Empathie entwickeln und erhalten

Pflege zwischen Zuwendung und Selbstfürsorge

1 Editorial
2 Was ist Empathie?
4 Entwicklung von Empathie
8 Die Wirkung von Empathie auf Patientinnen und Patienten
9 Ursachen mangelnder Empathie in der klinischen Praxis
10 Empathie und Burnout
11 Wie ist Empathie zu erhalten oder zu verstärken?
13 Empathie im klinischen Alltag anwenden

Anerkannt als Bildungsmaßnahme
Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen
Thieme
im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender

Das erwartet Sie in dieser Lerneinheit:

Lernziele Sie können den Begriff „Empathie“ umschreiben und die emotionale, kognitive und soziale Empathie voneinander abgrenzen. Sie kennen die Voraussetzungen für empathisches Verhalten und wissen um die Wirkung von Empathie bei Patientinnen und Patienten. Sie kennen auch die Ursachen für mangelnde Empathie in der Pflege und wie diese Überforderung und Burnout beim medizinischen Personal begünstigen kann. Ihnen sind Strategien und praktische Methoden bekannt, wie diese Überforderungen im Pflegealltag vermieden werden können.

Kurzzusammenfassung Dem Patienten zuhören, ihn wahrnehmen, seine Situation verstehen und seine Gefühle nachempfinden, ohne mitzuleiden – das ist eine emotionale Herausforderung, mit der Pflegende tagtäglich konfrontiert sind.
Wie gelingt diese empathische Zuwendung, die ein wesentlicher Aspekt einer professionellen und patientenorientierten Pflege darstellt, und gleichzeitig die emotionale Abgrenzung vor dem Mitleiden, das die pflegerische Qualität beeinflussen und zu Überforderung und Burnout-Symptomen führen kann?
Diese Lerneinheit beantwortet zunächst die Frage „Was ist Empathie“ nach wissenschaftlichen Aspekten und beschreibt die evolutions- und neurobiologischen Grundlagen empathischen Verhaltens.
Darüber hinaus wird die Wirkung von Empathie auf Patientinnen und Patienten beschrieben und verschiedene Fallbeispiele aufgezeigt. Schließlich werden auch Strategien und praktische Tipps vorgestellt, um empathisches Verhalten in der Pflege zu entwickeln und zu erhalten, und dabei eine emotionale Überforderung zu vermeiden.

Viel Freude beim Lesen wünscht,

Grit Hein, Psychologin, Neurowissenschaftlerin und Professorin für Translationale Soziale Neurowissenschaften an der Universität Würzburg

ZUSATZINFORMATION

Online finden Sie die Lerneinheit und den Fragebogen auf: **cne.thieme.de**

CNE.fortbildung 1; 2025 | © 2025. Thieme. All rights reserved.

Empathie entwickeln und erhalten

Pflege zwischen Zuwendung und Selbstfürsorge

Grit Hein, Nina Schmitt

Mitfühlen und empathisch sein, ohne selbst mitzuleiden. Das ist ein schmaler Grat, dem Pflegende tagtäglich in ihrer Arbeit ausgesetzt sind. Wie kann man den Patienten verstehen, seine Emotionen und seine Situation nachvollziehen und ihm menschliche Nähe in der „Ausnahmesituation Krankenhaus“ bieten, und sich gleichzeitig vor emotionaler Überforderung und Burnout schützen? Diese Lerneinheit zeigt wissenschaftliche Ansätze zum Thema klinische Empathie auf und gibt praktische Tipps zur Erhaltung des eigenen Wohlbefindens inmitten eines stressigen und empathisch belastenden Arbeitsalltags.

Quelle: Alexander Fischer/Thieme (Symbolbild)

Was ist Empathie?

DEFINITON

Der Begriff *Empathie* (griech. em- = innen; Pathos = Leid, Gefühl) ist vermutlich eine Rückübersetzung des englischen Wortes *empathy*, welches eine Übersetzung des deutschen, von Theodor Lipps zu Beginn des 20. Jahrhunderts geprägten Wortes *Einfühlung* ist. Lipps verstand unter Einfühlung einen fast automatischen Vorgang beim Verstehen von (menschlichem) Gefühlsausdruck (Lipps 1907). Einfühlung nach Lipps ist eine Art inneres Mitmachen oder auch imaginierte Nachahmung des Erlebens einer anderen Person.
Eine heute gängige allgemeine Definition beschreibt Empathie als das Teilen von Gefühlen oder Zuständen anderer Personen (Hein et al. 2021).

Fragt man klinisch arbeitende Personen nach der Bedeutung von Empathie, bekommt man viele verschiedene Antworten. Eine Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten (Robieux et al. 2018) verschiedener Fachrichtungen zeigte, dass Empathie vor allem mit der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten als Personen (und nicht als „Fälle“ oder Nummern), mit einer angemessenen Reaktion auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und mit einer angemessenen Kommunikation und Vermittlung von Informationen in Verbindung gebracht wird. Werden diese auf Empathie basierenden Aspekte umgesetzt, erhöht sich die Arbeitszufriedenheit.

Wissenschaftliche Ansätze von Empathie Dieses eher intuitive Konzept von Empathie deckt sich teilweise mit wissenschaftlichen Ansätzen. Der Psychologe Carl Rogers, der als Begründer der patientenzentrierten Ge-

Hein G, Schmitt N. Empathie entwickeln und erhalten CNE.fortbildung 2025; 18: 2–16 | © 2025. Thieme. All rights reserved.

sprächsführung und Therapie gilt, definiert Empathie als *„die Fähigkeit die innere Welt einer Patientin oder eines Patienten zu spüren, als wäre sie die eigene“*. Zusätzlich hebt er jedoch hervor, dass man sich in der inneren Welt der anderen Person nicht verlieren darf. Er meint damit, dass auch bei starker Empathie mit anderen Personen klar sein muss, dass man gerade die Gefühle und Zustände einer anderen Person teilt und es sich nicht um die eigenen Gefühle handelt (Rogers 1957:99, zit. n. Richardson et al. 2015, Dal Santo et al. 2013). Neue Arbeiten knüpfen dort an.

Klinische Empathie bedeutet die Emotionen und Perspektive des Patienten nachzuvollziehen und eine Antwort anzubieten, welche das Ziel hat, zu helfen und dem Patienten das Gefühl gibt, verstanden zu werden (Nembhard et al. 2023). Hierdurch ist es möglich, eine Beziehung mit dem Patienten aufzubauen und somit besser arbeiten und helfen zu können (Jefferies u. Lassetter 2019). Auch wird hervorgehoben, dass es wichtig ist, das Leid des Patienten nachzuvollziehen, ohne dabei dem Leiden beizutreten, da dies die Qualität und Objektivität der Behandlung beeinflussen kann (Dal Santo et al. 2013).

Empathie versus emotionale Ansteckung

Wenn nicht zwischen den eigenen Gefühlen und den Gefühlen anderer unterschieden werden kann, spricht man von **„emotionaler Ansteckung“.** Die reine Imitation der Gefühle anderer und die sogenannte emotionale Ansteckung sind wichtige Voraussetzungen für Empathie, die sowohl bei menschlichen Neugeborenen als auch bei den meisten Tierarten zu beobachten sind. Emotionale Ansteckung ist das simple und häufig auch automatische Mitfühlen (jemand anderes ist traurig, dann bin ich auch traurig) oder Mit-zum-Ausdruck-bringen (ein anderes Baby schreit, dann schreie ich auch) der Gefühle einer anderen Person. Hierbei wird nicht zwischen fremden Gefühlen und eigenen Gefühlen unterschieden. Im Fall der emotionalen Ansteckung ist uns nicht bewusst, dass wir traurig sind, weil die andere Person traurig ist bzw. das Baby weiß nicht, dass es schreit, weil das andere Baby schreit.

Diese Abgrenzung führt uns zur nächsten Voraussetzung von Empathie: **die Unterscheidung zwischen uns selbst und anderen** (engl.: self-other distinction). Um die Quelle meiner Emotion als die eigene Gefühlswelt oder die Gefühlswelt einer anderen Person bestimmen zu können, muss ich zunächst ein Konzept von „selbst“ und „andere“ besitzen. Das heißt, ich muss mir gewahr sein, dass es ein „Ich“ und ein „Du“ gibt und dass dies unterschiedliche Dinge sind. Wenn ich das weiß, kann ich empathisch mitfühlen und weiß, dass z. B. meine Trauer daher rührt, dass einer anderen Person etwas Trauriges widerfahren ist. Diese Fähigkeit stellt einen, wenn nicht den zentralen Aspekt von Empathie dar (z. B. Gonzalez-Liencres, Shamay-Tsoory u. Brüne 2013, Singer u. Hein 2012).

Emotionale versus kognitive Empathie

Bei vielen klinischen Definitionen der Empathie (z. B. der von Carl Rogers) steht das „Spüren“ oder „Fühlen“ der Emotionen oder Zustände anderer Personen im Vordergrund. Hier wird Empathie als eine sogenannte **„soziale Emotion“** behandelt, d. h. einer Emotion, die durch andere ausgelöst wird. In Abgrenzung zur bisher beschriebenen **emotionalen Empathie** bezieht sich die **kognitive Empathie** nicht auf die Gefühlswelt, sondern die Gedankenwelt einer anderen Person. Kognitive Empathie wird manchmal auch als **Perspektivenübernahme** oder im Englischen als „Theory of Mind“ bezeichnet.

