also abschließend antworten, dass der Dialog, welcher sich im Vergleich zu anderen Kommunikationsformen etwa durch eine Haltung der Offenheit, Lernbereitschaft und persönlichen Zuwendung auszeichnet, nicht nur wichtig ist, um Momente der besonderen Verletzlichkeit zu erkennen, einzuschätzen und infolge

abzumildern oder vorzubeugen, sondern auch um eine menschliche Begegnung auf Augenhöhe zu ermöglichen und um trotz eventueller persönlicher Meinungsverschiedenheiten oder anthropologischer Begrenzungen würdevoll miteinander umzugehen.

5 Fazit

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit implizieren folgende für die Pflegeethik, Pflegewissenschaft und Pflegepraxis zentrale Punkte:

- ➔ Jede Person ist verletzlich. Wie stark verletzlich eine zu pflegende Person in einem Moment ist, kommt auf die genauen Umstände und Ressourcen an. So kann es sein, dass bei Personen trotz der stets vorhandenen anthropologischen Vulnerabilität individuelle Unterschiede im Hinblick auf die situative Vulnerabilität erkennbar werden. Diese situative bzw. besondere Vulnerabilität ist durch das pflegeprofessionelle Handeln veränderbar und kann verstärkt, gemildert oder kompensiert werden.
- ➔ Zu Pflegende empfinden Gefühle der besonderen Verletzlichkeit, wenn sie etwa den Eindruck haben, nicht ausreichend Ressourcen zur Bewältigung existentieller Risiken zur Verfügung zu haben. Resilient sind sie, wenn sie die Fähigkeit besitzen, auf Bedrohungen angemessen und flexibel zu reagieren.
- ➔ Wie vulnerabel eine zu pflegende Person ist, kann erst im Dialog festgestellt werden, da verletzliche Gefühle auf der subjektiven Erfahrung basieren und ausschließlich durch verbales und/oder nonverbales Kommunizieren zugänglich sind. Auch individuelle Bedürfnisse und persönliche Geschichten werden so nachvollziehbar.
- ➔ Während der menschlichen Interaktion findet ständige Kommunikation statt. Aus ethischer wie auch pflegeprofessioneller Sicht ist es bedeutsam, auf ein kommuniziertes Unwohlsein einzugehen und unklare Aussagen oder Gesten des Gegenübers zu klären. Werden Bedürfnisse in einer besonders verletzlichen Situation

hingegen ignoriert, so kann diese pathologisch verstärkt werden, anstatt die Integrität der betroffenen Person zu erhalten und Resilienz zu fördern.

- ➔ Da besondere Verletzlichkeiten während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege nicht immer komplett zu vermeiden sind, geht es letztlich um den reflektierten Umgang mit Verletzlichkeiten bzw. das moralisch gerechtfertigte Handeln des professionellen Gesundheitspersonals. In Situationen, in denen unklar ist, was aus moralischer Sicht zu tun ist, kann es helfen mithilfe des Dialogs mehr Informationen zu der gegebenen Situation einzuholen und eventuelle moralische Dilemmata auch als solche zu benennen und anzunehmen.
- ➔ Der pflegerische Dialog kann erst als ein echter Dialog bezeichnet werden, wenn von der pflegenden und der zu pflegenden Person eine bestimmte, einander öffnende Haltung eingenommen wird und dabei kein Machtgefälle wahrnehmbar ist.
- ➔ Zur Vorbeugung und rechtzeitigen Erkennung von besonderen Vulnerabilitäten ist es wichtig, im pflegerischen Alltag ausreichend Möglichkeiten für den zwischenmenschlichen Dialog zu schaffen und beim Kommunizieren eine verständnisorientierte, wahrheitsbefördernde Sprache zu verwenden.