KOGNITIVE EMPATHIE

Kognitive Empathie bezeichnet die Fähigkeit, sich in die Gedankenwelt einer anderen Person hineinversetzen zu können, wissend, dass sich diese von der eigenen Gedankenwelt unterscheidet. Dies umfasst beispielsweise das Wissen, dass eine andere Person über bestimmte Informationen oder Erfahrungen verfügt, die ich nicht habe. Auch die kognitive Empathie stützt sich auf die Selbst-Andere-Unterscheidung, da sie eine Trennung der eigenen Gedanken und der Gedanken der anderen voraussetzt.

Merke

Perspektivenübernahme oder kognitive Empathie basiert auf dem Verstehen anderer, ohne dabei die Emotionen anderer zu teilen.

In vielen Fällen erschließen wir uns die Gefühle oder Zustände sowohl emotional als auch kognitiv, d. h. emotionale Empathie und kognitive Perspektivenübernahme gehen Hand in Hand. In vielen Situationen macht es allerdings einen Unterschied, ob man sich den Zustand einer anderen Person basierend auf (emotionaler) Empathie oder basierend auf kognitiver Perspektivenübernahme erschließt. Eine (emotionale) empathische Reaktion ist spontan und erlaubt es den momentanen Zustand des anderen direkt zu fühlen und entsprechend zu reagieren. Perspektivenübernahme erfolgt aus einer gewissen Distanz heraus und erfordert kognitive Ressourcen.

Im klinischen Alltag sind beide Zugänge wichtig. Ein emotionaler Zugang zur Patientin oder zum Patienten durch Empathie wird als eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine gelungene, hilfreiche Interaktion angesehen. Kognitive Perspektivenübernahme ist dann besonders wichtig, wenn es schwer ist, die momentanen Zustände der Patientin oder des Patienten im eigenen Erleben abzubilden. Beispielsweise kann es herausfordernd sein, die Wahnvorstellungen einer Patientin mit einer Psychose empathisch zu teilen. Anhand von kognitiver Perspektivenübernahme kann man aber dennoch verstehen, wie es sich

anfühlen muss, Stimmen zu hören oder in alltäglichen Vorgängen wie Telefonaten eine Bedrohung zu sehen.

Empathie und Helfen

Im Alltag wird Empathie häufig mit Helfen gleichgesetzt. Viele wissenschaftliche Studien unterstützen diese Intuition und zeigen, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Empathie und Helfen geben kann. Ein besonders beeindruckendes Beispiel sind Studien, bei denen Probanden andere Personen beobachteten, die Schmerzreize an der Hand erhielten. Nach einer Empathie-Instruktion (Aufforderung, sich in die andere Person hineinzuversetzen) war die Mehrzahl der Probanden bereit, einen Teil des Schmerzes der anderen Person auf die eigene Hand umzuleiten bzw. den Schmerz ganz abzunehmen (Batson 1991, Hein et al. 2010). Probanden, die keine Empathie-Instruktion erhielten, zeigten dieses helfende Verhalten weniger. Andere Studien konnten zeigen, dass Empathie die Bereitschaft erhöht, Geld mit anderen zu teilen oder an andere zu spenden.

Diese Befunde zeigen, **dass Empathie Helfen hervorrufen kann**. Es wäre jedoch zu einfach anzunehmen, dass Empathie Helfen hervorrufen muss. Per Definition beschreibt Empathie das Teilen der Emotionen oder des Zustands einer anderen Person. Dieser Vorgang an sich ist zunächst wertneutral. Dies lässt sich leicht an konkreten Beispielen illustrieren. In langjährigen Beziehungen sind die Partner meist sehr gut in der Lage, die Emotionen oder Zustände des anderen „zu lesen". In dysfunktionalen Beziehungen wird dieses Wissen um die Zustände der anderen Person allerdings gegen diese Person verwendet, beispielsweise um den anderen zu verletzen, zu manipulieren und zu kontrollieren. In diesem Fall wird Empathie nicht zum Nutzen, sondern zum Schaden der anderen Person eingesetzt.

Prosoziale Motivation Um in Helfen zu münden, muss Empathie in eine sogenannte prosoziale Motivation umgewandelt werden, bei der das Wohlergehen der anderen Person im Mittelpunkt steht (engl.: „compassion" oder „sympathy"). In der deutschen Übersetzung wird „compassion" häufig mit „Mitgefühl" oder „Mitleid" übersetzt und damit mit Empathie gleichgesetzt. Das Beispiel oben zeigt jedoch, dass eine konzeptuelle Unterscheidung zwischen Empathie (als wertneutrales Teilen der Emotionen und Zustände anderer) und die sich daraus entwickelnde prosoziale Motivation (compassion/sympathy) wichtig ist.

Modulation von Empathie

Durch die enge Verbindung zu Helfen wird Empathie auch als **„sozialer Klebstoff"** („social glue") bezeichnet. Es ist richtig, dass Empathie Nähe schafft und somit Helfen und Kooperation fördern kann.

Einflussfaktoren Allerdings wird das Ausmaß der Empathie anderen gegenüber von einer Vielzahl verschiedener Faktoren beeinflusst.

Die individuelle Ausprägung von Empathie hängt von **Umwelteinflüssen** und dadurch ausgelöstem **sozialen Lernen** ab. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Menschen mit den Grundvoraussetzungen für Empathie geboren werden (s. u.). Im Laufe der Sozialisation wird Empathie jedoch ausgeformt. Einen großen Einfluss hat dabei die Empathiefähigkeit der Bezugspersonen. Kinder, denen Empathie entgegengebracht wird, zeigen selbst stärkere Empathie als Kinder, die bei „kalten" oder empathielosen Bezugspersonen aufwachsen. Es wurde auch eine genetische Veranlagung diskutiert, die sich aber über Studien hinweg nicht eindeutig bestätigen ließ.

Generell lassen sich stärkere empathische Reaktionen gegenüber Personen beobachten, die als ähnlich oder der gleichen Gruppe zugehörig betrachtet werden. In Studien wurde beispielsweise gezeigt, dass die empathischen Reaktionen beim Beobachten des Schmerzes eines Fremdgruppenmitglieds in der Regel schwächer ausfallen als die Reaktionen beim Beobachten eines Eigengruppenmitglieds. Gleichzeitig konnte aber auch gezeigt werden, dass positive Erfahrungen mit einem Fremdgruppenmitglied die Empathie erhöhen. Dieser Effekt war bereits nach wenigen positiven Erfahrungen zu beobachten und wurde auch auf andere Fremdgruppenmitglieder übertragen. Dies zeigt, dass positive Erfahrungen mit einer Person Empathie erhöhen kann, die sich dann auch auf andere Personen dieser Gruppe überträgt (Hein et al. 2016).

Entwicklung von Empathie

Direkt, wenn wir auf die Welt kommen, sind bereits die Grundlagen für Empathie gelegt. Neugeborene sind sehr empfänglich für die Emotionen und Emotionsäußerungen ihrer Umwelt (▶ **Abb. 1**). Streiten sich beispielsweise die Eltern oder sind traurig, so scheint auch das Neugeborene diese Wut oder Trauer zu fühlen, was sich meist in Weinen oder Schreien äußert. Wie im vorangegangenen Abschnitt erläutert, ist dies eine „blinde" emotionale Ansteckung. Das Baby weiß noch nicht, warum es weinen muss oder, dass dem eigenen Weinen die Wut oder Trauer einer anderen Person vorangegangen ist. In der Tierwelt ist emotionale Ansteckung ebenfalls verbreitet. Zudem beginnen Babys früh, Verhalten anderer zu imitieren. Streckt man beispielsweise kleinen Babys die Zunge raus, ahmen sie dieses Verhalten unmittelbar nach und strecken auch ihre Zunge raus. Lächelt man kleine Babys an, strahlen sie lächelnd zurück. Es wird angenommen, dass durch emotionale Ansteckung und reine Imitation empathisches Verhalten zunächst „geprobt" wird, sozusagen als Vorstufe von „echter" Empathie (Preston 2007). Reste davon sind auch bei Erwachsenen zu beobachten. Zum Beispiel ruft das Gähnen einer Person oft Gähnen im gesamten Raum hervor, ohne dass sich die Beteiligten der Ansteckung bewusst sind (Hatfield, Cacioppo u. Rapson 1993).

▸ **Abb. 1** Babys reagieren sehr empfänglich auf unsere Emotionen. Durch emotionale Ansteckung oder Imitation entwickeln sie empathische Kompetenzen. © uv_group/stock.adobe.com. Stock Photo – Posed by models

Selbstkonzept als Voraussetzung von Empathie

Damit sich Imitation und emotionale Ansteckung in „echte" Empathie weiterentwickeln können, ist die Unterscheidung zwischen Selbst und Anderen notwendig. Dieser Meilenstein setzt das Vorhandensein eines Selbstkonzepts voraus, welches sich in den ersten 18–24 Lebensmonaten entwickelt.

Rouge-Test Der immer noch populärste Test, ob ein Kind (oder auch Tier) ein Selbstkonzept ausgebildet hat, ist der sog. Rouge-Test, der unabhängig voneinander für Tiere und Menschen entwickelt wurde (Amsterdam 1972, Gallup 1970). In diesem Test wird dem Kind unbemerkt ein (meist roter; franz. rouge = rot) Punkt auf die Stirn gemalt. Dann wird ihm ein Spiegel vorgehalten. Der Rouge-Test gilt als bestanden, wenn das Kind auf den Punkt auf der eigenen Stirn reagiert, in dem es z. B. auf die eigene Stirn deutet (nicht auf die Stirn des Spiegelbildes) oder versucht, sich den Punkt von der Stirn zu wischen. Dies gilt als Beweis, dass das Kind sich selbst im Spiegel erkennt (also weiß, dass der rote Punkt sich im eigenen Gesicht befindet), was ein Konzept vom eigenen Selbst voraussetzt.

Der Rouge-Test wurde auch mit vielen verschiedenen Tierarten durchgeführt (z. B. Elefanten, Delfine, Schimpansen, Gorillas, Krähen, Elstern, Hunde) – mit unterschiedlichen Ergebnissen. Während beispielsweise Schimpansen und verschiedene Vogelarten den Test verhältnismäßig konsistent bestehen (Gallup 1970, Prior, Schwarz u. Güntürkün 2008, Uchino u. Watanabe 2014), sind die Ergebnisse bei Elefanten weniger konsistent (Plotnik, de Waal u. Reiss 2006).

Wie auch bei Menschen ist die Interpretation des Rouge-Tests bei Tieren schwierig, da die Entwicklung des Selbstkonzepts graduell verläuft und nicht klar ist, welcher Ausprägungsgrad erreicht werden muss, um den Rouge-Test zu bestehen. Der Test ermöglicht jedoch das Überprüfen der Existenz einer basalen Form von Selbst in der Erfahrung des eigenen Körpers. Interessanterweise bestehen Kleinkinder den Rouge-Test zu einem ähnlichen Zeitpunkt, zu dem sie auch erste Zeichen von Empathie zeigen. Kinder zwischen 18 und 24 Monaten beginnen zu verstehen, dass andere Menschen andere Gefühle haben können als sie selbst. Diese Koinzidenz zwischen dem Bestehen des Rouge-Tests und dem Einsetzen empathischen Verhaltens beim Menschen begründet die Annahme, dass die Entwicklung von emotionaler Empathie mit der Entwicklung eines Selbstkonzepts einhergeht. Während sich emotionale Empathie im Regelfall zwischen im Alter zwischen 18 und 24 Monaten zusammen mit dem Selbstkonzept herausbildet, zeigen die meisten Kinder erst zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr Perspektivenübernahme bzw. kognitive Empathie. In diesem Alter wird dem Kind bewusst, dass seine Gedanken und sein Wissen unabhängig von den Gedanken und dem Wissen anderer ist (z. B.: „Wenn ich die Süßigkeiten heimlich an eine andere Stelle lege, kann mein Bruder sie nicht finden").

Einfluss von empathischen Erfahrungen und empathischer Erziehung

Es ist davon auszugehen, dass die meisten Menschen mit den Grundvoraussetzungen zur Entwicklung emotiona-

▶ **Abb. 2** Erfährt ein Kind im Laufe seiner Entwicklung Empathie und altersgerechte Fürsorge, wird es sehr wahrscheinlich selbst emotionale Kompetenz und Empathie entwickeln können. Quelle: Kirsten Oborny/Thieme (Symbolbild)

ler und kognitiver Empathie geboren werden. Wie diese Entwicklung verläuft, ist jedoch hochgradig von Vorbildern und Erfahrungen abhängig. Die Bezugspersonen spielen hier eine besondere Rolle. Zeigt sich die Bezugsperson dem Kind und anderen gegenüber empathisch, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass das Kind sich auch empathisch verhalten wird. Empathische Erziehung meint dabei das Eingehen auf die altersgerechten Bedürfnisse des Kindes. Dies kann auch das Bedürfnis nach Struktur und Grenzen beinhalten (▶ **Abb. 2**).

Evolution und Empathie

Ein vielvertretener Erklärungsansatz für die Entwicklung von Empathie ist, dass sie sich nach der Entstehung von Säugetieren aus dem Fürsorgeverhalten von Eltern entwickelt hat. Dieses kann Überlebenschancen erhöhen, weshalb viele Säugetiere sich dazu hin entwickelt haben. Bei vielen Säugetieren entstand mit der Zeit eine verlängerte und größere Abhängigkeit von der Pflege der Eltern. Das offensichtlichste Beispiel hier ist auch gleichzeitig eins der auszeichnenden Merkmale von Säugetieren: das Säugen der Jungen, welches offensichtlich die Anwesenheit der Mutter und die längerfristige Versorgung des Nachwuchses voraussetzt (Decety et al. 2012).

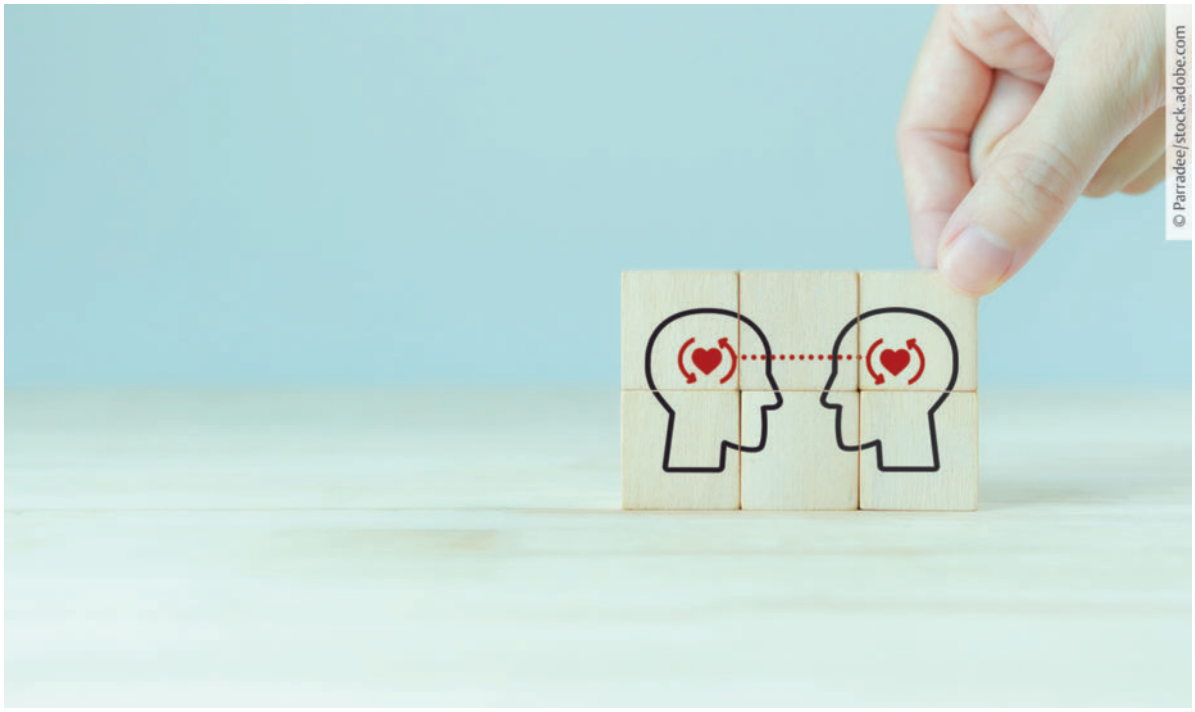
Auch die bekannte Metapher vom Menschen als „physiologische Frühgeburt“ (zit. n. Zöllner 1947) passt in dieses Verständnis, denn danach wird der Mensch im Vergleich zu vielen Tieren viel zu früh geboren, da er neugeboren unterentwickelt und komplett auf andere angewiesen ist.

EMPATHIE UND SPRACHE

Die menschliche Fähigkeit zur Sprache vereinfacht die Entwicklung empathischen Verhaltens und Bewusstseins, denn Sprache erlaubt es uns zu entdecken, dass andere Menschen ähnliche Gefühle haben (Decety et al. 2012).

Vorteile von Empathie im Sozialverhalten In der fernen Vergangenheit hat sich dieses pro-soziale Verhalten und die Fähigkeit zum Nachvollziehen von Emotionen von den eigenen Jungen bzw. der Familie auch auf andere erweitert. Deutlich wird dies u. a. daran, dass auch Erwachsene noch in Notsituationen durch Schreie ihre Lage signalisieren und um Hilfe rufen, genau wie es auch ein kleines Kind tut (De Waal 2008). Das Verhalten bleibt bestehen, da es auch im höheren Alter noch einen Nutzen hat. Früher war es wichtig, die Emotionen anderer korrekt interpretieren zu können, um die Not und Verzweiflung anderer erkennen und deuten zu können, denn das konnte hilfreich sein, um selbst Gefahren zu bemerken und sich ggf. in Sicherheit bringen zu können (Maibom 2017). Aber auch heute haben diese Fähigkeiten Vorteile, denn:

Hein G, Schmitt N. Empathie entwickeln und erhalten CNE.fortbildung 2025; 18: 2–16 | © 2025. Thieme. All rights reserved.



▸**Abb. 3** Der Schmerz einer anderen Person aktiviert in uns Hirnregionen, die auch unseren eigenen Schmerz verarbeiten. Vorausgesetzt, wir sind emotional empathisch. Dies konnten neurowissenschaftliche Studien belegen. © Parradee/stock.adobe.com

Merke

Empathie erleichtert es uns, soziale Bindungen aufzubauen (Decety et al. 2012) und sie ermöglicht es uns, gemeinsame Ziele anzugehen und zu kooperieren (De Waal 2008, Maibom 2017).