Literaturverzeichnis

- Angel, S. und Vatne, S. (2017) „Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient–nurse relationship“, *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), S. 1428–1437.
- Antonovsky, A. (1997) *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Arendt, H. (1960) *Vita Activa oder Vom tätigen Leben*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Bailey, P. H. und Tilley, S. (2002) „Storytelling and the interpretation of meaning in qualitative research“, *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), S. 574–583.
- Bartholomeyczik, S. (2005) „Nachdenken über Sprache-Professionalisierung der Pflege?“, in Abt-Zegelin, A. und Schnell, M. W. (Hrsg.) *Sprache und Pflege*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 19–29.
- Beauchamp, T. (2005) „Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik“, in Rauprich, O. und Steger, F. (Hrsg.) *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt am Main: Campus, S. 48–73.
- Beauchamp, T. L. und Childress, J. F. (2019) *Principles of Biomedical Ethics*. 8. Auflage. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Bergemann, L. (2018) „Ethische Probleme im Gesundheitswesen und Konzepte von Vulnerabilität. Chancen für ein menschenrechtliches Empowerment?“, in Bergemann, L. und Frewer, A. (Hrsg.) *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin: Menschenrechte - Ethik - Empowerment*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bergemann, L. und Frewer, A. (2018a) *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin: Menschenrechte - Ethik - Empowerment*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bergemann, L. und Frewer, A. (2018b) „Menschenrechte und Vulnerabilität in der Medizin. Bedingungen eines patientenorientierten und autonomiefördernden Empowerments“, in Bergemann, L. und Frewer, A. (Hrsg.) *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin: Menschenrechte - Ethik - Empowerment*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bielefeldt, H. (2016) „Der Menschenrechtsansatz Im Gesundheitswesen: Einige Grundsatzüberlegungen.“, in *Das Menschenrecht auf Gesundheit: Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 18–56.
- Bielefeldt, H. (2018) „Vulnerabilität als Menschenrechtsthema. Eine Problemskizze“, in Bergemann, L. und Frewer, A. (Hrsg.) *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin: Menschenrechte - Ethik - Empowerment*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bingel, U. u. a. (2011) „The effect of treatment expectation on drug efficacy: Imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl“, *Science Translational Medicine*, 3(70).
- Bohm, D. (2014) *Der Dialog. Das offene Gespräch am Ende der Diskussionen*. 7. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Böhme, R. (2019) *Resilienz: Die psychische Widerstandskraft*. München: C.H. Beck.
- Bohn, C. (2015) *Macht und Scham in der Pflege. Beschämende Situationen erkennen und sensibel damit umgehen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brünner, G. (2005) „Gespräche zwischen Pflegenden und PatientInnen aus linguistischer Sicht“, in

- Abt-Zegelin, A. und Schnell, M. W. (Hrsg.) *Sprache und Pflege*. 2.Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 61–66.
- Buber, M. (1978) *Urdistanz und Beziehung: Beiträge zu einer philosophischen Anthropologie*. 4.Auflage. Heidelberg: Verlag Lambert Schneider.
 - Buber, M. (1997) *Das dialogische Prinzip*. 8.Auflage. Gerlingen: Lambert Schneider (Serie S).
 - Butler, J. (2006) *Haß spricht. Zur Politik des Performativen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
 - Campenhausen, J. von (2020) *Ärztliche Kommunikation für Medizinstudierende*. Hamburg: Springer-Verlag GmbH.
 - Eicher, H. (2018) *Die verblüffende Macht der Sprache. Was Sie mit Worten auslösen oder verhindern und was Ihr Sprachverhalten verrät*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer.
 - Flick, U. (2011) *Triangulation. Eine Einführung*. 3.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
 - Flick, U. (2017) *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 8. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
 - Fölsch, D. (2017) *Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag*. 3.Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
 - Frank, A. (2012) „Practicing Dialogical Narrative Analysis“, in Holstein, J. A. und Gubrium, J. F. (Hrsg.) *Varieties of Narrative Analysis*. Los Angeles: SAGE, S. 33–52.
 - Frank, A. W. (2000) „The standpoint of storyteller“, *Qualitative Health Research*, 10(3), S. 354–365.
 - Fritzsche, K. P. (2016) *Menschenrechte*. 3.Auflage. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
 - Fuß, S. und Karbach, U. (2019) *Grundlagen der Transkription*. 2. Auflage. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
 - Gehlen, A. (2016) *Der Mensch: Seine Natur und seine Stellung in der Welt*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann GmbH.
 - Grøn, L. (2016) „Old age and vulnerability between first, second and third person perspectives. Ethnographic explorations of aging in contemporary Denmark“, *Journal of Aging Studies*. Elsevier Inc., 39, S. 21–30.
 - Gröschner, R., Kapust, A. und Lembecke, O. W. (2013) *Wörterbuch der Würde*. München: Wilhelm Fink.
 - Hartkemeyer, J. F. und Hartkemeyer, M. (2005) *Die Kunst des Dialogs - Kreative Kommunikation entdecken. Erfahrungen, Anregungen, Übungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
 - Ten Have, H. (2016) *Vulnerability: Challenging bioethics*. London & New York: Routledge.
 - Herrmann, S. K. und Kuch, H. (2010) „Philosophien sprachlicher Gewalt - Eine Einleitung“, in Herrmann, S. K. und Kuch, H. (Hrsg.) *Philosophien sprachlicher Gewalt. 21 Grundpositionen von Platon bis Butler*. 1.Auflage. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
 - Hojdelewicz, B. M. (2012) *Der Pflegeprozess. Prozesshafte Pflegebeziehung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
 - Holloway, I. und Freshwater, D. (2007) „Vulnerable story telling: Narrative research in nursing“, *Journal of Research in Nursing*, 12(6), S. 703–711.
 - Huth, M. (2018) „Empowerment, soziale Bewegungen und das Recht auf Gesundheit. Blickwechsel