Nicht nur Menschen zeigen empathische Verhaltensweisen gegenüber Unbekannten, auch bei Hunden (s. u.) und Affen wurde dies beobachtet (Pérez-Manrique u. Gomila 2018).

Anatomische Aspekte Allgemein gibt es einige anatomische Entwicklungen bei Säugetieren, die Empathie und soziale Interaktion unterstützen. Zum einen entwickelten Säugetiere ein **Mittelohr**, welches auf höhere Frequenzen spezialisiert ist und somit unter anderem besonders gut menschliche Sprache aus der Geräuschkulisse herausfiltert. Nochmal erleichtert wird verbale Kommunikation dadurch, dass das Nervensystem Emotionslagen wie Angst oder Freude gut aus der Stimmenlage heraushören kann (Decety u. Ickes 2009).

Empathisches Verhalten bei Tieren Auch Tiere anderer Klassen scheinen Empathie (oder jedenfalls ein ähnliches Verhaltensmuster) zu zeigen (vgl. Pérez-Manrique u. Gomila 2018). So zeigte der sogenannte beste Freund des Menschen, der Hund, in einer Studie ein Verhalten, das tröstend oder sogar empathisch wirkte, indem sich die getesteten Tiere einem weinenden Menschen wesentlich häufiger annäherten (Custance u. Mayer 2012).

Wie wird Empathie neuronal verarbeitet?

Die Entwicklung der sog. funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) in den 1990er Jahren ermöglichte erstmals die Messung von Gehirnaktivität, wenn Menschen einen bestimmten Reiz wahrnehmen (z. B. einen Ton oder ein Bild), etwas bestimmtes Fühlen oder auch Entscheidungen treffen. In Studien zur Empathie wurden den Personen im fMRT-Scanner Bilder oder Videos von Personen oder Körperteilen gezeigt, die entweder eine schmerzhafte (z. B. eine Nadel pickst eine Hand) oder eine nicht schmerzhafte Stimulation erfuhren (z. B. eine Nadel pickst neben die Hand) (Lamm, Batson u. Decety 2007). In anderen Studien erhielten die Personen im fMRT-Scanner selbst einen vorher auf sie abgestimmten Schmerzreiz und beobachteten dann, wie eine andere Person, die neben dem fMRT-Scanner saß, den gleichen Schmerzreiz erhielt (vgl. Hein u. a. 2021).

Diese Versuchsanordnung erlaubte es, die neuronale Antwort auf eigenen Schmerz mit der neuronalen Antwort auf den Schmerz einer anderen Person, also die empathische Reaktion beim „Mitleiden“ zu vergleichen. Die Ergebnisse zeigten, dass Empathie mit dem Schmerz einer anderen Person Hirnregionen aktiviert, die auch eigenen Schmerz verarbeiten. Dies scheint vor allem bei emotionaler Empathie der Fall zu sein. Bei kognitiver Empathie werden andere Hirnstrukturen aktiviert, die bei der Verarbeitung des eigenen Schmerzes kaum eine Rolle spielen (▸**Abb. 3**).

Bei den meisten neurowissenschaftlichen Studien wurde Empathie für den Schmerz einer anderen Person untersucht. Es gibt jedoch auch einige Studien, die untersucht haben, ob und wie wir das Glück einer anderen Person neuronal teilen. Ähnlich wie bei Empathie für Schmerz zeigten sich überlappende Hirnaktivierungen, wenn Personen selbst glücklich waren (z. B. wenn sie selbst Punkte in einem Spiel gewonnen hatten) oder wenn sie beobachteten, dass anderen das gleiche Glück widerfuhr.

PRAXIS

Relevant für den klinischen Alltag ist die Frage, ob und wie Empathie durch den ständigen Umgang bzw. die ständige Konfrontation mit Schmerz verändert wird.
Studien dazu zeigen, dass Erfahrung mit Schmerz bei anderen Personen (z. B. durch regelmäßiges Verabreichen von Spritzen oder anderen schmerzhaften Therapieformen) die neuronale Reaktion auf den Schmerz einer anderen Person verändert (Xie et al. 2018, Chen et al. 2022). Zum einen wird die neuronale Aktivierung schmerzverarbeitender Hirnregionen durch kortikale Kontrollareale unterdrückt. Zum anderen werden kognitive Empathie-Areale anstelle von emotionalen Empathie-Arealen aktiviert.

Die Wirkung von Empathie auf Patientinnen und Patienten

Empathie im pflegerischen Alltag ist mehr als nur eine zugewandte Haltung gegenüber dem Patienten. Sie hat nachweislich Effekte auf die Dauer und Schwere von Erkrankungen und Symptomen. Beispielsweise verkürzte sich in einer Studie die Dauer von grippalen Infekten um einen Tag (von 8 auf 7 Tage), wenn das Pflegepersonal als empathisch wahrgenommen wurde (Rakel et al. 2009). Eine andere Studie fand heraus, dass bei Lungenkrebspatienten die Anzahl von B- und NT-Zellen, also Zellen, welche zur zellulären Immunität beitragen, in Abhängigkeit von der Empathie der Pflegefachkräfte anstieg (Yang et al. 2018).

Im Beisein von empathischem Pflegepersonal sprechen Patientinnen und Patienten außerdem offener über ihre Krankengeschichte und nehmen zuverlässiger ihre Medikamente ein (Flickinger 2016, zit. n. Jefferies u. Lassetter 2019).

Diese Beobachtungen werden von Arbeiten unterstützt, die die Ergebnisse vieler Publikationen im englischsprachigen Raum zusammenfassen (Nembhard et al. 2023). Hier konnte gezeigt werden, dass die Empathie von Pflegepersonal und Ärzten zu 81 % mit klinischen Werten der Patientinnen und Patienten, d. h., dem Erfolg der jeweiligen Therapie zusammenhingen. Außerdem gab es starke Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen Empathie und der Zufriedenheit mit dem pflegerischen und ärztlichen Personal (84 %). Wahrgenommene Empathie bei Untersuchung, Therapie und Pflege stand auch in engem Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der jeweiligen Einrichtung (82 %).

Merke

Basierend auf letzterem Ergebnis wird verstärkt darauf hingewiesen, dass ein empathischer Umgang mit Patientinnen und Patienten auch im ökonomischen Interesse von Kliniken und Pflegeeinrichtungen ist. Empathie erhöht die Patientenzufriedenheit, den Behandlungserfolg und reduziert Kunstfehlerklagen.

Obwohl hier und in vielen anderen Texten die besondere Wichtigkeit von Empathie in der Pflege betont wird, melden Patienten aus ihrer Perspektive oft einen Mangel (Raab 2014, Williams u. Stickley 2010). Es gibt viele Patientinnen und Patienten, die von traumatischen Erfahrungen berichten, welche durch einen empathischen Umgang leicht hätten vermieden werden können. Wenn wir uns einem medizinischen Eingriff, einer Therapie oder auch nur einer Diagnostik unterziehen, sind wir besonders verwundbar.

Im Folgenden werden 4 Fallbeispiele vorgestellt, bei denen mangelnde Empathie in der medizinischen Einrichtung zu schwerwiegenden Problemen für die Patientinnen und Patienten oder die Einrichtung führte.

FALLBEISPIEL 1

Frau M. berichtet von der Geburt ihres ersten Kindes. Die Hebammen und der später dazukommende Arzt hätten unbeteiligt gewirkt und hätten ihre Angst und Sorgen mit einem „So ist das eben, wenn man ein Kind bekommt“ abgetan. Als die Geburt ins Stocken kam, wurden Maßnahmen eingeleitet, die ihr nicht erklärt worden sein. Sie hätte sich gefühlt wie eine Kuh, aus der ein Kalb gezogen wird. Selbst die Beziehung zu ihrem Sohn sei lange davon eingeschränkt gewesen. (nach Moloney u. Gair 2015: 326)

FALLBEISPIEL 2

Frau B. berichtet von ihrem Geburtserlebnis in einem Lehrkrankenhaus. Die Geburt ihres Kindes sei als eine Art Lehrstunde für die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte genutzt worden. Die Aufmerksamkeit sei rein medizinisch gewesen. Ihre Schmerzen und Ängste hätten dabei keine Rolle gespielt. Sie habe sich so gedemütigt gefühlt, dass sie am Ende ihr neugeborenes Kind nicht halten wollte. Die anwesenden Ärztinnen, Ärzte und Hebammen hätten auch hierfür kein Verständnis gezeigt, sondern sie ermahnt und getadelt. (mod. n. Moloney u. Gair 2015: 326)

Hein G, Schmitt N. Empathie entwickeln und erhalten CNE.fortbildung 2025; 18: 2–16 | © 2025. Thieme. All rights reserved.

FALLBEISPIEL 3

Frau D. hielt sich für einige Tage in einer Klinik für Routineuntersuchungen auf. Für eine dieser Untersuchungen musste sie ein OP-Hemd tragen, was hinten offenstand. Sie wurde für eine der Untersuchungen ins Erdgeschoss geschickt und stellte dort fest, dass sie im OP-Hemd die gesamte Eingangshalle durchqueren müsste, um zur entsprechenden Tür zu gelangen. Auf ihren Protest hin wurde ihr gesagt, sie solle sich nicht anstellen. Das sei eben hier so. Es würde zu lange dauern, wenn Patientinnen und Patienten sich im Untersuchungsraum umziehen. Frau D. verließ umgehend die Klinik und informierte ihren Anwalt. Die Klinik wurde verklagt. Die lokale Presse berichtete über das Gerichtsverfahren mit dem Namen der Klinik im Titel.

FALLBEISPIEL 4

Nach einer invasiven Routineuntersuchung am Auge habe **Herr S.** starke Schmerzen gespürt. Das Sehen sei immer weiter beeinträchtigt gewesen. Als er sich daraufhin bei der behandelnden Klinik vorstellte, wurde ihm gesagt, dass es solche Komplikationen noch nie gegeben hätte. Er müsse etwas getan haben, um die Entzündung hervorzurufen. Helfen könne man nicht. Der allgemeine Zustand von Herrn S. verschlechterte sich massiv. Nach 3 Tagen stellte er sich in einer anderen Klinik vor. Hier erhielt er die Auskunft, dass es sich um eine bekannte Komplikation handele und man alles tun werde, um zu helfen. Während des Aufenthalts wurde er von ärztlicher und pflegerischer Seite empathisch auf den möglichen Verlust des Auges vorbereitet und gleichzeitig die gute Funktion des gesunden Auges hervorgehoben. Der Gesamtzustand des Patienten verbesserte sich schnell. Obwohl das Auge nicht mehr gerettet werden konnte, wurde Herr S. physiologisch und mental stabil entlassen.

Ursachen mangelnder Empathie in der klinischen Praxis

Obwohl die positiven Effekte von Empathie in der Pflege von Patienten hinlänglich bekannt sind, wird gerade in medizinischen Einrichtungen von einem Mangel an Empathie bei ärztlichem und pflegerischem Personal berichtet. Die Gründe hierfür sind vielschichtig.

Zum einen wird die **Rolle von Empathie** im Umgang mit Patientinnen und Patienten bisher in der Ausbildung zu wenig hervorgehoben. Viele Studien berichten sogar einen gegenteiligen Effekt: Empathie nimmt im Verlauf der Ausbildung ab. Erklärungsansätze gibt es viele. Zum einen wird in vielen Bereichen immer noch ein „neutraler", manchmal sogar ein „autoritärer" Patientenumgang gelehrt. Wie wir noch besprechen werden, ist eine Abgrenzung vom Leid des anderen notwendig, um die eigene Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten. Ein autoritärer Umgang mit Patientinnen und Patienten ist jedoch nicht mehr zeitgemäß und wird in Zeiten der Internetdiagnosen und Internetsprechstunden immer weniger toleriert. Stattdessen wird es immer deutlicher, dass es sich lohnt, die Patientinnen und Patienten „mit ins Boot zu holen", d. h. Therapie und Behandlungsoptionen zu besprechen und zu motivieren, anstatt zu dominieren. Ein empathischer Zugang legt die Grundlage dafür (▶ **Abb. 4**).

Ein anderer Grund, der häufig angeführt wird, ist **Zeit- und Personalmangel**. Es ist sicher richtig, dass diese generellen gesundheitspolitischen Probleme die Gesundheitsversorgung nachhaltig negativ beeinflussen. Allerdings können sie allein den Mangel an Empathie in der klinischen Praxis nicht erklären. Ein Gespräch, welches den Grundsätzen hilfreicher Gesprächsführung (▶ **Infobox**) folgt und auf Empathie basiert, dauert nachweislich nicht länger als ein Gespräch, in dem Empathie keine Rolle spielt.

GRUNDSÄTZE HILFREICHER GESPRÄCHSFÜHRUNG NACH ROGERS

1. **Einfühlung (Empathie):** Den Zustand/die Emotionen des anderen unmittelbar (emotional) teilen (z. B.: Ich kann die Angst der Patientin fühlen) oder indirekt (kognitiv) erschließen (z. B.: Ich denke, die Patientin hat wahrscheinlich Angst).
2. **Wertschätzung/Akzeptieren:** Ich nehme den anderen in seinem Zustand und in seinen Emotionen an, ohne zu bewerten.
3. **Echtheit/Kongruenz:** Ich bin offen, authentisch und akzeptiere auch meine eigenen Grenzen.

Ein weiterer Grund für das Fehlen von Empathie im klinischen Alltag könnte das **Fehlen empathischer Vorbilder** sein. Dies legen aktuelle Studien nahe, die untersucht haben, ob und wie Empathie erlernt werden kann (Zhou et al. 2024). In diesen Studien sahen die Studienteilnehmer*innen z. B. zuerst Videos von Händen, die gerade eine schmerzhafte Stimulation erhielten und gaben auf einer Ratingskala an, wie sie sich dabei fühlen. Nachdem sie ihr eigenes Rating abgegeben hatten, wurden ihnen die empathischen oder nicht empathischen Reaktionen anderer Personen auf die gleichen Videos gezeigt. Zuletzt gaben die Personen erneut ein Empathie-Rating ab, diesmal aber bezogen auf dem Schmerz einer neuen Person.

Empathie ist lernbar Mit diesem Versuchsaufbau konnte getestet werden, wie und ob sich die Empathie einer Person in Anwesenheit von empathischen und nicht empathischen

▶ **Abb. 4** Ein patientenzentriertes, wertschätzendes und empathisches Gespräch unterstützt die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patientin und fördert so die therapeutische Kooperation und den Heilungsprozess. Quelle: Alexander Fischer/Thieme (Symbolbild)

Mitmenschen ändert. Das Ergebnis: Durch die Beobachtung empathischer Reaktionen anderer Personen lernten die Versuchsteilnehmer*innen mehr oder weniger empathisch zu sein. Je nachdem, ob empathische oder nicht empathische Reaktionen beobachtet wurden, stiegen oder sanken die Empathie-Ratings. Interessanterweise änderte sich auch die neuronale Reaktion auf den Schmerz der anderen Person. Die im fMRT-Scanner gemessenen neuronalen Veränderungen schlugen sich in einer veränderten Vernetzung der anterioren Insel nieder, einer Hirnregion, die mit der Verarbeitung von Empathie in Verbindung gebracht wird.

Es konnte außerdem gezeigt werden, dass diese neuronalen Veränderungen durch mathematische Lernmodelle erklärbar sind. Das bedeutet, dass die erhöhte oder abgeschwächte Empathie wirklich durch Lernen von anderen hervorgerufen wird und nicht nur bloße Nachahmung ist oder gezeigt wird, um anderen zu gefallen. Übertragen auf den beruflichen Kontext bedeutet das, dass auch Erwachsene durch Beobachten Empathie erlernen oder verlernen, und zwar selbst von Personen, die sie nicht kennen. Eine Arbeitsumgebung, in der es an Empathie mangelt, unterbindet langfristig die Empathie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, was sich wiederum auf den Umgang mit Kunden oder Patienten auswirkt.

Empathie und Burnout

Wie oben dargelegt, trägt Empathie zur Genesung von Patienten bei und fördert das Helfen bzw. die Kooperation des ärztlichen und pflegerischen Personals untereinander. Allerdings kann Empathie mit dem Leid anderer Personen auch zu Stressreaktionen führen, die in der Klinik unter den Begriffen **compassion fatigue** bzw. **Mitgefühlsmüdigkeit** und sekundäre Traumatisierung untersucht werden. Eine pflegende Person, die unter Mitgefühlmüdigkeit leidet, fühlt sich hilflos oder wütend gegenüber den Schicksalen ihrer Patienten. Auch eine emotionale Distanzierung und verringerte Empathie treten auf (Joinson 1992, zit. n. Mottaghi et al. 2020).

INFO

Eine **sekundäre traumatische Belastung** entsteht durch häufige Beobachtung oder Kontakt mit Menschen, welche selbst (also primär) Traumata ausgesetzt sind (Stamm 2010). Besonders gefährdet sind Pflegefachpersonen, die in den Bereichen der Onkologie, auf Intensivstationen oder der Notaufnahme arbeiten (Cao u. Chen 2021).

Hein G, Schmitt N. Empathie entwickeln und erhalten CNE.fortbildung 2025; 18: 2–16 | © 2025. Thieme. All rights reserved.

▶ **Abb. 5** Mentale Erschöpfung und Burnout-Symptome treten bei medizinischem Personal überdurchschnittlich häufig auf. Quelle: Alexander Fischer/Thieme (Symbolbild/nachgestellte Situation)

Während Mitgefühlsmüdigkeit und sekundäre Traumatisierung an „überbordende" Empathie mit dem Leid oder Trauma einer anderen Person geknüpft sind und plötzlich auftreten, stellt sich Burnout langsam ein. Laut der World Health Organisation (2019) wird Burnout im ICD-11 nicht als Krankheit eingestuft, sondern stattdessen als Arbeitsphänomen an schlecht gemanagten Arbeitsplätzen. Burnout wird anhand von Gefühlen der Erschöpfung, mentaler Distanzierung und Zynismus bezüglich der Arbeit und zuletzt einer verringerten professionellen Wirksamkeit definiert (WHO 2019).