- von der Autonomie zur Partizipation“, in Bergemann, L. und Frewer, A. (Hrsg.) *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin: Menschenrechte - Ethik - Empowerment*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Janssen, A. (2018) *Verletzbare Subjekte: Grundagentheoretische Überlegungen zur conditio humana*. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich UniPress Ltd.
 - Jantzen, A. (2011) „Der Mensch im Schmerz : Eine philosophische Annäherung“, *Schmerz*, 25(6), S. 685–688.
 - Keßner, S. S., Schedlowski, M. und Bingel, U. (2016) „Wie wirken Placebos und Nocebos?“, *Druckpunkt*, (1), S. 12–16.
 - Krämer, S. (2007) „Sprache als Gewalt oder: Warum verletzen Worte?“, in Herrmann, S. K., Krämer, S., und Kuch, H. (Hrsg.) *Verletzende Worte. Die Grammatik sprachlicher Missachtung*. Bielefeld: transcript Verlag.
 - Kuch, H. und Herrmann, S. K. (2007) „Symbolische Verletzbarkeit und sprachliche Gewalt“, in Herrmann, S. K., Krämer, S., und Kuch, H. (Hrsg.) *Verletzende Worte. Die Grammatik sprachlicher Missachtung*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 179–210.
 - Lamnek, S. (1988) *Qualitative Sozialforschung. Band 1, Methodologie*. München und Weinheim: Psychologie Verlags Union.
 - Lee, H., Fawcett, J. und DeMarco, R. (2016) „Storytelling/narrative theory to address health communication with minority populations“, *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 30, S. 58–60.
 - Lough, E. und Fisher, M. H. (2016) „Parent and Self-Report Ratings on the Perceived Levels of Social Vulnerability of Adults with Williams Syndrome“, *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Springer US, 46(11), S. 3424–3433.
 - Luna, F. (2009) „Elucidating the Concept of Vulnerability“, *the International Journal of Feminist Approaches To Bioethics*, 2(1), S. 121–139.
 - Luna, F. (2019) „Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward“, *Developing World Bioethics*, 19(2), S. 86–95.
 - Maartmann-Moe, C. C. u. a. (2021) „Patients’ memories from intensive care unit: A qualitative systematic review“, *Nursing Open*, 8(5), S. 2221–2234.
 - Mantz, S. (2016) *Kommunizieren in der Pflege. Kompetenz und Sensibilität im Gespräch*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
 - Matolycz, E. (2009) *Kommunikation in der Pflege*. Wien: SpringerWienNewYork.
 - Mayer, H. (2015) *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium*. 4. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
 - Mc Kinley, S. u. a. (2002) „Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care“, *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), S. 27–36.
 - Molina-Mula, J. und Gallo-Estrada, J. (2020) „Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making“, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3).
 - Palacios, J. F. u. a. (2015) „Storytelling: A Qualitative Tool to Promote Health Among Vulnerable Populations“, *Journal of Transcultural Nursing*, 26(4), S. 346–353.
 - Plessner, H. (1976) *Die Frage nach der Conditio humana: Aufsätze zur philosophischen Anthropologie*.