Burnout im medizinischen Umfeld Viele Studien zeigen, dass Burnout bei medizinischen Berufen überdurchschnittlich häufig auftritt (▶ **Abb. 5**). In einer nationalen Studie wurden z. B. angehende Ärzte und Ärztinnen in unterschiedlichen Ausbildungsbereichen, darunter auch Medizinstudierende, auf Burnout, Depression und Erschöpfung getestet. Medizinstudierende erzielten für alle 3 Kategorien Werte zwischen 55 % und 58,2 %. Auch Assistenzärzte und -ärztinnen (engl.: residents) und neue Ärzte/Ärztinnen erzielten stets Werte zwischen 40 % bis 60,3 % (Dyrbye et al. 2014). In den USA wurde bei 35–54 % der untersuchten Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachkräfte eine starke Symptomatik von Burnout gefunden und auch bei Medizinstudierenden und Assistenzärzt*innen wurden bei 45–60 % Burnout-Anzeichen festgestellt (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019).

Zusammengefasst stellt sich hier ein Dilemma dar. Einerseits ist Empathie für eine gute Patientenversorgung unverzichtbar. Andererseits kann ein Übermaß an Empathie zu Mitgefühlsmüdigkeit, sekundärer Traumatisierung und Burnout im klinischen Alltag führen. Es stellt sich nun die Frage, wie sich Empathie aufrechterhalten lässt, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit.

Wie ist Empathie zu erhalten oder zu verstärken?

Zum einen können strukturelle Faktoren den Erhalt oder die Abnahme von Empathie begünstigen. Schichtarbeit und Ermüdung sind mit niedrigerer Empathie und auch Qualität der Pflege assoziiert. Allerdings lassen sich diese strukturellen Bedingungen nur begrenzt ändern. In vielen pflegerischen Berufen ist Schicht- und Nachtarbeit notwendig. Zum Beispiel arbeiten 80 % der Hebammen nachts. Da viele Geburten nachts passieren und Geburten immer mit etwas

Unsicherheit verbunden sind, lässt sich dies nicht vermeiden (Jin et al. 2022).

Trotzdem könnten Organisationen und Gesundheitseinrichtungen ein stärkeres Augenmerk auf die Stärkung und Erhaltung von Empathie legen. Allein die damit verbundenen finanziellen und qualitativen Verbesserungen sollten ein Ansporn sein, um für den empathischen Umgang innerhalb der Organisation zu sorgen. Zudem ist bei einem empathischen Umgang des Krankenhauspersonals die Wahrscheinlichkeit geringer, verklagt zu werden (Jefferies u. Lassetter 2019).

Wie Sie als Einzelperson selbst auf die Erhaltung des eigenen Wohlbefindens inmitten eines stressigen und empathisch belastenden Arbeitsalltags achten können, soll im Folgenden beleuchtet werden.

Selbstmitgefühl und Achtsamkeit

Mitgefühl für einen anderen entsteht aus dem Mitgefühl für das Selbst. Selbstmitgefühl ist außerdem ein Weg, Resilienz aufzubauen und mit den Belastungen des klinischen Alltags umzugehen (Raab 2014) und schützt vor Mitgefühlsmüdigkeit. Im Westen ist dieses Konzept schon seit Anfang des Jahrtausends zu finden, doch hat es seine Wurzeln im Buddhismus (Raab 2014).

Selbstmitgefühl (engl.: self-compassion) besteht aus 3 Komponenten:

- einem Sinn der gemeinsamen Menschlichkeit,
- Güte gegenüber der eigenen Person (engl.: self-kindness) und
- dem viel besprochenen Konzept von Achtsamkeit (Germer u. Neff 2013).

ACHTSAMKEIT

„Achtsamkeit entstammt dem Buddhismus und bedeutet, dass man seine Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt richtet, und das Gegenwärtige urteilsfrei wahrnimmt“ (Raab 2014: 100).

Ein hohes Selbstmitgefühl hat viele Vorteile, wie z. B. die Verringerung von Stress, emotionalen Problemen und erhöhter Freude und Achtsamkeit. Die Effekte von Selbstmitgefühl und Achtsamkeit wurden auch speziell bei Mitarbeitern des Gesundheitssystems untersucht. Auch hier wurde häufiger Freude, Optimismus und Wohlbefinden gefunden. Gleichzeitig wurden niedrigere Stresswerte und verstärkte Anzeichen von Empathie und Selbstmitgefühl festgestellt (Benzo et al. 2017).

Merke

Durch Achtsamkeit behält man einen neutralen Blick auf das Ganze, was hilft, ruhig zu bleiben und nicht in ängstliche Gedanken zu verfallen (Raab 2014).

Zeigt man sich selbst gegenüber Mitgefühl, kann dies die Herzratenvariabilität (das ist ein Indikator für die Anpassungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems an verschiedene physiologische und psychologische Stressfaktoren) erhöhen und den Cortisolspiegel senken. Beides ist verbunden mit Erholung (Germer u. Neff 2013). Selbstmitgefühl kann zudem auch die Motivation erhöhen, da ein Fehlschlag besser hingenommen werden kann und man sich schwerer von seinem Ziel abbringen lässt (Germer u. Neff 2013). Lernt man sich selbst gegenüber sensibel und akzeptierend zu sein, kann man dies auch auf Patienten übertragen (Raab 2014).

SELBSTFÜRSORGE

Selbstmitgefühl ist ein zentraler Aspekt der Selbstfürsorge. Selbstfürsorge beschreibt die Fähigkeit, mit sich selbst einen liebevollen, wertschätzenden und mitfühlenden Umgang zu pflegen und die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen (Luise Reddemann o. J.).

Merke

Selbstfürsorge (engl.: self-care) ist somit einer der wichtigsten Faktoren, wenn es darum geht, die eigene Gesundheit im Angesicht von täglichem Stress, Herausforderungen und dem Leid von Patienten, aufrechtzuerhalten.

Häufig sind gerade sehr empathische Menschen zu sich selbst streng und können ihren eigenen Ansprüchen nie genügen (Germer u. Neff 2013). Oft achten Pflegende beispielsweise nicht auf ihre eigenen Bedürfnisse nach Fürsorge (Doherty u. O'Brien 2023). In diesen Situationen soll der Sinn gemeinsamer Menschlichkeit daran erinnern, dass unsere Imperfektion uns menschlich macht und Fehlschläge normal sind. Indem man aus der Perspektive eines anderen auf sich selbst schaut, kann man sich selbst dieses Verständnis erweisen, das man anderen entgegenbringt. Diese Freundlichkeit soll auf das Selbst angewendet werden, indem man seine Perspektive erweitert. Auch ein Sinn der Verbundenheit wird gefördert, denn unsere menschliche Fehlbarkeit vereint uns alle (Germer u. Neff 2013).

Merke

Gestatten Sie sich selbst Wärme und Güte, wenn Dinge nicht so laufen, wie erwünscht. Trösten Sie sich selbst in schweren Situationen, anstatt streng mit sich zu sein (Jefferies u. Lassetter 2019).

Resilienz

Wichtig ist es außerdem, Resilienz aufzubauen. Resilienz bedeutet, sich an Hindernisse und unglückliche Umstände anzupassen und trotz alldem weiterzumachen und sich weiterzuentwickeln (Hunter u. Warren 2022, Warner

2022). Höhere Resilienzwerte bei Pflegefachkräften sind verknüpft mit besseren Arbeitsergebnissen und schützen vor Mitgefühlsmüdigkeit, Burnout und Gedanken, den Job zu wechseln (Cao u. Chen 2021).

Während die Bedeutung und der Nutzen von Self-care jüngeren Menschen heute eher bewusst ist als älteren Generationen, scheinen Jüngere andererseits aber auch eine geringere Resilienz aufzubauen als ihre älteren Kolleg*innen (Doherty u. O'Brien 2023). Daher ist es wichtig zu wissen, wie man Resilienz aufbauen kann.

Resilienz bedeutet nicht, dass man auf sich gestellt ist und alles reaktionslos aushalten muss. Stattdessen geht es darum, sich ein System aufzubauen, mit dem man mit dem täglichen Stress umgehen kann. Dazu ist gerade ein gutes und unterstützendes soziales Umfeld wichtig. Dazu zählt auch z. B. die Möglichkeit, mit Mitarbeitenden über den Arbeitsalltag zu reden und sich gegenseitig zu unterstützen (Hunter u. Warren 2022).

In einer Studie wurden Strategien untersucht, die Hebammen anwenden, um Resilienz aufzubauen, wie etwa die Work-Life-Balance aufrechtzuerhalten oder durch den Glauben an die eigenen Fähigkeiten (Hunter u. Warren 2014). Auch ihren Job als Berufung zu sehen und die Möglichkeit, autonom zu handeln, hat laut dieser Studie für einige Hebammen ihre Widerstandsfähigkeit gestärkt. Von den befragten Hebammen wurde geraten, von Mitarbeitenden, die Negativität verbreiten, Abstand zu halten. Abgesehen davon sollten aber gute Beziehungen zu Kolleg*innen gefördert werden. Gerade Ältere sollten auf die Jüngeren achten (Hunter u. Warren 2014).

Generell wurden in einer Analyse 3 Themengruppen gefunden, welche bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen wertgeschätzt werden und zu einem positiven Selbstbild und verstärkter Resilienz führen. Diese 3 Gruppen waren zum einen ein unterstützendes Supportsystem bestehend aus Freunden, Partner oder Familie, mit denen man Zeit verbringen kann und auf die man sich verlassen kann, wenn man Hilfe braucht. Außerdem wurde wertgeschätzt, die eigene Freizeit sinnvoll gestalten zu können. Dazu gehören sowohl Erholung als auch Hobbys. Zuletzt schätzten viele der Teilnehmenden auch einen problemlosen Arbeitstag sehr. Die befragten Hebammen zählten beispielsweise die Fürsorge für Neugeborene und die Zusammenarbeit mit ihren Kolleg*innen auf (Rippstein-Leuenberger et al. 2017).

Viele Verhaltensweisen, welche die Gesundheit erhalten können und auch der Einzelperson nutzen, erscheinen wahrscheinlich eindeutig. Doch gerade in anspruchsvollen Berufen wie in der Pflege muss man sich manchmal daran erinnern, dass auch man selbst Ruhe und Fürsorge bedarf. So ist es z. B. wichtig, klare Grenzen aufrechtzuerhalten und auch nur zu Arbeitszeiten zu arbeiten. In der Freizeit steht die Erholung im Vordergrund, hier sollte man möglichst nicht mehr an die Arbeit denken (Russell u. Brickell 2015). Aber gerade nach stressigen Arbeitstagen, wenn Erholung besonders wichtig ist, kann es schwerfallen, sich vollständig von der Arbeit abzukoppeln, was wiederum die Erholung stark einschränkt (Dent et al. 2024).

Die „3 gute Dinge"-Methode

Eine Methode zur Prävention negativer Arbeitsfolgen ist die Technik der „3 guten Dinge". Diese soll es erleichtern, Mitgefühl zu zeigen und die Bedeutung Ihrer Tätigkeit wertzuschätzen (Slavin et al. 2017). Bei der „3 gute Dinge"-Methode hat man täglich die Aufgabe, 3 gute Dinge, die einem an diesem Tag widerfahren sind, zu benennen. Dabei ist es wichtig, zu überlegen, welche Rolle man selbst dabei gespielt hat, diese Momente zu kreieren (Rippstein-Leuenberger et al. 2017). Somit wird der Fokus nicht nur auf die positiven Erlebnisse gelenkt, sondern auch der Sinn von Selbstwirksamkeit und der Fähigkeit, gute Dinge im eigenen oder Leben anderer zu erschaffen, gestärkt.

PRAXISTIPP

Gut zugänglich sind hierzu auch die Übungen von Dr. Kristin Neff, online abrufbar unter https://self-compassion.org/self-compassion-practices/ (Neff o. J.). Hier können Sie Ihr Selbstmitgefühl stärken. Denn dies ist der 1. Schritt, bevor Sie dieses auf Ihre Patienten übertragen können (Jefferies u. Lassetter 2019).

Weitere Methoden sind therapeutisches Briefschreiben, wobei man sich Ziele setzt und sich eine positive Zukunft ausmalt. Auch Meditationen werden angewandt (Raab 2014).

Empathie im klinischen Alltag anwenden

Wie ist also mit den Patienten umzugehen? In dem folgenden Modell von Riess und Kraft-Todd (2014), mit dem Akronym E. M. P. A. T. H. Y. benannt, soll ein Leitfaden angeboten werden, was das nonverbale Verhalten gegenüber dem Patienten betrifft. Gewisse Verhaltensweisen, wie beispielsweise die Berührung an der Schulter oder das Handhalten, die zwar im westlichen Kulturkreis tröstend wirken, aber in anderen Kulturen in diesem Zusammenhang unerwünscht sind, sind nicht enthalten. Dies gibt dem Modell auch kulturübergreifend Bedeutung (Riess u. Kraft-Todd 2014).

▶ **Tab. 1** beinhaltet eine deutsche Übersetzung der hilfreichen Adaptation von Jefferies und Lassetter (2019) zu diesem Modell und zeigt die zentralen Aspekte und Vorschläge zu deren Umsetzung auf.

▶ **Tab. 1** E. M. P. A. T. H. Y. – ein Tool zur Verbesserung der nonverbalen Kommunikation.

	E. M. P. A. T. H. Y.	Vorschläge/Empfehlungen
E	Augenkontakt (eye contact)	• Dieser hilft dem Patienten, sich wahrgenommen zu fühlen. • Er ist die Grundlage einer guten Arbeitsbeziehung. • Er aktiviert Hirnregionen, welche der Erkennung von Emotionen des Gegenübers dienen. • Drehen Sie sich bei der Visite um und schauen Sie den Patienten an, während Sie z. B. die elektronische Gesundheitsakte lesen. • Machen Sie sich die unterschiedlichen kulturellen Normen bezüglich Augenkontakt bewusst.
M	Gesichtsmuskulatur (muscles of facial expression)	• Sie kann tiefere Bedenken ausdrücken. • Üben Sie die Nachahmung des Gesichtsausdrucks der Patienten, um die Wahrnehmung Ihrer Empathie durch die Patienten zu verbessern.
P	Haltung (posture)	• Halten Sie sich auf Augenhöhe, um die Bindung zu stärken. • Beugen Sie sich mit nicht verschränkten Armen vor, um Offenheit zu zeigen. • Nicken Sie, um Ihre Wertschätzung des Patienten und Ihren Willen zur Kollaboration zu demonstrieren.
A	Affekt (affect)	• Schätzen Sie die Reaktion des Patienten ein, um seine Gefühle und seine Perspektive zu verstehen. • Fragen Sie den Patienten nach seinem emotionalen Zustand. • Achten Sie auf die Emotionen des Patienten, um ihm zu helfen, sich zufriedener und weniger nervös zu fühlen und Anweisungen zu befolgen.
T	Tonfall (tone of voice)	• Sprechen Sie in einer freundlichen, besorgten Tonlage. • Vermeiden Sie einen kontrollierenden Tonfall, da dieser mit Anklage assoziiert wird.
H	Hören des ganzen Patienten (hearing the whole patient)	• Achten Sie auf nonverbale Zeichen (Gesichtsausdruck und Affekt). • Achten Sie auf die Situation und die Aussagen des Patienten.
Y	Ihre Antwort (your response)	• Seien Sie neugierig und reflektiert, auch in Situationen mit schwierigen Patienten, die Ärger, Irritationen oder Distanzierung auslösen können. • Pausieren Sie einen Moment, um eine empathischere Haltung zu finden, was einen Rechtsstreit vermeiden könnte.

Originalquelle: Riess H, Kraft-Todd G. E. M. P. A. T. H. Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication between clinicians and their patients. Academic Medicine 2014; 89 (8): 1109–1110. Hier eigene Übersetzung ins Deutsche nach Jefferies V u. Lassetter J. Empathy for Provider and Patient. All Student Publications; 2019: 266

Autorinnen

Nina Schmitt
ist Bachelorstudentin im Fach Psychologie an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg. Sie arbeitet derzeit in der Abteilung für Translationale Soziale Neurowissenschaften an der Universitätsklinik Würzburg.

Prof. Dr. rer. nat. Grit Hein ist Psychologin, Neurowissenschaftlerin und Professorin für Translationale Soziale Neurowissenschaften an der Universität Würzburg. Sie forscht zu Empathie, sozialem Lernen und dem Einfluss sozialer Interaktionen auf die psychische und physische Gesundheit. Hein lebt mit ihrem Mann und zwei Söhnen in der Nähe von Würzburg.

Interessenskonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Literatur

[1] Batson CD. The altruism question: Toward a social-psychological answer. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1991

[2] Benzo RP, Kirsch JL, Nelson C. Compassion, Mindfulness, and the Happiness of Healthcare Workers. *EXPLORE 2017; 13*(3): 201–206. Im Internet. https://doi.org/10.1016/j.explore.2017.02.001; Stand: 03.11.2024

[3] Bourgault P, Lavoie S, Paul-Savoie E, Grégoire M, Michaud C, Gosselin E, Johnston CC. Relationship Between Empathy and Well-Being Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing 2015; 41*(4): 323–328. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.10.001; Stand: 03.11.2024

[4] Boyle D. Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 31.1.2011*. Im Internet: https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02; Stand: 03.11.2024

[5] Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry 2010: 17*(1); 65–74. Im Internet: https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x; Stand: 03.11.2024

[6] Cameron D, Cunningham W, Saunders B, Inzlicht M. *The ends of empathy: Constructing empathy from value-based choice*.

2017. Im Internet: https://doi.org/10.31234/osf.io/d99bp; Stand: 03.11.2024

[7] Cao X, Chen L. Relationships between resilience, empathy, compassion fatigue, work engagement and turnover intention in haemodialysis nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management 2021: 29*(5); 1054–1063. Im Internet: https://doi.org/10.1111/jonm.13243; Stand: 03.11.2024

[8] Casas RS, Xuan Z, Jackson AH, Stanfield LE, Harvey NC, Chen DC. Associations of medical student empathy with clinical competence. *Patient Education and Counseling 2017; 100*(4): 742–747. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.006; Stand: 03.11.2024

[9] Charitou A, Fifli P, Vivilaki V. Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals?: A review. *European Journal of Midwifery 2019; 3*(February): 4. Im Internet: https://doi.org/10.18332/ejm/100612; Stand: 03.11.2024

[10] Chen C, Chen YH, Cheng Y. (2022). Meta-analysis of functional neuroimaging and dispositional variables for clinical empathy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2022; 142:* 104874. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104874; Stand: 03.11.2024

[11] Clark MA, Robertson MM, Young S. "I feel your pain": A critical review of organizational research on empathy. *Journal of Organizational Behavior2019; 40*(2): 166–192. Im Internet: https://doi.org/10.1002/job.2348; Stand: 03.11.2024

[12] Dal Santo L, Pohl S, Saiani L, Battistelli A. (2013). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *Journal of Nursing Education and Practice 2013; 4*(2): 74. https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74; Stand: 03.11.2024