Deutschland: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

- Pollmann, A. (2018) *Integrität. Aufnahme einer sozialphilosophischen Personalie, Immanente Kritik heute*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Rawls, J. (1977) *Gerechtigkeit als Fairness*. Herausgegeben von O. Höffe. Freiburg: Alber.
- Riedel, A. und Linde, A.-C. (2018) *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte - Werte - Phänomene*.
- Rief, W. und Glombiewski, J. A. (2016) „Erwartungsfokussierte Psychotherapeutische Interventionen (EFPI)“, *Verhaltenstherapie*, 26(1), S. 47–54.
- Rogers, W. A. (2019) „Analysing the ethics of breast cancer overdiagnosis: a pathogenic vulnerability“, *Medicine, Health Care and Philosophy*. Springer Netherlands, 22(1), S. 129–140.
- Röhner, J. und Schütz, A. (2016) *Psychologie der Kommunikation*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rørtveit, K. u. a. (2015) „Patients’ Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship—A Systematic Review of Qualitative Studies“, *Open Journal of Nursing*, 05(03), S. 195–209.
- Rüeegger, H.-U. (2016) „„Zwiesprache“ – Über die Frage nach dem Sinn. Ein Philologe liest Bubers Traktat vom dialogischen Leben“, *Kerygma und Dogma*, 62(1), S. 66–89.
- Sarvimäki, A. und Stenbock-Hult, B. (2016) „The meaning of vulnerability to older persons“, *Nursing Ethics*, 23(4), S. 372–383.
- Schaeffler, R. (2019) *Philosophische Anthropologie. Das Bild vom Menschen und die Ordnung der Gesellschaft*. Herausgegeben von C. Böhr. München: Springer VS.
- Schedlowski, M. u. a. (2015) „Neuro-bio-behavioral mechanisms of placebo and nocebo responses: Implications for clinical trials and clinical practice“, *Pharmacological Reviews*, 67(3), S. 697–730.
- Schrems, B. (2018) *Verstehende Pflegediagnostik*. 2. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Schrems, B. (2019) *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche*. 3. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Schrems, B. M. (2020) *Vulnerabilität in der Pflege: Was verletzlich macht und Pflegenden darüber wissen müssen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schroeder, D. und Gefenas, E. (2009) „Vulnerability: Too vague and too broad?“, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 18(2), S. 113–121.
- Sellman, D. (2005) „Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability.“, *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 6(1), S. 2–10.
- Shannon, C. E. und Weaver, W. (1964) *The mathematical theory of communication*. Urbana: The University of Illinois Press.
- Spiers, J. (2000) „New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches“, *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), S. 715–721.
- Stöhr, R. u. a. (2019) *Schlüsselwerke der Vulnerabilitätsforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Tanner, S. u. a. (2014) „Klinische Alltagsethik - Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress?: Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle klinische Teams“, *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 109(5), S. 354–363.
- Uhrenfeldt, L. u. a. (2018) „The centrality of the nurse–patient relationship: A Scandinavian

perspective“, *Journal of Clinical Nursing*, 27(15–16), S. 3197–3204.

- Watzlawick, P., Beavin, J. H. und Jackson, D. D. (2017) *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. 13. Auflag. Bern: Hogrefe Verlag.
- Weber-Guskar, E. (2016) *Würde als Haltung. Eine philosophische Untersuchung zum Begriff der Menschenwürde*. Münster: mentis Verlag.
- Wöhlke, S. und Wiesemann, P. C. (2016) „Moral distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning“, *Pflegewissenschaft*, 18(5), S. 280–287.

Anhang 1: Interviewleitfaden

Der folgende Leitfaden wurde für die Interviews erstellt und verwendet:

1. Vorbemerkungen & Beginn

Einführung in das Thema:

„Im Rahmen der Masterarbeit forsche ich zum pflegerischen Dialog und dessen Auswirkung in Momenten besonderer Verletzlichkeit. Dabei interessieren mich vor allem die Erlebnisse aus Betroffenenperspektive, weshalb ich mit Ihnen dieses Interview führen möchte und Sie im Gespräch wiederholt bitten werde, Situationen zu schildern, - und diese genau zu erzählen, also nicht nur zu benennen, sondern alle für Sie und für das Verstehen der Situation wichtigen Details (genauen Ablauf & Kontext!) zu erzählen. Ich werde dabei insbesondere nach Situationen fragen, in denen Sie Erfahrungen mit den Themen Verletzlichkeit und dem pflegerischen Dialog gemacht haben. Nachdem es ein recht sensibles Thema darstellen kann, ist es mir besonders wichtig, dass Sie sich während des Interviews wohl fühlen und mir sagen, wenn es nicht so ist, und Sie beispielsweise eine Frage nicht beantworten möchten. Bitte einfach kommunizieren. Wenn Sie allerdings dazu bereit sind, freue ich mich über möglichst offene und ehrliche Antworten. Und nehmen Sie sich dafür ruhig die Zeit, die Sie brauchen.“

2. Vulnerabilität

S1: Was verbinden Sie mit dem Wort „Verletzlichkeit“ ganz allgemein? Wie würden Sie ganz allgemein beschreiben, was Sie darunter verstehen?

E2: In welcher Alltagssituation wird Ihnen beispielsweise die eigene Verletzlichkeit bewusst?

☞ II Wie gehen Sie dann damit üblicherweise um?

☞ II Welche Bedeutung trägt die Verletzlichkeit für Sie im täglichen Leben?

E3: Können Sie bitte kurz umreißen, welche Krankengeschichte Sie hinter sich haben, bei der Sie von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal begleitet wurden?

☞ II Wann und wie lange war diese Zeitspanne ungefähr?

☞ II Wurden Sie dabei primär von einer oder von wechselnden Pflegepersonen betreut?

E4: Wenn Sie jetzt an diese Zeit Ihres Krankenhausaufenthalts bzw. Ihres Kontakts mit Pflegepersonen zurückdenken, wie haben Sie die eigene Verletzlichkeit in dieser speziellen Situation erlebt?

☞ II In welchem Moment haben Sie sich beispielsweise besonders verletzlich erlebt/geföhlt?

(☞ II kein Erlebnis: Fällt Ihnen kein einziger Moment ein? Denken Sie, dass Sie nicht besonders verletzlich waren oder haben Sie sich nur nicht besonders verletzlich geföhlt? Woran lag es, dass Sie sich zu keinem Zeitpunkt besonders verletzlich geföhlt haben?)

S5: (Sie haben mir eine Situation erzählt, in der Sie sich als besonders verletzlich erlebt haben: Was hat die Besonderheit daran ausgemacht?) Was unterscheidet Ihrer Ansicht nach eine „besondere“ oder „erhöhte“ Verletzlichkeit von der gewöhnlichen/alltäglichen Verletzlichkeit?

E6: Können Sie mir anhand einer Situation schildern, wie Pflegende mit der Verletzlichkeit von Ihnen umgegangen sind?

☞ II Denken Sie, dass das Handeln der Pflegeperson in weiterer Folge Ihren Umgang mit der Verletzlichkeit beeinflusst hat? (☞ II Wenn ja: Wie? Wenn nein: Warum nicht?)

E7: Haben Sie eine Pflegesituation im Kopf, in der deutlich wurde, dass ihr persönlicher Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit auch die Situation/das Handeln beeinflussen kann? Wenn ja, erzählen Sie mir die bitte.

E8: Können Sie mir eine Situation erzählen, in der eine Pflegeperson eine besondere Verletzlichkeit (körperlich/seelisch) bei Ihnen erkannt und Ihrer Meinung nach passend darauf reagiert hat?

E9: Haben Sie auch eine Situation erlebt, in der eine Pflegeperson auf eine besondere Verletzlichkeit von Ihnen unpassend reagiert hat? Erzählen Sie mir diese bitte ebenso.

S10: Wie lässt sich eine besondere Verletzlichkeit Ihrer Meinung nach am besten erkennen und einschätzen? Wer kann, denken Sie, am verlässlichsten beurteilen, wie verletzlich eine Person ist und was sie braucht?

3. Dialog

S11: Was bedeutet „Dialog“ für Sie? Welche Assoziationen haben Sie mit diesem Begriff?

E12: Welche Rolle spielt Kommunikation und speziell der „Dialog“ in Ihrem Leben?

☞ II Können Sie mir bitte eine typische Situation erzählen, an der dies deutlich wird.

E13: Wenn Sie nun wieder an Ihren Krankenhausaufenthalt bzw. Ihren Kontakt mit Pflegepersonen zurückdenken, wie wichtig war Ihnen das Gespräch mit einer Pflegeperson?

☞ II Können Sie mir die Relevanz des pflegerischen Dialogs anhand eines erlebten Beispiels veranschaulichen?

E14: Wie hat sich die Kommunikation mit den Pflegepersonen gestaltet? Können Sie dies bitte anhand eines Beispiels ausführen?

☞ II Würden Sie diese Situation als positiv/negativ einschätzen und woran machen Sie das fest?

E15: Mich würde auch interessieren, ob es speziell eine Situation gab, in der Sie sich durch die Worte einer Pflegeperson verletzt gefühlt haben? Wenn ja, würden Sie mir diese bitte erzählen.

E16: Hat es, im Unterschied dazu, auch eine Situation gegeben, in der Sie die Worte einer Pflegeperson vor einer Verletzung schützte oder sie eine (psychische/physische) Wunde milderten? Wenn ja, erzählen Sie mir diese Situation bitte auch.

E17: Haben Sie mit einer Pflegeperson über für Sie unangenehme/schmerzliche/sensible Themen geredet?

Wenn ja, was gab Ihnen in diesem Moment das Vertrauen sich zu öffnen? Können Sie mir bitte die Situation und wie sie entstanden ist schildern?

☞ II Wie haben Sie sich nach dem Gespräch gefühlt? Hat dieses Gespräch etwas mit Ihnen gemacht?

S18: Was ist Ihrer Ansicht nach (also) notwendig, damit ein pflegerischer Dialog gelingt?

☞ II Wann zählt ein pflegerischer Dialog für Sie als gelungen?

S19: Wenn Sie zurückdenken, haben Sie sich während ihres Krankenhausaufenthalts bzw. Ihres Kontakts mit Pflegepersonen mehr Dialoge gewünscht? Hätten diese Ihnen, denken Sie, zur besseren Bewältigung in herausfordernden Situationen geholfen?

☞ II Wie viele pflegerische Dialoge wurden täglich ca. geführt?

4. Abschluss

S20: Zum Abschluss möchte ich Sie noch fragen, ob Sie in diesem Interview etwas vermisst oder als störend empfunden haben? Möchten Sie noch etwas anmerken? Wie geht es Ihnen jetzt?

Anhang 2: Informationsblatt und Einverständniserklärung

Das Informationsblatt, welches die Proband*innen im Vorhinein bekommen haben, war mit folgendem Text versehen:

„Sehr geehrte*r Empfänger*in dieses Informationsblatts!

Im Rahmen meiner Masterarbeit am Institut für Philosophie an der Universität Wien führe ich ein Forschungsprojekt durch, welches den pflegerischen Dialog und seine Auswirkungen in Momenten der besonderen Verletzlichkeit thematisiert. Das Ziel des Forschungsprojektes ist, Erlebnisse aus Betroffenenperspektive zu generieren. Das Forschungsprojekt wird von Frau Viktoria Winkler BSc, Studentin des Studienganges „Interdisziplinäres Masterstudium Ethik für Schule und Beruf“ durchgeführt und von Frau Mag. Dr. Berta Schrems M.A. Priv. Doz. (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien) betreut.

Warum werden Sie zur Teilnahme an dieser Studie gebeten?

Aufgrund Ihrer Krankengeschichte, die von professionellem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal begleitet wurde und mit besonderen Erfahrungen der eigenen Verletzlichkeit einherging, können Sie mir durch das Erzählen von eigenen Erlebnissen einen Einblick in die Betroffenenperspektive geben.

Wie sieht Ihre Teilnahme an dem Forschungsprojekt konkret aus?

Sollten Sie sich entschließen an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, werde ich mit Ihnen entweder digital oder persönlich ein etwa einstündiges Gespräch führen. Dabei werden Ihnen Fragen zu Ihren Erfahrungen mit Verletzlichkeit und dem pflegerischen Dialog gestellt, welche Sie im Laufe des Gesprächs beantworten können. Außerdem werden Sie gebeten, erlebte Situationen zu schildern. Das Gespräch wird per Tonband aufgezeichnet

und anschließend in eine schriftliche Form übertragen.

Worin liegt der Nutzen dieses Forschungsprojektes?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus der Teilnahme an dem Gespräch einen direkten Nutzen für sich haben werden. Das, was Sie mir im dem Gespräch mitteilen, trägt jedoch dazu bei, die Bedeutung und Wirkungsmacht des pflegerischen Dialogs besser verstehen zu können. Diese Informationen sollen professionellen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen helfen, mit Patient*innen und pflegebedürftigen Personen sensibel und kompetent umzugehen.

Welche Rechte haben Sie?

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, durch mündliche oder schriftliche Mitteilung an mich abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine nachteiligen Folgen für Sie. Auch nach Abschluss der Untersuchung haben Sie das Recht, Ihre Daten bei mir in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, sodass die digitale Aufzeichnung und deren Verschriftlichung gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht mehr möglich, sobald Ihre Daten ausgewertet wurden.

Was geschieht mit den in diesem Forschungsprojekt gesammelten Informationen?

Ich versichere Ihnen, dass alle Informationen vertraulich behandelt und so anonymisiert werden, dass sie keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Der Zugang zu Ihren Daten, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt ausschließlich mir und bei der die Masterarbeit betreuenden Person, die der Schweigepflicht unterliegen. Ihr Name wird an keiner Stelle im Forschungsmaterial erscheinen. Das gilt auch für eine etwaige Veröffentlichung der Forschungsergebnisse. Auf Wunsch werde ich Sie gerne nach Ende der Studie über die Ergebnisse des Forschungsprojektes informieren.

Fragen?

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Kontaktadresse und Angaben zu meiner Person finden Sie am Ende des Informationsblattes. Ich freue mich, wenn Sie an diesem Forschungsprojekt Interesse gefunden haben und sich zu einer Teilnahme entschließen!“

Von allen Proband*innen wurde infolge diese Einverständniserklärung zur Teilnahme an der qualitativen Studie unterzeichnet:

„Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes, Frau Viktoria Winkler BSc vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Ich bin über die möglichen Nutzen und Risiken dieses Forschungsprojektes informiert. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird. Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Forschungsprojekt Daten von mir aufgezeichnet werden. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und der Einwilligungserklärung erhalten. Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.“

Anhang 3: Zusammenfassung/Abstract

Die Vulnerabilität ist ein wesentliches Merkmal des Menschseins und ein vielschichtiges Phänomen, welches in der Ethik insgesamt, aber auch speziell in der Medizin- und Pflegeethik weitreichend behandelt wird. Unterschiedliche Faktoren können Gefühle der Verletzlichkeit hervorrufen, welche je nach individuellem Erleben und persönlichen Ressourcen intensiv oder weniger intensiv empfunden werden können, und es gibt mehrere Wege mit ihnen umzugehen. In dieser Masterarbeit wird die potenzielle Kraft des pflegerischen Dialogs untersucht, in Momenten der besonderen Vulnerabilität Positives zu bewirken und unangenehme Verletzlichkeitsgefühle bei Betroffenen zu reduzieren. Es wird darauf eingegangen, warum das Aufrechterhalten einer offenen, dialogischen Haltung während der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege nicht nur wichtig ist, um besondere, pathogene Verletzlichkeiten vorzubeugen, sondern auch der erste Schritt ist, um eine adäquate Hilfe leisten und Gesundheit fördern zu können. Dafür wird sowohl das Phänomen der Verletzlichkeit vertiefend betrachtet als auch die Wichtigkeit und ethische Relevanz der verständnisfördernden Kommunikation zwischen professioneller Pflegeperson und zu pflegender Person verdeutlicht. Die empirischen Ergebnisse qualitativer Interviews ergänzen abschließend die theoretisch untersuchten Inhalte mit praktischen Beispielen aus der Sicht ehemaliger Patient*innen.

Vulnerability is a fundamental characteristic of being human. It's a complex phenomenon, that is being dealt with extensively in ethics generally and specifically in medical and nursing ethics field. Various factors can create stronger or less intense feelings of vulnerability in human beings which depends on individual experience and personal resources. There are several ways to handle them. This master's thesis examines a potential ability of creating and holding the dialogue. The dialogue gives a positive effect in particular moments of vulnerability state and reduces unpleasant feelings of vulnerability in those who are being affected. Author's thesis states why maintaining an open and based on a dialog attitude in the field of professional healthcare is so important. Furthermore, it proofs that the dialog is not only preventing specific pathogenic vulnerabilities, but it also provides in the first step an adequate help and promotes health. For this purpose, the phenomenon of vulnerability is being examined in more detail. As well as, it clarifies the importance of ethical relevance in the field of understanding and promoting communication between professional caregivers and the

persons who are being taken care of. Finally, the empirical results of qualitative interviews are being presented as the proof supplement. The author is providing theoretically examined content with practical examples from the perspective of former patients.