[13] Davis MH. Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology 1983, 44*(1), 113–126. Im Internet: https://psycnet.apa.org/record/1983-22418-001; Stand: 30.10.2024

[14] Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *The American Journal of Medicine 2020; 133*(5): 561–566. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012; Stand: 30.10.2024

[15] Decety J, Jackson PL. The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews 2004; 3*(2): 71–100. Im Internet: https://doi.org/10.1177/1534582304267187; Stand: 03.11.2024

[16] Decety J, Lamm C. Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience. *The Scientific World JOURNAL 2006; 6*: 1146–1163. Im Internet: https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221; Stand: 03.11.2024

[17] Dent J, Smeeton N, Whiting L, Watson T. The importance of recovery and staffing on midwives' emotional wellbeing: A UK national survey. *Midwifery 2024; 132*: 103961. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103961; Stand: 03.11.2024

[18] Doherty J, O'Brien D. Giving of the self and Midwife Burnout – An exploration of the consequences of being 'with woman' and how individual midwives can reduce or prevent burnout. *Women and Birth 2023; 36*(4): 349–356. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.002; Stand: 03.11.2024

[19] Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout Among U. S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U. S. Population: *Academic Medicine 2014; 89*(3): 443–451. Im Internet: https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134; Stand: 03.11.2024

[20] Germer CK, Neff KD. Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology* 2013; *69*(8): 856–867. Im Internet: https://doi.org/10.1002/jclp.22021; Stand: 03.11.2024

[21] Hein G, Engelmann JB, Vollberg MC, Tobler PN. How learning shapes the empathic brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences 2016; 113*(1): 80–85. Im Internet: https://doi.org/10.1073/pnas.1514539112; Stand: 03.11.2024

[22] Hein G, Silani G, Preuschoff K, Batson CD, Singer T. Neural Responses to Ingroup and Outgroup Members' Suffering Predict Individual Differences in Costly Helping. *Neuron 2010; 68*(1): 149–160. Im Interet: https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.09.003; Stand: 03.11.2024

[23] Hein G, Qi Y, Han S. The biological foundations and modulation of empathy. In *Social psychology: Handbook of basic principles*; 3 rd ed. The Guilford Press; 2021: 127–139

[24] Hojat M. *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. Berlin: Springer; 2007

[25] Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry 2002; 159*(9): 1563–1569. Im Internet: https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563; Stand: 03.11.2024

[26] Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. (2009). The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School: *Academic Medicine 2009; 84*(9): 1182–1191. Im Internet: https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55; Stand: 03.11.2024

[27] Hunter B, Warren L. Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery 2014; 30*(8): 926–934. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.010; Stand: 03.11.2024

[28] Hunter B, Warren L. Revisiting Resilience. *The Practising Midwife 2022:* 8–13. Im Internet: https://doi.org/10.55975/QCUX7735; Stand: 03.11.2024

[29] Jefferies V, Lassetter J. *Empathy for Provider and Patient*. Brigham Young Universitiy. All Student Publications 2019; 266. Im Internet: https://scholarsarchive.byu.edu/studentpub/266; Stand: 31.10.2024

[30] Jin Y, Wu Y, Li J. Midwife empathy and its association with the childbirth experience: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth 2022; 22*(1): 960. Im Internet: https://doi.org/10.1186/s12884-022-05309-3; Stand: 03.11.2024

[31] Moloney S, Gair S. Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Women and Birth 2015; 28*(4): 323–328. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.009; Stand: 03.11.2024

[32] Mottaghi S, Poursheikhali H, Shameli L. Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nursing Ethics 2020; 27*(2): 494–504. Im Internet: https://doi.org/10.1177/0969733019851548; Stand: 03.11.2024

[33] Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare 2020; 8*(1): 26. Im Internet: https://doi.org/10.3390/healthcare8010026; Stand: 03.11.2024

[34] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking action against clinician burnout: A systems approach to professional well-being. Washington, DC: The National Academies Press; 2019. Im Internet: https://doi.org/10.17226/25521; Stand: 03.11.2024

[35] Neff K. *Self-Compassion*. o. J. Im Internet: https://self-compassion.org/self-compassion-practices/; Stand: 03.11.2024

[36] Nembhard IM, David G, Ezzeddine I, Betts D, Radin J. A systematic review of research on empathy in health care. *Health Services Research 2023; 58*(2): 250–263. Im Internet: https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016; Stand: 03.11.2024

[37] Nilsson P. Are Empathy and Compassion Bad for the Professional Social Worker? *Advances in Social Work 2014; 15*(2): 294–305. Im Internet: https://doi.org/10.18060/17679; Stand: 03.11.2024

[38] Raab K. Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *Journal of Health Care Chaplaincy 2014; 20*(3): 95–108. Im Internet: https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876; Stand: 03.11.2024

[39] Rakel DP. Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold. *Fam Med 2009*; 41(7): 494–501

[40] Reddemann L Was ist Selbstfürsorge. o. J. Im Internet: https://www.selbstmitgefuehl-leben.ch/blank-y1mvj; Stand: 13.11.2024

[41] Richardson C, Percy M, Hughes J. Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse Education Today 2015; 35*(5): e1–e5. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.016; Stand: 03.11.2024

[42] Riess H. The Science of Empathy. *Journal of Patient Experience 2017; 4*(2): 74–77. Im Internet: https://doi.org/10.1177/2374373517699267; Stand: 03.11.2024

[43] Riess H, Kraft-Todd G. E. M. P. A. T. H. Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. *Academic Medicine 2014; 89*(8): 1108–1112. Im Internet: https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287; Stand: 03.11.2024

[44] Rippstein-Leuenberger K, Mauthner O, Bryan Sexton J, Schwendimann R. A qualitative analysis of the Three Good Things intervention in healthcare workers. *BMJ Open 2017; 7*(5): e015826. Im Internet: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015826; Stand: 03.11.2024

[45] Robieux L, Karsenti L, Pocard M, Flahault C. Let's talk about empathy! *Patient Education and Counseling 2018; 101*(1): 59–66. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.024; Stand: 03.11.2024

[46] Roling G, Lutz G, Edelhäuser F, Hofmann M, Valk-Draad MP, Wack C, Haramati A, Tauschel D, Scheffer C. Empathy, well-being and stressful experiences in the clinical learning environment. *Patient Education and Counseling 2020; 103*(11): 2320–2327. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.025; Stand: 03.11.2024

[47] Russell M, Brickell M. The "Double-Edge Sword" of Human Empathy: A Unifying Neurobehavioral Theory of Compassion Stress Injury. *Social Sciences 2015; 4*(4): 1087–1117. Im Internet: https://doi.org/10.3390/socsci4041087; Stand: 03.11.2024

[48] Singer T, Lamm C. The Social Neuroscience of Empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences 2009; 1156*(1): 81–96. Im Internet: https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x; Stand: 03.11.2024

[49] Slavin S, Shoss M, Broom MA. A Program to Prevent Burnout, Depression, and Anxiety in First-Year Pediatric Residents. *Academic Pediatrics 2017; 17*(4): 456–458. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.12.016; Stand: 03.11.2024

[50] Smith KE, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: Evidence for positive changes. *Medical Education 2017; 51*(11): 1146–1159. Im Internet: https://doi.org/10.1111/medu.13398; Stand: 03.11.2024

[51] Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. 2 nd ed. Pocatello; 2010. ID: ProQOL.org. Im Internet: https://proqol.org/proqol-manual; Stand: 03.11.2024

[52] Triffaux JM, Tisseron S, Nasello JA. Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *L'Encéphale 2019; 45*(1): 3–8. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.05.003; Stand: 03.11.2024

[53] Turan I, Unver H. Effect of Professional Ownership on Compassion Fatigue and Quality of Life among Midwives. *The Eurasia Proceedings of Health, Environment and Life Sciences 2022; 1*: 17–22. Im Internet: https://doi.org/10.55549/ephels.18; Stand: 03.11.2024

[54] Warner LM. *Resilienz. Dorsch Lexikon der Psychologie 2022*. Im Internet: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/resilienz; Stand: 03.11.2024

[55] Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education. *Nurse Education Today 2010; 30*(8): 752–755. Im Internet: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018; Stand: 03.11.2024

[56] *World Health Organization (WHO). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. (online publiziert am 28. May 2019). Im Internet: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases; Stand: 03.11.2024

[57] Xie J, Yang H, Xia X, Yu S. (2018). The Influence of Medical Professional Knowledge on Empathy for Pain: Evidence From fNIRS. *Frontiers in Psychology 2018; 9*: 1089. Im Internet: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01089; Stand: 03.11.2024

[58] Yang N, Xiao H, Cao Y, Li S, Yan H, Wang Y. Influence of oncology nurses ’ empathy on lung cancer patients ’ cellular immunity. *Psychology Research and Behavior Management 2018; 11*: 279–287. Im Internet: https://doi.org/10.2147/PRBM.S168649; Stand: 03.11.2024

[59] Zhou Y, Han S, Kang P, Tobler PN, Hein G. (2024). The social transmission of empathy relies on observational reinforcement learning. *Proceedings of the National Academy of Sciences 2024; 121*(9): e2313073121. Im Internet: https://doi.org/10.1073/pnas.2313073121; Stand: 03.11.2024

Bibliografie

CNE.fortbildung 2025; 18: 2–16
DOI 10.1055/a-2421-1773
ISSN 2190-3034
© 2025. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany