

Aus der Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,  
Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften  
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller  
am Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie  
der Universität Würzburg  
Vorstand: Univ.-Prof. Dr. med. Peter U. Heuschmann, MPH

**Trost im Klinikalltag**  
**Eine qualitative Untersuchung zur Sterbebegleitung**

Inaugural – Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der  
Medizinischen Fakultät  
der  
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von  
Anna-Katharina Hochreuter  
aus Ansbach

Würzburg, April 2016

**Referent:** apl. Prof. Dr. med. Karl-Ernst Bühler

**Koreferent:** Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

**Dekan:** Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Frosch

**Tag der mündlichen Prüfung: 25. Oktober 2016**

**Die Promovendin ist Ärztin.**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Kommunikation zwischen Arzt und Patient .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Trost als essentielle Aufgabe in der Medizin .....</b>	<b>8</b>
3.1 Definition Trost .....	8
3.1.1 Echter und falscher Trost.....	8
3.1.2 Bedeutung der Sprache .....	10
3.1.3 Richtiges Trösten .....	12
3.2 Der Arzt als Tröster .....	15
3.2.1 Übermittlung einer Krebsdiagnose und Begleitung der betroffenen Patienten.....	16
3.2.2 Begleitung sterbender Patienten.....	24
3.2.3 Begleitung der Angehörigen eines sterbenden Patienten .....	33
3.2.4 Prädisponierende Merkmale zum Trösten .....	37
3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit beim Trösten.....	38
3.3.1 Seelsorger .....	39
3.3.2 Psychologen .....	39
3.3.3 Sozialarbeiter .....	40
3.3.4 Pflegepersonal .....	40
3.3.5 Palliativmedizin .....	42
3.4 Fragestellungen.....	43
<b>4. Material und Methoden.....</b>	<b>46</b>
4.1 Experteninterviews .....	46
4.2 Grounded Theory .....	47

4.3	Sampling.....	52
4.4	Durchführung der Interviews.....	54
4.5	Setting .....	55
4.6	Auswertung.....	56
<b>5.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>58</b>
5.1	Typische und atypische Sterbesituationen Normalstation .....	58
5.2	Typische und atypische Sterbesituationen Palliativstation .....	59
5.3	Sterbebegleitung Normalstation .....	60
5.3.1	Begleitung des Patienten aus Sicht der Pflegekräfte .....	61
5.3.2	Begleitung des Patienten aus Sicht der Ärzte .....	63
5.3.3	Begleitung der Angehörigen aus Sicht der Pflegekräfte.....	64
5.3.4	Begleitung der Angehörigen aus Sicht der Ärzte .....	66
5.4	Sterbebegleitung Palliativstation.....	68
5.4.1	Begleitung des Patienten aus Sicht der Pflegekräfte .....	68
5.4.2	Begleitung des Patienten aus Sicht der Ärzte .....	70
5.4.3	Begleitung der Angehörigen aus Sicht der Pflegekräfte.....	71
5.4.4	Begleitung der Angehörigen aus Sicht der Ärzte .....	73
5.5	Zeitliche Rahmenbedingungen Normalstation .....	74
5.5.1	Zeitliche Rahmenbedingungen der Pflegekräfte für den Patienten.....	74
5.5.2	Zeitliche Rahmenbedingungen der Ärzte für den Patienten..	76
5.5.3	Zeitliche Rahmenbedingungen der Pflegekräfte für die Angehörigen.....	77
5.5.4	Zeitliche Rahmenbedingungen der Ärzte für die Angehörigen.....	78
5.6	Zeitliche Rahmenbedingungen Palliativstation .....	79

5.6.1	Zeitliche Rahmenbedingungen der Pflegekräfte für den Patienten.....	79
5.6.2	Zeitliche Rahmenbedingungen der Ärzte für den Patienten..	83
5.6.3	Zeitliche Rahmenbedingungen der Pflegekräfte für die Angehörigen.....	84
5.6.4	Zeitliche Rahmenbedingungen der Ärzte für die Angehörigen.....	84
5.7	Personelle Voraussetzungen Normalstation.....	85
5.7.1	Personelle Voraussetzungen der Pflegekräfte für den Patienten.....	85
5.7.2	Personelle Voraussetzungen der Ärzte für den Patienten ....	85
5.7.3	Personelle Voraussetzungen der Pflegekräfte für die Angehörigen.....	86
5.7.4	Personelle Voraussetzungen der Ärzte für die Angehörigen	87
5.7.5	Personelle Voraussetzungen von Seiten der Seelsorge und Psychologen für Patienten und Angehörige .....	87
5.8	Personelle Voraussetzungen Palliativstation.....	88
5.8.1	Personelle Voraussetzungen der Pflegekräfte für den Patienten.....	88
5.8.2	Personelle Voraussetzungen der Ärzte für den Patienten ....	89
5.8.3	Personelle Voraussetzungen der Pflegekräfte für die Angehörigen.....	89
5.8.4	Personelle Voraussetzungen der Ärzte für die Angehörigen	90
5.8.5	Personelle Voraussetzungen von Seiten der Seelsorge und Psychologen für Patienten und Angehörige .....	90
5.9	Räumliche Bedingungen Normalstation .....	90
5.10	Räumliche Bedingungen Palliativstation.....	92

5.11	Ausbildung und Weiterbildung Normalstation .....	94
5.11.1	Ausbildung Pflegekräfte .....	94
5.11.2	Ausbildung Ärzte.....	95
5.11.3	Weiterbildung Ärzte.....	96
5.12	Ausbildung und Weiterbildung Palliativstation .....	96
5.12.1	Palliativweiterbildung für Pflegekräfte .....	96
5.12.2	Ausbildung Pflegekräfte .....	97
5.12.3	Palliativweiterbildung für Ärzte.....	97
5.12.4	Ausbildung Ärzte.....	98
5.13	Lösungsansätze aus Sicht der Experten .....	98
5.13.1	Würdevolles Sterben Normalstation.....	98
5.13.2	Lösungsansätze Normalstation.....	100
5.13.3	Würdevolles Sterben Palliativstation.....	103
5.13.4	Lösungsansätze Palliativstation .....	104
<b>6.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>106</b>
6.1	Gegenüberstellung der untersuchten Stationen .....	106
6.2	Schlussfolgerungen für die Praxis .....	112
6.3	Vor- und Nachteile der Untersuchung .....	114
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>117</b>
<b>8.</b>	<b>Quellenverzeichnis .....</b>	<b>119</b>
8.1	Literaturverzeichnis .....	119
8.2	Internetquellen.....	129
	<b>Anhang.....</b>	<b>132</b>
	<b>Lebenslauf</b>	

## Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
DKH	Deutsche Krebshilfe e. V.
IAN	Interview Arzt Normalstation
IAP	Interview Arzt Palliativstation
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases
IPN	Interview Pflegekraft Normalstation
IPP	Interview Pflegekraft Palliativstation
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Im Folgenden wird aus Gründen der erleichterten Lesbarkeit in der Regel die männliche Form verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

## 1. Einleitung

***„Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours.“***

Dieser französische Aphorismus, zu Deutsch „Manchmal heilen, oft lindern, immer trösten“, welcher wahrscheinlich aus dem 16. Jahrhundert stammt und auf keine konkrete Quelle zurückgeführt werden kann, beschreibt sehr gut die ärztliche Aufgabe der ganzheitlichen Patientenbetreuung.

In der heutigen modernen Medizin haben sich technisch so viele Möglichkeiten entwickelt, dass selbst schwerstkranke Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, für die es vor einigen Jahren noch keinerlei Aussicht auf Rettung gegeben hätte, auf Rekonvaleszenz hoffen dürfen (Mishra 2016). Das Vorliegen einer nicht heilbaren chronischen Erkrankung oder der drohende Tod eines Patienten wird von Ärzten deshalb in der Annahme, dass für den Patienten von medizinischer Seite nichts mehr getan werden kann, häufig als Versagen und persönliche Niederlage erlebt (Aase et al. 2008; Whitehead 2014).

Im Mittelalter wurde Medizin als „ars iatrike“, also ärztliche Kunst und „ars agapatike“, d. h. Kunst der liebenden Zuwendung verstanden (Fischer 2007). Diese Definition spiegelt die Auffassung wider, dass ärztliches Handeln nur durch das Zusammenwirken von professionellen Fachkenntnissen und Fähigkeiten einerseits und menschlich-seelsorgerlicher Unterstützung andererseits gelingen kann. Dieses Verständnis sollte auch in der heutigen, modernen Medizin wieder einen Platz finden, um dem einzigartigen Verhältnis zwischen Arzt und Patient in den Grenzsituationen des Lebens gerecht zu werden. Voraussetzung dafür ist das Bewusstsein, dass die Aufgabe des Arztes nicht nur darin besteht, Patienten zu heilen, sondern in erster Linie Leiden zu lindern und Trost zu spenden. Auch wenn kein kuratives Behandlungsziel besteht, kann für den einzelnen Patienten noch viel getan werden (Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e. V. (DKH) 2015; Maio 2012). Das oben zitierte Sprichwort setzt den Trost sogar in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns.



Schwerstkranke und sterbende Menschen erwarten von dem behandelnden Arzt nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Unterstützung (Fagerlind et al. 2012). Deshalb soll zunächst Trost als ärztliche Aufgabe näher dargestellt werden. Grundlage dafür bildet die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Ferner wird der Unterschied zwischen echtem und falschem Trost erläutert. Die Bedürfnisse unheilbar kranker und sterbender Patienten und ihrer Angehörigen und der adäquate Umgang damit werden auf der Basis wissenschaftlicher Daten veranschaulicht. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Stellenwert von Trost im Umgang mit Patienten und Angehörigen aufzuzeigen und mittels einer empirischen Untersuchung zur Sterbebegleitung festzustellen, wie dies in der Realität im Klinikalltag umgesetzt wird. Dafür werden Sterbesituationen auf zwei unterschiedlichen Stationen mit und ohne spezifische Sterbebegleitung in einem großen Krankenhaus der Schwerpunktversorgung gegenübergestellt. Anhand von Experteninterviews wird rekonstruiert, wie die Begleitung von Patient und Angehörigen in dieser Extremsituation aussieht und Trost stattfindet. Außerdem werden die personellen, räumlichen und zeitlichen Sterbebedingungen näher analysiert. Das Ziel der empirischen Untersuchung ist die Feststellung von Ist-Zuständen und die qualitative Beurteilung unterschiedlicher Sterbebedingungen im Krankenhaus. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, inwieweit palliativmedizinische Grundsätze der Sterbebegleitung seit Etablierung der Palliativmedizin in der modernen deutschen Medizin vor ca. 30 Jahren auch auf Allgemeinstationen umgesetzt werden bzw. welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um dies zu ermöglichen.

Die Gießener Studie zum Thema Sterben im Krankenhaus aus dem Jahr 2014 hatte für Aufsehen gesorgt, da Ärzte ihre mangelnde Ausbildung im Umgang mit Sterbenden kritisierten (George et al. 2014). Die vorliegende Arbeit soll Erkenntnisse generieren, die dazu genutzt werden können, die Begleitung von Patienten, vor allem aber präfinaler Patienten, zu verbessern.

Im Rahmen des Festgottesdienstes des Examensjahrgangs Herbst 2013 der Universität Würzburg verlas eine Kommilitonin folgende selbst formulierte Fürbitte: „Wir als junge Ärzte werden täglich mit Verzweiflung, Krankheit und

Tod zu tun haben. Hilf uns, dass wir den Kranken, für die wir verantwortlich sind, mehr als nur medizinische Hilfe geben können und für sie da sind.“ Dies spiegelt das Bewusstsein einer jungen Generation von Medizinerinnen wider, dass zum Arztsein neben medizinischen Fachkenntnissen auch eine umfassende, menschliche und empathische Begleitung des Patienten gehört.

## 2. Kommunikation zwischen Arzt und Patient

„Im Lauf des Berufslebens führt eine Ärztin / ein Arzt ca. 200.000 medizinische Gespräche.“ (Menz et al. 2008, S. 6) Dies kann bis zu 80 % des ärztlichen Handelns ausmachen. Diese Zahlen spiegeln den Stellenwert des Gesprächs zwischen Arzt und Patient in der täglichen Praxis wider. Trotz dieser alltäglichen Routine in der ärztlichen Kommunikation sind nach Schweickhardt und Fritzsche (2009), Dorf Müller (2001) und Menz et al. (2008) dabei einige Grundsätze zu beachten. Dazu gehört, dass jedes Arzt-Patient-Gespräch vorbereitet sein sollte, d. h. der Arzt muss dafür sorgen, dass die Besprechung in ruhiger Umgebung möglichst ohne Unterbrechung von außen stattfinden kann. Gegebenenfalls kann ein „Bitte nicht stören“-Schild an die Tür angebracht werden. Auch wenn es selbstverständlich ist, sollte nicht vergessen werden, den Patienten mit Handschlag zu begrüßen, ihn mit seinem Namen anzusprechen und sich selbst namentlich und mit Funktion vorzustellen. Falls das Gespräch im Patientenzimmer geführt wird, kann der Arzt sich einen Stuhl ans Krankenbett holen, um mit dem Patienten auf gleicher Augenhöhe zu sein. Wenn die Unterredung an einem Schreibtisch stattfindet, sitzen sich die beiden Gesprächspartner möglichst gegenüber. Nach der Vorstellung teilt der Arzt den vorhergesehenen Gesprächsinhalt (z. B. Besprechung von Laborbefunden etc.) sowie den angedachten Zeitrahmen für das Gespräch mit (Dorf Müller 2001; Menz et al. 2008; Schweickhardt und Fritzsche 2009). Die Sprachwissenschaftlerin Lalouschek empfiehlt, das

„routinemäßig ‚im Kopf‘ zur Verfügung stehende Gesprächsablaufschemata für die PatientInnen transparent zu machen, d. h. jeden Unterabschnitt mit einer entsprechenden kurzen und verständlichen Standardformulierung einzuführen, so dass den PatientInnen die Fragen nicht wie beliebige Themensprünge erscheinen“ (Lalouschek 2004, S. 145).

Dies fördere „eindeutige, transparente und reibungslose Gesprächsverläufe“ (Lalouschek 2004, S. 145). Missverständnisse und unnötige Wiederholungen werden vermieden.

Weiterhin gilt es, die von Carl Rogers entwickelten Grundsätze der klientenzentrierten Gesprächstherapie umzusetzen. Diese lauten Empathie, Kongruenz und bedingungslose positive Wertschätzung. Rogers versteht unter

Empathie, „den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Position aufzugeben“ (Rogers 1989, S. 37). Es bedeutet das Einfühlen in den Gesprächspartner, das Wahrnehmen und Aufgreifen seiner Emotionen. Von Voss fordert als zentrale Grundhaltung im Arzt-Patient-Gespräch „mehr Zeit generell für empathisches Mitschwingen“ (Voss von, S. 96). Kongruenz drückt Echtheit, also „Man-Selbst-Sein“ aus. Der Arzt lässt seine eigenen Emotionen sichtbar werden und zeigt sich als Mensch, nicht nur in seiner Rolle als Mediziner. Das dritte Element der klientenzentrierten Gesprächstherapie, die bedingungslose positive Wertschätzung, nimmt den Patienten so an, wie er ist, mit seinen Schwächen und Eigenarten. Sie beinhaltet die Akzeptanz und das Respektieren der Meinungen, Einstellungen und Haltungen des Gegenübers, auch wenn sie nicht den eigenen entsprechen. Diese drei von Rogers etablierten Elemente fördern eine tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patient. Der Patient fühlt sich als individuelle Person wahr- und angenommen und baut Vertrauen zum Arzt auf (Rogers 1989).

Zwischen Arzt und Patient besteht hinsichtlich des medizinischen Wissens und des Grades der Informiertheit ein Gefälle. Deshalb erwartet der Patient, dass der Arzt sich Zeit nimmt und ihn in ehrlicher, verständlicher Art und Weise über seine Erkrankung und mögliche Therapieoptionen aufklärt (Engelke 2012; Schweickhardt und Fritzsche 2009). Laut einer Studie von Nease und Brooks haben besonders weibliche, jüngere Patienten mit einem hohen Bildungsgrad einen großen Wunsch nach Informationsvermittlung durch den behandelnden Arzt und Teilnahme an der Entscheidungsfindung (Nease und Brooks 1995). Zunächst muss jedoch immer erfragt werden, inwieweit der Patient überhaupt Aufklärung wünscht (Kowarowsky 2011; Tulsy 2005). Nicht jeder Betroffene möchte umfassend über seine Krankheit Bescheid wissen und bei Therapieentscheidungen mitwirken. Im Laufe des Gesprächs sollte immer wieder nachgefragt werden, ob der Patient alles verstanden hat oder bestimmte Punkte noch genauer erläutert haben möchte.

Die medizinische Soziologie stellt drei Modelle der Arzt-Patient-Beziehung auf. Im paternalistischen Modell liegt die Entscheidungshoheit beim Arzt. Der Mediziner gibt nur selektierte Informationen an den Patienten weiter, um ihn in der Wahl der seiner professionellen Meinung nach richtigen Therapie zu lenken und zu bestärken. Beim Konsumentenmodell hingegen wird der Patient über alle infrage kommenden Krankheitsbilder, Vor- und Nachteile diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten informiert, so dass er selbst eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen kann, die der Arzt dann umsetzt. Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) hingegen erkennt Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner an, die zusammen eine Entscheidung treffen. Der Patient bringt dabei auch seine subjektiven Behandlungswünsche und persönlichen Bedürfnisse ein (Charles et al. 1997).

Laut der sogenannten PIA-Studie (Patienteninformation in der Allgemeinmedizin), in der 1120 allgemeinmedizinische Patienten hinsichtlich ihres Einflusses auf Therapieentscheidungen befragt wurden, gab eine deutliche Mehrheit von 76 % an, an dem Entschluss teilhaben zu wollen. Lediglich 6 % möchten die Entscheidung allein dem Arzt überlassen (Isfort et al. 2004). In Modellprojekten wurde eine Unterweisung von Hausärzten und ihren Helferinnen im Bereich Shared Decision Making erprobt. Diese war in der täglichen Praxis gut umsetzbar und wurde positiv bewertet (Vahlbruch et al. 2004). Eine solche partnerschaftliche Zusammenarbeit bildet die Grundlage für hohe Patientenzufriedenheit und Vertrauen gegenüber dem behandelnden Arzt. Dies wiederum ist die Voraussetzung für eine gute Compliance des Patienten. Patienten haben bestimmte Vorstellungen und Erwartungen von einem Arztbesuch und dem Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Neben großem medizinischem Fachwissen sollte auch Menschlichkeit im Umgang mit dem Patienten einen hohen Stellenwert einnehmen. Dazu gehört beispielsweise, sich ausreichend Zeit für den einzelnen Patienten zu nehmen, ihm zuzuhören und seine subjektiven Ansichten und Bedürfnisse nicht einfach zu übergehen (Lown 2004; Ravazi und Delvaux 1997).

Ein Hausarzt in Deutschland hat im Durchschnitt 7,8 Minuten Zeit pro Patient zur Verfügung (Koch et al. 2007). In dieser kurzen Zeit muss er die gesundheitliche Problematik des Patienten erfassen und einschätzen, ob ein abwendbar gefährlicher Verlauf vorliegt. Unter Zeitdruck stehend wird der Patient zu Gesprächsbeginn meist schon nach 15-20 Sekunden durch eine Nachfrage unterbrochen (Schweickhardt und Fritzsche 2009). Dabei zeigte eine Studie aus der Schweiz (Langewitz et al. 2002), dass Patienten für ihre Darstellung des aktuellen Vorstellungsgrundes beim Arzt im Durchschnitt nur 92 Sekunden brauchten. Dies verdeutlicht, dass es keinesfalls zu viel Zeit in Anspruch nimmt, den Patienten zu Beginn der Beratung erst einmal frei erzählen zu lassen. Dadurch fühlt sich der Patient ernst genommen und kann seine persönlichen Anliegen und Fragen vorbringen. Dieses freie Erzählen kann durch aktives Zuhören von Seiten des Arztes unterstützt werden, z. B. durch Nicken, Bestätigungslaute oder ein kurzes „Verstehe“ (Langewitz et al. 2002). Die Ausführungen zeigen, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ein hochkomplexer Themenbereich ist. Schon Kafka schrieb 1918 in seiner Erzählung „Ein Landarzt“: „Rezepte schreiben ist leicht, aber im Übrigen sich mit den Leuten verständigen, ist schwer.“ (Kafka 1920, S. 21) Mehrere Studien (Tulsky 2005; Vahlbruch et al. 2004) konnten aber zeigen, dass die Kommunikationsfähigkeit von Ärzten erlernt, trainiert und verbessert werden kann. Deshalb sollten das Erlernen von Grundlagen der ärztlichen Kommunikation und der Umgang mit Patienten bereits in der Ausbildung junger Mediziner einen hohen Stellenwert einnehmen.

### **3. Trost als essentielle Aufgabe in der Medizin**

#### **3.1 Definition Trost**

„Trost wird dort benötigt, wo ein Mensch in irgendeiner Art und Weise Leid erfuhr, gekränkt oder verletzt wurde.“ (Schäfer 2009, S. 12)

Zunächst sollen die Etymologie und der Bedeutungsinhalt des Wortes *Trost* geklärt werden. Das Wort *Trost* stammt aus dem Althochdeutschen und bedeutet „seelischer Halt, Zuversicht, Ermutigung im Leid“ (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften 1993, o. S.). Nach dem Deutschen Wörterbuch von Jakob und Wilhelm Grimm ist es auch im Altnordischen und Gotischen vorhanden. Altnordisch ‚traust‘ bedeutet Sicherheit, Zuversicht, Mut, Hilfe, Schutz. Das gotische ‚trausti‘ meint Vertrag, Bündnis und wurde aus der indogermanischen Wortwurzel ‚deru‘ oder ‚dreu‘, die die Bedeutung Kernholz (eigentlich Eiche), Festigkeit trägt, abgeleitet (Grimm und Grimm, 2001).

Aus derselben Wurzel stammt das Wort *treu*, also „unveränderlich fest, anhänglich, zuverlässig“ (Kluge 2002, S. 932). Die etymologische Abstammung spiegelt sich auch im Bedeutungszusammenhang mit Festigkeit wider. Trösten heißt also jemandem *treu* zu sein, ihn zu festigen durch das gemeinsame Bündnis. Diese frühe Bedeutung ‚Festigkeit‘ entwickelt sich aktivisch verstanden zum Bedeutungsinhalt Gewähren bzw. Empfangen von Festigkeit durch eine Handlung, z. B. Hilfe oder Zuspruch. Passivisch drückt es das Empfinden von Festigkeit im Sinne von Zuversicht, Sicherheit und Vertrauen aus.

Gegenwärtig wird unter Trost „seelischer Halt, seelische Unterstützung“ verstanden (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften 1993, o. S.).

##### **3.1.1 Echter und falscher Trost**

Der zu Tröstende kann nur dort Trost erfahren, wo auch echter Trost stattfindet. Es kann passieren, dass man dem Leidenden – sei es aus Ahnungslosigkeit oder aus Sprachlosigkeit heraus – mit nicht angebrachten Gesten und Worten begegnet. Dieser kann sich dadurch sehr verletzt fühlen. Hier gilt es, feinfühlig

zu sein und als Begleiter sorgfältig auf seine Worten und Taten zu achten, denn „der falsche Umgang mit Leid führt zu weiterem Leid“ (Schäfer 2009, S. 13). Witt-Loers (2010) beschreibt, wie Angehörige eines kürzlich Verstorbenen durch das Verhalten ihrer Umwelt soziale Isolation erfahren: Aus Unsicherheit heraus meiden sie die Trauernden. Sie scheuen sich vor dem Kontakt mit den Angehörigen und wechseln z. B. die Straßenseite, wenn sie ihnen zufällig begegnen. Einige Personen sprechen auch aus falschem Taktgefühl einfach nicht mehr über den Toten, als wäre er nie da gewesen. Natürlich bleibt den Betroffenen ein solches Verhalten nicht verborgen und sie fühlen sich zurückgewiesen und in ihrer Trauer allein gelassen (Witt-Loers 2010).

Worden empfiehlt, Trauernde zum Erzählen anzuregen und ihnen zuzuhören. Um das Gespräch zu eröffnen, könnte der Begleiter z. B. fragen, wie es dem Gegenüber nach dem Tod eines ihm Nahestehenden geht. Das gibt dem Trauernden die Möglichkeit zu erzählen, was er erzählen möchte (Worden 2009). Er bekommt das Gefühl vermittelt, dass der Andere Interesse an ihm hat. Die Frage „Geht es dir immer noch schlecht?“ hingegen impliziert die Annahme, dass der Trauernde sein Leid doch langsam überwunden haben sollte. Dadurch kann sich der Angesprochene unter Druck gesetzt fühlen. Als Begleiter sollte man dem Trauernden den Druck nehmen, die Dinge in einer bestimmten Zeit verarbeitet haben zu müssen (Schäfer 2009).

Vorausblickende Umwertungen von Verlusten, wie „Wer weiß, was ihm/ihr erspart geblieben ist“ sollten vermieden werden. Hilfreicher für den Trauernden ist es, das Leid in seiner Größe stehenzulassen und anzuerkennen: „Das muss doch furchtbar schmerzhaft für dich sein.“ (Lammer 2014)

Auch allgemeine Zukunftsvertröstungen wie „Nach schlechten Zeiten kommen auch wieder gute“ oder „Die Zeit heilt alle Wunden“ sind unangebracht. Der Leidende wird sich nicht ernstgenommen fühlen. Man könnte z. B. sagen: „Du kannst dir im Augenblick sicher nicht vorstellen, je wieder zu lachen. Ich glaube aber fest daran und wünsche dir, bald diese Erfahrung machen zu können.“ (Schäfer 2009, S. 112) Mit dieser Aussage vermittelt der Begleiter einerseits Verständnis für die Situation des Leidenden, andererseits aber auch den Wunsch und die Hoffnung, dass er das Leid überwinden können wird.



Der zu Tröstende kann durch konkrete Hilfsangebote des Begleiters Entlastung erfahren (Lammer 2014). Dadurch spürt er, dass er mit seinem Leid und seiner Trauer nicht alleine zurechtkommen muss. Lammer rät weiterhin dazu, einen Trauernden darin zu bestärken, seine Ressourcen zu aktivieren. Gemeinsam können Personen oder Dinge erarbeitet werden, die bereits in der Vergangenheit Unterstützung geboten haben. Dies ist für ihn hilfreicher, als durch Aussagen wie „Du musst nach vorne blicken. Das Leben geht weiter.“ nur an seine Selbstheilungskräfte erinnert zu werden (Lammer 2014).

„Floskeln lassen Trauernde noch hilfloser zurück, als sie es vorher waren, denn sie sind ein Schutzschild für diejenigen, die sie von sich geben. Und sie machen deutlich, dass die Mitmenschen, von denen sich Trauernde Hilfe erhoffen, entweder nicht willens oder nicht in der Lage sind, wirklich zu helfen.“ (Scheuring 2001, S. 158)

Das folgende Gedicht von Flemming fasst die Merkmale von echtem Trost zusammen (Flemming 1993, S. 13):

*trost*

*als ich weinte*  
*in deinen armen*  
*hast du nicht*  
*versucht, meine tränen zu stillen,*  
*du hast mich festgehalten,*  
*damit ich weiter*  
*weinen konnte*  
*als allein.*

*so*  
*hast du mir geholfen.*

### **3.1.2 Bedeutung der Sprache**

Im Folgenden wird die Bedeutung der Sprache und der Ausdrucksweise für das Trösten aufgezeigt.

Schäfer weist darauf hin, im Gespräch mit Trauernden Appelle wie „Du musst nach vorne schauen!“, „Sei nicht traurig!“ oder „Weine nicht!“ zu vermeiden, da sie den Angesprochenen unter Handlungsdruck setzen. Der Sprecher erwartet von ihm ein bestimmtes Verhalten, das er umgehend zu erfüllen hat (Schäfer 2009). Auch Lammer plädiert dafür, keine Forderungen an den zu Tröstenden zu stellen, denn diese stellen eine zusätzliche Last in seinem Schmerz dar. Im Umgang mit Leidenden sollte jedoch alles getan werden, um diese zu entlasten und das Leid zu lindern (Lammer 2014). Dies gilt gleichermaßen für Aussagen, die als Bitten formuliert werden. Auch diese drücken meist eine Erwartungshaltung aus. Statt „Ziehe dir bitte nicht ständig diese schwarzen Sachen an“ kann der Begleiter zum Beispiel sagen: „Ich wünsche dir, dass du bald wieder farbige Sachen anziehen kannst“ (Schäfer 2009, S. 53). Mit diesem Wunsch drückt der Sprecher die gleiche Botschaft aus, jedoch nimmt er gleichzeitig ein Stück Ballast vom zu Tröstenden, indem er klar macht, dass von diesem keine aktive Handlung erwartet wird. Das Gleiche gilt für den Satz: „Ich hoffe, dass es dir bald wieder besser geht.“ Auch dieser impliziert eine Forderung an den Leidenden. Besser wäre hier der Wunsch: „Ich wünsche, dass es dir dann besser geht.“ (Schäfer 2009, S. 59)

Ebenso wichtig ist die Wahl der Ausdrucksweise. So kann der Begleiter sich je nach Situation zuversichtlich bis neutral ausdrücken. Eine sehr hoffnungsvolle Aussage ist beispielsweise: „Ich wünsche ihnen [sic], dass sie [sic] bald wieder nach Hause können.“ Eher neutral hingegen: „Ich wünsche ihnen, dass sie sich bald besser fühlen.“ Bei sicherem Tod kann der Tröster auch formulieren: „Ich wünsche ihnen, dass sie noch alles Ihnen Wichtige regeln können.“ (Schäfer 2009, S. 57 f.)

Manchmal tragen sowohl der Leidende als auch seine Angehörigen noch Hoffnung in sich, während der Tod für den Begleiter schon unausweichlich scheint. Dann gilt es als Begleiter, diese Hoffnung mitzutragen, denn „so fühlen sie [die Angehörigen, A.-K. H.] sich nie allein“ (Schäfer 2009, S. 58). Auch Lammer rät dazu, als Begleiter die Reaktionen der Betroffenen anzuerkennen und ihnen nicht die eigene Haltung aufzuzwängen (Lammer 2014).

### 3.1.3 Richtiges Trösten

Die „Überlegung, *wer als Tröster* in diesem speziellen Fall wirklich *gefragt und geeignet ist*“ (Langenhorst 2005, S. 35), ist eine essentielle Voraussetzung für das Trösten. Angehörige oder Menschen, die dem Trauernden sehr nahe stehen, können nicht dazu geeignet sein, wenn sie selbst Trost und Beistand benötigen und zu sehr mit ihrem eigenen Kummer beschäftigt sind. Geeignete Begleiter können Freunde, Bekannte, Nachbarn oder auch „professionelle Helfer“, wie zum Beispiel Seelsorger oder Psychologen, sein (Langenhorst 2005).

Sowohl der zu Tröstende als auch der Tröster müssen „bereit sein“ (Norberg et al. 2001, S. 544), bevor Trost stattfinden kann. Begleiten bedeutet bereit zu sein, dem Trauernden Zeit und Raum einzuräumen und für ihn zur Verfügung zu stehen. Auch Feiter benennt „da zu sein – sich die Zeit zu nehmen, um da zu sein und zuzuhören und unter Umständen auch nur gemeinsam zu schweigen“ als Fundament des Trostes (Feiter 2006, S. 159). Der Begleiter lässt den Trauernden spüren, dass er nicht alleine ist. Indem der Trauernde sein Leid und seinen Schmerz ausdrückt, zeigt er seinem Gegenüber, dass auch er bereit ist. Jetzt kann eine Gemeinschaft entstehen, in der Platz für Trost ist und in der Vertrauen wächst. In dieser kann der Leidende seine Gefühle und den Grund für sein Leid offenbaren. Der Begleiter wiederum zeigt ihm, dass er mit all seinen Klagen und seinem Schmerz angenommen ist und keinesfalls – weder positiv noch negativ – beurteilt wird (Norberg et al. 2001). Der Begleiter muss sich von der Situation des Anderen wirklich treffen lassen, er muss von dessen Trauer betroffen sein. Indem der Tröster Trauer, die er bereits selbst erlebt hat, mit der Trauer des zu Tröstenden assoziiert, kann er dessen Leid verstehen und ihm so nahe sein (Jülicher 1999). Das heißt nicht, dass der Begleiter jedes Leid selbst erfahren haben muss. Er kann beispielsweise die Asthenie eines Krebskranken nachempfinden, wenn er sich an seine eigene Kraft- und Energielosigkeit während einer Krankheit erinnert. Es gibt aber auch Schicksalsschläge, die man nicht nachvollziehen kann, wenn man sie nicht selbst durchgemacht hat, wie den Tod eines Kindes. Der Begleiter kann sich zwar durch Zuhören und Nachfragen ein Bild von dem Schmerz der Eltern

machen, er wird aber nie eine umfassende Vorstellung davon haben (Schäfer 2009).

Schäfer beschreibt vier Stufen des Tröstens: Kontaktaufnahme, Anteilnahme, Zuspruch und Sinngebung. Zu Beginn steht die Kontaktaufnahme. Der Tröster zeigt dem zu Tröstenden, dass er Zeit und Raum für ein Gespräch mit ihm hat. Wichtig ist, dass „genügend Zeit für echte Begegnung und Austausch vorhanden ist“ (Langenhorst 2005, S. 35). Der Begleiter kann den zu Tröstenden zum Beispiel fragen, wie es ihm geht. Viele Menschen werden diese Einladung gerne annehmen, um von dem, was sie belastet, zu erzählen. Hierauf folgt die Anteilnahme:

„Anteilnahme bedeutet [...], dass der Begleiter einen Teil des Leids zu seinem eigenen Leid macht. Er isoliert sich nicht vom Gehörten, sondern lässt sich von diesem berühren. Dies hat zwangsweise zur Folge, dass der Begleiter das Leid zum Teil selbst spürt. Er selbst leidet ein Stück weit mit. Stärkster Ausdruck der Anteilnahme ist gemeinsames Weinen.“ (Schäfer 2009, S. 85)

Anteilnahme zeigt sich im aktiven Zuhören. Der Begleiter kann Impulse geben und den zu Tröstenden anregen, von seinen Sorgen zu erzählen. Er zeigt, dass er das Leid versteht und anerkennt, indem er dem Trauernden eine Rückmeldung gibt.

Validation ist nach Lammer Bestandteil der Trauerbegleitung. Das Leid und der Schmerz des zu Tröstenden dürfen nicht abgemindert oder abgewertet werden, sondern müssen in seiner Größe und Bedeutung für den Leidenden geachtet werden (Lammer 2014). Manchmal muss aber auch Schweigen ausgehalten werden können. Auch in diesem stillen Zusammensein kann Trost stattfinden. Auf viele Warum-Fragen des Leidenden hat auch der Begleiter keine Antworten. Hier gilt es, das Leid schweigend miteinander zu tragen. Trost besteht nun darin, diese Situation zusammen auszuhalten und in der Gemeinschaft die Ungewissheit stehen zu lassen (Langenhorst 2005; Norberg et al. 2001). Der Begleiter kann seine Sprachlosigkeit auch ausdrücken, in dem er zum Beispiel sagt: „Ich weiß nicht, was ich sagen soll“ oder „Ich bin ganz sprachlos“ (Schäfer 2009, S. 65 f.). Zur Anteilnahme gehört auch der körperliche Kontakt zum Leidenden. Das kann eine Umarmung, ein Handauflegen oder auch nur ein kurzes Streichen über die Schulter sein

(Cassidy 2002). Schäfer schreibt, dass Befragungen unter verwaisten Eltern ergeben haben, dass Umarmungen und Zuhören unter diesen als Trostform besonders hochgehalten wurden. Dies betont die körperliche Komponente des Trostes. Manche Trauernden wagen nicht, vor anderen Menschen zu weinen und denken, sie dürfen keine Schwäche zeigen. Sie haben Angst, dass sie als schwach angesehen werden könnten oder dass ihr Gegenüber mit diesen starken Gefühlen nicht umgehen könnte. Man kann diese Menschen entlasten, indem man ihnen zum Beispiel sagt: „Komm her, und weine dich mal aus.“ (Schäfer 2009, S. 122)

Viele Leidende sind wütend und zornig über ihr Schicksal. Vielleicht erheben sie Anklage gegen Gott oder andere Menschen, die sie für ihr Leid verantwortlich machen. Der Begleiter sollte zunächst auch diese Klagen mittragen. Schäfer schreibt: „Subjektive Wahrnehmung und Gefühle sind immer als richtig stehen zu lassen. Sie sind über alle Diskussionen erhaben.“ (Schäfer 2009, S. 107) Der Leidende fühlt sich hilflos gegenüber seiner Trauer. Die Anklage hilft ihm, seinen Schmerz zu fassen und zu verarbeiten.

Die dritte Stufe des Tröstens ist der Zuspruch. Hier kann der Begleiter seinen Wunsch für den Leidenden ausdrücken. Es ist wichtig, dass dieser auch als Wunsch formuliert wird, um den Betroffenen damit zu entlasten. Schäfer schlägt die Formulierung „Ich wünsche dir gute Besserung“ vor (Schäfer 2009, S. 134). Dieser Wunsch enthält keine Forderung. So fühlt sich der Leidende nicht unter Druck gesetzt, die Zeit der Trauer bald überwunden zu haben.

Die Sinnggebung ist die wohl „höchste“ Form des Trostes. Es dauert oft Jahre, bis der Trauernde in Krankheit oder Tod einen Sinn erkennen kann. Der Tröster darf ihm auch keine Bedeutung aufzwingen oder aufdrängen. „Den Sinn des Leids muss jeder Mensch für sich selbst geben.“ (Schäfer 2009, S. 136) Dafür muss dem Trauernden genug Zeit gelassen werden. Vielleicht kann der Trauernde nach einiger Zeit mit etwas Abstand zum Geschehenen neue Möglichkeiten für sein Leben erkennen, die sich aus dem Leid heraus ergeben. Es kann vorkommen, dass der Begleiter den Sinn, den der zu Tröstende seinem Leid abgewinnt, nicht nachvollziehen oder verstehen kann. Schäfer und Lammer appellieren dafür, die Sinnggebung des Gegenübers zu akzeptieren und

anzuerkennen und sie nicht nach eigenen Vorstellungen verändern zu wollen. Der Tröster sollte den zu Tröstenden auf seinem Weg durch die Trauer und zu seiner eigenen persönlichen Sinnfindung begleiten, ohne diese zu bewerten (Schäfer 2009; Lammer 2014).

Nicht alle vier Troststufen sind zwingend notwendig, schon allein die Kontaktaufnahme und die Anteilnahme können dem Trauernden Trost vermitteln. Es gibt kein allgemein gültiges Trostmodell. Die individuelle Situation des Trauernden und die persönliche Beziehung zwischen diesem und seinem Begleiter stehen im Mittelpunkt.

Dies alles lässt sich in einem Text des dänischen Philosophen Kierkegaard zusammenfassen:

„Wenn wir beabsichtigen, einen Menschen zu einer bestimmten Stelle hinzuführen, müssen wir uns zunächst bemühen, ihn dort anzutreffen, wo er sich befindet und dort anfangen. Jeder, der dies nicht kann, unterliegt einer Selbsttäuschung, wenn er meint, anderen helfen zu können.

Wenn ich wirklich einem Anderen helfen will, muss ich mehr verstehen als er, aber zu allererst muss ich begreifen, was er verstanden hat. Falls mir dies nicht gelingt, wird mein Mehr-Verständnis für ihn keine Hilfe sein. Würde ich trotzdem mein Mehr-Verständnis durchsetzen, dürfte dieses wohl in meiner Eitelkeit begründet sein. Ich möchte meine Unterstützung durch seine Bewunderung ersetzen. Aber jede wahre Kunst der Hilfe muss mit einer Erniedrigung anfangen. Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte. Er muss begreifen, dass zu helfen nicht zu herrschen ist, sondern zu dienen;

dass Helfen nicht eine Macht, sondern eine Geduldausübung ist; dass die Absicht zu helfen einem Willen gleichkommt, bis auf weiteres zu akzeptieren, im Unrecht zu bleiben und nicht zu begreifen, was der Andere verstanden hat.“ (Kierkegaard 1859, zitiert nach Husebo und Klaschik 2006, S. 54)

### **3.2 Der Arzt als Tröster**

„Wir können nicht für den anderen sterben, aber wir können ihn im Sterben begleiten. Wir können nicht für den anderen krank sein, aber wir können ihn in seiner Krankheit begleiten. Wir können nicht für den anderen trauern, aber wir können den Trauernden begleiten. Wir können nicht für den anderen leiden, aber wir können den Leidenden begleiten.“ (Schäfer 2009, S. 77)

Trost bedeutet Begleitung. Begleitung in einer Situation, die allein nur schwer auszuhalten ist. Kranke, leidende und sterbende Menschen brauchen treue Begleiter an ihrer Seite. Ärzte betreuen und begleiten Patienten und ihre Angehörigen auf dem Weg von der Diagnosefindung durch die Therapie bis zur Genesung, manche auch bis zum Tod (Husebo und Klaschik 2006).

### **3.2.1 Übermittlung einer Krebsdiagnose und Begleitung der betroffenen Patienten**

Das Überbringen schlechter Nachrichten wie einer einschneidenden, lebensverändernden Diagnose, die Mitteilung eines Krankheitsrezidivs oder eines -progresses ist eine der schwersten ärztlichen Aufgaben. Auf ein solches schwieriges Gespräch muss der verantwortliche Arzt sehr gut vorbereitet sein, denn die Art der Übermittlung prägen das Arzt-Patient-Verhältnis sowie das Krankheitsverständnis des Patienten entscheidend (Bucka-Lassen 2011; Kahn et al. 2010; Lown 2004).

Die Empathie des Arztes ist eine essentielle Grundlage für die Ausbildung einer „therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung“ (Neumann et al. 2012, S. 12). Geisler schreibt: „Eine Grundvoraussetzung des ärztlichen Gesprächs ist einführendes Verstehen.“ (Geisler 2002, S. 61) Bezug nehmend auf eine Literaturrecherche von Morse et al. (1992) beschreiben Mercer und Reynolds (2002) vier Komponenten eines multidimensionalen Konzepts von Empathie. Die emotionale Komponente beinhaltet das Nachempfinden der Gefühle des Gegenübers. Die moralische Komponente ist die altruistische Voraussetzung, um Empathie anzuwenden. Die kognitive Komponente meint das objektive Verstehen eines Anderen. Die Verhaltenskomponente befähigt dazu, Verständnis für den Anderen zu artikulieren (Mercer und Reynolds 2002). Der entscheidende Unterschied zur Sympathie ist Neutralität. Die Verhaltensweisen oder Gefühle des Gegenüber werden nicht gewertet (Geisler 2002; Neumann et al. 2008).

Ärztliche Empathie definieren Mercer und Reynolds als

„[...] die Fähigkeit

1. die Situation, die Perspektive und Gefühle (und die damit verbundenen Bedeutungen) des Patienten zu verstehen,
2. dieses Verstehen zu kommunizieren und dabei auf seine Richtigkeit zu überprüfen und
3. diesem Verstehen entsprechend zu handeln und den Patienten in einer helfenden (therapeutischen) Weise zu unterstützen.“ (Mercer und Reynolds 2002, S. 5, Übersetzung s. Neumann et al. 2008)

Die therapeutische Wirksamkeit von ärztlicher Empathie wurde in mehreren Studien untersucht. Hier konnte ein positiver Effekt auf die Compliance und Zufriedenheit, sowie die Lebensqualität der Patienten nachgewiesen werden (Kim et al. 2004; Rees-Lewis 1994). Ärztliche Empathie trägt zur Befähigung des Patienten, mit seiner Krankheit umzugehen, bei (Price et al. 2006). Auch Ärzte selbst sind beruflich zufriedener und weniger gestresst, wenn sie empathisch kommunizieren (Neumann et al 2008).

Von Gunten et al. (2000) empfehlen Ärzten, sich auf solche schwierigen Gespräche vorzubereiten. Das beginnt damit, genug Zeit für die Besprechung mit dem Patienten einzuplanen. Auch ein geeigneter Raum ist wichtig, in dem ein Gespräch unter vier Augen bzw. einschließlich der Familie des Patienten stattfinden kann (Girgis und Sanson-Fisher 1995).

Von Gunten et al. schlagen vor, im Vorhinein mit dem Patienten abzusprechen, ob er Familienangehörige bei dem Gespräch dabei haben möchte (Gunten von et al. 2000). Bei der Übermittlung einer schlechten Nachricht kann die Anwesenheit von Angehörigen dem Patienten emotionale Unterstützung bieten. Andererseits wollen manche Angehörige eine schwerwiegende Diagnose oder die Änderung des Behandlungskonzepts auf ein palliatives Therapieziel nicht akzeptieren und stellen dadurch eine zusätzliche Belastung für Arzt und Patient dar. Manchmal wird der Arzt auch mit der Forderung der Familienmitglieder konfrontiert, den Kranken nicht über seine Diagnose in Kenntnis zu setzen (Bousquet et al. 2015). Von Gunten et al. empfehlen, die Absicht dieses Wunsches zu hinterfragen und auf die Ängste der Angehörigen einzugehen. Vielleicht fürchten sie, dass der Betroffene die lebensverändernde Diagnose nicht verkraften könnte, oder sie wünschen, dass er sein Lebensende ohne Ängste und Sorgen über die Erkrankung verbringen möge (Gunten von et al. 2000).



Viele Patienten spüren jedoch schon lange, bevor die Diagnose ausgesprochen wird, dass sie schwerkrank sind. Meist haben sie schon eine Reihe von Untersuchungen und invasiven Eingriffen hinter sich und ahnen, dass etwas nicht in Ordnung ist. In einer randomisierten Studie konnten de Lorenzo et al. (2004) zeigen, dass Ärzte die Lebensqualität ihrer Patienten durch umfassende Informationen über die Diagnose und die Therapie verbessern können. Informationen reduzieren Angst und Depression (Mesters et al. 2001). In einer Befragung von El-Jawahri et al. (2014) gaben 75 % der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung an, so viele Details wie möglich über ihre Erkrankung von dem behandelnden Arzt erhalten zu wollen. Die Mehrheit konstatierte außerdem, dass es ihnen „extrem wichtig“ sei, über ihre Prognose Bescheid zu wissen (El-Jawahri et al. 2014, S. 281). Die Hälfte der befragten Patienten ging fälschlicherweise von einer möglichen Heilung ihrer Erkrankung aus.  $\frac{2}{3}$  hatten niemals mit ihrem Arzt über die Versorgung am Lebensende gesprochen. Jedoch zeigten Patienten, die realistische Informationen über die Prognose ihrer terminalen Erkrankung erhalten hatten, eine signifikant niedrigere Lebensqualität und häufiger Angstsymptome als Patienten mit illusionären Vorstellungen (El-Jawahri et al. 2014). In einer Studie von Weeks et al. (2012) unter Patienten mit nicht heilbarem Lungen- und Kolonkarzinom wurde deutlich, dass eine ehrliche Aufklärung über die rein palliative Intention einer Chemotherapie zu einer Belastung der Arzt-Patient-Beziehung führte. Die betroffenen Patienten bewerteten die Kommunikationsfähigkeit des Arztes schlechter als Patienten, die eine optimistischere Einschätzung ihrer Prognose erhalten hatten (Weeks et al. 2012). Enzinger et al. (2015) hingegen fanden keinen Zusammenhang zwischen der ehrlichen, realistischen Aufklärung eines betroffenen Patienten über seine Lebenserwartung und die Therapieziele und einer Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung oder einem häufigeren Auftreten von Angststörungen. In einer Untersuchung unter 590 Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden wollten 71 % eine prognostische Einschätzung ihrer Lebenserwartung von dem behandelnden Arzt erhalten. Diejenigen, die diese Thematik mit dem Arzt besprochen hatten, zeigten eine realistischere Einschätzung ihrer Lebenserwartung als die Patienten, die nicht darüber

gesprächen hatten. Diese prognostische Offenlegung war dabei nicht mit einer Verschlechterung des seelischen Wohlbefindens bzw. der Arzt-Patient-Beziehung assoziiert (Enzinger et al. 2015). Immer gilt es zu beachten, dass Patienten, die nicht realistisch über ihre Prognose und das Behandlungsziel informiert wurden, die Möglichkeit genommen wird, adäquate Therapieentscheidungen zu treffen, Abschied zu nehmen und Dinge zu regeln, die sie noch erledigen möchten (El-Jawahri et al. 2014; Engelke 2012; Enzinger et al. 2015). Der Mediziner ist auch von Seiten des Gesetzes dazu angehalten, den Patienten über seine Krankheit aufzuklären:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“ (Bundesgesetzblatt 2013, S. 277)

Dennoch wünscht sich nicht jeder Patient das gleiche Maß an Aufklärung. Manche Patienten sind nicht beim ersten Gespräch bereit, alle Details über die Erkrankung zu erfahren. Einige Autoren schlagen deshalb vor, zu Beginn der Unterredung von dem Betroffenen zu eruieren, was er schon weiß und wie viele Informationen er in dem aktuellen Gespräch erhalten möchte (Bousquet et al. 2015; Tulskey 2005; Wenrich et al. 2001).

Mehrere Untersuchungen zeigten, dass schlechte Kommunikation negative Auswirkungen auf das emotionale und psychische Wohlbefinden des Patienten, sein persönliches Umfeld und damit letztlich auch auf das Gesundheitssystem hat (Arora 2003; Mager und Andrykowski 2002; Thorne et al. 2005). In einer Studie von Mazor et al. (2012) berichteten 47 % der befragten Krebspatienten über Kommunikationsprobleme mit dem behandelnden Arzt. Diese beinhalteten unzureichende bzw. inkorrekte Informationsübermittlung, sowie die subjektive Wahrnehmung, dass der Mediziner nicht zuhörte oder sich gleichgültig und desinteressiert verhielt. Die betroffenen Patienten gaben an, dass sie dadurch unter Angst- und Wutgefühlen, Depression und psychischem Stress litten (Mazor et al. 2012).

Ärzte reagieren im Gespräch mit Patienten oft nicht adäquat auf empathische Gelegenheiten. Hsua et al. (2012) beobachteten Visiten zwischen Arzt und

Patient. Nur 45 % der emotionalen Aussagen von Patienten wurden empathisch, d.h. anerkennend und verständnisvoll vom Arzt beantwortet. Die Ärzte erwiderten vielmehr mit einer Problemlösung auf die zugrunde liegende Emotion (Hsua et al. 2012). Auch Butow et al. stellten fest, dass Ärzte deutlich häufiger (72 %) auf direkte oder indirekte Hinweise des Patienten reagierten, dass er informative Unterstützung braucht, als auf Hinweise, dass er emotionale Unterstützung (28 %) benötigt (Butow et al. 2002). Morse et al. (2008) kommen in einer Untersuchung unter Patienten mit Lungenkrebs ebenfalls zu dem Ergebnis, dass diesen von Seiten des behandelnden Onkologen bzw. Thoraxchirurgen wenig bis keine emotionale Unterstützung zukommt, wenn sie mit der Krankheit verbundene Sorgen, Ängste, Emotionen oder Stressoren äußern. Die Ärzte wechselten schnell das Thema hin zu biomedizinischen Sachverhalten (Morse et al. 2008). Ärzte scheinen jedoch eine divergente Wahrnehmung bezüglich der Kommunikationsinhalte im Umgang mit Patienten zu haben. Nach beobachteten Gesprächen zwischen Arzt und Krebspatienten gaben 80 % der Mediziner an, dass psychosoziale Aspekte thematisiert worden war, während nur 63 % der Patienten und Beobachter diese Angabe machten (Fagerlind et al. 2012).

Studien zu Kommunikationstrainings ergeben heterogene Ergebnisse bezüglich der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit des Arztes. Einige belegen zwar eine positive Veränderung des Kommunikationsverhaltens, andere sehen jedoch keinen Unterschied in Bezug auf die Verbesserung der Patientenzufriedenheit, die Wahrnehmung des Patienten im Hinblick auf die Kommunikationsfähigkeit oder die Qualität der Kommunikation (Curtis et al. 2013; Goelz et al. 2011; Moore et al. 2013; Tulsky et al. 2011). Deshalb schlagen van Vliet und Epstein vor, Patienten und deren Bezugspersonen in die Entwicklung von Kommunikationstrainingsprogrammen einzubeziehen (Vliet van und Epstein 2014). Fujimori et al. konnte bereits positive Effekte für ein Kommunikationstraining nachweisen, das sich an den Präferenzen von Krebspatienten orientierte (Fujimori et al. 2014).

Eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient zeichnet sich nach Kiesler und Auerbach durch den Konsens zwischen den Bedürfnissen des

Patienten und einer darauf angepassten ärztlichen Reaktion aus. Dabei spielt die Einhaltung von Kommunikationsmodellen oder anderen Leitlinien eine untergeordnete Rolle (Kiesler und Auerbach 2006).

Dean und Street Jr. (2014) entwarfen ein dreistufiges Model, um die Kommunikation zwischen Arzt und Patient in Hinblick auf die psychische Belastung von Krebspatienten zu verbessern. Zu Beginn steht das Erkennen des emotionalen Stresses durch Aufmerksamkeit von Seiten des Arztes und aktives Zuhören. Der Arzt muss dem Patienten Gelegenheit geben, über seine Emotionen zu sprechen, indem er ihn aktiv danach fragt und Interesse daran zeigt. Die Art der emotionalen Belastung kann durch das Stellen offener Fragen, das Ermutigen zum Erzählen und das empathische Anerkennen der Sorgen genauer evaluiert werden. Diese Explorationsstrategie hat gleichzeitig therapeutische Aspekte, da der Stress des Patienten dadurch reduziert wird. Die Autoren empfehlen, dem Patienten und seiner Familie viele Informationen über die Erkrankung, Prognose und die Therapieoptionen zukommen zu lassen und dadurch deren Unsicherheit zu verringern. Patient und Angehörige bekommen das Gefühl vermittelt, dass sie verstanden und begleitet werden (Dean und Street Jr. 2014).

Die medizinische Ausbildung im Allgemeinen wird von Ärzten als nicht förderlich für die Entwicklung von Empathie bewertet. Hinzu kommt, dass Stress, Zeitdruck und ungünstige Arbeitsbedingungen empathisches Verhalten gegenüber dem Patienten erschweren (Ahrweiler et al. 2014). Eine andere Studie belegt sogar eine Abnahme von Empathie während des Studiums und der Facharztausbildung (Neumann et al. 2011). Einige Ärzte berichten, dass der Umgang mit Patienten in der täglichen Praxis die Entwicklung von Empathie gefördert habe. Außerdem wurden einige Teilgebiete der medizinischen Ausbildung wie Psychologie, Psychosomatik oder medizinische Ethik als hilfreich bewertet (Ahrweiler et al. 2014).

Bei der Übermittlung einer einschneidenden Diagnose ist der behandelnde Arzt unterschiedlichen emotionalen Reaktionen ausgesetzt. Manche Patienten reagieren sehr heftig auf die Diagnoseübermittlung, mit Weinkrämpfen oder Wutausbrüchen. Andere zeigen nach außen gar keine Reaktion. Einige wollen

die Nachricht nicht wahrhaben oder verleugnen sie. Der Übermittler der Nachricht muss auf all diese Reaktionen gefasst sein und mit ihnen umgehen können, denn diese Begegnung zwischen Arzt und Patient beeinflusst wesentlich die Emotionen, das Krankheitsverständnis und die Zukunftsvorstellungen des Betroffenen (Fallowfield und Jenkins 2004). Der Arzt kann seine Empathie direkt, beispielsweise durch die Formulierung „Ich kann mir sehr gut vorstellen, wie Ihnen in diesem Augenblick zumute war...“ (Geisler 2002, S. 62), oder indirekt ausdrücken, indem er die Situation des Patienten in seinen eigenen Worten wiedergibt. So verdeutlicht er sein Verständnis und gibt dem Patienten gleichzeitig Raum, seine Gedanken und Gefühle zu äußern (Engelke 2012; Geisler 2002).

Eine australische Studie zeigte, dass Patienten Informationen über ihre Diagnose und Prognose in ehrlicher und verständlicher Sprache, aber nicht schonungslos vermittelt bekommen wollten (Girgis und Sanson-Fisher 1995). Dies unterstreicht den Stellenwert einer empathischen Kommunikation. Die meisten Patienten wünschen sich adäquate Aufklärung über die Krankheit, aber die Worte des Arztes müssen bewusst gewählt werden. Selbst bei schlechter Prognose sollte der Patient niemals das Gefühl vermittelt bekommen, dass von Seiten der Ärzte nichts mehr getan werden kann, dass er aufgegeben wird. Wenrich et al. konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass sowohl Patienten mit terminaler Erkrankung, als auch deren Angehörige vom behandelnden Arzt ehrliche Informationen, die jedoch ihre Hoffnungen nicht zerstören, erwarten (Wenrich et al. 2001). Von Gunten et al. schlagen die Formulierung „Wir können das Beste hoffen, aber wir müssen auch auf das Schlimmste vorbereitet sein“ (Gunten von et al. 2000, S. 3052) vor. Gerade wenn alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, kommt der mitmenschlichen Zuwendung und Begleitung eine umso wichtigere Rolle zu. Der Patient braucht einen Arzt, der ihm in seiner schweren Krankheit zur Seite steht, der als Ansprechpartner bei Problemen da ist und ihm zeigt, dass er die Krankheit mit ihren diversen Belastungen nicht alleine bewältigen muss. Maio spricht hier von einer „begleitenden Beziehungsmedizin“, deren Aufgabe „nicht nur darin besteht, kranke Menschen zu heilen und Schmerzen zu lindern, sondern auch darin,

sterbende Menschen zu begleiten und ihnen durch Zuwendung Trost zu spenden“ (Maio 2012, S. 371). Laut Parker et al. bewerten Patienten beim Aufklärungsgespräch das medizinische Wissen des Arztes über ihre Erkrankung und ihren aktuellen Gesundheitszustand sowie Erklärungen über verschiedene Behandlungsoptionen als für sie am wichtigsten (Parker et al. 2001). Danach folgte die emotionale Unterstützung des Arztes im Gespräch. Die Übermittlung einer schwerwiegenden Diagnose ist ein andauernder Prozess. Der Patient braucht Zeit, um die Informationen zu verarbeiten und eine adäquate Entscheidung bezüglich der Therapie zu treffen (Bousquet et al. 2015).

Viele Patienten sind durch das Erfahren einer schwerwiegenden Diagnose so schockiert und erschüttert, dass sie sich im Nachhinein nicht mehr an die Erklärungen des Arztes erinnern können (Engelke 2012; Kerr et al. 2003). In einer Untersuchung unter Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren kannten nur 44 % der Patienten nach dem Aufklärungsgespräch die Vor- und Nachteile der verschiedenen Therapieoptionen (Kim und Alvi 1999). Deshalb ist es unerlässlich, am Ende des Gesprächs bzw. zu Beginn des Folgegesprächs wichtige Informationen nochmals zusammenzufassen und zu wiederholen sowie den Patienten zu fragen, ob er alles verstanden hat oder ob Unklarheiten bestehen. Kerr et al. konnten in einer Studie zeigen, dass unklare Kommunikation zwischen Arzt und Patient mit einer schlechteren Lebensqualität des Patienten einhergeht (Kerr et al. 2003).

Mit dem Erhalt der Diagnose einer möglicherweise tödlich verlaufenden Krankheit beginnt für den betroffenen Patienten der Kampf um Leben und Tod. Sein Alltag wird durch Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und das Einhalten von Therapieregimen bestimmt sein. Oft hat er mit schweren Nebenwirkungen der Therapie wie Übelkeit, Appetitlosigkeit oder Haarverlust zu kämpfen. Der Patient verdient Respekt und Anerkennung von Seiten des Behandlungsteams für das Durchhalten der Therapie. Es ist wichtig, in der täglichen Routine auch einmal innezuhalten und den Patienten zu fragen, wie es ihm mit der Diagnose geht (Theml 2001).

Die Diagnose einer lebensbedrohenden Erkrankung bedeutet erhöhten psychischen Stress und geht deshalb häufig mit psychischen Erkrankungen einher. Polsky et al. (2005) konnten zeigen, dass Patienten mit neu diagnostizierter Krebserkrankung im Vergleich mit Patientengruppen mit Erstdiagnose einer chronischen Lungen- oder Herzerkrankung, Diabetes, arterieller Hypertonie, Schlaganfall oder Arthritis das höchste Risiko hatten, innerhalb der zwei folgenden Jahre Symptome einer Depression zu entwickeln. Mitchell et al. fanden heraus, dass die Prävalenz affektiver Störungen, darunter Depression, Angst- oder Anpassungsstörungen, unter Krebspatienten im stationären Setting 30–40 % beträgt (Mitchell et al. 2011). Krebspatienten mit einer Major Depression äußerten in einer Untersuchung von Breitbart et al. viermal häufiger den Wunsch nach einem schnellen Tod und damit „Erlösung“ von der Krankheit als Krebspatienten ohne psychische Erkrankung (Breitbart et al. 2000, S. 2909). Deshalb wird in der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ empfohlen, so früh wie möglich im Krankheitsverlauf ein Screening auf psychosoziale Belastung, beispielsweise anhand der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) oder des Distress-Thermometers, die auf der Selbsteinschätzung des Patienten beruhen, durchzuführen. Gefährdete oder bereits betroffene Patienten können so frühzeitig identifiziert werden. Bei positivem Screeningtest muss weitere psychoonkologische Diagnostik erfolgen. Je nach Befund erfolgt die Therapie als psychotherapeutische Einzel- bzw. Gruppenintervention. Unabhängig vom Belastungsgrad sollten alle Krebspatienten und ggf. ihre Angehörigen das Angebot einer psychosozialen Beratung bzw. psychoedukativer Interventionen erhalten (Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2014).

### **3.2.2 Begleitung sterbender Patienten**

Im Deutschen Ärzteblatt erschien im Februar 2014 ein Artikel mit dem Titel „Betreuung Sterbender im Krankenhaus: Ärzte üben Kritik an ihrer Ausbildung“ (George et al. 2014, S. C282). Darin wird berichtet, dass keiner der rund 270 befragten Ärzte angab, eine gute oder sehr gute Ausbildung im Hinblick auf die

Begleitung sterbender Patienten erhalten zu haben. Vor dem Hintergrund, dass in deutschen Krankenhäusern jährlich ca. 403.000 Menschen sterben (Statistisches Bundesamt 2015b), ist diese Aussage sehr erschreckend. Sie wurde im Rahmen der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern erhoben, die im Jahr 2013 durchgeführt wurde. Insgesamt nahmen 1400 Ärzte und Pflegekräfte aus 212 Krankenhäusern an der Befragung teil.

Der verwendete Fragebogen umfasst 40 Fragen zu zeitlicher, personeller und räumlicher Situation, Ausbildung, Arbeitsklima, Kommunikationssituation, Angehörigenintegration, Schmerztherapie, Lebenserhaltung, Aufklärung und würdevollem Sterben. Auch die Belastung der Mitarbeiter durch den Umgang mit todkranken Patienten wurde thematisiert (George 2013).

Rund 60 % der Befragten geben an, dass zu wenige Ärzte für die Betreuung Sterbender vorhanden sind. 70 % kritisieren, dass den Ärzten dafür zu wenig Zeit zur Verfügung stünde. Nur ca. 5 % sind mit den personellen und zeitlichen Ressourcen von Seiten der Ärzte zufrieden. 98 % halten die Zeit, die Pflegenden für sterbende Patienten aufbringen können, für zu knapp. Zwar gibt es mittlerweile fast überall (82 %) eine Möglichkeit zur Übernachtung für Angehörige im Krankenhaus, dennoch werden die räumlichen Gegebenheiten für eine angemessene Sterbebegleitung in mehr als 50 % der Fälle als unzureichend angesehen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die ungenügende Lehre in Hinsicht auf den Umgang mit Sterbenden während der Ausbildung, der von fast der Hälfte der Befragten angegeben wird. 80 % von ihnen fordern eine umfassendere Vorbereitung darauf. Besonders gravierend ist die Situation bei den Ärzten, die sich mehr Seminarangebote mit Bezugnahme zur praktischen Umsetzung wünschen. Problematisch ist die Angabe von knapp 40 % der Teilnehmer, dass überflüssige lebensverlängernde Maßnahmen oft oder immer durchgeführt werden. Im Vergleich zu einer Vorbefragung aus dem Jahr 1988 stellt dies sogar eine Verschlechterung dar. Damals waren es nur rund 30 %, die diese Aussage trafen. Ein anderer schwerwiegender Befund ist die Tatsache, dass nur die Hälfte der Mitarbeiter aussagen, dass an ihrem Arbeitsplatz würdevolles



Sterben möglich ist. Dies stellt im Vergleich zu 1988 (29 %) zwar eine Verbesserung dar, jedoch auf bescheidenem Niveau. Im Vergleich von Allgemein-, Onkologie- und Intensivstationen, schneiden die onkologischen Stationen hinsichtlich Schmerztherapie, räumlichen und personellen Ressourcen am besten ab. Der Einfluss des Arbeitsklimas innerhalb des behandelnden Teams auf die Betreuung Sterbenskranker wird als hoch eingestuft, wobei die Mehrheit der Teilnehmer die Zusammenarbeit in ihrem eigenen Team als gut einstuft.

Insgesamt zeigt die Gießener Studie, dass es in vielen Bereichen wie der medizinischen Behandlung oder der Integration von Angehörigen deutliche Verbesserungen im Vergleich zur Erfassung von vor 25 Jahren gegeben hat. Jedoch gilt es, einige Aspekte wie personelle und zeitliche Ressourcen zu überarbeiten und voranzubringen (George 2013).

Eine „Orientierung bei der Begleitung von Sterbenden“ stellen die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung dar. Darin ist festgehalten, dass es „Aufgabe des Arztes ist [...], Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“. Die Begleitung von Sterbenden ist also explizit als ärztliche Aufgabe verankert. Dazu gehört eine sogenannte Basisbetreuung, d. h. „menschenswürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst“ (Bundesärztekammer 2011, S A346). Der Sterbeprozess soll durch nichtindizierte Maßnahmen nicht verlängert werden. In diesem Sinne darf eine bereits begonnene Therapie abgebrochen werden, wenn sie das Leid nicht verringert und den Tod hinauszögert. Grundlegendes Ziel ist es, die belastenden Symptome der Erkrankung zu reduzieren, auch wenn dadurch gegebenenfalls eine Lebensverkürzung in Kauf genommen werden muss (Bundesärztekammer 2011).

Immer ist die Autonomie des Patienten zu wahren. Er sollte in angemessener Weise über seine Situation aufgeklärt werden und in den Entscheidungsprozess über das Beenden der Therapie mit kurativer Intention einbezogen werden. Aktionismus muss zugunsten der bestmöglichen Lebensqualität für den

Patienten zurückgefahren werden (Roenn von und Gunten von 2003; The et al. 2000).

Eine Studie aus München veranschaulichte, dass sich ein Drittel der onkologischen Patienten, obwohl für sie keine Aussicht auf Heilung bestand, eine lebensverlängernde Maximaltherapie wünschte (Winkler et al. 2009). Schnell kann aus diesem Wunsch eine schwierige Konfliktsituation für den behandelnden Arzt entstehen. Es ist seine Aufgabe, anhand der vorliegenden medizinischen Befunde die Indikation für eine Therapie zu stellen. Fehlt diese Indikation, so kann die Maßnahme auch auf Verlangen des Patienten nicht begonnen oder weitergeführt werden. Der Wunsch nach Ausschöpfung jeglicher Therapiemaßnahmen am Lebensende kann auch damit zusammenhängen, dass sich der Patient der geänderten palliativen Behandlungszielsetzung nicht bewusst ist oder gar nicht in den Beschluss, lebensverlängernde Maßnahmen zu limitieren, einbezogen wurde. Mittlerweile gibt es in einigen deutschen Kliniken Richtlinien zum Thema Therapiebegrenzung (Clauss et al. 2005). Mit dem Patienten muss zunächst besprochen werden, ob er gegebenenfalls Maßnahmen zur Wiederbelebung wünscht. Dann wird gemeinsam festgelegt, ob und welche ärztlichen Eingriffe – seien sie medikamentös oder interventionell – angebracht und durchführbar sind. Alle besprochenen Entscheidungen müssen schriftlich dokumentiert und so hinterlegt werden, dass alle an der Behandlung des Patienten Beteiligten jederzeit darauf zugreifen können (Clauss et al. 2005).

Die Ausführungen zeigen, wie wichtig eine funktionierende Kommunikation zwischen Arzt und Patient, aber auch Angehörigen ist. Borasio benennt die „drei goldenen Grundregeln für Entscheidungen am Lebensende [...]“: Erstens reden, zweitens reden, drittens reden“ (Borasio 2012, S. 156). Nur so kann der behandelnde Arzt die Wünsche und Vorstellungen des Patienten erfahren und diese so weit wie möglich umsetzen. Dies wird durch eine Untersuchung von Tulsky (2005) unterstützt, in der Patienten und ihre Angehörigen die Kommunikation am Lebensende mit den zuständigen Ärzten als sehr wichtig einschätzen. Sie erwarten ein ehrliches und gleichzeitig einfühlsames Gespräch, in dem Sterben, Tod und der für den Kranken zu erwartende Verlauf

thematisiert werden (Tulsky 2005). Der Arzt darf das Gleichgewicht zwischen ehrlicher Aufklärung und Aufrechterhaltung der Hoffnung des Patienten nicht verlieren. Für die Patienten ist das enorm wichtig, denn sie sind durch die Diskrepanz zwischen der Realität und ihrer geplanten Zukunft hin- und hergerissen. Trotz ihrer schweren Erkrankung haben viele Sterbenskranke die Hoffnung, dass sie doch noch eine bestimmte Zeit lang leben dürfen bzw. sogar gerettet werden können. Diese Hoffnung darf ihnen nicht von Außenstehenden genommen werden, dennoch müssen zu hohe Erwartungen realistisch korrigiert werden (Back et al. 2003). Campbell et al. schlagen vor, mit den Patienten einen Ausweichplan zu besprechen, für den Fall, dass das, worauf gehofft wird, nicht eintritt (Campbell et al. 2010). Oft können Ärzte und Pflegende nicht verstehen, dass Sterbenskranke trotz der eindeutigen Diagnose den bevorstehenden Tod nicht akzeptieren wollen. Engelke schreibt: „Ich fordere: Mediziner, Angehörige oder jene Personen, die einen Sterbenskranken begleiten, sollten dessen Widerstand gegen das Sterben annehmen und den Betroffenen darin stützen.“ (Engelke 2012, S. 342)

Die Begleitung und Betreuung eines Patienten am Lebensende bedarf eines ganzheitlichen Ansatzes, der neben der Symptomkontrolle psychosoziale, existentielle und spirituelle Aspekte einschließt (Chochinov 2006). Das Ziel einer palliativen Versorgung ist es, die Lebensqualität des Patienten auf seinem letzten Lebensweg zu verbessern und ihm schließlich ein würdevolles Sterben zu ermöglichen (Chochinov 2002; Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2015). Singer et al. befragten Patienten mit unheilbarer Erkrankung, welche Ansprüche sie an die medizinische Versorgung am Lebensende hätten. Es ergaben sich fünf Hauptaspekte: adäquate Schmerz- und Symptomkontrolle, Vermeidung eines unangebrachten Hinauszögern des Todes, Kontrolle über Entscheidungen am Lebensende, Reduktion der mentalen Belastung und Stärkung der Beziehung zu nahestehenden Personen (Singer et al. 1999). Dies entspricht auch den vier personalen Dimensionen des Menschen, die in der S3-Leitlinie Palliativmedizin benannt werden: Physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension (Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2015).

Patienten mit palliativem Therapieansatz leiden häufig unter depressiven Störungen wie Anpassungsstörungen, Dysthymie, depressive Episoden bzw. Depression oder organisch-depressive Störungen. In einer aktuellen Untersuchung unter Patienten mit fortgeschrittener, nicht heilbarer Erkrankung lag die Prävalenz der Depression bei 17,5 % innerhalb des Samples (Antunes et al. 2015). Die Unterscheidung von einer Trauerreaktion ist nicht immer einfach. Es wird empfohlen das sogenannte 2-Fragen-Screening nach Mitchell zur Detektion einer Depression einzusetzen: „1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? 2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“ (Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2015, S. 52; Mitchell 2008) Anhand der ICD-10 Kriterien (International Classification of Diseases) kann ggf. die Diagnose einer Depression gestellt und der Schweregrad bestimmt werden. Patienten sollten das Angebot einer Psychotherapie und ggf. eine medikamentöse Intervention erhalten (Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2015).

Spiritualität ist ein Aspekt der Humanität, der sich darauf bezieht, wie Individuen Sinn und Bedeutung suchen und ausdrücken und wie sie Verbundenheit mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen, mit der Natur und mit dem Signifikanten, d. h. den Aspekten, die für einen Menschen sinngabend sind, oder dem Heiligen erfahren (Puchalski et al. 2009). Wenn Patienten diese Verbundenheit nicht mehr spüren, Sinn und Bedeutung des Lebens verloren haben, erfahren sie spirituellen Schmerz bzw. spirituelles Leid. Es ist die Differenz zwischen ihren Hoffnungen, Vorstellungen und Werten, und ihrer Begegnung mit der Wirklichkeit des Lebens (McGrath 2002). Studien konnten einen positiven Zusammenhang zwischen seelischem Wohlbefinden und einer niedrigeren Depressionsrate demonstrieren (Nelson et al. 2002). Es bestehen signifikante negative Korrelationen zwischen seelischem Wohlbefinden und dem Wunsch nach einem schnellen Tod, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken (McClain et al. 2003). Einerseits möchte die Mehrheit der Patienten mit dem behandelnden Arzt auch über spirituelle Aspekte sprechen, andererseits möchte bis zu einem Drittel diese Thematik nicht mit dem

Mediziner diskutieren (Frick et al. 2006; MacLean et al. 2003). Frick et al. (2006) entwickelten ein kurzes, halbstrukturiertes, klinisches Interview für die Erfassung der spirituellen Bedürfnisse und Präferenzen von Krebspatienten, benannt als SPIR. Dieses Akronym verdeutlicht die vier Hauptaspekte, die dabei von dem anwendenden Mediziner berücksichtigt werden sollten: Spirituelle und Glaubens-Überzeugung, Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen, Integration in eine spirituelle/kirchliche/geistliche Gemeinschaft, Rolle des Arztes, die dieser im Umgang mit spirituellen Erwartungen des Patienten einnehmen soll. Von Patienten und Mediziner wurde das Interview als hilfreich und wenig anstrengend bewertet. Für manche Patienten wird alleine die Durchführung dieses Assessments hilfreich sein. Gegebenenfalls können die hier erarbeiteten Werte und Vorstellungen des Patienten auch im Rahmen einer Psychotherapie weiter behandelt werden (Frick et al. 2006). Kahn et al. konnten zeigen, dass das Vermitteln von Spiritual Care sowohl von Seiten professioneller Seelsorger, als auch durch das medizinische Behandlungsteam die Lebensqualität von Patienten mit terminaler Erkrankung verbessern konnte (Kahn et al. 2010). Weitere Belastungsfaktoren für sterbende Patienten sind Hoffnungslosigkeit, die Abhängigkeit von anderen, das Gefühl der eigenen Bedeutungslosigkeit und der Bedeutungslosigkeit des Lebens, die Angst, anderen zur Last zu fallen und der Verlust der sozialen Rolle, sowie qualvolle physische Symptome (Chochinov et al. 2009; Morita et al. 2000). Studien zeigten eine Korrelation zwischen Hoffnungslosigkeit und dem Wunsch nach einem schnellen Tod bzw. suizidalen Gedanken. Chochinov konnte zeigen, dass Hoffnungslosigkeit sogar stärker mit Todeswunsch korreliert als Depression (Chochinov et al. 1998). Duggleby und Wright fragten Palliativpatienten nach ihrer Definition von Hoffnung. Für diese beinhaltet Hoffnung die Freiheit von Leid, die Hoffnung auf einen friedlichen Tod, auf ein besseres Leben für ihre Familien in der Zukunft sowie darauf, die verbleibende Lebenszeit auszukosten. Diese Hoffnungen sind Strategien, mit der Erkrankung und dem drohenden Tod umzugehen und dem Leben Sinn zu geben (Duggleby und Wright 2004).

Auch die eigene Wahrnehmung, anderen zur Last zu fallen, ist unter Patienten mit terminaler Erkrankung weit verbreitet. In einer Untersuchung von Wilson et al. verneinten nur 23 % dieses Gefühl (Wilson et al. 2005). Insgesamt korreliert das Empfinden, für andere eine Belastung darzustellen, mit erhöhtem Leidensdruck und einem Verlust an Würde (McPherson et al. 2007). Leroy et al. konnten zeigen, dass diese Bedenken zur Entwicklung einer Depression beitragen können. Patienten tendieren dazu, die Belastung für die sie betreuenden Personen leicht zu überschätzen (Leroy et al. 2015). McPherson et al. (2007) raten verantwortlichen Ärzten, Patienten und ihre Angehörigen zu einem offenen Gespräch über diese Thematik zu ermutigen. So können alle Beteiligten ihre Perspektiven und Sichtweisen darlegen und Falschwahrnehmungen gegebenenfalls korrigieren, um dadurch beide Seiten zu entlasten und somit die Qualität der Versorgung am Lebensende zu verbessern (McPherson et al. 2007).

Der Eindruck, für andere eine Last darzustellen, beeinflusst das Gefühl der Würde sterbender Patienten negativ (Chochinov et al. 2006). Hingegen wünschen sie sich als „ganze Person“ (Chochinov 2006, S. 94) wahrgenommen und mit Respekt behandelt zu werden. Die Anerkennung des Patienten als Mensch mit individuellen Lebensvorstellungen, Wünschen und Werten durch das Behandlungsteam trägt entscheidend zur Lebensqualität Sterbenskranker bei (Chochinov et al. 2006). Chochinov (2007) schlägt die Anwendung eines ABCD-Modells vor, das die Kernkompetenzen einer Würde erhaltenen Betreuung widerspiegelt. „A“ steht für „attitude“. Der Arzt sollte seine Haltung und innere Einstellung gegenüber dem Patienten überprüfen, denn diese haben großen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung des Patienten. „B“ für „behaviour“ meint das Verhalten des Arztes, das von Freundlichkeit und Respekt gegenüber dem Patienten geprägt sein sollte. „C“ bedeutet „compassion“, Mitgefühl mit dem Patienten, ausgedrückt in kleinen Gesten wie einer kurzen Berührung an der Schulter, die verdeutlichen, dass das Leid und die Sorgen des Patienten wahrgenommen und anerkannt werden. Schließlich „D“ für „dialogue“, die Auseinandersetzung mit dem Patienten als Person und den emotionalen Auswirkungen der Erkrankung. Dieses Modell kann im Klinikalltag Anhalt und

Orientierung für professionelle Helfer bieten, um einen würdevollen Umgang mit dem Patienten zu gewährleisten (Chochinov 2007).

Mack et al. (2009) zeigten in ihrer Untersuchung zur therapeutischen Beziehung zwischen Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden und dem behandelnden Mediziner, dass sich die Patienten einen Arzt wünschen, der ihnen zuhört und mit dem sie ihre Ängste und Sorgen besprechen können. Die Arzt-Patient-Beziehung sollte von gegenseitigem Respekt und Vertrauen geprägt sein.

Auch in einer von Steinhauser et al. (2000) durchgeführten Befragung von Patienten, ihren Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal zu Aspekten, die in der Betreuung am Lebensende als wichtig eingestuft werden, wurde von allen Gruppen die Behandlung durch einen Mediziner, mit dem über persönliche Ängste und den Tod gesprochen werden kann, als wesentlich benannt. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist die Erfassung des Patienten in seiner Gesamtheit mit seinem familiären, psychosozialen und spirituellen Hintergrund. Von allen Gruppen am wichtigsten bewertet ist aber die Schmerz- und Angstfreiheit des Sterbenden. Viele Patienten und ihre Angehörigen befürchten, dass der Tod durch belastende Symptome wie Atemnot oder Unruhe begleitet wird. Deshalb nimmt eine adäquate Schmerztherapie einen außerordentlich hohen Stellenwert in der Behandlung Sterbender ein, auch wenn durch die Gabe von Opiaten gegebenenfalls eine gewisse Lebensverkürzung in Kauf genommen wird. Diese Nebenwirkung muss selbstverständlich im Voraus mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen werden (Steinhauser et al. 2000).

In dieser Untersuchung wurde körperliche Fürsorge als ein weiterer substantieller Aspekt am Lebensende benannt (Steinhauser et al. 2000). Das schließt sowohl Pflege als auch körperlichen Kontakt, z. B. das kurze Streichen über die Schulter oder das Halten der Hand, mit ein.

Vielen Patienten ist es äußerst wichtig, persönliche Anliegen geregelt zu haben. Dazu gehören finanzielle Angelegenheiten, bestimmte Personen noch einmal getroffen zu haben, Abschied vom Leben und engen Angehörigen zu nehmen (Steinhauser et al. 2000). Der verantwortliche Arzt kann ein gemeinsames Treffen von Patient und Familie am Krankenbett organisieren. Idealerweise wird

dem Sterbenden und seinen Angehörigen dafür ein eigenes Zimmer zur Verfügung gestellt. Gemeinsam mit dem Mediziner können allen Beteiligten am Herzen liegende Belange und Fragen über das zu Erwartende besprochen werden. Nach Lacey und Sanderson verbessern solche Gespräche am Lebensende die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen entscheidend (Lacey und Sanderson 2010).

Den einen „guten Tod“ gibt es nicht. Vielmehr sollten die Umstände des Sterbens der „Persönlichkeit und Biographie des Sterbenden gerecht werden und seine Wünsche erfüllen“ (Deutsche Krebshilfe 2010, S. 37). Deshalb können keine allgemeingültigen Verfahrensregeln oder Verhaltensweisen aufgestellt werden. Dies entspricht nicht der Individualität und Einmaligkeit des Patienten und seiner Situation.

Um die praktische Ausbildung in Bezug auf die Kommunikation und den Umgang mit sterbenskranken Patienten und ihren Angehörigen zu verbessern, wurde im Juli 2009 der „Querschnittsbereich 13 Palliativmedizin“ mit der letzten Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung eingeführt. Damit wurde die Aufnahme dieses Themengebiets in das studentische Curriculum ab dem Sommersemester 2013 beschlossen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) 2009). Weiterhin erschien 2015 die S3-Leitlinie Palliativmedizin, die im Klinikalltag eine Orientierung in Bezug auf Grundsätze der Palliativversorgung, Kommunikation mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen oder die Therapie belastender Symptome am Lebensende bietet (Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2015).

### **3.2.3 Begleitung der Angehöriger eines sterbenden Patienten**

Die terminale Erkrankung eines Patienten beeinflusst auch das Leben der Angehörigen auf vielfache Weise. Manchmal ist ihr Leid sogar größer als das der Patienten (Benzein und Berg 2005). Die Begleitung eines sterbenden Patienten wirkt als chronischer Stressfaktor auf die Familienmitglieder und kann negative physische und psychische Folgen haben. Zu den physischen Auswirkungen zählen beispielsweise ein geschwächtes Immunsystem und somit höhere Infektanfälligkeit, körperliche Erschöpfungszustände oder



Schlaflosigkeit (Bevans und Sternberg 2012; Hudson 2004). Hinzu kommt die psychische Belastung, die Depressionen oder Angststörungen zur Folge haben kann. In einer Untersuchung von Leroy et al. (2015) zeigten die Angehörigen eine höhere Tendenz zur Angst als der Patient selbst. Die Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit und ständiger Zeitdruck führen zu emotionalem Stress unter den betreuenden Familienmitgliedern. Um den Patienten zu schützen, versuchen sie jedoch häufig, diese Belastungen vor ihm zu verbergen. Unterschätzt der Patient jedoch die Anstrengungen seiner Angehörigen, führt dies zu erhöhtem psychischem Stress unter denselben. Deshalb sind Interventionen von Seiten des professionellen Behandlungsteams notwendig, um die Kommunikation zwischen Patient und Angehörigen zu verbessern und ihnen die Gelegenheit zu geben, ihre Erwartungen und Empfindungen auszutauschen (Leroy et al. 2015). Schulz und Beach konnten zeigen, dass das Mortalitätsrisiko unter Angehörigen, die die Begleitung des Patienten als belastend erleben, erhöht ist (Schulz und Beach 1999).

Redinbaugh et al. (2003) identifizierten drei Hauptstressoren für Angehörige, die den Patienten auf seinem letzten Weg begleiten. Dazu gehören eine zunehmende Hilfsbedürftigkeit des Erkrankten bei Alltagsaktivitäten, die vermehrte psychische Belastung des Patienten, sowie die Wahrnehmung, dass die Lebensqualität des Betroffenen abnimmt. Angehörige können Entlastung erfahren, wenn sie sich aktiv an der Pflege des schwerkranken Patienten beteiligen und von Ärzten und Pflegekräften lernen, auf die belastenden Symptome des Patienten adäquat einzugehen und diese zu lindern. Angehörige, die die Zuversicht vermittelt bekommen, dass sie mit dieser Herausforderung umgehen können, erleben die Begleitung ihres sterbenden Familienmitglieds als weniger stressvoll (Redinbaugh et al. 2003). Auch Wilber, Häggmark et al. und Trijsburg et al. konnten nachweisen, dass Angehörige die Erkrankung und den Tod des Patienten besser verkraften, wenn sie aktiv in dessen Pflege und Betreuung eingebunden sind (Häggmark et al. 1987; Trijsburg et al. 1992; Wilber 1988). Dies kann sogar zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls beitragen (Leroy et al. 2015).

Insbesondere dann, wenn die Angehörigen auch die häusliche Pflege übernehmen wollen, benötigen sie viele Informationen sowie ärztliche Unterstützung und Koordination. Die Betreuung umfasst diverse Aspekte von körperlicher Pflege, Ernährung und Symptommanagement bis hin zu finanziellen Fragen. Die Familienmitglieder haben unterschiedliche Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf diese Anforderungen und benötigen ein individuelles Maß an Schulung und Beistand (Given et al. 2012). Der den Patienten betreuende Arzt kann zum Beispiel Kontakt zu einer „Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung“ (SAPV) herstellen. Sie bietet eine 24-Stunden-Bereitschaft für Patienten mit einer schweren, nicht heilbaren Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium. Ziel ist es, die häusliche Versorgung zu unterstützen, belastende Symptome zu lindern und rezidivierende Krankenhausaufenthalte zu vermeiden (Alt-Epping und Nauck 2015).

Das Engagement der Familienangehörigen für den Patienten ist nicht selbstverständlich. Der Familie tut es gut, wenn ihr Einsatz von Ärzten und Pflegepersonal wahrgenommen und gewürdigt wird. Mit der Übernahme der häuslichen Pflege verlieren sie ein Stück Privatsphäre. Pflegedienst und Ärzte bekommen Einblick in die persönlichen Lebens- und Familienverhältnisse (Engelke 2012).

Soweit es im klinischen Alltag möglich ist, sollten Angehörige die Patienten jederzeit besuchen können. Häufig besteht eine gewisse Distanz zwischen den Familienangehörigen und den zuständigen Ärzten und Pflegenden. Angehörige sind immer nur Besucher im Krankenhaus, sie „sind auf die Zustimmung und Kooperation der Station angewiesen“ (Engelke 2012, S. 144).

Als Arzt vereinfacht man für die Angehörigen die Lage, indem man aktiv auf sie zugeht, sie anspricht und sich offen nach ihrem Befinden erkundigt (Husebo und Klaschik 2006). Hilfreich ist auch zu fragen, wie sie mit den Emotionen der Patienten zurechtkommen, z. B. „[...] Was löst es bei Ihnen aus, wenn Ihre Frau weint?“ (Lang et al. 2007, S. 167)

In einer aktuellen Studie wurde deutlich, dass von Seiten der Angehörigen häufig noch Informationsbedarf, insbesondere in Bezug auf die Prognose und das Outcome des Patienten besteht. Neben der bestmöglichen Pflege für den

Patienten gaben sie den Erhalt ausreichender und adäquater Informationen als ihr wichtigstes Bedürfnis an (Bužgová et al. 2016). Viele Familienmitglieder fühlen sich vom behandelnden Arzt angenommen und verstanden, wenn dieser sich Zeit nimmt und ihre Fragen klar und ehrlich beantwortet (Wenrich et al. 2001). Hier gelten die gleichen Grundsätze wie in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient (Gunten von et al. 2000): Das Gespräch sollte an einem ruhigen Ort, möglichst ohne Unterbrechung von außen stattfinden, damit der verantwortliche Arzt in Ruhe auf die Belange, die die Angehörigen bewegen, eingehen kann. Bei Fragen, die nicht in seinen Zuständigkeitsbereich fallen, beispielsweise die Beantragung von Pflegestufen, kann er Kontakt mit den entsprechenden Ansprechpartnern des Sozialdienstes vermitteln.

Steinhauser et al. (2000) veröffentlichten eine Studie, die die Faktoren untersuchte, die von Patienten, Angehörigen, Ärzten und anderem eng mit dem Patienten zusammenarbeitenden Personal wie Krankenschwestern, Pfleger oder Sozialarbeiter am Lebensende als wichtig eingeschätzt wurden. Wesentlich war für Angehörige unter anderem das Vertrauen zum behandelten Arzt, der den Patienten in seiner Gesamtheit als Person wahrnimmt und mit dem über persönliche Ängste sowie über Tod und Sterben gesprochen werden kann. Etwa die Hälfte der befragten Familienmitglieder gab an, mit dem zuständigen Mediziner über Glaubensfragen reden zu wollen. Weiterhin legten sie großen Wert auf die Schmerzfreiheit des Patienten. Der Wunsch, nicht alleine zu sterben, wurde von allen untersuchten Gruppen als substantiell eingestuft, am höchsten aber von den Angehörigen (Steinhauser et al. 2000). Nach dem Tod des Patienten leiden 10-15 % der Hinterbliebenen unter chronischem Stress und Depressionen. Etwa der gleiche Prozentsatz entwickelt eine komplizierte Trauerreaktion und hat mindestens 6 Monate nach dem Tod noch große Schwierigkeiten, den Verlust des Verstorbenen zu akzeptieren. Der Trauernde steht seitdem unter starkem Trennungsstress, der kognitive, emotionale, behaviorale und psychosoziale Symptome und Folgen mit sich bringt. Besonders verwitwete Ehepartner sind davon betroffen (Weißflog und Mehnert 2015; Thomas et al. 2014; Prigerson et al. 2009). Studien zeigten, dass trauernde, hinterbliebene Ehemänner mit kardiovaskulären Risikofaktoren

eine höhere Mortalitätsrate im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten (Stahl et al. 2016). Grimby und Johansson bewerten die ärztliche und psychologische Begleitung verwitweter Ehepartner im ersten Jahr nach dem Verlust als präventiv in Bezug auf Morbidität und Mortalität (Grimby und Johansson 2008). 50-70 % aller befragten Personen erhoffen sich Unterstützung durch den verantwortlichen Arzt ihres Angehörigen nach dessen Tod (Chau et al. 2009; Milberg et al. 2008; Prigerson und Jacobs 2001). Laut einer Studie von Chau et al. nimmt nur ein Drittel der interviewten onkologisch tätigen Ärzte, die häufig mit dem Tod von Patienten und der Trauer von Angehörigen konfrontiert werden, Kontakt mit den Hinterbliebenen auf. Am häufigsten rufen sie die Familien an oder senden eine Karte mit Beileidsbekundungen (Chau et al. 2009). In den USA war es früher üblich, dass das behandelnde Team nach dem Tod eines Patienten eine Kondolenzkarte an die Angehörigen schickte. Bedell et al. fordern in einem Artikel im New England Journal of Medicine, dass diese anteilnehmende, tröstende Geste wieder aufgenommen wird. Dies sei hilfreich für die Trauerarbeit der Familie und Freunde des Verstorbenen, aber auch für den behandelnden Arzt selbst (Bedell et al. 2001). Die Hinterbliebenen fühlen sich in ihre Trauer über den Verlust anerkannt und gewürdigt. Es sei ein Zeichen der Menschlichkeit und des Mitgefühls des Arztes, sein Beileid auszudrücken, gerade weil er mit der Familie die intimen und emotionalen Momente der Sterbebegleitung geteilt hat.

#### **3.2.4 Prädisponierende Merkmale zum Trösten**

Im Folgenden wird dargestellt, welche Faktoren das Verhalten des Arztes in Hinsicht auf das Trösten beeinflussen.

Frauen gelten als empathischer als Männer. In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass Ärztinnen mit Patienten einfühlsamer umgehen als ihre männlichen Kollegen (Bylund und Makoul 2002; Chau et al. 2009; Nicolai und Demmel 2007). Im Gespräch mit Patienten betonen sie die psychosozialen Aspekte, die eine Krankheit mit sich bringt. Insgesamt kann die Kommunikation von Ärztinnen als emotional beschrieben werden (Bylund und Makoul 2002).

In dem Vergleich von Chau et al. zwischen Palliativmediziner, Onkologen und Strahlentherapeuten spendeten Palliativmediziner am häufigsten Trost, sowohl dem Patienten als auch den Hinterbliebenen. Das kann daran liegen, dass sie den Tod als Teil des Lebens verstehen. Onkologen und Strahlentherapeuten hingegen gaben an, den Tod eines Patienten als persönliches Scheitern anzusehen (Chau et al. 2009).

In der Gegenüberstellung von Onkologie, Allgemein- und Intensivstationen findet auf onkologischen Stationen eine konsequente Einbindung von Angehörigen in die Betreuung sterbenskranker Patienten statt. Auch wird von dem Behandlungsteam dieser Fachrichtung eine adäquate Schmerztherapie und Sterbebegleitung angestrebt und durchgeführt (George 2013). Es zeichnet sich also ab, dass Angehörige bestimmter Fachrichtungen tendenziell besser darauf ausgerichtet sind, Patienten und ihren Familien Trost zu spenden.

Die Berufserfahrung scheint beim Trösten keine Rolle zu spielen (Ellison und Ptacek 2002). Vielmehr ist das Verhältnis zum Patienten und seiner Familie entscheidend. Befand sich der Patient schon längere Zeit in der Behandlung des Arztes, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass eine Begleitung der Angehörigen über den Tod des Patienten hinaus stattfindet (Ellison und Ptacek 2002; Lemkau et al. 2000).

Ein weiterer zu berücksichtigender Faktor sind die persönlichen Eigenschaften des Arztes. Fühlt sich der Arzt im Umgang mit trauernden und weinenden Patienten nicht unwohl und schätzt den offenen Umgang mit Gefühlen als hilfreich ein, so ist er eher dazu bereit, als Tröster zu fungieren (Chau et al. 2009; Lemkau et al. 2000).

### **3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit beim Trösten**

Wie in den vorangegangenen Kapiteln veranschaulicht wurde, ist das Trösten von Patienten und Angehörigen eine sehr komplexe Aufgabe, die von einem Arzt alleine, der auf seiner Station gleichzeitig mehrere Personen zu betreuen hat, kaum zu bewältigen ist. Um dem einzelnen Patienten und seiner Familie gerecht zu werden, ist eine sehr gut koordinierte, fächerübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen erforderlich. Im Folgenden

werden die Aufgabenbereiche von Seelsorgern, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegepersonal dargestellt und anhand des Beispiels der Palliativmedizin skizziert, wie diese Kooperation funktionieren kann.

### **3.3.1 Seelsorger**

Diakone, Pfarrer, Gemeinde- oder Pastoralreferenten arbeiten in deutschen Krankenhäusern als hauptamtliche Seelsorger. Neben der Durchführung christlicher Rituale wie Salbung, das Sprechen von Gebeten und Segnungen, ist die spirituelle Begleitung des Patienten ihre Hauptaufgabe.

Borasio fasst unter spiritueller Begleitung die Auseinandersetzung mit den innersten Einstellungen und Überzeugungen, Wertvorstellungen und Sinnfragen einer Person zusammen. Dazu gehören auch die Beschäftigung mit der Biographie und den Lebenserinnerungen des Patienten oder die Aufarbeitung seiner Beziehung zu anderen Menschen bzw. zu Gott oder einer göttlichen Macht. Offene Konflikte können gemeinsam verarbeitet werden (Borasio 2012). Eine Studie von Hanson et al. aus dem Jahr 2008 zeigt ein erstaunliches Ergebnis: 40 % der befragten Patienten wünschen sich spirituelle Begleitung durch ihre Familie oder enge Freunde. An zweiter Stelle folgten Ärzte und Pflegepersonal und an dritter mit 17 % die Seelsorger (Hanson et al. 2008). Dies zeigt, dass Seelsorge „eine Dimension jeder Form mitmenschlicher Begleitung“ ist, wie es Roser formulierte (Roser 2012).

### **3.3.2 Psychologen**

Die psychologische Begleitung von Patienten mit einer lebensbedrohlichen Krankheit stellt einen essentiellen Bestandteil der Behandlung dar. Auch der Nationale Krebsplan, der vom Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit herausgegeben wird, definiert eine „angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung“ für alle Patienten als wesentliches Ziel (Bundesministerium für Gesundheit 2012, S. 46). Wiedenbruch konnte in einer Untersuchung mit Brustkrebspatientinnen zeigen, dass die Lebensqualität der Patienten durch psychoonkologische Interventionen deutlich verbessert werden konnte. Außerdem wurden sowohl die Therapiekosten als auch die

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus gesenkt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die psychologische Betreuung positive Auswirkungen auf den Verlauf der Krankheit hat (Wiedenbruch 2011).

### **3.3.3 Sozialarbeiter**

Die Sicherstellung der poststationären Versorgung des Patienten stellt eine der wichtigsten Aufgaben der im Krankenhaus tätigen Sozialarbeiter dar. Sie beraten Patienten und ihre Angehörigen im Hinblick auf ambulante oder stationäre Pflegedienste und vermitteln ihnen Kontakte dorthin. Außerdem geben sie Auskunft, welche Leistungen ihnen von Seiten der Kranken-, Pflege- oder Rentenkasse zustehen und erklären die nötigen Verfahrenswege. 2013 waren 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Davon wurden rund 1,8 Millionen zu Hause von Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten versorgt. 76.000 waren stationär in Heimen untergebracht (Statistisches Bundesamt 2015a). Diese Zahlen spiegeln den hohen Bedarf an professioneller, qualifizierter Beratung in unserem Gesundheitssystem wider. Weitere wichtige Aufgaben sind Interventionen im sozialen bzw. psychosozialen Bereich (Gödecker-Geenen und Nau 2000). Dazu gehört das Erheben der Sozialanamnese. Mit jedem Patienten wird seine individuelle Situation besprochen, seine bestehenden Ressourcen herausgefiltert und die für ihn bestmögliche Lösung erarbeitet. Insgesamt ist es die Aufgabe des Kliniksozialdienstes, soziale Aspekte „in die Genesung und die Krankheitsbewältigung einzubeziehen“ (Gödecker-Geenen und Nau 2000, S. A2676).

### **3.3.4 Pflegepersonal**

Von allen Berufsgruppen, die im Krankenhaus mit Patienten zusammenarbeiten, verbringen Gesundheits- und Krankenpfleger gewöhnlich die meiste Zeit mit diesen und bauen zu einigen ein enges, vertrauensvolles Verhältnis auf. Durch diese spezielle Beziehung gewinnen sie einen umfassenden Eindruck vom Patienten. Sie bekommen die familiären Verhältnisse des Patienten mit, die Anzahl der Besuche, den Umgang mit der

Krankheit und die dadurch entstehenden Belastungen oder die Nebenwirkungen der Therapie (Zamanzadeh et al. 2010).

Nach Hermann (2010) gehört es zu den Aufgaben der Pflegenden dem Patienten im Klinik- und Stationsalltag Orientierung und Hilfestellungen zu geben. Sie informieren ihn über anstehende Untersuchungstermine und bereiten ihn darauf vor. Häufig erklären sie nochmals Details bevorstehender oder bereits durchgeführter Untersuchungen, die der Patient nicht verstanden hat. Schwestern und Pfleger werden mit den Ängsten, Sorgen und Befürchtungen des Patienten bezüglich der bevorstehenden Untersuchungen oder des Verlaufs der Erkrankung konfrontiert. Durch diese Nähe zum Patienten können sie sich meist gut in ihn hineinversetzen, seine Perspektive einnehmen und entsprechend auf ihn eingehen (Hermann 2010).

Neben den menschlichen, empathischen Kompetenzen und Fähigkeiten bewerteten Patienten in einer Untersuchung von Zamanzadeh et al. vor allem die technisch-medizinischen Fertigkeiten des Pflegepersonals als wichtig. Dazu gehört z. B. die Medikamentenverabreichung – sei sie intravenös oder oral – oder der Umgang mit Monitoren und Maschinen, an die der Patient angeschlossen ist (Zamanzadeh et al. 2010).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die adäquate Körperpflege des Patienten. Viele Patienten benötigen dafür zeitweise Unterstützung durch das Pflegepersonal. Dieser intime Vorgang spiegelt nach Hermann (2010) das besondere Verhältnis zwischen dem Patienten und der pflegenden Person wider. Einfühlsames Vorgehen ist an dieser Stelle ganz besonders essentiell. Natürlich muss erwähnt werden, dass im Stationsalltag unter Zeitdruck, Hektik und der Verantwortung für mehrere, zum Teil schwerkranke Patienten, nicht immer genug Zeit ist, um auf jeden Patienten individuell und angemessen einzugehen. Aber ein kurzes, nettes Wort oder eine aufmerksame Geste, wie das Aufschütteln des Kopfkissens für eine bequemere Lagerung, zeigt dem Patienten, dass er umsorgt ist, und lässt ihn Verbundenheit spüren (Hermann 2010).



### 3.3.5 Palliativmedizin

„Palliativmedizin/ Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (DGP 2002, o. S.)

In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1983 in der Universitätsklinik Köln eingerichtet. Seitdem steigt die Zahl stetig an. Im Jahr 2015 gab es bundesweit über 300 Palliativstationen, das entspricht etwa 40 Betten pro 1 Million Einwohner (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. 2016).

Indikationen für eine palliative Behandlung sind beispielsweise eine progrediente Tumorerkrankung, neurologische Krankheiten im fortgeschrittenen Stadium oder auch schwere dementielle Erkrankungen.

Ein Ziel der Palliativmedizin ist es, das Leiden des Patienten zu mindern, d. h. ihn von Schmerzen zu befreien und Symptome, die die fortschreitende Erkrankung mit sich bringt, zu lindern. Im Fokus der palliativmedizinischen Behandlung stehen aber nicht nur physische Beschwerden, sondern auch die psychischen, emotionalen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten. Deshalb erfolgt die Therapie interdisziplinär-multiprofessionell durch enge Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Psychologen, Seelsorgern und Ehrenamtlichen. Oberstes Ziel ist die Sicherung der für den Patienten „bestmöglichen Lebensqualität“ (Husebo und Klaschik 2006, S. 2). Hier sei wieder auf den Stellenwert der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, wie im Kapitel 2 beschrieben, hingewiesen. Während der eine Patient jegliche Therapiemaßnahmen ablehnt, wünscht der andere vielleicht die Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten.

Borasio sagte:

„Die Richtschnur für einen Arzt ist nicht maximale oder minimale Therapie, sondern optimale Therapie. Unser Auftrag ist es, herauszufinden, was der Patient am Lebensende braucht – und ihn zu schützen vor dem, was er nicht braucht. Dazu müssen wir ihn dort abholen, wo er steht. Darin besteht das ‚Geheimnis der Fürsorge‘, wie der Philosoph Sören Kierkegaard gesagt hat.“ (Großbongardt und Traub 2012, S. 28)

Die frühzeitige Integration des palliativmedizinischen Ansatzes in die Behandlung schwerkranker Patienten ist sinnvoll. Temel et al. (2010) konnten zeigen, dass Patienten mit einem metastasierten nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom, die nach der Diagnosestellung neben der Standardtherapie auch eine palliativmedizinische Betreuung erhielten, eine höhere Lebensqualität, eine bessere psychische Stimmungslage und sogar ein im Durchschnitt ca. 2,5 Monate längeres Überleben (11,6 Monate vs. 8,9 Monate) aufwiesen (Temel et al. 2010). Dies verdeutlicht, dass Palliativmedizin nicht nur Sterbebegleitung praktiziert, sondern in erster Linie ein lebenswertes Dasein mit der Erkrankung anstrebt. Durch die Veröffentlichung der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ 2015 soll die Zusammenarbeit zwischen Onkologie und Palliativmedizin gestärkt werden (Richter-Kuhlmann 2014).

Ein weiterer Grundsatz der Palliativmedizin ist die Unterstützung und Begleitung der Angehörigen auch über den Tod des Patienten hinaus. Ihnen sollte Gesprächsbereitschaft und Offenheit von Seiten des Teams signalisiert und angeboten werden.

Engelke, ein Begründer der deutschen Palliativ- und Hospizbewegung, strebt ein Umdenken an: „Es sollte entweder keine Palliativstationen mehr geben oder alles sollte Palliativstation werden.“ (Engelke 2014, zitiert nach Boytchev 2014, o. S.) Palliativmedizin sollte integraler Bestandteil aller medizinischen Fachrichtungen sein und keine Disziplin, an die Sterbende abgeschoben werden. Dieser Forderung wird durch die Aufnahme des Pflichtfachs Palliativmedizin in die studentische Ausbildung mit Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung vom Juli 2009 Rechnung getragen (DGP 2009).

### **3.4 Fragestellungen**

Im theoretischen Teil wurden die Bedeutung, Notwendigkeit und verschiedene Formen der Gestaltung von Trost aufgezeigt. Für Patienten und Angehörige stellt der Sterbeprozess eine existenzielle Ausnahmesituation dar. Die Angehörigen bedürfen einer über den Tod hinausgehenden Begleitung (Chau et al. 2009). Dadurch bedingt wird den professionellen Helfern ein hohes Maß

an Trost abverlangt. Die bislang veröffentlichte empirische Forschung zu dieser Thematik beschäftigt sich in erster Linie mit der optimalen Kommunikation zwischen Arzt und einem schwerkranken bzw. sterbenden Patienten und dessen Angehörigen (Bousquet et al. 2015; Bucka-Lassen 2011; Girgis und Sanson-Fisher 1995; Gunten von et al. 2000). Erwartungen und Wünsche von Seiten der Patienten und Angehörigen an den Mediziner und das Behandlungsteam wurden untersucht (Lorenzo de et al. 2004; El-Jawahri et al. 2014; Enzinger et al. 2015). Auf den Patienten und seine Angehörigen wirken diverse physische und psychische Belastungen ein, die im Rahmen der Erkrankung und des Sterbeprozesses auftreten. Der adäquate und bestmögliche Umgang damit wurde in mehreren Publikationen veranschaulicht (Chochinov 2002, 2006, 2007; Chochinov et al. 2006, 2009; Mitchell et al. 2011; Parker et al. 2001). Zur Thematik, auf welche Art und Weise Ärzte und Pflegende Trost in Sterbesituationen vermitteln, gibt es bislang keine empirischen Daten. Deshalb wurde für die Exploration dieses Untersuchungsgegenstands ein qualitativer Ansatz gewählt (Creswell 2013). Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es darzustellen, wie das Behandlungsteam im Klinikalltag Trost für sterbende Patienten und ihre Angehörigen wahrnimmt. In der vorliegenden Arbeit wird die Sterbebegleitung nach dem Prinzip des Theoretical Sampling der Grounded Theory nach Glaser und Strauss auf zwei unterschiedlichen Stationen innerhalb eines Krankenhauses gegenübergestellt. Die Untersuchung geht fallbezogen vor. Ausgewählte Stationen werden bezüglich der Fragestellung, inwieweit dort im Alltag Trost in Sterbesituationen praktiziert und durch welche äußeren Faktoren dies beeinflusst wird, analysiert.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfragen:

- Wie wird sterbenden Patienten und ihren Angehörigen aus Sicht der behandelnden Ärzte und Pflegekräfte im Klinikalltag Trost gespendet?
- Gibt es Unterschiede zwischen der Sterbebegleitung auf einer Normalstation und einer Palliativstation innerhalb eines Krankenhauses?

- Wie beeinflussen die äußeren Faktoren Raum, Zeit, Personal und Ausbildung die Sterbebegleitung auf der jeweiligen Station?
- Welche Lösungsansätze gibt es aus Sicht der Experten, um den Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen zu verbessern?

## **4. Material und Methoden**

### **4.1 Experteninterviews**

Experteninterviews sind eine häufig angewendete Forschungsmethode in der qualitativen empirischen Sozialforschung. Die Definition von Gläser und Laudel lautet: „Experte‘ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ (Gläser und Laudel 2010, S. 12)

Meuser und Nagel definieren denjenigen als Experten, der „in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“ (Meuser und Nagel 1991, S. 443).

Experten dienen als Quelle exklusiver Informationen über den zu untersuchenden Sachverhalt, d. h. über Betriebs- bzw. Kontextwissen, das keiner anderen Erhebungsmethode zugänglich wäre. Im Gegensatz zu anderen Interviewformen liegt der Fokus der Untersuchung hier nicht auf dem Interviewpartner als Gesamtperson, sondern auf seiner spezifischen Rolle als Spezialist im Untersuchungsfeld. Untersuchungsgegenstand der Interviews sind die Erfahrungen und das Kontextwissen, die sich aus dem Tätigkeitsfeld des Experten ergeben. Hier wird ein weiteres elementares Kriterium für die Definition eines Experten deutlich: die aktive Partizipation. Dies muss nicht zwingend im beruflichen Rahmen stattfinden, sondern kann beispielsweise auch während einer ehrenamtlichen Tätigkeit ausgeübt werden. Dadurch erlangt der Experte ein Sonderwissen, das ihn von Laien unterscheidet.

Das teilstrukturierte, leitfadengestützte Interview dient als angemessenes Erhebungsinstrument, um explizites und implizites Expertenwissen zu gewinnen. Mit einem geschlossenen, standardisierten Interviewbogen wird lediglich reines Faktenwissen erhoben. Das offene Interview mit Verzicht auf einen Leitfaden birgt die Gefahr, den Fokus zu verlieren und die Gestalt eines biographischen oder narrativen Interviews anzunehmen. Die Verwendung eines Leitfadens hingegen sichert die thematische Struktur und die Vergleichbarkeit

der Interviews. Durch die flexible Handhabung können Erzählungen oder Explorationen des Interviewpartners evoziert werden, aus denen relevante Aspekte seines Expertenhandelns und -wissen rekonstruiert werden können (Meuser und Nagel 2009).

Ärzte und Pflegepersonal wurden im vorliegenden Fall als Experten befragt, da sie im Hinblick auf die Forschungsthematik „Trost im Klinikalltag“ und insbesondere auf den Untersuchungsgegenstand der empirischen Untersuchung „Sterbebegleitung auf unterschiedlichen Stationen innerhalb eines Krankenhauses“ durch ihre eigene Tätigkeit im Handlungsfeld erstrangige Informationen über die alltäglichen internen Abläufe und die beeinflussenden Rahmenbedingungen liefern können. Die Untersuchung wurde auf diese beiden Berufsgruppen beschränkt, da die Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen hauptsächlich von ihnen geleistet wird.

## 4.2 Grounded Theory

Die Grounded Theory ist „eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet“ (Strauss und Corbin 1996, S. 7). Sie wurde 1967 in den USA von den Soziologen Anselm L. Strauss und Barney G. Glaser mit Veröffentlichung ihres Buchs „The Discovery of Grounded Theory“ begründet. Ziel war der zu diesem Zeitpunkt vorherrschenden logisch-deduktiven Methodologie eine alternative, empirische, in Daten begründete Vorgehensweise entgegenzusetzen. Glaser und Strauss schreiben dazu:

„Most writing on sociological method has been concerned with how accurate facts can be obtained and how theory can thereby be more rigorously tested. In this book we address ourselves to the equally important enterprise of *how the discovery of theory from data – systematically obtained and analyzed in social research – can be furthered*. We believe that the discovery of theory from data – which we call *grounded theory* – is a major task confronting sociology today, for, as we shall try to show, such a theory fits empirical situations, and is understandable to sociologists and laymen alike.” (Glaser und Strauss 2008, S. 1)

Im Mittelpunkt steht die Generierung von Theorie. Diese Generierung ist ein fortlaufender Prozess, in dem die Erhebung, Analyse und Kodierung von Daten stets parallel verlaufen.

Die Methode kann gleichermaßen für qualitative wie quantitative Daten verwendet werden. In der Regel handelt es sich bei soziologischen Fragestellungen aufgrund der Angemessenheit zum Untersuchungsgegenstand der sozialen Interaktion um qualitative Daten.

Elementare Strategien zur Generierung von Grounded Theory sind zum einen die *komparative Analyse* mittels *theoretischem Sampling* und zum anderen die Methode des *ständigen Vergleichens*.

Das Theoretische Sampling definieren Strauss und seine Schülerin Corbin als „Sampling (Auswahl einer Datenquelle, Fall, Stichprobe, Ereignis etc., a. d. Ü.) auf der Basis von Konzepten, die eine bestätigte theoretische Relevanz für die sich entwickelnde Theorie besitzen“ (Strauss und Corbin 1996, S. 148). Der Forscher wird also auf der Grundlage der sich in der Entwicklung befindlichen Theorie die Entscheidung bezüglich der weiteren Datenerhebung treffen. Elementares Charakteristikum ist hierbei die „theoretische Relevanz“ (Glaser und Strauss 2010, S. 65) der Vergleichsgruppe mit dem Ziel, möglichst viele Kategorien und Eigenschaften zu erzeugen. Der erste Fall wird anhand bestehenden theoretischen und praktischen Vorwissens ausgesucht.

Sowohl die Minimierung als auch die Maximierung von Unterschieden zwischen den Vergleichsgruppen kann zur Entwicklung neuer Eigenschaften und Kategorien und damit zur Erweiterung der Hypothesen und der Theorie beitragen. Durch die Minimierung der Unterschiede zwischen den Gruppen können grundsätzliche Gemeinsamkeiten und Differenzen und damit Kategorien und Hypothesen herausgearbeitet werden. Weiterhin werden Bedingungen für die Existenz einer Kategorie deutlich. Dadurch wird die Theorie kontrolliert.

Die Maximierung der Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen fördert die Entwicklung von Eigenschaften auf der Grundlage differenter Daten und definiert die Reichweite der Theorie. Aber auch grundlegende Gemeinsamkeiten der Vergleichsgruppen können so festgestellt werden (Glaser und Strauss 2008).

Die sogenannte theoretische Sättigung dient als Maß zur Beurteilung, wann das Sampling pro Kategorie beendet werden kann. Diese ist dann erreicht, wenn

Exempel wiederholt auftreten und die Kategorien durch weitere Daten nicht erweitert werden können. Dies kann erst durch die Maximierung von Differenzen zwischen den Gruppen gelingen, „nur um sicher zu gehen, dass die Sättigung auf einer möglichst breiten Datenbasis beruht“ (Glaser und Strauss 2010, S. 77). Auch hier zeigt sich wieder die Notwendigkeit der parallelen Datenerhebung, -kodierung und -analyse: der Forscher wird erst wissen, welcher Gruppe er sich zum Zweck der weiteren Differenzierung von Kategorien und Eigenschaften und der Bildung von Hypothesen als nächstes zuwenden muss, bzw. erkennen, dass die theoretische Sättigung erreicht ist, wenn er das bereits erhobene Material analysiert hat. Deshalb muss die Methode des ständigen Vergleichens zusammen mit dem theoretischen Sampling verwendet werden.

Die Methode des ständigen Vergleichens kann in vier Phasen unterteilt werden. Zunächst wird jedes Vorkommnis in eine Kategorie eingeteilt, d. h. kodiert. Gleichzeitig vergleicht der Forscher dieses Vorkommnis mit bereits kodierten Vorkommnissen derselben Kategorie. Dadurch werden Eigenschaften der Kategorie etabliert. Glaser und Strauss definieren das Herausarbeiten von Unterschieden oder Gemeinsamkeiten der Daten durch ständiges Vergleichen von Vorkommnissen mit anderen Vorkommnissen oder Eigenschaften als Diversität (Glaser und Strauss 2008). Daraufhin werden die Kategorien und ihre Eigenschaften integriert, d. h. zueinander in Beziehung gesetzt. Zusammenhänge und Bedingungen für die Existenz der Kategorie werden deutlich. Die Theorie wird durch Reduktion der Terminologie begrenzt. Kategorien und Eigenschaften werden vereinheitlicht und verallgemeinert. Auch hier greift wieder das Mittel der theoretischen Sättigung, da nur Vorkommnisse, die der Theorie neue Aspekte liefern, kodiert werden. Der Forscher verfasst seine Theorie schließlich auf Grundlage der Kategorien und seiner dazu angefertigten Memos (Glaser und Strauss 2010).

In den 70er Jahren kam es zum Bruch zwischen den beiden Begründern der Grounded Theory, Glaser und Strauss. Strauss spezifiziert u. a. zusammen mit Juliet Corbin das Kodierverfahren und unterscheidet offenes, axiales und selektives Kodieren. Das offene Kodieren schafft zunächst einen Zugang zum



Material. Erste theoretische Kategorien werden gebildet. Das axiale Kodieren untersucht Verbindungen und Unterschiede zwischen den Kategorien. Die einzelne Kategorie wird weiter differenziert. Darauf folgt das selektive Kodieren, das Kernkategorien in Bezug auf die Forschungsfrage festlegt und die Beziehung zu den anderen Kategorien analysiert. Mit Hilfe des Kodierparadigmas, das nach ursächlichen und intervenierenden Bedingungen, Kontexten, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen fragt, sollen Zusammenhänge zwischen den Kategorien und Konzepten analysiert werden (Strauss und Corbin 1996).

Glaser entwickelt das Konzept-Indikator-Modell, das auf dem ständigen Vergleichen von Indikator zu Indikator und Indikator zu einem emergierenden Konzept beruht, und betont die Emergenz von Theorie aus den Daten: „Concepts and their dimensions [...] have *earned* their way into the theory by systematic generation from data.“ (Glaser 1978, S. 63 f.) Er schlägt vor, die aus den Daten gewonnenen Codes mit Hilfe „theoretischer Codes“ zueinander in Beziehung zu setzen und greift dafür auf theoretisches Vorwissen in Form von 18 sog. Kodierfamilien, beispielsweise „*The Six C's: Causes, Contexts, Contingencies, Consequences, Covariances and Conditions*“ zurück (Glaser 1978, S. 74 ff.). Auch dieses Verfahren zielt auf die Etablierung von Kernkategorien, anhand derer ein zentrales Konzept erarbeitet wird und schließlich die Integration in eine Theorie erfolgt.

Diese Differenzen werden u. a. auf die unterschiedliche akademische Ausbildung der beiden Soziologen zurückgeführt. Strauss wurde an der Chicagoer Universität mit qualitativ-interpretativer Forschungstradition unterrichtet. Glaser hingegen entstammte der eher empirisch-quantitativ orientierten Columbia School (Strübing 2014).

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine materiale Theorie durch den Vergleich von Sterbebegleitung auf zwei unterschiedlichen Stationen innerhalb eines Krankenhauses generiert. Pro Station wurden jeweils mehrere Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen zu typischen und atypischen Sterbesituationen und der praktizierten Sterbebegleitung befragt. Daraus ergaben sich von den Daten induzierte Kategorien. Die Untersuchung von Beziehungen und

Zusammenhängen zwischen diesen Kategorien führte zur Entwicklung von Hypothesen und damit zur Generierung von Theorie.

Hier wird wiederum das Schlüsselkonzept bei der Generierung einer Grounded Theory deutlich: das parallele Erheben, Kodieren und Analysieren der Daten. „Joint collection, coding, and analysis of data is the underlying operation. The generation of theory, coupled with the notion of theory as process, requires that all three operations be done together as much as possible. They should blur and intertwine continually, from the beginning of an investigation to its end“, so Glaser und Strauss in „The Discovery of Grounded Theory“ (Glaser und Strauss 2008, S. 43).

Die entstandene Theorie kann aufgrund der angewandten Methoden als prozessual bezeichnet werden. Die Vorgehensweise ist induktiv, da die Kategorien und die Theorie direkt aus den Daten gewonnen werden. Der Forscher wird auf Grundlage seiner Daten zunächst eine materiale Theorie entwickeln. Durch das Einbeziehen und die Analyse anderer gegenstandsbezogener Theorien wird die Theorie ein höheres Abstraktionsniveau erreichen und kann in eine formale Theorie überführt werden. Beispielsweise kann das von Glaser und Strauss in Bezug auf Sterbesituationen materiale Konzept der Bewusstseitskontexte in eine formale Theorie bezogen auf andere Situationen sozialer Interaktion weiterentwickelt werden (Glaser und Strauss 2008; Hildenbrandt in Glaser und Strauss 2010). Eine so generierte, aus den Daten induzierte Theorie wird dem Sachbereich, auf den sie angewendet werden soll, angemessen sein.

Glaser und Strauss selbst betrieben qualitative Forschung unter anderem im medizinischen Bereich. In „Awareness of Dying“ (1965) untersuchten sie die in Sterbeprozessen vorherrschenden Bewusstseitskontexte der beteiligten Personen im Krankenhaus und wie sich diese auf die Interaktion mit sterbenden Patienten auswirken. „The Social Organization of Medical Work“ (Strauss et al. 1985) ist eine medizinsoziologische Arbeit zu den Auswirkungen der medizinischen Technologien auf den Umgang mit chronisch Kranken und die Organisation eines Krankenhauses. „Unending Work and Care: Managing Chronical Illness at Home“ (Strauss und Corbin 1988) behandelt die

unterschiedlichen Phasen einer chronischen Erkrankung und die Möglichkeiten der Unterstützung für den Patienten und seine Familie. Dies unterstreicht die Angemessenheit des Verfahrens für den Gegenstandsbereich. Brücher schreibt dazu:

„Es ist wohl kein Zufall, dass die *grounded theory* von Soziologen, die in klinischen Handlungsfeldern gearbeitet haben, entwickelt wurde. Die Verbindung universalistisch-wissenschaftlichen Regelwissens mit konkretem Fallverstehen charakterisiert die klinische Praxis, sie ist als Analysemethode für dieses Handlungsfeld daher angemessen und attraktiv, umgekehrt bieten sich derartige Problemstellungen als Gegenstände ihrer Bearbeitung geradezu an.“ (Brücher 2005, S. 380)

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit zur Sterbebegleitung durchgeführte Untersuchung verdeutlicht, dass sich die Grounded Theory nicht nur für die klinische Praxis im Allgemeinen, sondern für Sterbesituationen im Speziellen als adäquate Erhebungsmethode erweist.

### **4.3 Sampling**

Der erste Kontakt zu den Interviewpartnern erfolgte über die zuständigen Chefärzte des Zentrums Innere Medizin sowie des palliativmedizinischen Zentrums. Als Voraussetzung für die Durchführung der Interviews wurde die vollständige Anonymisierung der Daten vereinbart (s. Einverständniserklärung im Anhang, S. 136).

Im Zentrum Innere Medizin erfolgte die Kontaktaufnahme persönlich durch direkte Ansprache potentieller Interviewpartner und Erläuterung der inhaltlichen Themen und des Datenschutzes. Die angesprochenen Mitarbeiter empfahlen noch weitere Kollegen, die aus ihrer Perspektive als besonders interessante Interviewpartner in Frage kamen. Alle Personen, die sich für die freiwillige Teilnahme interessierten, erhielten ein Informationsblatt mit Details zur Durchführung der Interviews.

Die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartnern der Palliativstation erfolgte schriftlich über die Zusendung eines Informationsblatts. Es meldeten sich freiwillige Teilnehmer, die wiederum andere potentielle Gesprächspartner empfahlen.

Alle Interviews wurden im Januar und Februar 2015 geführt. Zunächst wurden die Pflegekräfte einer Normalstation zur Gestaltung und den äußeren Bedingungen der Sterbebegleitung befragt. Daraufhin im Sinne einer Minimierung der Unterschiede im Rahmen der komparativen Analyse die Vergleichsgruppe der Ärzte der Normalstation.

Nach Auswertung von vier Interviews mit Pflegekräften und zwei Interviews mit Ärzten der Normalstation wurde die theoretische Sättigung erreicht („*Saturation* means that no additional data are being found whereby the sociologist can develop properties of the category. As he sees similar instances over and over again, the researcher becomes empirically confident that a category is saturated.“ (Glaser und Strauss 2008, S. 61)).

Um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu maximieren und die Reichweite der Theorie festzustecken, wurden aufgrund der theoretischen Relevanz im Sinne des theoretischen Samplings der Grounded Theory daraufhin die professionellen Helfer einer Palliativstation, d. h. einer Station, die auf Sterbebegleitung spezialisiert ist, zu den gleichen Sachverhalten befragt. Auch hier wurden gemäß der Minimierung von Unterschieden zwischen den Gruppen die Pflegekräfte und das ärztliche Personal interviewt. Die theoretische Sättigung wurde nach der Auswertung von vier Interviews mit Pflegekräften und zwei Interviews mit Ärzten der Palliativstation erreicht.

Das Erreichen der theoretischen Sättigung nach zwei Arztinterviews pro Station ist auffallend, verdeutlicht aber die homogene Wahrnehmung der Interviewpartner. So beurteilen beispielsweise beide Ärzte der Normalstation die Sterbebegleitung auf ihrer Station als kritisch („[...] so sieht das bei uns aus, also eher nicht so ausgiebig.“ (Interview Arzt Normalstation (IAN) 01); „Eine richtige Sterbebegleitung, würde ich sagen, gibt es nicht.“ (IAN 02)). Sie empfinden ihre zeitlichen Möglichkeiten als zu knapp, um einen sterbenden Patienten und dessen Angehörige zu begleiten („Also eigentlich habe ich als Arzt gar keine Zeit einen Sterbenden wirklich zu betreuen.“ (IAN 01); „Schlecht. Also ich habe für denjenigen ja auch nicht mehr Zeit als für die anderen Patienten.“ (IAN 02)). Die Ärzte der Palliativstation hingegen schildern übereinstimmend die essentiellen Aspekte der Sterbebegleitung auf ihrer

Station („Also schon das Medizinische, mit Medikamenten umgehen, aber eben auch das Psychosoziale, das Umfeld immer mit im Blick haben, ob die das ertragen können, ob sie Unterstützung brauchen. Ja, das ist so meine Aufgabe. Und ärztlicherseits nicht so im Vordergrund stehen, das ist glaube ich auch ganz wichtig.“ (Interview Arzt Palliativstation (IAP) 01); „[...] also meistens medikamentös oder auch anders im Unterstützungsangebot, was hier geboten wird und zum andern ist es so, dass man viele Gespräche führt und ein dritter Teil ist, dass man einfach anwesend ist und mit dem Patienten erlebt und ihm einfach beisteht.“ (IAP 02)).

#### **4.4 Durchführung der Interviews**

Die Experteninterviews wurden anhand eines Leitfadens mit narrativem Gesprächseinstieg geführt. Der narrative Gesprächseinstieg dient dazu, die Gegenstandsperspektive des Interviewpartners zu evaluieren und ihn auf den gewünschten Gesprächsstil vorzubereiten. Die Erzählaufforderung zu einer Thematik, mit der der Befragte aufgrund seiner Tätigkeit bestens vertraut ist, bahnt den Weg für eine angenehme Gesprächsatmosphäre, die eine Grundvoraussetzung für den Erhalt authentischer Informationen durch den Interviewpartner darstellt.

Der Erzählimpuls zur Eröffnung des Interviews lautete: „Bitte beschreiben Sie drei typische Sterbesituationen auf Ihrer Station.“ Anschließend wurden die Interviewpartner dazu aufgefordert, auch eine atypische Situation zu schildern. Der Hauptteil des Interviews gliedert sich zum einen in Fragen zur Gestaltung von Trost und der Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen und zum andern in Fragen zu den institutionellen Rahmenbedingungen im entsprechenden Setting (s. Interviewleitfaden im Anhang, S. 132 ff.). Hieran schloss sich ein lösungsorientierter Teil mit Vorstellungen und Lösungsansätzen der Befragten zu Veränderungen bzw. Verbesserungen der aktuellen Situation an.

Alle Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewpartner mittels digitaler Audioaufnahme aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Gespräche wurden als Einzelinterviews auf der jeweiligen Station in einem abgetrennten

Raum vor bzw. nach der Arbeitszeit der jeweiligen Interviewpartner geführt. Die Dauer betrug im Durchschnitt ca. 40 Minuten.

Durch die Verwendung des Leitfadens wurde die thematische Vergleichbarkeit der Interviews gesichert. Jedem Interviewpartner wurden die inhaltlich gleichen Fragen gestellt.

Die flexible Handhabung des Leitfadens garantierte die Offenheit der Interviews. Meuser und Nagel plädieren für die Verwendung eines Leitfadens, da er sowohl „dem thematisch begrenzten Interesse des Forschers an dem Experten wie auch dem Expertenstatus des Gegenübers“ gerecht wird (Meuser und Nagel 1991, S. 448). Durch die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik und die Arbeit an der Erstellung des Leitfadens ist der Interviewer sehr gut mit dem Gegenstand des Interviews vertraut und tritt dem Experten als kompetenter Gesprächspartner gegenüber. Durch die Fokussierung auf die durch den Leitfaden vorgegebenen Themenschwerpunkte wird das Gespräch strukturiert und einem Abschweifen von der Thematik entgegen gewirkt.

#### **4.5 Setting**

Die empirische Untersuchung zur Evaluation der zeitlichen, personellen und räumlichen Rahmenbedingungen von Sterbesituationen auf unterschiedlichen Stationen innerhalb eines Krankenhauses wurde in einem mittelgroßen Krankenhaus der Schwerpunktversorgung durchgeführt.

Die Einrichtung umfasst 1.000 Planbetten. Insgesamt gibt es 22 verschiedene Kliniken. Pro Jahr werden ca. 43.000 Patienten stationär behandelt. Das Klinikum ist Lehrkrankenhaus einer universitären Einrichtung.

Das Interview wurde zunächst auf einer internistischen Normalstation durchgeführt. Hier gibt es 40 Patientenbetten, die alle in Mehrbettzimmern untergebracht sind. Hinzu kommen vier Patientenbetten auf dem Gang. Zwei Assistenzärzte sind für die Betreuung der Patienten zuständig. Ab 16:00 Uhr kann ein internistischer Assistenzarzt als Dienstarzt bei Problemen oder Fragen von den Pflegekräften gerufen werden. Vier examinierte Pflegekräfte versorgen die Patienten in der Frühschicht. Nachmittags sind zwei Examinierte zusammen mit einer Pflegekraft, die sich in der Ausbildung befindet, eingeteilt. In der

Nachtschicht ist eine Pflegekraft für alle Patienten verantwortlich. Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen und Ärzte anderer Abteilungen werden konsiliarisch nach Maßgabe des zuständigen Stationsarztes hinzugezogen.

Auf der untersuchten Palliativstation gibt es 12 Patientenzimmer. Jeder Patient ist einzeln untergebracht. Zwei Ärzte sind tagsüber für die Station verantwortlich. Ab dem Nachmittag ist einer von ihnen im Bereitschaftsdienst bei Problemen telefonisch für die Station erreichbar. In der Frühschicht sind drei Pflegende eingeteilt, nachmittags zwei bis drei. Eine Pflegekraft versorgt die Patienten nachts. Auf der Station arbeiten außerdem Musik- und Kunsttherapeuten. Ehrenamtliche Hospizmitarbeiter besuchen die Patienten regelmäßig. Seelsorgerische oder psychologische Begleitung kann konsiliarisch von einem Mitarbeiter der Station angefordert werden.

#### **4.6 Auswertung**

Die Analyse des vorliegenden Interviewmaterials erfolgte anhand der interpretativen Auswertungsstrategie nach Meuser und Nagel. Der 1991 von ihnen veröffentlichte Aufsatz „ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion“ gilt als Grundlagenarbeit in Bezug auf die Methodologie des Experteninterviews.

Ziel dieser induktiv vorgehenden Strategie ist es, „im Vergleich mit den anderen ExpertInnentexten das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen“ (Meuser und Nagel 1991, S. 452).

Alle Interviews wurden vollständig transkribiert. Anschließend wurden die Texte dem Gesprächsablauf folgend nicht-selektiv paraphrasiert, das heißt, der gesamte Interviewinhalt wurde in eigenen Worten protokollarisch wiedergegeben. Nicht- oder wenig inhaltstragende Sequenzen, wie Ausschmückungen oder Wiederholungen, wurden gestrichen. Validität ist gegeben, wenn „das ExpertInnenwissen so ausgebreitet wird, daß [sic] jede, die Interview und Paraphrase miteinander vergleicht, zu dem Schluß gelangt, daß nichts unterschlagen, nichts hinzugefügt und nichts verzerrt wiedergegeben

wurde [...]“ (Meuser und Nagel 1991, S. 457). Die Einhaltung der Chronologie ist dabei ein wesentliches Element im Rahmen der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit. Durch die Paraphrasierung wird eine Reduktion und gleichzeitig Verdichtung des Datenmaterials erreicht.

Anschließend wurden die Paraphrasen mit textnahen Überschriften versehen. Ab diesem Schritt wurde die Sequenzialität des Textes aufgehoben. Inhaltsgleiche Abschnitte innerhalb eines Interviews wurden unabhängig von ihrer Stellung im Text unter eine Überschrift zusammengefasst, da sich die Analyse an den inhaltlichen Aspekten orientiert und nicht an der Gesprächsabfolge. Dies bedeutet eine weitere Reduktion der Terminologie.

Hierauf erfolgte der thematische Vergleich der verschiedenen Interviews. Texteinheiten mit gleichem bzw. ähnlichem Inhalt wurden unter einer Hauptüberschrift zusammengefasst. Die Zuordnungen wurden wiederholt überprüft und revidiert. Dadurch werden grundlegende Gemeinsamkeiten, aber auch Differenzen und Gegensätze der Interviewpartner offengelegt (Meuser und Nagel 1991).

Anschließend wurde das Material kategorisiert. Meuser und Nagel schreiben dazu:

„In einer Kategorie ist das Besondere des gemeinsam geteilten Wissens eines Teils der ExpertInnen verdichtet und explizit gemacht. Der Prozess der Kategorienbildung impliziert einerseits ein Subsumieren von Teilen unter einen allgemeine Geltung beanspruchenden Begriff, andererseits ein Rekonstruieren dieses allgemeinen, für den vorgefundenen Wirklichkeitsausschnitt gemeinsam geltenden Begriffs.“ (Meuser und Nagel 1991, S. 462)

Hier erfolgte das Loslösen vom ursprünglichen Text. Die textnahen Überschriften wurden durch spezifische Begriffe aus dem Krankenhauswesen ersetzt. Im vorliegenden Fall wurde beispielsweise die textnahe Überschrift „Linderung von Schmerzen und Angst“ in den palliativmedizinischen Begriff „Symptomkontrolle“ übersetzt. Für die Ausdrücke „Dokumentationsaufwand“ und „Verwaltungsarbeit auf Station“ wurde die Kategorie „Zunehmende Bürokratisierung“ etabliert. Die von den Experten wahrgenommenen Einflussfaktoren in Bezug auf Trost in Sterbesituationen zwischen den untersuchten Stationen wurden herausgearbeitet.



## 5. Ergebnisse

### 5.1 Typische und atypische Sterbesituationen Normalstation

Ärzte und Pflegekräfte der Normalstation unterscheiden bei typischen Sterbesituationen zwischen einer längerfristigen und einer kurzfristigen Begleitung.

#### Längerfristige Begleitung

Bezeichnend seien Fälle, in denen der Tod eines Patienten nach einem längeren Behandlungszeitraum auf der Station absehbar und erwartet eintrete. Oftmals sind diese Patienten den Pflegenden und Ärzten über Wochen, Monate, bis hin zu Jahren bekannt („Eine typische Sterbesituation ist, dass Patienten öfters kommen, schon eineinhalb Jahre, alle vier Wochen vielleicht regelmäßig und man halt nach und nach sieht, dass sie sich vom Allgemeinzustand verschlechtern und irgendwann versterben sie dann hier.“ (Interview Pflegekraft Normalstation (IPN) 01)).

#### Kurzfristige Begleitung

Häufig kommen Patienten in sehr schlechtem Allgemeinzustand auf die Normalstation und versterben innerhalb kürzester Zeit. Pfleger C schildert folgende Situation: „Der Patient war dann zwei Stunden bei uns und ist dann verstorben. Und es hat eben einfach gar keine richtige Begleitung stattgefunden.“ (IPN 03)

Als atypisch bewerten die Helfer der Normalstation zum einen völlig unerwartete Todesfälle und zum anderen Sterbesituationen, die sie als sehr positiv wahrnahmen.

#### Unerwarteter Tod

Die befragten Interviewpartner der Normalstation verstehen darunter Fälle, in denen die Patienten sehr überraschend, teilweise aus völliger Gesundheit heraus versterben. So beschreibt Schwester A: „Das war atypisch, weil die Patientin überhaupt keine Beschwerden hatte vorher. Weil's halt so schnell ging. Also sie ist echt gekommen, keine Beschwerden, gar nichts und eine Minute später war's vorbei.“ (IPN 01)

### Positive Erfahrungen

Zwei Experten schildern Sterbesituationen, die sie als sehr positiv erlebten als atypische Situationen. Das waren Situationen, in denen sie ausreichend Zeit für die Begleitung eines sterbenden Patienten und den Abschied von ihm hatten („Und ich war froh, dass ich die Zeit dafür hatte und habe das gerne gemacht. Das war super. Der ist dann friedlich eingeschlafen.“ (IPN 02)).

## **5.2 Typische und atypische Sterbesituationen Palliativstation**

Die Mitarbeiter der Palliativstation beschreiben Situationen, in denen Patient und Angehörige eine ihren Bedürfnissen entsprechende Begleitung erfahren, als typisch. Typisch sei auch ein sehr schnelles Versterben nach nur kurzer Verweildauer auf der Station oder Sterbeprozesse, die sich über Wochen hinziehen.

### Adäquate Begleitung

Alle Ärzte und Pflegekräfte verstehen darunter Situationen, in denen Patienten über mehrere Tage bis Wochen meist in Zusammenarbeit mit den Angehörigen adäquat und ihren Wünschen entsprechend begleitet werden. Schwester A: „Typisch ist, dass der Patient z. B. aus dem Haupthaus zu uns kommt, dann geht es um Symptomlinderung, Begleitung, Trauerarbeit und er dann in Anwesenheit seiner Angehörigen verstirbt. Das ist der Normalfall.“ (Interview Pflegekraft Palliativstation (IPP) 01)

### Kurzfristige Begleitung

Kennzeichnend hierfür sind nach Aussage der Mitarbeiter schnelle Todesfälle. Die Patienten versterben wenige Stunden nach Ankunft auf der Station. Viele dieser Patienten würden aus dem SAPV-Dienst (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) auf die Palliativstation übernommen werden, da die häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet sei.

„Eine typische Sterbesituation, z. B. die wir häufig sehen, ist, dass ein Patient entweder von ambulant, also von der SAPV, mit 'ner akuten AZ-Verschlechterung reinkommt zu uns auf Station oder vom Haupthaus über die Notaufnahme und dann schon in einem ganz reduzierten oder schlechten AZ ist, wenn er bei uns ankommt und innerhalb der ersten acht Stunden auf Station verstirbt. Innerhalb der ersten sechs bis acht Stunden. Also das sind die Patienten, wo eine Sterbebegleitung überhaupt nur ganz, ganz eingeschränkt möglich ist.“ (IAP 02)

### Lange Verläufe

Typisch seien auf der Palliativstation auch Fälle, in denen Patienten nicht loslassen können („[...] wo man das Gefühl hat, die kämpfen, das dauert zu lange.“ (IPP 03)). Der Sterbeprozess ziehe sich dann über mehrere Wochen hin.

Als untypisch werden sowohl außergewöhnlich positive als auch sehr negative Sterbesituationen dargestellt.

### Ideale Situationen

Die professionellen Helfer schildern Situationen, die ihnen als besonders positiv in Erinnerung geblieben sind, da die Begleitung von Patient und Angehörigen nach deren Wünschen und Vorstellungen optimal gestaltet werden konnte („Also sowas habe ich noch nie gesehen. Das war so toll, so beeindruckend, wie die damit umgegangen sind. Mit großer Würde, Ruhe, Kraft, sich gegenseitig tragend.“ (IAP 01)).

### Sehr negative Situationen

Die Mitarbeiter benennen Situationen, in denen Patienten qualvoll oder sehr plötzlich versterben, als atypisch für die Palliativstation („Außergewöhnlich wird's eigentlich dann, wenn man z. B. die Schmerzen nicht in den Griff kriegt.“ (IPP 01)).

## **5.3 Sterbebegleitung Normalstation**

„Man versucht, die Symptome zu lindern, Atemnot, Schmerzen, Angst, aber jetzt wirklich eine konkrete Begleitung gibt es nicht. Natürlich verständigt man die Angehörigen, wenn es irgendwie absehbar ist, aber mehr würde ich sagen, gibt es da jetzt eigentlich nicht“ (IAN 02), so Ärztin B auf die Frage, wie die Sterbebegleitung auf ihrer Station üblicherweise aussehe.

### **5.3.1 Begleitung des Patienten aus Sicht der Pflegekräfte**

Die interviewten Pflegekräfte der Normalstation berichten, dass sie sich in besonderer Weise um einen sterbenden Patienten bemühten, gleichzeitig jedoch immer unter einem enormen Zeitdruck stünden.

#### Präsenz beim Patienten

Die Pflegenden schildern, dass sie versuchen „so oft es geht, zu dem Patienten ins Zimmer zu gehen und auch ein bisschen Zeit mit ihm zu verbringen“ (IPN 01, S. 202). Sie schauen nach dem Befinden des Patienten und erkundigen sich, ob er oder seine Angehörigen irgendetwas benötigen. Dennoch ist „selten die Möglichkeit da, länger im Zimmer zu bleiben, sich ans Bett zu setzen“ (IPN 02). In der Regel „sterben die Leute eigentlich alleine, außer es sind Angehörige da“ (IPN 02).

Es gibt auch ruhigere Tage, an denen es möglich ist, mehr Zeit an der Seite des Patienten zu verbringen: „Also wenn ich die Zeit habe, dann nehme ich sie mir auch und schaue, dass ich den Patienten stütze und unterstütze und auf den Patienten eingehe.“ (IPN 02)

#### Integration der Angehörigen

Ein wesentliches Element der Begleitung eines sterbenden Patienten ist die Information der Angehörigen. Viele sterbende Patienten wünschen sich die Anwesenheit ihrer Angehörigen am Krankenbett. Manche Familien haben sich aus persönlichen Gründen lange Zeit nicht gesehen. Andere haben eine sehr lange Anreise. Die Pflegenden ergreifen im Sinne des Patienten die Initiative, informieren die Angehörigen telefonisch über den Zustand des Patienten und bitten sie, vorbeizukommen. Sie führen viele Gespräche mit den Angehörigen und verdeutlichen ihnen den Stellenwert ihrer Präsenz am Krankenbett: „Dass ich die Angehörigen informiere, und bitte vorbeizukommen. Dass der Patient sie jetzt an seiner Seite braucht.“ (IPN 02)

#### Kommunikation

Die Begleitung eines sterbenden Patienten erfordert wiederholte Gespräche. Häufig äußern die Patienten Angst vor dem Tod. Die Pflegenden versuchen ihnen diese Angst durch beruhigende, tröstende Worte zu nehmen: „Ich denke,

man spricht schon ganz offen darüber, wenn die Patienten selber wissen, dass sie sterben. Dass man dann auch über den Tod redet. Aber halt so, dass die Angst auch ein bisschen genommen wird.“ (IPN 01)

Schwester B schildert konkret:

„Manche haben z. B. einfach Angst vor dem Sterben und dann versuche ich – also ich glaub da ja schon daran, dass auf der anderen Seite noch etwas ist – mit den Patienten zu reden. Viele Verstorbene haben diesen entspannten Gesichtsausdruck nach einer halben Stunde, das ist für mich ein Zeichen, dass da etwas sein muss auf der anderen Seite und dass das Sterben nicht schlimm sein kann. Das versuche ich mit dem Patienten zu besprechen.“ (IPN 02)

### Körperliche Zuwendung

Auch durch körperliche Nähe, wie das Halten der Hand des Patienten oder das Auftragen von Aromaöl, vermitteln die Pflegenden Trost und geben dem Sterbenden das Gefühl, dass er nicht alleine ist. Pfleger C erzählt: „Ich bleibe daneben stehen, halte die Hand, streichel sie.“ (IPN 03)

### Symptomkontrolle

Ein weiterer elementarer Aspekt der Sterbebegleitung, den alle Pflegenden als ihre Aufgabe benennen, ist die Symptomkontrolle, d. h. die Linderung durch die Krankheit hervorgerufener belastender Symptome, wie Schmerzen, Angst, Luftnot oder Übelkeit. Der Patient soll mit Hilfe von Medikamenten schmerz- und angstfrei versterben können. Schwester D beschreibt: „Symptome lindern. Schmerzen lindern, wenn ich sehe der Patient hat Schmerzen, dass ich die Schmerzen linder.“ (IPN 04)

Oft bemerken die Pflegenden durch ihre häufige Präsenz beim Patienten belastende Symptome, wie Schmerzen oder Atemnot, frühzeitig und können in Absprache mit dem ärztlichen Personal entsprechende Maßnahmen initiieren. Hier ist eine gute Teamarbeit notwendig:

„Und ich schaue auch, dass die Ärzte beruhigende Medikamente anordnen, weil manche unruhig sind und wirklich viel Angst haben vor dem Sterben. Und ich finde, dass man den schon schmerz- und beschwerdefrei halten sollte und auch angstfrei. Und nur durch Gespräche geht das halt nicht immer. Mit Medikamenten kann man eigentlich dann immer ganz gut beruhigen, und das ist ja auch eine Art Trost.“ (IPN 02)

### Begleitung durch Seelsorge

Die Schwestern und Pfleger der Normalstation definieren es als ihre Aufgabe, für einen sterbenden Patienten eine solche Begleitung zu organisieren, wenn dies von ihm bzw. der Familie gewünscht ist. Für viele Patienten ist es ein letzter Wunsch, „[...] den Pfarrer nochmal da [zu; A.-K. H.] haben, der in den letzten Minuten bei ihnen ist und eben nochmal eine letzte Einbalsamierung macht oder eine letzte Kommunion“ (IPN 01). Deshalb ist es eine tröstende Geste, dieses Anliegen zu erfüllen: „Ich lasse auch den Pfarrer kommen, damit er nochmal krankengesalbt wird, wenn er das wünscht. Oder wenn er nochmal eine Kommunion möchte. [...] Ich finde es gut, wenn der Pfarrer oder Seelsorger da involviert ist, auch für Trauergespräche, die können das ja noch besser, weil sie dafür ausgebildet sind.“ (IPN 03)

### Angenehme Atmosphäre schaffen

Die Pflegenden sind sich der Tatsache bewusst, dass viele Patienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung sterben möchten. Sie versuchen deshalb, soweit es im Klinikalltag mit den räumlichen Gegebenheiten möglich ist, dem Patienten eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, in der er sich wohlfühlen kann. „[...]“, dass sie sich nicht alleine fühlen, dass sie sich trotzdem wohl fühlen hier in der Umgebung, weil viele wollen ja zu Hause sterben und dass sie sich dann hier im Umfeld einfach wohl fühlen. Das sehe ich als meine Aufgabe“ (IPN 01), so Schwester A. Auch Pfleger C berichtet, dass es für manche Patienten tröstlich sein kann, wenn im Zimmer eine behagliche Atmosphäre herrscht: „Ich schaue, dass die Umgebung, die Räumlichkeit schön aussieht, aufgeräumt.“ (IPN 03)

## **5.3.2 Begleitung des Patienten aus Sicht der Ärzte**

„Eine richtige Sterbebegleitung, würde ich sagen, gibt es nicht.“ (IAN 02)

### Symptomkontrolle

Als essentielle Aufgabe in der Sterbebegleitung geben die befragten Ärzte der Normalstation die Symptomkontrolle an, d. h. „Antibiose meinetwegen,

Analgesie und Sauerstoff- und Flüssigkeitsgabe“ (IAN 01). Ziel ist, dass der Patient ohne Schmerzen, Atemnot oder Angst sterben kann.

### Besondere Aufmerksamkeit

Die befragten Ärzte kümmern sich mit besonderer Aufmerksamkeit um sterbende Patienten, d. h. sie gehen mehrmals am Tag ins Zimmer, um nach dem Patienten zu sehen und festzustellen, ob weitere medikamentöse Unterstützung notwendig ist. Sie sprechen mit dem Patienten, auch wenn der Vigilanzzustand bereits reduziert ist. Gespräche über die Prognose finden von Seite der befragten Ärzte nur mit den Angehörigen statt, nicht jedoch mit dem Patienten. Arzt A sagt: „Ich glaube einfach, dass die Patienten das selbst schon so mitbekommen.“ (IAN 01) Auch Ärztin B vermeidet Gespräche über den bevorstehenden Tod, wenn der Patient diese Thematik nicht von selbst anspricht (IAN 02).

Arzt A fasst zusammen: „Also ich versuche mir auf jeden Fall mehr Zeit für sterbende Patienten zu nehmen als für die anderen.“ (IAN 01) Auch Ärztin B räumt Sterbenden im Klinikalltag soweit wie möglich mehr Zeit ein als den anderen Patienten: „Aber das Zwischenmenschliche, das braucht halt mehr Zeit als bei anderen Patienten.“ (IAN 02)

### **5.3.3 Begleitung der Angehörigen aus Sicht der Pflegekräfte**

Neben der Betreuung des Patienten gehört auch die Begleitung der Angehörigen zu den Aufgaben der Pflegekräfte. Im Folgenden werden die aus den Interviews extrahierten Elemente der Begleitung dargestellt.

### Kommunikation

Gespräche mit den Angehörigen zählen zu den wesentlichen Aufgaben des Pflegeteams. Die Pflegenden suchen den Kontakt zu den Angehörigen und informieren sie über die gegenwärtige Situation: „Ich als Pflegekraft gehe auf die Angehörigen zu und rede mit denen, dass es einfach für den Patienten nicht mehr besser wird. Dass der Patient sie jetzt an seiner Seite braucht.“ (IPN 02) Auch Pfleger C teilt diese Ansicht: „Ich finde es wichtig, dass die Angehörigen

gut informiert werden, dass man den Tatsachen ins Auge sieht. Er hatte diese Diagnose und es ist nur noch schlechter geworden.“ (IPN 03)

Im Verlauf sind wiederholte Gespräche notwendig, da die Angehörigen viele Fragen zum aktuellen Zustand oder dem zu erwartenden Verlauf haben. Schwester D erzählt: „[...] natürlich führen wir Gespräche. Halt beruhigen, oder dass wir die Situation schildern, wir wissen nicht, wie lange es dauert.“ (IPN 04)

### Privatsphäre

Die Pflegenden legen viel Wert darauf, dass Patient und Angehörige ausreichend Privatsphäre haben. Sie sollen in der verbleibenden Zeit unter sich sein können, um in Ruhe Abschied zu nehmen. Schwester B: „Die haben dann auch ihre Ruhe. Wir gehen dann nur rein, wenn es unbedingt nötig ist. Und die Türen sind eigentlich immer zu, dass sie einfach da drin abgeschottet sind und ihre Ruhe haben, wo sie sich dann verabschieden können. Da achten wir schon drauf.“ (IPN 02)

Auch Schwester A berichtet, dass sie zwar in regelmäßigen Zeitabständen ins Zimmer gehe, um nach dem Rechten zu sehen, sich dann jedoch wieder zurückziehe, um die Intimität nicht zu stören: „Wie gesagt, das Pflegepersonal schaut halbstündlich/stündlich ins Zimmer. Aber versucht dann auch denen so viel Ruhe wie möglich zu lassen. Man fragt halt nach Wünschen, fragt, ob alles in Ordnung ist. Aber man lässt dann schon die Ruhe und die Zeit, die sie brauchen.“ (IPN 01)

### Übernachtung

Auf Wunsch organisieren die Pflegenden den Angehörigen eine Übernachtungsmöglichkeit im Zimmer des Patienten. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Patient in einem Einzelzimmer liegt. Die Pflegenden schieben einen Sessel ins Zimmer, auf dem die Familienmitglieder die Nacht verbringen können und versorgen sie mit Getränken. „Übernachtung ist bei uns auch möglich. Da haben wir so Mobi-Stühle. Die können auch rund um die Uhr kommen, jederzeit. Also bei uns ist das wirklich so, die können kommen und da schlafen. Das ist kein Problem“ (IPN 04), so Schwester D.



### Begleitung nach dem Tod des Patienten

Nach dem Tod des Patienten drücken die Pflegenden ihr Beileid aus und führen tröstende Gespräche. Schwester B schildert: „Indem ich zum Beispiel sage, dass der Patient gut mit Schmerzmitteln eingestellt war, das ist vielen wichtig. Dass sie nicht leiden müssen. Ich versuche schon, den Angehörigen Trost zu spenden, aber das ist ja immer relativ.“ (IPN 02)

Außerdem besteht an dieser Stelle häufig noch Informationsbedarf von Seiten der Angehörigen zu organisatorischen Abläufen.

Die Angehörigen haben „so viel Zeit wie möglich“ (IPN 01), um Abschied zu nehmen. Laut Vorschrift muss der Leichnam nach Beendigung der zweiten Leichenschau, d. h. nach vier bis sechs Stunden in die Pathologie gebracht werden. Sollten die Angehörigen bspw. aufgrund einer langen Anreise bis dahin noch nicht gekommen sein, bemühen sich einige Pflegekräfte, den verstorbenen Patienten dennoch im Zimmer zu lassen, um den Angehörigen dort den Abschied in privater Atmosphäre zu ermöglichen: „Wir haben oft Angehörige, die von weiter weg kommen und vier Stunden Fahrt haben und dann versuchen wir schon, dass der Patient wenigstens so lange hier bleiben kann, dass auch die sich verabschieden können.“ (IPN 01)

Sollte dies aufgrund des Bettendrucks nicht machbar sein, kann der Patient in den „Raum der Stille“, der sich auf dem Stockwerk befindet, gebracht werden.

### **5.3.4 Begleitung der Angehörigen aus Sicht der Ärzte**

Auch das ärztliche Personal ist sich der Bedeutung der Begleitung der Angehörigen bewusst und räumt dieser im klinischen Alltag einen hohen Stellenwert ein.

#### Kommunikation

Die befragten Ärzte der Normalstation schildern, dass wiederholte und intensive Gespräche mit den Angehörigen eines sterbenden Patienten den Schwerpunkt der Begleitung darstellen. Wenn sich der Zustand des Patienten akut verschlechtert, benachrichtigen sie die Angehörigen telefonisch, um ihnen die Möglichkeit zu geben, noch vorbeizukommen. In wiederholten persönlichen Gesprächen informieren sie sie über den gesundheitlichen Zustand des

Patienten, den Verlauf, laufende oder geplante Therapiemaßnahmen: „Eben auch, dass man ihnen sagt, was man noch alles zur Symptomverbesserung macht, also dass man ihnen auch klar sagt, er hat jetzt keine Schmerzen oder keine Luftnot, dass ihnen signalisiert wird, dass man den Patienten auch unterstützt, das ist für viele ja auch sehr tröstlich.“ (IAN 02)

Gespräche mit den Angehörigen eines sterbenden Patienten finden häufiger und intensiver statt als Gespräche mit den Angehörigen der anderen Patienten. Arzt A schätzt die Gesprächsarbeit mit den Angehörigen eines Sterbenden sogar als intensiver ein als mit dem Patienten selbst: „Aber immer intensiver mit denen, muss ich sagen, als mit dem Patienten selbst, wenn ich so darüber nachdenke, ich weiß auch nicht, warum man das macht. Ich meine, das ist einfach was Unangenehmes solche schwierigen Gespräche mit dem Patienten, man ist unsicher.“ (IAN 01)

#### Besondere Aufmerksamkeit

Insgesamt kommt den Angehörigen eines sterbenden Patienten von Seite der Ärzte besondere Aufmerksamkeit zu, in dem Sinn, dass sie sich extra Zeit für Gespräche nehmen und auch in Kauf nehmen, dafür länger zu arbeiten als offiziell vorgegeben: „Man nimmt sich dann halt die Zeit und bleibt länger, gerade auch für Angehörigengespräche, [...]“ (IAN 02)

Es besteht insgesamt das „Bemühen, sie etwas intensiver zu betreuen als andere Angehörige“ (IAN 01).

#### Begleitung nach dem Tod

Nach dem Tod des Patienten findet ein abschließendes Gespräch zwischen dem betreuenden Arzt und den Angehörigen statt: „Dann natürlich nach dem Tod, wenn da einfach Redebedarf ist von den Angehörigen, einfach versuchen, Trost zu spenden, auch wenn man das vielleicht gar nicht suffizient leisten kann.“ (IAN 02) Die Ärzte drücken ihr Beileid aus und schildern nochmals den Krankheitsverlauf, verdeutlichen, dass der Patient bestmögliche medizinische Unterstützung erhalten hat.

Arzt A schätzt die Begleitung der Angehörigen nach dem Tod als „sehr mau“ (IAN 01) ein: „Also normalerweise ist das so, dass man überbringt, der Patient ist tot, und das lag vermutlich da und da dran und das war's dann.“ (IAN 01)

## **5.4 Sterbebegleitung Palliativstation**

„Üblicherweise sind es erstmal Gespräche, abgesehen von der medikamentösen Therapie, sind es Gespräche von der Pflege und den Ärzten mit dem Patienten und mit den Angehörigen“ (IPP 01), so fasst Schwester A die Sterbebegleitung auf der Palliativstation zusammen.

### **5.4.1 Begleitung des Patienten aus Sicht der Pflegekräfte**

„Dass ich im Rahmen meiner Möglichkeiten den Sterbenden dabei unterstütze, in Würde und Frieden zu gehen. Das ist so meine Aufgabe.“ (IPP 03)

#### Raum geben

Alle interviewten Pflegekräfte nennen als wichtigstes Element der Sterbebegleitung, einem sterbenden Patienten Raum zu geben, „dieses zulassen, was diese Menschen loswerden möchten“ (IPP 01). Das heißt, den Patienten als Menschen wahrzunehmen mit seinen Ängsten und Wünschen, sich auf ihn und seine Bedürfnisse einzustellen: „Da muss man individuell auf jeden eingehen.“ (IPP 02)

Sich die Zeit zu nehmen, mit ihm zu sprechen: „[...] ich nehme mir die Zeit, wenn ich das Gefühl habe, der Patient braucht ein Gespräch oder er möchte ein Gespräch.“ (IPP 02) Dem Patienten zuhören und aus seinem Leben erzählen lassen: „Für manche Menschen ist es tröstlich, dass jemand Zeit hat und sich hinsetzt und zuhört.“ (IPP 01)

Ihm aber auch Ruhephasen zu gönnen: „Für manche Menschen ist es Trost, einfach nur hierher zu kommen und Ruhe zu haben.“ (IPP 01)

#### Körperliches Wohlbefinden

Ein weiterer Aspekt der Sterbebegleitung ist die Gewährleistung des körperlichen Wohlbefindens des Patienten: „[...]“, dass sie sich wohlfühlen in ihrem Körper, gewaschen werden, dass sie keine Dekubiti kriegen.“ (IPP 01) Viele Pflegenden führen Einreibungen mit Aromapflege durch. „Und es ist auch eine Art Zuwendung, dass wir das machen. Und das genießen viele sehr“ (IPP 02), so Schwester B.

Zur körperlichen Pflege gehört auch eine sorgfältige Mundpflege, die die Pflegekräfte teilweise nach den Vorlieben der Patienten auch mit „Getränken, die sie früher gern getrunken haben, mit Cola, mit Bier, mit Sekt, mit Rotwein, mit allem möglichem, damit sie bloß nochmal den Geschmack im Mund haben“ (IPP 02) durchführen.

### Symptomkontrolle

Die Symptomkontrolle der Patienten ist allen ein großes Anliegen. Jeder soll friedlich, angst- und schmerzfrei versterben können. Viele Patienten quält vor allem die Angst vor dem Sterben. Sie haben Angst vor Schmerzen, Angst vor einem möglichen Erstickten. Hier sind neben der medikamentösen Einstellung auch wiederholt Gespräche notwendig: „Da ist es oft schon beruhigend für die Patienten zu wissen, dass jemand da ist und dass man ihm das auch sagen kann: Wir haben ein Instrument gegen Atemnot, wir haben ein Instrument gegen Schmerzen. Also sie müssen keine Angst haben in dem Sinn. [...]. Aber dass sie einfach die Optionen haben und die auch wissen.“ (IPP 03) Die Patienten erhalten an dieser Stelle auch psychologische Unterstützung durch einen Psychoonkologen, der konsiliarisch hinzugezogen werden kann und ggf. eine entsprechende medikamentöse Therapie einleitet.

### Umfassende Begleitung

Jeder Patient der Palliativstation wird schon bei Aufnahme gefragt, ob er eine seelsorgerische bzw. spirituelle Begleitung wünscht. Die Pflegekräfte nehmen dann Kontakt mit dem evangelischen oder katholischen Seelsorger der Klinik auf: „Wir rufen dann an, das muss ja meistens recht schnell gehen. [...]. Das muss dann schon noch am gleichen Tag und am besten in der nächsten Stunde oder kurz drauf sein und das funktioniert eigentlich sehr, sehr gut.“ (IPP 04) Für die Angehörigen einer anderen Glaubensgemeinschaft wird versucht, den Heimatgeistlichen kommen zu lassen. Schwester A sagt: „Da gehen wir schon drauf ein auf die Seelsorgewünsche. Ich denke, das ist ein wichtiges Thema.“ (IPP 01)

Darüber hinaus wird dem Patienten Kunst- und Musiktherapie angeboten: „[...] also das sind alles Angebote, die auf jeden Fall stehen. Die sind für jeden

zugänglich. Es wird auf jeden Fall auch jedem angeboten, der in der Lage dazu ist. Und er kann sich dann äußern, ob er das möchte oder nicht.“ (IPP 03)

Weiterhin sind ehrenamtliche Hospizmitarbeiter auf der Station tätig, die die Patienten begleiten, Zeit mit ihnen verbringen und Gespräche führen. Sie übernehmen auch die Begleitung in den letzten Lebensstunden, wenn keine Angehörigen anwesend sind oder die Pflegekräfte zu wenig Zeit haben (IPP 02).

#### **5.4.2 Begleitung des Patienten aus Sicht der Ärzte**

„Und ärztlicherseits nicht so im Vordergrund stehen, das ist glaube ich auch ganz wichtig. Das ist so die Haltung, mit der wir arbeiten, mit der wir im Team zusammenarbeiten.“ (IAP 01)

##### Symptomkontrolle

Die Symptomlinderung ist eine essentielle ärztliche Aufgabe in der Sterbebegleitung. Sie ordnen die notwendigen Medikamente an oder lassen dem Patienten bspw. psychoonkologische Unterstützung zukommen: „[...]“, dass ich mich natürlich um die Symptomlinderung kümmere, also meistens medikamentös oder auch anders im Unterstützungsangebot, was hier geboten wird [...].“ (IAP 02)

##### Kommunikation

Ein weiterer wesentlicher Anteil der Begleitungsarbeit von ärztlicher Seite ist die Gesprächsführung mit dem Patienten. Der Arzt fragt, wie es dem Patienten psychisch und physisch in der aktuellen Situation geht, wie er die Krankheit erlebt und was er noch an weiteren Unterstützungsmaßnahmen benötigt. Er erkundigt sich, ob die Familie noch Hilfestellungen in irgendeiner Form braucht. Er lässt den Patienten erzählen, hört einfach zu, lässt sich auf die Gesprächsthemen ein, die der Patient vorgibt (IAP 01; IAP 02).

##### Da sein

Begleitung heißt für die Ärzte der Palliativstation auch, mit dem Patienten zusammen die Situation auszuhalten, einfach da zu sein, ihm zu zeigen, dass jemand an seiner Seite ist. „Also ich habe schon den Eindruck, dass dieses

Sich-Zurück-Halten, dass das ein großer Anteil ist“, so die Oberärztin (IAP 01). Auch Arzt B konstatiert: „[...], dass man einfach anwesend ist und mit dem Patienten erlebt und ihm einfach beisteht. Oftmals nur durch Anwesenheit, muss nicht immer durch Gespräche sein.“ (IAP 02)

### **5.4.3 Begleitung der Angehörigen aus Sicht der Pflegekräfte**

„Das ist eigentlich mehr die Angehörigen begleiten als den Patienten, wenn sie da sind.“ (IPP 02)

#### Raum geben

Im Vordergrund der Begleitung der Angehörigen steht für die Pflegenden „dieses zulassen von dem, was da ist“ (IPP 01). Das heißt, sich ganz auf die Angehörigen und ihre Bedürfnisse einzustellen, sie sich ihre Ängste, Sorgen und Wünsche von der Seele reden lassen: „Einfach zuhören erstmal, [...] Einfach, dass man da ist, dass man nicht alleine ist in der Situation. Das tut den Angehörigen immer gut.“ (IPP 04) „Einfach zuhören. Das ist wichtig, dass die Angehörigen einfach mal ein bisschen erzählen können.“ (IPP 02)

Die Begleitung beginne bereits damit, „dass wir den Angehörigen unsere Station zeigen. Die Möglichkeiten von dem, was angeboten wird, also von den verschiedenen Therapien“ (IPP 03).

Ihnen Hilfestellungen geben, wenn sie sich im Umgang mit dem Patienten hilflos oder überfordert fühlen. „Ja, das ist für Angehörige was ganz Schönes, wenn sie nicht nur am Bett sitzen, sondern wenn man ihnen zeigt, wie kann ich eine Nackenmassage machen oder wie kann ich eine Fußmassage machen, dass ich was tun kann und nicht nur die ganze Zeit dabei sitze“ (IPP 01), so Schwester A.

#### Kommunikation

Die Gesprächsarbeit ist ein wichtiger Teil in der Begleitung der Angehörigen. Diese benötigen wiederholt Informationen über den aktuellen Zustand des Patienten und den Verlauf. Häufig müssen sie die bisherige Krankheitsgeschichte in der Kommunikation mit den Pflegenden aufarbeiten: „Ansonsten auch der Wunsch nach Gesprächen, der Wunsch nach Verarbeitung, Wunsch

immer wieder nach Aufklärung, wo stehen wir eigentlich, wo steht der Patient, in welcher Phase sind wir.“ (IPP 01) Oftmals wollen die Angehörigen auch einfach nur erzählen und brauchen jemanden, der da ist und ihnen zuhört: „[...] es reicht manchmal, wenn man oft da ist. Einfach mal ein bisschen Stille aushalten, man muss nicht immer viel reden. Das viele Reden ist oft nicht angebracht.“ (IPP 02)

Von pflegerischer, aber auch ärztlicher Seite steht immer ein Ansprechpartner zur Verfügung: „Was die Angehörigen hier sehr genießen, ist, dass immer ein Doktor ansprechbar ist oder eine Schwester, dass man nicht so nach den Ärzten und Pflegern suchen muss, das sagen die häufig. Dass einfach die Ärzte und Pflegenden hier präsent sind. Das ist was sehr, sehr Wichtiges.“ (IPP 01)

### Begleitung nach dem Tod des Patienten

Sich auf die Bedürfnisse der Angehörigen einzustellen, gilt auch für die Zeit nach dem Tod des Patienten. Die Pflegenden lassen ihnen so viel Zeit, wie sie brauchen, um sich von dem verstorbenen Patienten zu verabschieden. Schwester A erzählt:

„Und wenn die Patienten verstorben sind, dann lassen wir meistens den Angehörigen erst nochmal Raum, Abschied zu nehmen. Und machen erstmal noch gar nichts. Der Patient ist verstorben und wir geben den Angehörigen Raum. Ich sage dann zu denen: ‚Noch gehört er ganz Ihnen.‘ Noch haben wir nichts verändert und wollen, dass da nochmal Ruhe ist. Und dass die Angehörigen sich die Zeit nehmen, die sie brauchen. Bei manchen sind das zwei Minuten, und bei manchen sind's zwanzig Minuten oder auch 45 Minuten, oder 'ne Stunde. Das ist sehr unterschiedlich. Und wir sagen dann den Angehörigen sie können rauskommen, wenn sie soweit sind.“ (IPP 01)

### Umfassende Begleitung

Je nach Wunsch können die Angehörigen während des stationären Aufenthaltes des Patienten auch seelsorgerische Unterstützung bzw. psychologischen Beistand über den an die Palliativstation angegliederten Hospizverein erfahren. Den Kontakt vermitteln die Pflegekräfte:

„Oder auch verschiedene Hilfen anbieten. Also sei es Seelsorge oder einfach... also dass man sich alles vom Herzen reden kann. Oder Hospizverein ist ja bei uns da auch immer sehr gut tätig. Dann wenn wir unseren ersten Eindruck gewonnen haben von den Angehörigen, dann überlegen wir schon, wer vom Hospizverein da passen würde, so vom Alter einfach oder von der Erfahrung, so dass wir dann

einfach Bescheid sagen und die kommen dann auch recht schnell her und nehmen sich Zeit.“ (IPP 04)

Auch von Seite des Hospizvereins gibt es verschiedene Angebote der längerfristigen Begleitung nach dem Tod des Patienten, bspw. ein Trauercafé mit regelmäßigen Treffen. Von der Seelsorge folgt wenige Monate nach dem Tod die Einladung zu einem Gedenkgottesdienst, an dem auch die Mitarbeiter der Palliativstation teilnehmen. Dies alles sind Angebote der Begleitung, die die Angehörigen je nach ihren Bedürfnissen wahrnehmen können.

#### **5.4.4 Begleitung der Angehörigen aus Sicht der Ärzte**

„Also schon das Medizinische, mit Medikamenten umgehen, aber eben auch das Psychosoziale, das Umfeld immer mit im Blick haben, ob die das ertragen könne, ob sie Unterstützung brauchen“, so Ärztin A auf die Frage nach ihrer Aufgabe in der Sterbebegleitung (IAP 01).

##### Aktive Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme zu den Angehörigen eines Patienten ist den Ärzten der Palliativstation ein großes Anliegen: „Der Patient steht schon im Zentrum von der Behandlung hier, aber die Angehörigen bzw. die Versorgungsstruktur wird als Träger miteinbezogen.“ (IAP 02) Sie gehen auf die Fragen von Seiten der Angehörigen ein. Außerdem sprechen sie ihre Erwartungen und Wünsche, Ängste und Sorgen an und bieten zusätzliche Unterstützung durch Seelsorge oder den Hospizverein an.

Wenn Patienten wieder nach Hause wollen, sind intensive Gespräche nötig, um die Versorgungsstrukturen zu klären, denn „dass der Patient wieder daheim sein könnte oder daheim stirbt, das funktioniert nur, wenn das häusliche Umfeld so tragfähig ist, dass da jemand Stabiles daheim ist“ (IAP 01).

##### Begleitung nach dem Tod

Nach dem Tod des Patienten werden nochmals Gespräche mit den Angehörigen von ärztlicher Seite geführt. Oftmals haben die Familienmitglieder Fragen zu den formalen Abläufen. Außerdem werden sie eingeladen, jederzeit wiederzukommen, eine Seite im Kondolenzbuch der Station für den



Verstorbenen zu gestalten und am Gedenkgottesdienst teilzunehmen. „Da wird jetzt auch gerade ein Flyer entwickelt, damit wir ihnen das in die Hand drücken können, denn das rauscht natürlich alles durch in diesem Moment, nach dem Tod sind jetzt andere Dinge wichtiger“, so die Ärztin (IAP 01).

## **5.5 Zeitliche Rahmenbedingungen Normalstation**

„Das große Problem ist die Zeit“ (IPN 03), so Pfleger C der internistischen Normalstation auf die Frage, wie die zeitlichen Bedingungen auf seiner Station für die Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen aussehen.

### **5.5.1 Zeitliche Rahmenbedingungen der Pflegekräfte für den Patienten**

Die zeitlichen Rahmenbedingungen auf der untersuchten Normalstation sind laut dem interviewten Pflegepersonal von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig, die im Folgenden näher erläutert werden.

#### Personelle Besetzung

Im Frühdienst sind auf der Normalstation zwei bis drei examinierte Pflegekräfte eingeteilt. Nachmittags sind in der Regel zwei Kräfte für die gesamte Station zuständig und nachts eine Pflegekraft. Pfleger C sagt:

„Wenn ich hier einen kompletten Bereich habe wie heute Nachmittag und da dann ein Sterbender liegt, fehlt oft die Zeit, um sich einfach mal ‚gemütlich‘ hinzusetzen und mal die Hand zu streicheln. Solche Sachen, das fehlt dann einfach. Und da möchte man sich dann eigentlich mehr Zeit dafür nehmen, damit derjenige viel Zuwendung kriegt.“ (IPN 03)

Auch Schwester B führt den Mangel an Zeit auf die personelle Situation auf der Station zurück:

„Zu wenig Personal für zu viele Patienten. [...]. Ich finde, für sterbende Patienten, gerade palliativmedizinische Patienten, vielleicht noch mit einem Karzinom, die eh schon viel gelitten haben, viel durchgemacht haben, sollte man einfach Zeit haben und die haben wir einfach nicht. Das ist einfach so. Ganz schlechte Rahmenbedingungen. [...] Also dieses Zwischenmenschliche, das der Patient eigentlich in dem Moment bräuchte, das geht völlig verloren, weil man einfach nicht die Zeit dazu hat. Ich meine, ich stell mich schon mal hin und rede mit ihm oder nimm einfach seine Hand und versuche ein bisschen Ruhe auszustrahlen. Man hat viel zu wenig Zeit.“ (IPN 02)

### Hoher Patientenumsatz

Von allen befragten Pflegepersonen wird der hohe Patientendurchlauf bzw. die kurze Verweildauer auf Station als belastend gesehen. So kann kein persönlicher Kontakt zum Patienten und seinen Angehörigen aufgebaut werden. Eine individuelle Begleitung wird erschwert, denn die Pflegenden haben kaum Zeit, die Vorlieben und Wünsche des Patienten kennenzulernen. Schwester D: „Und dann eben auch oft Patienten, die man kaum kennt, wenige Stunden auf Station und dann versterben sie. Da kann im Grunde keine Begleitung stattfinden. Es ist schwierig.“ (IPN 04) Auch Schwester B beschreibt eine gewisse Anonymität: „Und hier ist ja ein Durchlauf. Die Patienten kommen und gehen am nächsten Tag wieder. Kommen und versterben hier. Die kennt man ja gar nicht richtig.“ (IPN 02)

### Krankheitsbilder der Patienten auf Station

Ein weiterer Einflussfaktor auf die zeitlichen Ressourcen für die Begleitung eines sterbenden Patienten sind die Krankheitsbilder der anderen Patienten. Befinden sich auf der Station mehrere schwerkranke, bettlägerige Patienten, deren körperliche Pflege viel Zeit in Anspruch nimmt, dann bleibt weniger Zeit für die zwischenmenschliche Zuwendung für einen Sterbenden. Schwester A schildert:

„Naja, das kommt immer drauf an. Ich denke, man versucht so viel Zeit wie möglich bei einem sterbenden Patienten zu verbringen. Immer mal wieder reinzuschauen und alles. Aber ich denke auf Normalstation ist es nicht möglich, so viel Zeit im Zimmer zu verbringen, wie es eigentlich notwendig wäre. Was echt schlimm ist. Aber es sind hier halt noch 21 andere Patienten zu betreuen, zu pflegen. Wenn da ein paar pflegeaufwendigere Patienten dabei sind, dann wird die Zeit schon sehr knapp, da schaut man nur noch, dass man seine Arbeit fertig bekommt. Da ist nicht viel Zeit für Trost. Leider ist das so.“ (IPN 01)

### Zunehmende Bürokratisierung

Die befragten Pflegekräfte erleben Dokumentation und Bürokratie als sehr zeitaufwendig. Diese Zeit fehlt im persönlichen Kontakt mit dem Patienten. Pfleger C: „Manchmal werden hier acht, neun Patienten entlassen, das ist immer so ein großer bürokratischer Aufwand, dann kommen gleich wieder zehn neue Patienten, die aufgenommen werden müssen. An solchen Tagen bleibt für einen sterbenden Patienten kaum Zeit.“ (IPN 03) Auch Schwester B schildert

diese Problematik: „Dann alle aufnehmen, entlassen. Und es muss ja jetzt immer alles genauestens dokumentiert werden. Das frisst so viel Zeit. Diese Zeit fehlt dann eben bei den Patienten. Wann soll da Sterbebegleitung stattfinden?“ (IPN 02)

### **5.5.2 Zeitliche Rahmenbedingungen der Ärzte für den Patienten**

Die interviewten Stationsärzte schätzen ihre zeitlichen Möglichkeiten für die Begleitung sterbender Patienten als unzureichend ein. Sie führen dies in erster Linie auf die hohe Anzahl an zu betreuenden Patienten und den damit verbundenen Arbeitsaufwand zurück. Dadurch bestünde ständiger Zeitdruck. Arzt A: „Die zeitlichen Rahmenbedingungen? Schlecht. Also eigentlich habe ich als Arzt gar keine Zeit einen Sterbenden wirklich zu betreuen.“ (IAN 01) Auch Stationsärztin B antwortet auf die Frage nach den zeitlichen Ressourcen: „Schlecht. Also ich habe für denjenigen ja auch nicht mehr Zeit als für die anderen Patienten.“ (IAN 02) Beide Ärzte berichten, dass sie versuchen würden, einem sterbenden Patienten mehr Zeit einzuräumen, aber eine adäquate Sterbebegleitung aus ihrer Sicht nicht möglich sei:

„Wie gesagt, ich gehe öfter mal hin, schau, dass er keine Schmerzen hat und so, aber am Tag ist man bestimmt nicht länger als zehn Minuten bei dem Patienten, wenn ich ehrlich bin, wenn überhaupt. Das kann man nicht als Sterbebegleitung bezeichnen. Man macht Visite bei den anderen 30 Sekunden bis zwei Minuten, schaut wie es geht, ja, hört mal auf die Lunge und schaut die Beine an, dann geht es weiter und bei einem Sterbenden ist es leider auch so, dass man dann eben schaut, dass man ins nächste Zimmer kommt, um seine Visite und die restliche Arbeit zu Ende zu bringen. Also zeitlich sehr spärlich, weil einfach zu viel zu tun ist.“ (IAN 01)

Ärztin B:

„Also man nimmt sich dann die Zeit, die ja dann auf Kosten der Freizeit geht und der anderen Patienten. Aber das ist jetzt nicht miteinkalkuliert, dass man für einen sterbenden Patienten im Grunde genommen viel mehr Zeit bräuchte. Und effektiv ist das ja auch nicht viel. Vielleicht zehn Minuten, Viertelstunde am Tag insgesamt, wenn man öfter mal ins Zimmer schaut. Und dann ist man ehrlich gesagt froh, wenn derjenige keine Schmerzen zu haben scheint und man weiter kann.“ (IAN 02)

Auch die Pflegekräfte bewerten die zeitlichen Rahmenbedingungen der Ärzte als nicht ausreichend:

„Die Ärzte sind auch teilweise überfordert. Ich meine, eine ganze Station ist schon heftig. Und dann dieser ständige Wechsel da von Patienten. Es sind immer viele Entlassungen, Zugänge. Also finde ich schon, dass die Ärzte viel zu wenige sind, eigentlich. Da ist dann eben auch keine Zeit für die Begleitung, also wirklich Begleitung eines Sterbenden. Dann hätten sie auch insgesamt mehr Zeit für die Patienten und die Patienten wären etwas zufriedener.“ (IPN 02)

Pfleger C bestätigt dies: „Da fehlt eben auch Zeit, denn sie haben ja auch nicht nur den einen Patienten da liegen, sondern weitere 23, müssen schauen, dass weitere diagnostische Maßnahmen laufen usw. Sicherlich gehen die rein und kümmern sich und sprechen auch mit den Angehörigen. Aber es ist immer dieses große Thema Zeit.“ (IPN 03)

### **5.5.3 Zeitliche Rahmenbedingungen der Pflegekräfte für die Angehörigen**

Die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung der Angehörigen eines sterbenden Patienten werden durch die gleichen Variablen beeinflusst wie die zeitlichen Ressourcen für die Betreuung der Patienten („Das ist auch abhängig vom Tag und von der Situation. Manchmal hat man Zeit, da kann man sich schon mal dazu setzen.“ (IPN 04)). Je nachdem, wie die Station pflegerischerseits besetzt ist, wie pflegeaufwendig die Patienten auf Station sind, wie viele Aufnahmen und Entlassungen es gibt, bleibt Zeit für die Begleitung der Angehörigen. Alle befragten Pflegekräfte betonen, dass sie versuchen würden, sich Zeit für die Angehörigen zu nehmen, dies im Alltag aufgrund der äußeren Rahmenbedingungen aber nicht immer möglich sei. So Schwester D:

„Aber momentan z. B. ist echt viel auf Station, wir sind auch nur zu zweit. Aber wenn die Zeit da ist, kann man sie sich auch mal nehmen, dann habe ich nicht so ein schlechtes Gewissen. Ich sehe, ich habe jetzt mal zehn Minuten Zeit, und dann mach ich das auch mal gerne. Aber manchmal, wenn richtig Stress ist, wenn man nur am Rennen ist, hoffe ich, dass mich niemand anspricht und habe gleichzeitig für mich ein schlechtes Gewissen und dem Patienten und seinen Leuten gegenüber. In solchen Situationen sollte man sich eigentlich die Zeit nehmen, aber das geht leider nicht immer. Ich versuche es.“ (IPN 04)

Auch Pfleger C berichtet von der Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität:

„Für die Angehörigen? Zu kurz, viel zu kurz. Auch wenn wir alle versuchen, uns Zeit zu nehmen. Da ist kaum die Möglichkeit da, sich etwas länger zu unterhalten.“

Da gehört eigentlich ein Seelsorger geholt, der miteinbezogen wird. Manche bräuchten wahrscheinlich auch zu Hause noch eine Betreuung. Viele sind ja doch überfordert und müssen jetzt alles organisieren, Bestatter, Trauerfeier.“ (IPN 03)

#### **5.5.4 Zeitliche Rahmenbedingungen der Ärzte für die Angehörigen**

Die Ärzte berichten, dass auch sie versuchen würden, sich besonders für die Angehörigen eines sterbenden Patienten Zeit zu nehmen, diese aber aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und des generellen Zeitdrucks knapp bemessen sei. Arzt A:

„Ja, also eigentlich auch nicht mehr als für die Patienten. Und insgesamt vielleicht ein bisschen mehr Zeit als für die anderen Angehörigen. Die kommen halt, wollen ein Arztgespräch, dann redet man halt zehn Minuten mit denen, auch an mehreren Tagen. Und nach dem Tod nochmal das Gleiche, das habe ich ja vorhin schon gesagt, da ist es vielleicht noch ein paar Minuten länger, je nachdem, wieviel die fragen.“ (IAN 01)

Außerdem gesteht er, dass er die Angehörigen im Klinikalltag bisweilen auch als Last empfindet:

„Das ist eigentlich, wenn man ehrlich ist, eher Last als Segen, wenn da jemand von den Angehörigen kommt, in solchen Situationen, in Sterbesituationen. Man hat da ja auch selbst Gewissensbisse, weil man denkt, das kann ja eigentlich nicht sein, dass einem als zuständigem Arzt in solchen Situationen zu viel ist, sich dann auch noch um die Angehörigen zu kümmern. Aber das ist halt einfach so, man macht da so mit.“ (IAN 01)

Auch Ärztin B bewertet die zeitlichen Ressourcen für die Betreuung der Angehörigen als „generell schlecht“, denn sie habe „ja schon wenig Zeit für die Patienten bzw. einen sterbenden Patienten, die Angehörigen kommen da sozusagen noch zusätzlich dazu“ (IAN 02). Dennoch bemüht auch sie sich, der Begleitung der Familien eines sterbenden Patienten mehr Zeit einzuräumen als denen der anderen Patienten („Aber ich nehme mir eben die Zeit, mehr als für Angehörige eines ‚normalen‘ Patienten.“ (IAN 02)).

Die Pflegekräfte äußern, dass sie zwar die Bemühungen der Ärzte um die Begleitung der Angehörigen wahrnehmen, aber dennoch häufig das Gefühl haben, dass die Angehörigen eines sterbenden Patienten sich einen intensiveren Kontakt zu den zuständigen Ärzten wünschten und noch mehr Informationen zum Krankheitsstand bräuchten. Schwester B: „Auch die Angehörigen und Gespräche mit ihnen. Das könnte vermehrt stattfinden, wenn

mehr ärztliches Personal auf Station wäre. Ich finde, die Angehörigen bräuchten oft mehr Infos.“ (IPN 02)

Schwester A stimmt dem zu:

„Dass vielleicht alle zwei Stunden nochmal gefragt wird, ob sie noch etwas wissen wollen, oder so. Auch wenn es schwierig ist. Ich glaube die Angehörigen wollen mit den Ärzten dann öfter mal Kontakt haben. Weil der Arzt dann über den Zustand dann doch besser Bescheid weiß. Wir bekommen das ja dann oft gar nicht mit, was genau dann die Diagnosen sind. Also ich hab das Gefühl, dass die Angehörigen dann mehr mit den Ärzten reden wollen.“ (IPN 01)

## **5.6 Zeitliche Rahmenbedingungen Palliativstation**

„Man braucht Zeit, um Leute im Sterben zu begleiten und die Angehörigen zu begleiten. Und manchmal hat man die auf Station und manchmal hat man sie eben nicht.“ (IPP 01).

### **5.6.1 Zeitliche Rahmenbedingungen der Pflegekräfte für den Patienten**

Die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen werden laut den Interviewpartnern von verschiedenen Variablen beeinflusst. Zunächst sollen die Einflussfaktoren auf die zeitlichen Möglichkeiten der Pflegekräfte dargestellt werden.

#### Hoher Patientenumsatz

Alle befragten Mitarbeiter der Palliativstation geben die hohe Frequenz an wechselnden Patienten als Limitierung für zwischenmenschliche Zuwendung an. Schwester B: „Man kennt viele gar nicht. [...]. Wir haben ja oft pro Woche 13, 14 Zugänge. Das war ja vor Jahren noch nicht so. Vor Jahren hat man noch alle gekannt, aber das ist ja alles so groß geworden. Der Durchlauf, viele Entlassungen, viele Aufnahmen... Wahnsinn, man kennt viele gar nicht mehr.“ (IPP 02)

Auch Schwester C berichtet über die damit verbundene Problematik, dass aufgrund der kurzen Liegedauer eine persönliche, individuelle Begleitung erschwert ist: „[...]“, was wir leider öfter haben: die Patienten kommen am Nachmittag und am nächsten Morgen sind sie verstorben. Da ist es auch schwer die Begleitung mit reinzunehmen. Dann eher so, wenn die schon länger da sind,

man kennt die Angehörigen, man kennt die Patienten auch noch, wenn sie wach sind. Man weiß so, was sind die Vorlieben, was tut ihnen gut [...]“ (IPP 03)

Auch von ärztlicher Seite wird diese Thematik angesprochen. Der Stationsarzt bewertet die zeitlichen Voraussetzungen von Seiten der Pflegekräfte für die Begleitung sterbender Patienten prinzipiell als gut aufgrund der „Anzahl der Patienten und durch die Verteilung des Pflegeschlüssels“. Jedoch sieht auch er eine Limitierung der Begleitungsarbeit und zwischenmenschlichen Zuwendung durch die „zunehmende Patientenzahl oder Rotation“ (IAP 02) und kürzere Liegezeit:

„[...] und in Zeiten, wo man in einer Woche einmal die Station auswechselt an Patienten, salopp gesagt, merkt man einfach schon, dass eine Mehrbelastung da ist und man eher auch mal – naja, hinterherarbeiten würde ich jetzt noch nicht sagen – aber man erinnert sich an Zeiten, wo das anders war, sagen wir so. Also das merkt man auch in einer Palliativeinrichtung inzwischen.“ (IAP 02)

Schwester B bestätigt dies:

„Also eigentlich kann ich mir ausreichend Zeit nehmen. Aber es gibt schon auch Tage, an denen es nicht geht. Also wenn drei Zugänge am Vormittag kommen und drei Entlassungen, dann ist es halt leider so, dass man ins Zimmer geht und hofft, dass man kein längeres Gespräch anfangen muss, damit man so schnell wie möglich wieder raus kann und weitermachen. Das ist leider so, solche Tage gibt es auch, an denen man einfach keine Zeit hat für Gespräche.“ (IPP 02)

Die Oberärztin sagt:

„Man würde sich gerne mehr und länger Zeit lassen. Noch ruhiger arbeiten. Das klagen auch die Schwestern immer wieder, dass es früher ruhiger war. Das liegt zum Teil, denke ich, an der Dienstplangestaltung oder am Personal, dass einfach nicht mehr Personal drin ist von den Kosten. Das andere ist, dass sich in den letzten Jahren ganz eindeutig die Belegung verändert hat, dass wir nämlich einen viel höheren Durchsatz haben. Das klingt so blöd, aber das ist wirklich so. Wir haben über 400 Patienten im Jahr und haben eine Sterberate von 70–75 %, das heißt, es stirbt praktisch täglich einer. Es kann schon mal vorkommen, dass wir in einer Woche wirklich die gesamte Station durchtauschen. Dass dann überall Kerzen stehen und dann blickt man gar nicht mehr durch, wer ist jetzt neu. Es gibt so Wochen, wo wir dann wirklich auch nicht mehr können, weil die Kerzen nicht mehr reichen, so ungefähr. Und dann gibt es wieder Zeiten, wo es ein bisschen ruhiger ist, wo man sich wieder ein bisschen regenerieren kann. Und in den Zeiten, wo der Durchlauf so hoch ist, also jemand will nach Hause, der nächste Patient kommt, einer stirbt, da drüben stirbt der Nächste, da hat man schon gerade in der Nacht oder im Spätdienst das Gefühl, man hätte gerne noch mehr Ruhe, man würde sich gerne einfach nochmal hinsetzen und dableiben.“ (IAP 01)

### Zunehmende Bürokratisierung

Verbunden mit den steigenden Patientenzahlen ist eine zunehmende Bürokratisierung. Der Verwaltungsaufwand bei Aufnahmen und Entlassungen ist groß. Die Zeit, die dafür aufgewendet werden muss, geht von der Zeit, die persönlich mit dem Patienten und seinen Angehörigen verbracht werden kann, ab. Schwester B beschreibt dies so:

„Der Schreibkram nimmt immer mehr zu, trotz Computer. Zettel ausfüllen, Aufnahmen, Entlassungen, das ist ein Riesenaufwand jedes Mal mit dem Schreibkram. Das nimmt sehr viel Zeit weg und das ist die Mehrarbeit für den Patienten als das Zwischenmenschliche, nach wie vor trotzdem noch. [...]. Das nimmt alles wahnsinnig viel Zeit weg. Das geht ja alles weg vom Patienten. Das ist so.“ (IPP 02)

Schwester C bestätigt dies:

„Insgesamt würde ich mir schon wünschen, noch ein bisschen mehr Zeit zu haben. Aber das ist durch diese hohe Fluktuation, durch diesen hohen Durchlauf, den wir mittlerweile haben, auch durch die SAPV mit, weil Patienten oft halt erst zum Schluss kommen, wenn es zu Hause gar nicht mehr geht und dann sind sie noch kurz bei uns und da, da fehlt die Zeit dann eigentlich. Weil einfach die Bürokratie dann zu aufwendig ist.“ (IPP 03)

### Personelle Besetzung

Ein weiterer Einflussfaktor auf die zeitlichen Bedingungen ist die personelle Besetzung auf Station („Manchmal hat man genügend Zeit, je nachdem wie man besetzt ist [...].“ (IPP 01)).

Der Personalstand der Pflegekräfte erscheint zeitweise knapp bemessen.

Arzt B:

„Ich empfinde es eigentlich teilweise fast schon ein bisschen zu kurz, weil denen (den Pflegenden; A.-K. H.) doch die Hauptbegleitungsarbeit zukommt oder von ihnen geleistet wird. [...] Und den Schwestern wünscht man oftmals ein bisschen mehr Zeit, weil wie überall woanders ist die Personaldecke halt auch eher dünn als dick und Krankheitsausfälle merkt man einfach, dass das schwierig ist zu kompensieren.“ (IAP 02)

Vor allem die Besetzung in der Nachtschicht wird bemängelt. Hier ist eine Pflegekraft für die Versorgung der gesamten Station, d. h. bis zu 12 Patienten zuständig.



Schwester D:

„[...] , aber Nachtdienst fände ich persönlich besser, wenn wir zu zweit wären. [...]. Gerade wenn Sterbebegleitung nachts ist. Und wie oft sterben nachts viele Patienten, also einer bis drei und man ist allein, da kommt man schon ein bisschen in Hektik. Grad wenn von allen dreien die Familienangehörigen kommen, und dann muss man selbst aufpassen, wer zu wem gehört [...]. Und wenn dann parallel mehrere Glocken gehen und einer wirklich unruhig ist, schreit die ganze Zeit rum, Medikamente schlagen nicht wirklich an, dann ist man sehr oft am Telefon, ruft den Doktor an, telefoniert mit dem, was man am besten tun kann und dann noch die Angehörigen und dann muss man doch den Sterbenden, wenn einer oder mehrere verstorben sind, auch noch versorgen hinterher und alleine ist immer blöd. Ist wirklich blöd. Nachts ist vorwiegend das Problem.“ (IPP 04)

In solchen Nächten bleibt weder Zeit für einen persönlichen Abschied von einem verstorbenen Patienten, noch ausreichend Zeit, um auf die anderen Patienten auf der Station individuell einzugehen. Der Ablauf der Station muss aufrechterhalten werden.

„Schlimm ist es, wenn man nachts alleine ist, und es versterben mal drei Patienten in der Nacht. Da muss man nur funktionieren, da kann man gar nicht... jeder klingelt, alle zwei Stunden verstirbt ein Patient, den muss man ja herrichten, Angehörige anrufen, die meisten kommen nachts noch. Schläuche raus, Katheter raus, herrichten, und das alles alleine. Aufräumen, da kann man gar nicht Abschied nehmen. Da muss man bloß noch funktionieren. Das ist nicht so schön. Aber wir bekommen leider keinen zweiten für die Nacht.“ (IPP 02)

### Zusammenarbeit im Team

Die Interviewpartner betonen, dass eine gute Absprache im Team notwendig ist, um Zeitressourcen für die zwischenmenschliche Begleitung eines Patienten zu schaffen:

„Oft nehmen sie die Hand und ziehen einen an die Bettkante zum Hinsetzen. Ob das dann um neun oder halb elf ist, oder ob das Mittagessen kommt, das ist mir dann egal. Oder ich gebe draußen Bescheid, dass ich länger bei dem Patienten bin und die Kollegen nach meinen anderen Patienten schauen, falls etwas ist. Also wenn man sich da abspricht, das geht schon. Und dann mach ich mir auch nicht das Anwesenheitslicht an, damit ich nicht durch die Glocke gestört werde, sondern bleibe dann einfach drin, dass ich mal eine halbe Stunde Zeit habe.“ (IPP 02)

Auch Schwester D bestätigt, dass nur durch die Verständigung untereinander eine individuelle Betreuung und Begleitung möglich wird. „Man muss einfach auch untereinander sich gut absprechen, die Kollegen. Zum Beispiel, dass ich dann nicht ans Telefon geh [...]. Ja, das ist einfach... man nimmt sich die Zeit.

[...]. Man arbeitet einfach sehr gut zusammen, die Kollegen, das Team.“ (IPP 04)

#### Krankheitsbilder der Patienten auf Station

Je nach Krankheitsbild und der damit verbundenen Pflegebedürftigkeit des Patienten bleibt mehr oder weniger Zeit für zwischenmenschliche Zuwendung. „Wenn ich hier drei, vier, fünf Patienten habe, die wirklich eine sehr hohe Symptomlast haben und sehr aufwendige Angehörige und ich muss mich darum kümmern, hab ich unter Umständen für einen Sterbenden weniger Zeit.“ (IPP 01) Insgesamt nimmt die körperliche Pflege nach Einschätzung der Pflegekräfte mehr Zeit ein als die zwischenmenschliche Zuwendung, wobei diese natürlich auch während der Pflege stattfindet. Je nach Pflegeaufwand verbleibt dann noch Zeit für die seelische Begleitung eines sterbenden Patienten.

„Es ist einfach so, dass die Pflege... die muss sein, die machen wir. Im Verhältnis dazu das Zwischenmenschliche findet natürlich teilweise sowieso beim Waschen statt oder beim Pflegen. Aber manchmal wünscht man sich schon mehr und das kommt manchmal schon zu kurz. [...] wenn hier zwölf Patienten liegen und die alle eine hohe Symptomlast haben. Dann hab ich eben für Gespräche wirklich keine Zeit für, dann mach ich die Pflege, die notwendig ist, und zieh weiter.“ (IPP 01)

Schwester C: „Manchmal hat man ganz viel Pflege, dann kommt das andere zu kurz. Und dann hat man weniger Pflege und ganz viel Zeit für intensive Gespräche. Und da braucht man auch ganz viel Zeit dafür. Das ist unterschiedlich.“ (IPP 03)

#### **5.6.2 Zeitliche Rahmenbedingungen der Ärzte für den Patienten**

Die Ärzte der Palliativstation schätzen ihre personellen Ressourcen als gut ein und haben deswegen auch ausreichend Zeit für die zwischenmenschliche Begegnung der Patienten und ihrer Angehörigen: „Ich empfinde es als schön, dass ich einfach zu den Patienten hingehen kann und dass ich mir dann einfach Zeit nehme, mit den Leuten zu reden, wenn ich den Eindruck habe, das tut ihnen gut. Also ich finde von ärztlicher Seite sind es gute Bedingungen zu arbeiten.“ (IAP 01)

Auch die Pflegekräfte bewerten die personellen Bedingungen der Ärzte für die Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen positiv. Schwester C: „[...] , da ist ja immer ein Ansprechpartner da.“ (IPP 03) Auch Schwester B sagt: „Ärzte sind genug da. [...], das ist eigentlich gut abgedeckt.“ (IPP 02)

### **5.6.3 Zeitliche Rahmenbedingungen der Pflegekräfte für die Angehörigen**

„[...] die Begleitung und Betreuung des Patienten ist schon sehr wichtig, aber auch von den Angehörigen. Denn die Angehörigen sind die, die übrig bleiben, sag ich mal.“ (IPP 04)

Die Begleitung der Angehörigen auf der Palliativstation wird durch die gleichen Faktoren beeinflusst wie die der Patienten. Patientendurchlauf, Bürokratie, die personelle Besetzung auf Station, die Zusammenarbeit im Team und die Krankheitsbilder der Patienten bestimmen, wie viel Zeit für die Begleitung der Angehörigen bleibt. So antwortet Schwester B auf die Frage, wie die zeitlichen Bedingungen für die Betreuung der Angehörigen auf ihrer Station aussehen: „So wie für den Patienten. Nicht mehr und nicht weniger.“ (IPP 02)

### **5.6.4 Zeitliche Rahmenbedingungen der Ärzte für die Angehörigen**

Die Ärzte der Palliativstation räumen der Betreuung und Begleitung der Angehörigen ihrer Patienten einen hohen Stellenwert ein und wenden dafür viel Zeit auf. Die Oberärztin: „Da nehme ich mir die Zeit ganz bewusst. Und dann lasse ich auch mal andere Dinge liegen. Denn diese Gespräche mit den Angehörigen empfinde ich neben den Gesprächen mit dem Patienten am Allerwichtigsten.“ (IAP 01)

Auch der Stationsarzt betont die Notwendigkeit eines intensiven, wenn auch teilweise zeitaufwendigen Dialogs mit den Angehörigen, „weil dadurch die Zusammenarbeit und der ganze Prozess einfach besser funktioniert“ (IAP 02). „Die Zeit nimmt man sich. [...]. Es sind schon wiederholt Gespräche notwendig, aber man muss die Zeit auch investieren, [...].“ (IAP 02)

## **5.7 Personelle Voraussetzungen auf der Normalstation**

Die personelle Besetzung der Normalstation hat direkten Einfluss auf die zeitlichen Möglichkeiten der Begleitung von Patienten und Angehörigen.

### **5.7.1 Personelle Voraussetzungen der Pflegekräfte für den Patienten**

Die Pflegenden selbst bewerten ihre personellen Ressourcen im Hinblick auf die Begleitung Sterbender generell als „schlecht“. Schwester B erklärt: „Wie gesagt, es ist einfach für den Durchsatz, den wir haben, viel zu wenig Personal da.“ (IPN 02) Vor allem die Besetzung in der Spät- und Nachtschicht wird kritisiert.

„Wenn man jetzt den Nachtdienst anschaut, wir sind im Nachtdienst alleine für ungefähr 44 Patienten. Und da dann eine richtige Sterbebegleitung durchzuführen und sich auch gut um den Patienten zu kümmern, das ist kaum möglich. Manchmal kriegt man es auch einfach gar nicht mit. Wenn man so viele Patienten hat, dann ist es schwierig. Im Spätdienst ist man auch oft mit 22 Patienten alleine, da gestaltet sich das auch sehr schwierig mit dem Zeitaufwand.“ (IPN 01)

Auch Pfleger C fühlt sich mit der Betreuung von 22 Patienten teilweise überlastet. Es bleibt zu wenig Zeit für eine individuelle, persönliche Begleitung im Allgemeinen und ganz besonders für einen sterbenden Patienten:

„An den Tagen, an denen wir nicht so gut besetzt sind, wo es aber von oben heißt, wir wären gut besetzt, also laut ‚Schlüsselbesetzung‘, die ich eh nicht nachvollziehen kann, nach den Pflegeminuten, die wir bekommen, da ist es richtig stressig, da ist zu wenig Zeit für den Einzelnen und für einen Sterbenden, der besonderer Aufmerksamkeit verdient, schon gleich gar nicht. Aber was außen herum passiert, wird da nicht berücksichtigt. Dass ein Patient erbricht, der andere hat Durchfälle, solche Minuten sind da nicht mit einberechnet, und ich habe dann noch einen Sterbenden und bin dann für eine Stationsseite komplett verantwortlich, für 22 Patienten, das ist dann schon heftig. Und da gleichzeitig überall zu sein, das geht dann einfach nicht. Da fehlt dann einfach die Zeit.“ (IPN 03)

### **5.7.2 Personelle Voraussetzungen der Ärzte für den Patienten**

Auf der Normalstation hat ein Arzt mindestens 20 Patienten zu betreuen. In der Regel liegen noch zwei Patienten auf dem Gang, d. h. insgesamt 22 Patienten pro Arzt. Die interviewten Ärzte selbst empfinden die hohe Patientenzahl als Belastung. Stationsarzt A antwortet spontan auf die Frage nach den personellen Voraussetzungen von Seiten der Ärzte für die Begleitung

Sterbender auf seiner Station: „Gibt's keine.“ Er erläutert weiter: „Also die Personalsituation ist gleich null, deswegen ruf ich dann wenn möglich die Palliativmediziner dazu, weil es deren Job ist, da mehr Zeit zu haben als ich.“ Er selbst habe aufgrund der hohen Patientenzahl keine Zeit. „Das klappt gerade so, wenn nichts Besonderes ist. Da bleibt keine extra Zeit für einen Sterbenden.“ (IAN 01)

Ärztin B:

„Naja, es ist ein Arzt für 20–22 Patienten. Das ist ja jetzt nicht viel Personal pro Patient. Also klar gesagt: Zu wenig Ärzte für zu viele Patienten. Und wenn einer im Sterben liegt, ist da eben auch keinerlei Kapazität, dadurch, dass ich sowieso schon recht viele Patienten zu betreuen habe. Das klappt ja zeitlich gerade so, wenn es keine Besonderheiten gibt. Wenn einer stirbt oder sich im Sterbeprozess befindet, ist da einfach nicht mehr Zeit für denjenigen.“ (IAN 02)

Auch die Pflegekräfte empfinden die personellen Voraussetzungen von Seiten der Ärzte und damit verbunden auch die zeitlichen Ressourcen für die Betreuung als zu knapp: „Also finde ich schon, dass die Ärzte viel zu wenige sind, eigentlich. Da ist dann eben auch keine Zeit für die Begleitung, also wirklich Begleitung eines Sterbenden.“ (IPN 02)

### **5.7.3 Personelle Voraussetzungen der Pflegekräfte für die Angehörigen**

Die unter 5.7.1 beschriebenen personellen Rahmenbedingungen von Seiten der Pflegekräfte werden auch für die Begleitung der Angehörigen als unzureichend beschrieben („Also grundsätzlich sind wir schon zu schlecht besetzt. Das ist halt das Problem. Dadurch herrscht permanenter Zeitdruck und man kann sich weder für Patient noch für die Angehörigen so viel Zeit nehmen, wie man gerne hätte.“ (IPN 03)). Jedoch sind sich die Pflegenden der Ausnahmesituation bewusst, in der sich die Angehörigen befinden, und versuchen, sich im Alltag Zeit für deren Begleitung zu nehmen. „Aber wenn die Angehörigen Redebedarf haben oder irgendwelche Wünsche, dann versucht man natürlich die Zeit aufzuwenden. Das ist ganz klar. Und ich denke, dann spielt das auch keine Rolle wieviel Zeit sie brauchen“, so Schwester A (IPN 01). Schwester D bestätigt dies: „Schwierig. Weil wir eben sowieso schon knapp besetzt sind und für die Patienten ja im Grunde genommen zu wenig Zeit ist. Wir alle versuchen

uns etwas Zeit für die Angehörigen zu nehmen, die sind ja auch in einer Extremsituation, aber es ist wirklich schwierig, weil so viel zu tun ist. Die Station muss ja am Laufen gehalten werden.“ (IPN 04)

Auch die Ärzte erleben die Bemühungen der Pflegenden und gleichzeitig die schwere Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag aufgrund der Personalsituation:

„Wenn man gut besetzt ist, hat man ja zwei Schwestern oder 1,5 Schwestern auf die 22 Patienten, und wenn man dann noch viele andere Pflegefälle hat, dann ist es schlecht. Wenn man mal weniger Pflegefälle hätte, dann wäre es vielleicht ganz ok, aber mit vielen Pflegefällen ist es eigentlich nicht leistbar. [...]. Die Pflege versucht auch immer, sich Zeit zu nehmen, auch für die Angehörigen, aber viel Zeit ist da einfach nicht, wenn dann schon wieder die nächsten Glocken läuten und die Patienten versorgt werden müssen.“ (IAN 02)

#### **5.7.4 Personelle Voraussetzungen der Ärzte für die Angehörigen**

Die personellen Voraussetzungen von Seiten der Ärzte auf der Normalstation für die Betreuung der Angehörigen sind genauso wie für die Betreuung der Patienten.

Ärztin B beurteilt diese folgendermaßen: „Eigentlich auch zu wenig. Ich habe ja, wie gesagt, im Grunde genommen schon zu wenig Zeit für die Patienten.“ (IAN 02)

Auch die Pflegekräfte empfinden die Besetzung der Ärzte als zu knapp. Sie kritisieren, dass dadurch bedingt häufig nicht genug Zeit für eine adäquate Betreuung der Angehörigen bleibt:

„Die Zeit ist einfach... naja, es ist schwierig. Die versuchen ja auch, ihr Möglichstes zu geben, können aber auch nicht immer so die Zeit aufwenden, wie es eigentlich für manche wichtig wäre. Und manche Angehörige wissen eben, dass der Patient sterben wird, dann ist es absehbar, aber wenn es ein plötzlicher Todesfall ist, brauchen die Angehörigen teilweise einfach viel mehr Zuwendung. Weil sie das gar nicht realisieren können. Da muss noch mehr gemacht werden.“ (IPN 03)

#### **5.7.5 Personelle Voraussetzungen von Seiten der Seelsorge und Psychologen für Patienten und Angehörige**

Auf Wunsch des Patienten bzw. seiner Angehörigen organisieren die Pflegekräfte eine seelsorgerische Begleitung. Es gibt einen Bereitschaftsdienst, der telefonisch informiert wird und dann auf Station kommt. Schwester B erzählt: „Seelsorge kann jederzeit angerufen werden, die kommen dann auch

und stehen auch für die Angehörigen zur Verfügung. Also seelsorgerisch sind sie gut versorgt, wenn sie das in Anspruch nehmen wollen.“ (IPN 02)

Eine psychologische Betreuung ist auf der Normalstation weder für den Patienten noch für die Angehörigen üblich.

## **5.8 Personelle Voraussetzungen Palliativstation**

Während die personelle Besetzung der Ärzte als gut eingeschätzt wird, erscheint die der Pflegekräfte bisweilen zu knapp.

### **5.8.1 Personelle Voraussetzungen der Pflegekräfte für den Patienten**

Auf der Palliativstation arbeiten drei Vollkräfte im Frühdienst. Nachmittags sind zwei Pflegekräfte für die Station zuständig. Je nach Dienstplan gibt es noch eine zusätzliche Kraft, die von sechzehn bis zwanzig Uhr arbeitet. Schwester B sagt: „Und jetzt mussten wir natürlich Stunden abbauen, [...], dann wurde oft dieser ‚kurze Spätdienst‘ gestrichen. [...]. Das ist dann teilweise schon heftig mit sechs Patienten pro Person.“ (IPP 02) Auch Schwester C berichtet, dass durch den Wegfall des dritten Spätdienstes weniger Zeit für zwischenmenschliche Zuwendung bleibt: „Es gibt ja keinen Unterschied wie auf Normalstation mit Diagnostik oder so. Wir haben ja immer unsere Aufnahmen, wir haben die gleiche Pflege. Und wenn halt der dritte Spätdienst fehlt, dann ist es eigentlich zu wenig.“ (IPP 03) Schwester D: „Die Besetzung ist immer die gleiche, egal, ob jetzt jemand im Sterben liegt und man Sterbebegleitung macht oder nicht.“ (IPP 04)

Nachts ist jeweils eine Pflegekraft alleine für zwölf Patienten verantwortlich. Wie bereits unter Punkt 5.6.1 ausgeführt, wird vor allem diese Besetzung als unzureichend kritisiert. Eine zweite Kraft wäre hier wünschenswert. „Und nachts ist nur eine Schwester da und das ist, finde ich, zu wenig. Da wäre es schön, wenn wir einen zweiten Nachtdienst hätten. Also es ist immer so, dass es knapp ist bei uns.“ (IAP 01)

Wenn jeder „drei bis vier Patienten“ zu betreuen habe, seien dies ideale Voraussetzungen, um auf den Einzelnen und seine Bedürfnisse eingehen zu können (IPP 02). Jedoch wirken auch hier die unter Punkt 5.6 Zeitliche

Rahmenbedingungen Palliativstation beschriebenen Einflussfaktoren Bürokratie, Patientendurchlauf, Zusammenarbeit im Team und die Krankheitsbilder der Patienten. So beschreibt Schwester B weiter:

„Abhängig vom Tag. Es gibt Dienste, da geht es einfach, wo man einfach mal eine Stunde Zeit hat und sich unterhalten kann und trösten kann. Es gibt aber auch Tage, wo es einfach nicht geht. [...] Das sind so Stoßzeiten, wo man denkt, der Patient hätte wieder ein Gespräch so notwendig gehabt und ich habe die Zeit einfach nicht gehabt. [...] Das hängt immer vom Arbeitsaufwand, von Zugängen, Entlassungen ab. Wobei wir schon alle versuchen, die Betreuung von Patienten und Angehörigen in den Vordergrund zu stellen, weil das wichtiger ist, aber das geht trotzdem nicht immer so, wie man es sich vorstellt. Immer dasselbe, immer keine Zeit.“ (IPP 02)

### **5.8.2 Personelle Voraussetzungen der Ärzte für den Patienten**

Wie bereits unter 5.6.2 beschrieben, schätzen die Ärzte der Palliativstation ihre Arbeitsbedingungen als gut ein. Sie nehmen sich gezielt Zeit für eine individuelle Visite der Patienten. Dabei muss nicht zwingend jeder Patient täglich ärztlich gesehen werden. Sie stellen sich auf die Bedürfnisse der Patienten ein. „Ich spreche auch nicht jeden Tag mit allen, mach nicht so eine ‚Jeden-Tag-Durchlauf-Visite‘, sondern ich gehe ganz punktuell dahin, wo ich den Eindruck habe, da sollte ich heute wieder mal länger hin, und dann ziehe ich mich bei anderen wieder zurück.“ (IAP 01)

### **5.8.3 Personelle Voraussetzungen der Pflegekräfte für die Angehörigen**

Wie die Betreuung der Patienten, so wird auch die Betreuung der Angehörigen durch die Pflegekräfte von den gleichen äußeren Faktoren beeinflusst, wie die der Patienten. Schwester C: „Das liegt einfach so an den Rahmenbedingungen. Wenn wir richtig besetzt sind, kein hoher Durchlauf ist... also es hängt bei uns wirklich alles an diesen Aufnahmen.“ (IPP 03) Schwester A: „Und wenn da ein Patient ist, der starke Schmerzen hat, muss ich mich erst um den kümmern und manchmal die Angehörigen dann in ihrer Trauer allein lassen, so Leid uns das tut, aber wir können dann auch nicht überall dabei sein.“ (IPP 02)



#### **5.8.4 Personelle Voraussetzungen der Ärzte für die Angehörigen**

Neben der Begleitung der Patienten hat die Begleitung und zwischenmenschliche Begegnung der Angehörigen eine sehr hohe Relevanz für die Ärzte der Palliativstation: „Wir sind zu zweit als ärztliche Kollegen hier auf Station [...] und da kann man sich die Gesprächsarbeit auch wirklich ganz gut aufteilen.“ (IAP 02)

#### **5.8.5 Personelle Voraussetzungen von Seiten der Seelsorge und Psychologen für Patienten und Angehörige**

Die seelsorgerische Begleitung von Patienten und Angehörigen wird von der Station auf Wunsch organisiert. „Also wenn wir nachts jemanden brauchen, zur Krankensalbung oder sonst irgendetwas, dann kann man immer anrufen. Der Pfarrer kommt immer. [...]. Das ist gut abgedeckt, da ist auch immer jemand da.“ (IPP 02)

Psychologen werden konsiliarisch hinzugezogen. Der Stationsarzt berichtet: „Wir haben drei Psychoonkologen, die regelmäßig bei uns auf Station sind und den Patienten bei der Krankheitsverarbeitung helfen.“ (IAP 02) Für die Angehörigen kann bei Bedarf ein Psychologe des Hospizvereins hinzugezogen werden (IPP 03)

### **5.9 Räumliche Bedingungen Normalstation**

Auf der Normalstation gibt es insgesamt 16 Patientenzimmer, die als Zwei- und Dreibettzimmer konzipiert sind. Außerdem steht auf dem Stockwerk ein Raum der Stille zur Verfügung.

#### Zimmerbelegung

Alle Befragten berichten, dass stets versucht wird, sterbende Patienten einzeln zu legen, das heißt in einem Zwei- oder Dreibettzimmer die jeweils anderen Betten zu sperren. „Also es wird immer versucht, dass präfinale Patienten auf jeden Fall in ein Einzelzimmer gelegt werden. Wird immer versucht, auch wenn alles umgeschoben werden muss.“ (IPN 01) Ob dies gelingt, hängt immer von der aktuellen Belegungssituation auf der Station ab. Alle Veränderungen der

Zimmerbelegung müssen vorher mit dem Belegungsmanagement abgesprochen werden. Schwester D: „Vor ein paar Jahren konnten wir das noch selbst entscheiden, dass der Patient in ein Zweibettzimmer oder Einzelzimmer kommt, jetzt müssen wir alles mit dem Belegungsmanagement absprechen.“ (IPN 04)

Gibt es aus organisatorischen Gründen kein Einzelzimmer für einen sterbenden Patienten, werden Trennwände zwischen den Betten aufgestellt, um dem Sterbenden und seinen Angehörigen zumindest ein Minimum an Privatsphäre zu ermöglichen: „Da mussten wir dann so einen Paravent zwischen zwei Betten stellen, dass der Patient wenigstens ein bisschen abgeschirmt ist.“ (IPN 01)

Liegt der Patient alleine, können die Angehörigen rund um die Uhr bei dem Patienten sein und in einem Mobi-Sessel im Zimmer übernachten. Im Mehrbettzimmer ist diese Möglichkeit aufgrund der Mitpatienten nicht gegeben. Pfleger C sagt: „Wenn der Patient im Mehrbettzimmer liegt, ist es schwieriger. Dann können die Angehörigen nicht übernachten und es ist keine wirkliche Privatsphäre gewährleistet. Die Mitpatienten hören alles mit und wir selbst müssen ja auch öfter ins Zimmer, eben allein schon wegen der Mitpatienten.“ (IPN 03)

Ob ein Patient auf der untersuchten internistischen Normalstation in einem Einzelzimmer verstirbt, hängt also immer von der aktuellen Bettensituation ab. Zwar sind von pflegerischer Seite alle Befragten bemüht, eine Einzelunterbringung zu gewährleisten, dies gelingt jedoch nicht immer.

### Raum der Stille

Auf jedem Stockwerk gibt es einen Raum der Stille. Dieser Raum steht für alle sechs Stationen, die sich auf einem Stockwerk befinden, zur Verfügung. Darin befindet sich ein Tisch mit Sitzmöglichkeiten. Der Raum ist prinzipiell nicht für die Patientenversorgung ausgestattet. Es gibt z. B. keine Möglichkeit der Sauerstoffzufuhr.

Der Raum der Stille wird dann genutzt, wenn es nicht gelingt, einen Patienten, der sich akut im Sterbeprozess befindet, in ein Einzelzimmer zu verlegen. Schwester A erzählt: „Aber wir haben auf dem Stockwerk noch einen Raum der Stille, der extra für solche Situationen da ist. Wo man dann auch mit den

Patienten sein kleines Zimmer hat, wo der Patient halt drin ist, wo die Angehörigen dann halt in Ruhe bei ihm sein können.“ (IPN 01)

Wenn es Angehörige gibt, die sich noch von einem verstorbenen Patienten verabschieden möchten, aber nicht zeitnah anwesend waren, dann wird der Verstorbene im Raum der Stille aufgebahrt. Dort können die Angehörigen sich dann so viel Zeit nehmen, wie sie brauchen.

Problematisch wird die Situation, wenn der Raum der Stille gleichzeitig von mehreren Stationen gebraucht wird. Pfleger C berichtet:

„Aber da hatte ich auch letztens einen Fall, wo ich den Patienten in den Raum der Stille gefahren habe und dann ist auf der Nachbarstation auch einer im Dreibettzimmer verstorben, und die mussten dann auch schauen, wie sie den Verstorbenen aus dem Dreibettzimmer rauskriegen. Also das kann schon sein, dass der eine Raum gar nicht ausreicht für das ganze Stockwerk.“ (IPN 03)

Der Raum wird auch von den Ärzten für Gespräche in einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre mit den Angehörigen genutzt. So Arzt A: „Oder im Raum der Stille war ich jetzt auch schon ein paar Mal. Da kommt nicht ständig jemand rein, da ist man am ehesten ungestört.“ (IAN 01)

## **5.10 Räumliche Bedingungen Palliativstation**

Die räumlichen Voraussetzungen auf der Palliativstation werden von Ärzten und Pflegekräften übereinstimmend als gut bewertet.

### Einzelunterbringung

„Wenn man sich vorstellt, der lag vielleicht drüben in einem Dreibettzimmer und kommt jetzt hierher und hat ein Einzelzimmer und hat endlich mal Ruhe. Das ist für manche wirklich sehr, sehr tröstlich.“ (IPP 01)

Wie bereits in dem Zitat von Schwester A beschrieben, gibt es auf der untersuchten Palliativstation ausschließlich Einzelzimmer. Alle Zimmer sind mit einer eigenen Nasszelle, sowie Fernseher, CD-Player und Radio ausgestattet. Sie werden von den Pflegenden als klein, aber „ausreichend“ beschrieben. Schwester C sagt: „Sie sind halt so konzipiert, dass es zwar mal eng werden kann, aber für den Menschen, der sich noch bewegen kann, die Wege so kurz wie möglich sind.“ (IPP 03)

Es gibt Platz für ein Klappbett, das auf Wunsch ins Zimmer gefahren wird, wenn die Angehörigen auch nachts bei dem Patienten sein möchten.

Auch Gespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen finden in der Regel im Patientenzimmer statt. Stationsarzt: „[...] das streben wir eigentlich an, dass alle miteinbezogen werden.“ (IAP 02)

Zu jedem Patientenzimmer gehört eine eigene Terrasse. „Und das ist im Sommer, so lange die [Patienten; A.-K. H.] halbwegs mobil sind, dass wir sie im Sessel rausfahren können, das wird so gut angenommen, da sitzen manchmal die ganzen Familien draußen mit Kaffee und das ist dann richtig schön.“ (IPP 03) Schwester B: „Das genießen schon viele. Manche versterben auch da draußen auf der Terrasse.“ (IPP 02)

Nach dem Tod verbleibt der Leichnam des Patienten bis zur Einsargung in seinem Patientenzimmer. Das ist dann auch der Abschiedsraum. Die Patienten werden nicht umgeschoben und die Angehörigen können im Patientenzimmer bleiben, bis der Bestatter kommt (IPP 01).

### Wohnzimmer

Weiterhin gibt es noch das Wohnzimmer. Dieses Zimmer wird für Familienzusammenkünfte oder kleine Feiern genutzt. Auch Gespräche mit den Angehörigen finden hier statt. Es ist mit einem Sofa und einem Fernseher gemütlich eingerichtet. Dort gibt es auch eine Spielecke für Kinder.

### Raum der Stille

Im Raum der Stille liegen die Kondolenzbücher für die verstorbenen Patienten aus. Die Blütenköpfe der Rosen, die jeder Patient nach seinem Tod auf sein Bett bekommt, werden dort gesammelt. Die drei großen Weltreligionen sind symbolisch an den Wänden in Form von Auszügen aus ihren heiligen Schriften repräsentiert, die die Offenheit gegenüber allen Religionen bzw. Kulturen widerspiegelt.

Die Oberärztin beschreibt den Raum der Stille als einen „Raum, der ist [...]“, aber in dem nichts passiert. „Das finde ich ganz gut, einfach einen Raum zu haben, der einfach still statisch ist und wo nichts rein und raus geht. Man kann sich zurückziehen darin.“ (IAP 01) Als Rückzugsort und Gedenkstätte dient er vor allem den Angehörigen. Schwester D: „Auch der Raum der Stille, da haben

wir auch häufig Leute, Angehörige drinnen, auch wenn es Jahre später ist und es kommt jemand und schaut sich unser Kondolenzbuch an, die Einträge, die Bilder, einfach um zu sehen, dass man nicht alleine ist, dass es viele andere gibt, denen es genauso geht und dass man einfach nicht alleine ist.“ (IPP 04)

### Zimmeranmietung

Die Angehörigen haben die Möglichkeit, sich in der benachbarten Hospizakademie für einige Tage ein Zimmer anzumieten, um in der Nähe des Patienten zu sein (IPP 01). Der Kontakt wird über die Palliativstation vermittelt.

## **5.11 Ausbildung und Weiterbildung Normalstation**

Die befragten Pflegekräfte machen unterschiedliche Aussagen, was die Vorbereitung auf den Umgang mit Sterbesituationen in ihrer Ausbildung angeht. Die Ärzte der Normalstation bemängeln eine ungenügende Vorbereitung im Rahmen des Studiums und der Weiterbildung.

### **5.11.1 Ausbildung Pflegekräfte**

Pfleger C berichtet, dass er sich durch seine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger gut auf den Umgang mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen vorbereitet fühlt. Während dieser Ausbildung hat sich eine Lehrkraft zusammen mit den Schülern intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt („Relativ gut. Ich hatte eine sehr gute Lehrerin in der Ausbildung, die hat ein dreitägiges Seminar zum Thema ‚Tod und Sterben‘ gehalten.“ (IPN 03)). Davon profitiere er jetzt in seinem Berufsalltag.

Die anderen befragten Pflegekräfte geben an, dass ihrer Meinung nach die Thematik Tod und Sterben in ihrer Ausbildung zu kurz kam und sie zu wenig auf den Umgang damit vorbereitet wurden. Schwester A führt aus: „Also ich muss sagen, in der Ausbildung hatte man natürlich das Thema Sterbebegleitung, aber in meiner Ausbildung konnte ich das nie anwenden. Ich bin eigentlich hier auf Station mit Sterbebegleitung das erste Mal in Berührung gekommen. Ich denke schon, dass man darauf besser vorbereitet hätte werden

müssen.“ (IPN 01) Sie fühle sich unsicher im Umgang mit einem Sterbenden und seinen Familienangehörigen:

„Ich weiß manchmal nicht, wie ich mich gegenüber dem Patienten verhalten soll. Ich denke, viele Pflegende wissen gar nicht, was sie machen sollen. Wie soll ich mit den Angehörigen umgehen? Es ist halt schwierig in so einer Situation. Man möchte halt auch nicht zu aufdringlich sein. Aber man möchte auch nicht zu wenig tun. Und darauf, finde ich, wird man in der Ausbildung nicht wirklich vorbereitet.“ (IPN 01)

Manche Pflegekräfte bilden sich privat weiter, so Schwester B: „In der Klinik, in der ich vorher war, habe ich einen Kurs zur Sterbebegleitung gemacht. Von daher fühle ich mich schon ganz gut damit, ich mache es aber auch gern.“ (IPN 02)

Auch Schwester D hat ein freiwilliges Praktikum auf einer Palliativstation absolviert und strebt die Palliativweiterbildung an. Durch ihre reguläre Ausbildung fühlt sie sich nicht ausreichend auf Sterbesituationen vorbereitet: „Also von der Ausbildung selbst nicht gut, eher durch die Erfahrungen, die ich auf der Palliativstation im Rahmen meines Praktikums sammeln konnte. [...] Gut, ich habe da jetzt ein bisschen Erfahrung, aber eigentlich auch zu wenig.“ (IPN 04)

### **5.11.2 Ausbildung Ärzte**

Die befragten Ärzte fühlen sich durch ihre Ausbildung im Rahmen des Studiums „überhaupt nicht“ auf Sterbesituationen vorbereitet (IAN 01).

Arzt A führt aus: „Ich weiß weder, wie man einen Morphinperfusor richtig bedient, geschweige denn, wie man den dosieren soll, da muss ich dann immer hin und her telefonieren. Das weiß ich wirklich nicht. Also da bin ich absolut schwach aufgestellt.“ (IAN 01)

Auch Ärztin B fühlt sich häufig überfordert: „Gerade schwierige Gespräche mit Patient und Angehörigen oder auch finale Schmerztherapie, das finde ich schon schwierig, das hat man auch nie gelernt.“ (IAN 02)

### **5.11.3 Weiterbildung Ärzte**

Besonders in den Bereichen Kommunikation mit sterbenden Patienten und ihren Familien und finale Schmerztherapie wünschen sich die interviewten Ärzte mehr Unterstützung durch erfahrene Kollegen bzw. die betreuenden Oberärzte. Arzt A schlägt vor: „Also dass man selbst als junger Assistenzarzt von anderen an die Hand genommen wird, die das öfter schon gesehen haben, solche Situationen und die einen da selbst betreuen sozusagen.“ Er wünscht sich „einen konkreten Ansprechpartner [...] für solche Situationen“ (IAN 01). Er hole sich häufig Hilfe von den palliativmedizinischen Kollegen im Haus. An dieser Stelle würde er sich aber ein weniger bürokratisches Vorgehen wünschen. Aufwendige schriftliche Konsultationsanforderungen sollten durch telefonische Absprachen ersetzt werden (IAN 01).

Auch Ärztin B gesteht, dass sie sich im Umgang mit Sterbesituationen oft unsicher fühle. Sie schlägt einen intensiveren Austausch bzw. engere Zusammenarbeit mit ihren ärztlichen Kollegen vor, „damit man einfach mal hört oder sieht, wie andere das handhaben, und voneinander lernt“ (IAN 02).

## **5.12 Ausbildung und Weiterbildung Palliativstation**

Sowohl die Ärzte als auch die Pflegekräfte der Palliativstation geben an, sich durch ihre Palliativweiterbildung gut auf die Begegnung und Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen vorbereitet zu fühlen.

### **5.12.1 Palliativweiterbildung für Pflegekräfte**

Die „Palliative Care“-Weiterbildung für Pflegende findet über ein Jahr verteilt in vier Einheiten, die jeweils eine Woche dauern, statt. Inhaltlich geht es u. a. um die Grundlagen der Palliativversorgung, Umgang mit Sterben, Tod und Trauer sowie Grundlagen der Kommunikation und der Schmerztherapie. Schwester C sagt: „Zwei Monate nachdem ich hier angefangen habe, habe ich auch mit dem Kurs angefangen und das war klasse, das war richtig gut. Das war vier Mal eine Woche Kurs. Dadurch, dass das über ein Jahr läuft, kann man seine Erfahrungen mit reinbringen.“ (IPP 03) Darüber hinaus gibt es noch Aufbaukurse, z. B. zum Thema „Überbringen schlechter Nachrichten“.

### **5.12.2 Ausbildung Pflegekräfte**

Die befragten Pflegekräfte berichten gleichzeitig, dass die Thematik Palliativmedizin und Umgang mit schwerkranken bzw. sterbenden Patienten in der regulären Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger zu kurz kommt. Schwester A:

„Also ich hab die ‚Palliative Care‘ Weiterbildung und da bin ich ganz gut vorbereitet worden. [...]. Ich kann da regelmäßig auch diese Auffrischkurse machen. Und ich persönlich hab jetzt noch eine Weiterbildung gemacht in Gesprächsführung, und das ist auch sehr hilfreich. Aber das mach ich privat. Aber an der Berufsfachschule für Krankenpflege kam das viel zu kurz.“ (IPP 01)

Auch Schwester B bemängelt die unzureichende Vorbereitung im Hinblick auf die zwischenmenschliche Begegnung sterbender Patienten im Rahmen ihrer Grundausbildung: „Das lernt man ja alles in der regulären Ausbildung zur Krankenschwester nicht.“ (IPP 02) Schwester C berichtet, dass sie sich anfangs trotz einiger Jahre Berufserfahrung auf der Palliativstation überfordert fühlte. Die palliativmedizinische Weiterbildung war ihr eine große Hilfe: „Ich habe am Anfang die Palliativmedizin unterschätzt. Ich war vorher nur im Intensiv- und Anästhesiebereich tätig und dachte, du hast Intensiv, du hast Schmerztherapie gemacht. Aber es ist sehr, sehr vielfältig. Man lernt nie aus. [...]. Ich habe relativ bald die Palliativweiterbildung machen können, die einen schon sehr unterstützt.“ (IPP 03)

### **5.12.3 Palliativweiterbildung für Ärzte**

Die Palliativweiterbildung für ärztliches Personal besteht aus einer Kurs-Weiterbildung von 40 Stunden sowie einer Weiterbildungszeit von 12 Monaten bei einem befugten Weiterbilder. Diese ist anteilig ersetzbar durch 120 Stunden Fallseminar einschließlich Supervision. Die befragten Ärzte bewerten diese Qualifizierungsmöglichkeiten als gute Vorbereitung für den täglichen Umgang mit Patienten und deren Angehörigen: „Da fühl ich mich eigentlich recht gut vorbereitet, also durch meine Palliativweiterbildung, nicht durch mein Studium. Man bekommt in den Weiterbildungen viele Inhalte vermittelt, auch aus allen möglichen verschiedenen Blickwinkeln. Auch was die eigene Berufshygiene betrifft. [...]. Also da fühl ich mich eigentlich recht gut vorbereitet.“ (IAP 02)



#### **5.12.4 Ausbildung Ärzte**

Während die Palliativweiterbildung von ärztlicher Seite als gute Vorbereitung für den Klinikalltag eingeschätzt wird, gilt dies weder für die Ausbildung während des Studiums in Hinblick auf die Begleitung sterbender Patienten, noch für die bisherige Berufserfahrung auf einer internistischen Normalstation:

„Im Studium selbst konnte man es glatt vergessen, also das gab es einfach nicht. [...]. Aber wir hatten noch keine Kurse, wir hatten kein Hinführen auf Opioid-Therapie, auf irgendein Palliativvorgehen. Das ist ja jetzt anders im Studium, Gott sei Dank. Also das finde ich schon mal gut. Ansonsten habe ich eben vor vier Jahren aus der Kardiologie hierher gewechselt. Das war natürlich ein Sprung ins kalte Wasser, [...].“ (IAP 01)

#### **5.13 Lösungsansätze aus Sicht der Experten**

Im letzten Teil des Interviews wurden Ärzte und Pflegepersonal gefragt, wie aus ihrer Sicht ein „würdevolles Sterben im Krankenhaus“ aussähe und was auf ihrer Station verändert werden könnte, müsste oder sollte, um den Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen zu verbessern. Anschließend wurden die persönlichen Einflussmöglichkeiten exploriert. Da Ärzte und Pflegenden der jeweiligen Station gleiche Vorstellungen äußerten, wurde die Aufstellung im Folgenden nach Normal- und Palliativstation differenziert.

##### **5.13.1 Würdevolles Sterben Normalstation**

Ärzte und Pflegenden der Normalstation nennen vier Komponenten, die sie mit einem würdevollen Sterben im Krankenhaus verbinden.

##### Einzelunterbringung

Alle befragten Ärzte und Pflegekräfte der Normalstation nannten die Notwendigkeit einer Einzelunterbringung eines sterbenden Patienten als essentielles Element eines würdevollen Sterben im Krankenhaus: „Ich denke halt, dass der Patient im Zimmer alleine ist und nicht unbedingt fremde Menschen mit im Zimmer hat, die ihm dabei zuschauen.“ (IPN 01)

Mit der Einzelunterbringung wird auch eine gewisse Privatsphäre für den Patienten und seine Angehörigen assoziiert („Man hat genug Privatsphäre im

Sinne eines Einzelzimmers.“ (IAN 02); „Dass er mit seinen Angehörigen genug Privatsphäre hat, also einzeln liegt.“ (IPN 04)).

#### Anwesenheit nahestehender Personen

Auch der Wunsch, dass idealerweise ein Angehöriger bzw. eine nahestehende Person an der Seite des Sterbenden ist und ihn in den letzten Stunden begleitet, wird von Ärzten und Pflegenden einhellig geäußert: „Dass er die Leute dabei hat, die ihn lieben, denke ich, ist auch ganz wichtig.“ (IPN 01) Dazu gehört auch, dass die Begleiter sich nicht an zeitliche Vorschriften halten müssen, sondern „rund um die Uhr“ (IAN 01) da sein können.

Können oder wollen die Angehörigen diese Aufgabe nicht wahrnehmen, sollte ein professioneller Helfer eintreten: „[...] wenn die [Angehörigen; A.-K. H.] nicht da sein können oder wollen, dass er jemanden von uns an der Seite hat und nicht allein ist.“ (IPN 03)

#### Symptomfreiheit

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in Zusammenhang mit einem würdevollen Sterben genannt wird, ist die Symptomfreiheit des Patienten, darunter in erster Linie Schmerzfreiheit, so Schwester D: „Dass er würdevoll gehen kann. Also Hauptsache schmerzfrei oder was er sonst für Symptome hat.“ (IPN 04) Auch Assistenzärztin B beschreibt eine Idealsituation aus Ihrer Sicht: „Der Patient hat keine Symptomlast wie Schmerzen oder Atemnot oder Angst.“ (IAN 02)

#### Körperliche Pflege

Zwei Pflegekräfte äußern, dass auch eine angemessene Körperpflege in den letzten Lebensstunden mit einem würdevollen Sterben verknüpft sei: „Dass er auch am Ende noch körperlich gepflegt wird, das hat ja auch viel mit Würde zu tun.“ (IPN 04)

Schwester A: „Dass man den Patienten nicht in seinen Exkrementen, im Urin, im Stuhlgang liegen lässt. Das finde ich auch ganz schlimm. Viele achten darauf auch gar nicht, ob der Patient untenrum frisch ist, im Intimbereich. Ich finde sowas ist auch ganz wichtig, um die Würde zu bewahren.“ Sie schlägt außerdem vor, dem Patienten für ein besseres subjektives Wohlbefinden seine eigene Kleidung anzuziehen: „Vielleicht, dass der Patient in seinen eigenen

Klamotten stirbt, weil in einem Krankenhaushemdchen fühlen sich viele nicht wohl.“ (IPN 01)

### **5.13.2 Lösungsansätze Normalstation**

Die Interviewpartner der Normalstation schlagen Lösungsansätze für eine Verbesserung des Umgangs mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen sowohl auf institutioneller Ebene als auch in ihrem persönlichen Handlungsbereich vor. Aus Sicht der Experten werden in den Bereichen Personal, Schulung und Zusammenarbeit mit der Palliativstation Lösungsansätze auf institutioneller Ebene gesehen.

#### Personal

Sowohl die Ärzte als auch die Pflegekräfte sind sich einig in Bezug auf mögliche Verbesserungsansätze auf ihrer Normalstation: „Vor allem mehr Personal, ich glaube das ist der Knackpunkt für alles. Mehr Personal, dann kannst du dir mehr Zeit für solche Fälle nehmen. [...]. Ich glaube mehr Personal würde schon für Sterbende und ihre Angehörigen viel bringen.“ (IAN 02) Wie bereits unter Kapitel 5.7 beschrieben, werden die personellen Rahmenbedingungen von den Betroffenen als unzureichend eingeschätzt und dadurch die zeitlichen Bedingungen als zu knapp für die Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen bewertet.

Pfleger C formuliert das folgendermaßen: „Und auch wenn das wahrscheinlich nicht umsetzbar ist, dass einfach mehr Personal da wäre, das ist der entscheidende Punkt. Dann hätten wir auch alle mehr Zeit.“ (IPN 037)

#### Schulung

Vor allem von Seiten der Ärzte ist der Wunsch nach einer intensiveren Ausbildung bzw. Weiterbildung in Bezug auf eine umfassende Sterbebegleitung groß. Diese kritisieren vor allem die mangelnde Vorbereitung im Rahmen ihres Studiums (s. Kapitel 5.11.2 und 5.12.4). Kommunikation mit einem sterbenden Patienten und seinen Angehörigen oder finale Schmerztherapie seien Bereiche, die bereits während des Studiums stärker in den Fokus gerückt werden müssten. Die Situation bei den befragten Pflegekräften stellt sich ähnlich dar.

Auch sie fühlen sich teilweise aufgrund zu geringer praktischer Erfahrung im Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen unsicher (s. Kapitel 5.11.1) und plädieren für eine intensivere, vor allem praxisorientierte Auseinandersetzung im Rahmen ihrer Ausbildung.

#### Zusammenarbeit mit der Palliativabteilung

Zwei Pflegekräfte schlagen eine engere Kooperation mit der palliativmedizinischen Abteilung des Hauses vor. Schwester A regt an:

„Dass die Zusammenarbeit mit der Palliativstation auf Normalstation enger wird. Weil, ich habe manchmal das Gefühl, dass die Ärzte und das Pflegepersonal mit Palliativpatienten allein gelassen werden. Die normalen Assistenzärzte kennen sich mit der Palliativversorgung meistens nicht wirklich aus. Wir normalen Schwestern haben natürlich auch keine Ahnung von der Palliativpflege. Und ich denke, wir alle können viel von den Kollegen lernen, die auf der Palliativstation arbeiten, was die Betreuung Sterbender angeht. Und dass dann einfach die Zusammenarbeit enger wird.“ (IPN 01)

Ärzte und Pflegekräfte der Normalstation sehen auch in ihrem persönlichen Handlungsbereich Möglichkeiten, die Begleitung von Patient und Angehörigen zu verbessern.

#### Einzelunterbringung

Die Pflegenden antworten auf die Frage nach ihren persönlichen Einflussmöglichkeiten in Bezug auf eine Verbesserung des Umgangs mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen, dass sie sich intensiv um eine Einzelunterbringung des betroffenen Patienten bemühen können, auch wenn das zum Teil eine Umstrukturierung der gesamten Station bedeutet.

Ein weiterer Aspekt aus ihrem persönlichen Handlungsfeld ist die ansprechende Gestaltung des Raumes, in dem sich ein sterbender Patient befindet. Pfleger C sieht hier noch Handlungsbedarf: „Dass der Patient ein Einzelzimmer bekommt. Und dass ich, wenn der Patient im Sterben liegt oder verstorben ist, das Zimmer schön mache, ein Kreuz aufstelle, Kerzen, auch wenn wir sie nicht anzünden dürfen. Dass die Umgebung einfach schön ist. Und ich denke, dass da noch etwas dran gearbeitet werden könnte und sollte.“ (IPN 03)

Assistenzarzt A denkt an einen Raum, „wo Sterbende reinkommen können, alleine, und aber auch eine medizinische Versorgung möglich ist, also z. B. Sauerstoffgabe“ (IAN 01).

#### Weiterbildung anstreben

Ärztin B sieht ihre persönlichen Einflussmöglichkeiten darin, sich palliativmedizinisch weiterzubilden, „um fachlich einfach auch fitter zu werden“ (IAN 02), beispielsweise durch Fortbildungen oder den Austausch mit erfahrenen Kollegen. Sie möchte insbesondere ihre Kommunikationskompetenz für schwierige Gespräche mit Patient oder Angehörigen erweitern, denn es bleibe „dem Patienten und den Angehörigen ja lange im Kopf, was und wie man etwas zu ihnen sagt“ (IAN 02).

Auch Schwester D strebt die palliativmedizinische Weiterbildung für Pflegekräfte an. Sie sieht darin eine Chance, die „Situation auf unserer Station fachlich zu verbessern“ (IPN 04).

#### Aktive Kontaktaufnahme zu Patient und Angehörigen

Ärzte und Pflegende sind sich bewusst, dass betroffene Familien ein hohes Gesprächs- und Informationsbedürfnis haben. Gleichzeitig sind die Befragten der Meinung, dass dieses Bewusstsein im Klinikalltag teilweise untergeht und noch mehr Anstrengungen unternommen werden müssen, um dem Patienten und seinen Angehörigen Gesprächsmöglichkeiten anzubieten. Schwester A bemerkt vor allem auf Seite der Angehörigen Informationsdefizite: „Also, ich habe jetzt z. B. in letzter Zeit das Gefühl, dass viele Angehörige nicht wirklich Bescheid wissen, es nicht verstehen, wie die Prognose des Patienten ist.“ Sie sieht Ärzte und Pflegende in der Pflicht, aktiv den Kontakt zu den betroffenen Familien aufzunehmen und Gespräche anzubieten: „Auf jeden Fall mehr Angehörigengespräche, also von uns aus bzw. von den Ärzten ausgehend.“ (IPN 01) Schwester B teilt diese Meinung. Auch sie schildert ihre Empfindung, dass Patient und Angehörige „noch mehr Informationen“ (IPN 02) brauchen. Ärztin B gibt als ihre persönliche Einflussmöglichkeit an, dass sie von sich aus noch häufiger aktiv den Kontakt zu den Familien suchen müsse, „noch öfter fragen müsste, ob noch Informationsbedarf besteht, ob noch irgendetwas unklar

ist. [...]. Und die sollen sich ja als Familie gut unterstützt und betreut fühlen“ (IAN 02).

Insgesamt nehmen sowohl Pflegekräfte als auch Ärzte Defizite im täglichen Kontakt mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen wahr, denen durch eine aktive Kontaktaufnahme entgegen gewirkt werden könnte.

### **5.13.3 Würdevolles Sterben Palliativstation**

Im Folgenden werden die Aspekte, die von den Mitarbeitern der Palliativstation in Zusammenhang mit einem würdevollen Sterben im Krankenhaus genannt werden, näher erläutert.

#### Einzelunterbringung

Die befragten Personen der Palliativstation sehen wie ihre Kollegen der Normalstation als essentielle Voraussetzung für ein würdevolles Sterben die Unterbringung des Patienten in einem Einzelzimmer an. Aus Sicht der Interviewpartner können nur in einem Einzelzimmer Ruhe und Privatsphäre für den Patienten und die Personen, die ihn auf seinem letzten Weg begleiten, gewährleistet werden: „Also die Möglichkeit Einzelzimmer, viel Ruhe, wenig rein und raus. Dass im Akuthaus auf den Stationen ständig jemand ins Zimmer reinkommt und etwas will, das, finde ich, macht es schwierig. Die Privatsphäre wahren.“ (IAP 01)

„Es muss Raum da sein, es muss die Möglichkeit der Ruhe da sein. Nicht erst auf den letzten paar Metern dann schnell noch ins Einzelzimmer schieben, sondern vielleicht, wenn es vorher schon möglich ist, dass Patienten ein Einzelzimmer bekommen [...].“ (IPP 01)

#### Symptomfreiheit

Aus Sicht der Experten ist die Symptomfreiheit des Patienten unabdingbar mit einem würdevollen Sterben assoziiert. Dieser sollte schmerz- und angstfrei friedlich sterben können: „[...] , dass er keine Schmerzen haben muss, das ist, finde ich sehr, sehr wichtig. Dass er einfach ruhig einschlafen kann, ohne Qualen, ohne sonstige Komplikationen, sag ich mal. Also einfach, dass er würdevoll gehen kann, ohne Schmerzen, ohne Leid.“ (IPP 04)

### Anwesenheit nahestehender Personen

Die Begleitung durch Personen, die dem Patienten nahestehen, wird von allen Befragten in Zusammenhang mit einem würdevollen Sterben gleichermaßen betont. Schwester C: „Dass die Menschen, die ich bei mir haben möchte, zum Schluss bei mir sein können. Ohne Besuchszeiten, also rund um die Uhr.“ (IPP 03)

### Umfassende Begleitung

Von den palliativmedizinischen Kräften wird eine umfassende medizinische, pflegerische, spirituelle und psychosoziale Behandlung und Begleitung in Zusammenhang mit einem würdevollen Sterbeprozess gesehen. Dazu gehört zunächst das Wahrnehmen bzw. die Evaluation der Bedürfnisse des Patienten. Schwester A beschreibt dies folgendermaßen:

„Ein würdevolles Sterben ist einmal, dass die Patienten sich wahrgenommen fühlen, dass sie das Gefühl haben, ich werde gesehen, erkannt und dass da Raum dafür da ist und auch das Erkennen der Not, wo auch immer die Not ist. [...]. Eine gute, sehr gute Pflege. Ärztliche Betreuung, grad auch in der Gesprächsführung und Aufklärung und Begleitung der Patienten und Angehörigen. Seelsorgerische Begleitung. Also dieses ganze Wahrnehmen des Patienten.“ (IPP 01)

Auch Ärztin A betont die Notwendigkeit, dass die „Bedürfnisse von mehreren Seiten angesprochen werden, also dass er eine ganz breite Betreuung erfährt. Und gleichzeitig wenig Aktionismus, gerade von ärztlicher Seite, aushalten, sich zurücknehmen“ (IAP 01).

Voraussetzung dafür sei jedoch „die Akzeptanz der Endlichkeit und des Sterbeprozesses oder des Krankheitsprozesses bei allen Beteiligten“ (IAP 02), so Arzt B.

### **5.13.4 Lösungsansätze Palliativstation**

Verbesserungsansätze sehen die Mitarbeiter der Palliativstation auf institutioneller Ebene in den Bereichen Personal und Patientendurchlauf.

#### Personal

Während der Interviews wird von den Palliativkräften auf die Frage, was auf ihrer Station in Hinblick auf eine Verbesserung des Umgangs mit sterbenden

Patienten und ihren Angehörigen verändert werden müsste, immer wieder die Stabilisierung des Teams durch weniger Personalwechsel, vor allem im Bereich der Pflege genannt. Ärztin A:

„Vom Personal her ist es gerade so, dass es einen großen Wechsel gibt, weil viele von den Erfahreneren in die SAPV gehen, und dadurch ziehen wir natürlich auch immer neue, jüngere Kräfte an, die müssen eingearbeitet werden, also es ist doch ein ziemlicher Umbruch im Team. Und ich würde mir wünschen, dass es jetzt auch mal so eine Konsolidierungsphase gibt, dass das Team sich jetzt auch findet. Ich erlebe das Pflegeteam immer sehr stark im Wechsel. Da würde ich mir etwas mehr Ruhe wünschen.“ (IAP 01)

Auch Schwester B erlebt die vielen wechselnden Kräfte als schwierig. Man müsse „aufpassen, dass das überhaupt noch ein Team ist“ (IPP 02).

Wie bereits unter 5.8.1 Personelle Voraussetzungen von Seiten der Pflegekräfte geschildert, wäre außerdem eine zweite Pflegekraft für den Nachtdienst notwendig.

Die Oberärztin regt eine intensivere Einbindung der Seelsorge in die Begleitung der Patienten an. Sie stellt sich eine kontinuierliche Betreuung vor, nicht nur die Durchführung der finalen Rituale: „[...] dass die sozusagen immer wieder von sich aus ihre Runden hier drehen“ (IAP 01).

#### Weniger Patientendurchlauf

Der hohe Patientendurchlauf wird von Ärzten und Pflegenden als belastend erlebt (s. Kapitel 5.6), denn „das heißt einfach auch viel mehr Tod“ (IPP 03).

Schwester D schildert die Problematik, dass man sich manchmal innerlich noch gar nicht von einem verstorbenen Patienten verabschiedet hat, sich aber schon auf einen neuen einstellen muss, so:

„Und was noch ein bisschen verbesserungswürdig wäre, ist, wenn gerade ein Patient verstorben ist und die Warteliste ist groß und jemand schon wieder rein kommt und man läuft an dem Zimmer vorbei für sich selbst, und man riecht noch den Duft von dem Patienten, der vorher da war, und dann erwischt man sich manchmal selbst und man läuft rein und sagt ‚Hallo Herr Mayer‘. Und dann ‚Oh, das war ja der Patient, der vorher da war‘, also dieser Wechsel, der ist manchmal recht schnell.“ (IPP 04)



## **6. Diskussion**

### **6.1 Gegenüberstellung der untersuchten Stationen**

Die Interviewpartner sowohl der Normal- als auch der Palliativstation schildern ähnliche Sterbesituationen in Bezug auf die Dauer der Begleitung. Typisch seien einerseits Patienten, die über einen längerfristigen Zeitraum bis zu ihrem Tod begleitet werden, andererseits Patienten, die nach nur wenigen Stunden auf der Station versterben. Auffällig ist, dass das Team der Palliativstation darüber hinaus Situationen, in denen eine umfassende, adäquate Begleitung stattfindet, als beispielhaft bezeichnet. Die Befragten der Normalstation hingegen benennen Situationen, die sie als positiv wahrgenommen hatten, weil sie sich ausreichend Zeit für die Betreuung eines sterbenden Patienten nehmen konnten, als atypisch. Als problematisch beschreiben die Mitarbeiter der Palliativstation die Zunahme der kurzfristigen Begleitung, da diese mit einem hohen Patientendurchlauf assoziiert sei. In Stoßzeiten erfolge der Wechsel der Patienten so schnell, dass keine Zeit für einen persönlichen Abschied bleibe. Gleichzeitig bedeutet ein hoher Durchlauf der Patienten meist auch eine hohe Sterberate. Das wird von den Mitarbeitern als belastend erlebt. Dieses Ergebnis ist konform zu einer Studie von Müller et al. in der Palliativ- und Hospizarbeit. Auch hier wurde eine Häufung von Todesfällen auf Palliativstationen als emotionale Belastung identifiziert (Müller und Pfister 2014).

Das palliativmedizinische Team erlebt eine umfassende, interdisziplinäre Begleitung als notwendige Voraussetzung, um Patient und Angehörigen am Lebensende Trost zu spenden. Die Pflegekräfte vermitteln Kontakte zu ehrenamtlichen und seelsorgerischen Mitarbeitern. Bei Bedarf gibt es eine psychologische bzw. psychoonkologische Betreuung. Auch Kunst- und Musiktherapie werden angeboten.

Für die Pflegekräfte der Palliativstation stehen die Bedürfnisse von Patient und Angehörigen im Mittelpunkt. Sie versuchen, diesen Raum zu geben und ihnen durch eine individuelle, ihren Wünschen entsprechende Betreuung Trost zukommen zu lassen. Im Stationsablauf wird flexibel auf die Anliegen der Patienten eingegangen. Als weitere Elemente des Tröstens werden die

Linderung belastender Symptome sowie das Vermitteln von körperlichem Wohlbefinden genannt.

Nach dem Tod des Patienten verbleibt der Leichnam je nach Todeszeitpunkt den ganzen Tag bzw. die ganze Nacht im Patientenzimmer. Die Angehörigen können sich so viel Zeit nehmen, wie sie brauchen, um sich zu verabschieden. Das Palliativteam bietet den Angehörigen an, bei Bedarf jederzeit wiederzukommen. Es besteht die Möglichkeit, im Kondolenzbuch der Station eine Seite für den verstorbenen Patienten zu gestalten. Die Hinterbliebenen werden zu einem Gedenkgottesdienst für die Verstorbenen der letzten drei Monate eingeladen. Sie erhalten Informationsmaterial zu längerfristigen Begleitungsangeboten, beispielsweise durch den Hospizverein. Auch in der aktuellen S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ wird die Kontaktvermittlung zu einer Trauerberatung für Angehörige ausdrücklich empfohlen (Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2015). Viele Angehörige wünschen sich auch für die Zeit nach dem Tod des Patienten Beistand durch das Behandlungsteam (Chau et al. 2009, Milberg et al. 2008). Grimby und Johansson konnten bereits nachweisen, dass die Betreuung der Hinterbliebenen durch Ärzte und Psychologe im ersten Jahr nach dem Tod präventiv auf Morbidität und Mortalität der Hinterbliebenen wirken (Grimby und Johansson 2008).

Nach den Aussagen der Interviewpartner findet auf der Normalstation hingegen keine interdisziplinäre Begleitung statt. In der Regel wird nur auf Wunsch ein Seelsorger zur Durchführung der christlichen Abschiedsrituale gerufen.

Die Pflegekräfte der untersuchten Normalstation beschreiben ihre Bemühungen, sich um einen sterbenden Patienten in besonderer Weise zu kümmern. Die Auswertung der Interviews ergab sieben Hauptaspekte im Hinblick auf Trost: Präsenz beim Patienten, Integration der Angehörigen, Kommunikation, körperliche Zuwendung, Symptomlinderung, Begleitung durch Seelsorge ermöglichen und eine angenehme Atmosphäre schaffen. Soweit es im laufenden Stationsbetrieb im Rahmen der zeitlichen und personellen Bedingungen möglich ist, gehen sie in regelmäßigen Zeitabständen ins Patientenzimmer und schauen nach dem Befinden des Sterbenden. Sie

versuchen Trost zu spenden, indem sie ihm mehr Aufmerksamkeit als anderen Patienten widmen, und versuchen eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, in der der Patient sich wohlfühlt und in Würde sterben kann. Chochinov beschreibt, dass das Gefühl der Würde entscheidend mit der Lebensqualität sterbender Patienten korreliert (Chochinov 2006). Die Pflegenden nehmen sich auch Zeit für die Angehörigen des Patienten, führen Gespräche mit ihnen und beantworten ihre Fragen. Nach dem Tod des Patienten drücken sie ihr Beileid aus. Sie versuchen den nahestehenden Personen einen Abschied im Patientenzimmer zu ermöglichen. Laut Vorschrift muss der Leichnam nach Beendigung der zweiten Leichenschau in die Pathologie gebracht werden. Dieser Zeitraum beträgt im Normalfall vier bis sechs Stunden. Wenn Angehörige jedoch eine weite Anreise haben, lassen die Pflegekräfte den verstorbenen Patienten über diesen Zeitpunkt hinaus dennoch im Zimmer, soweit es die Belegung der Station erlaubt.

Die interviewten Ärzte der Normalstation erleben auf ihrer Station keine adäquate Sterbebegleitung. Als ihre wesentliche Aufgabe benennen sie die Symptomkontrolle und die Begleitung der Angehörigen. Auch sie versuchen, soweit es ihnen im Arbeitsalltag möglich ist, einem Sterbenden mehr Aufmerksamkeit zu widmen als den anderen Patienten und durch diese Geste Trost zu spenden.

Auffällig ist, dass die ärztlichen Interviewpartner explizit nur die Begleitung der Angehörigen und Kommunikation mit den Angehörigen als ihre Aufgabe in der Sterbebegleitung nannten. Angehörige sterbender Patienten haben nachweislich ein großes Bedürfnis nach ausführlichen und adäquaten Informationen bezüglich des Gesundheitszustands des Patienten (Bužgová et al. 2016). Diesem Anspruch versuchen die Ärzte der Normalstation nachzukommen. Dennoch nehmen vor allem die Pflegekräfte Informationsdefizite unter Angehörigen und Patienten wahr. Als einen Lösungsansatz aus dem persönlichen Handlungsbereich im Hinblick auf eine Verbesserung des Umgangs mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen benennen die Interviewpartner die vermehrte aktive Kontaktaufnahme mit den Betroffenen. Im weiteren Gesprächsverlauf wurde deutlich, dass unter den Ärzten der

Normalstation im Umgang mit einem sterbenden Patienten große Unsicherheit, Hilflosigkeit und Überforderung herrscht, wenn die kurativen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind. Sie versuchen Konversationen über die Prognose oder den bevorstehenden Tod mit dem Patienten zu vermeiden. Notwendige Gespräche werden stattdessen mit den Angehörigen geführt. Diese Aussage erscheint besonders problematisch, da mehrere Studien nachwiesen, dass Patienten eine ehrliche, offene Aufklärung über ihre Erkrankung und ihre Lebenserwartung von dem behandelnden Arzt wünschen (El-Jawahri et al. 2014; Enzinger et al. 2015; Wenrich et al. 2001). Diese prognostische Offenheit kann jedoch negative Auswirkungen auf die Lebensqualität des Patienten und dessen Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung haben (El-Jawahri et al. 2014; Weeks et al. 2012). Enzinger et al. (2015) hingegen fanden keinen Zusammenhang zwischen realistischer Information des Patienten und einer Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung bzw. dem häufigeren Auftreten von Angstsymptomen. Andere Autoren konstatieren, dass diese Informationen sogar die Lebensqualität der Patienten verbessern können (Lorenzo de et al. 2004; Mesters et al. 2001). Dieses Verhalten kann darin begründet sein, dass alle befragten ärztlichen Interviewpartner eine ungenügende Vorbereitung durch die Ausbildung während des Studiums auf den Umgang mit sterbenden Patienten beklagen. Auch im Rahmen der Gießener Studie aus dem Jahr 2014 hatten Ärzte eine mangelnde Ausbildung im Umgang mit sterbenden Patienten kritisiert (George et al. 2014). Hier besteht noch enormer Handlungsbedarf. Die Ärzte der Palliativstation aber geben an, durch ihre palliativmedizinische Weiterbildung gut gerüstet zu sein. Diese Tatsache kann erklären, dass Palliativmediziner im Vergleich zu Ärzten anderer Fachdisziplinen am häufigsten Trost spenden (Chau et al. 2009). Wie unter Kapitel 3.3.5 ausgeführt, ist die Palliativmedizin seit 2013 fester Bestandteil des studentischen Curriculums. Glaser und Strauss konstatierten bereits in ihrem erstmals 1965 im Amerikanischen erschienen Buch „Awareness of Dying“: „Although doctors and nurses in training do have some experience with dying patients, the emphasis is on the necessary techniques of medicine or nursing, not on the fact of dying itself.“ (Glaser und Strauss 1965, S. 4) Dies verdeutlicht,

dass in der Medizin ein Bewusstsein dafür geschaffen werden muss, dass gerade für Patienten mit palliativer Zielsetzung, insbesondere sterbende Menschen, viel getan werden kann und muss. Hier zeigt sich wiederum der Stellenwert von Trost als ärztliche Aufgabe. Der Arzt muss fähig und bereit sein, im Hinblick auf Trost auf die spezifischen Bedürfnisse von Patient und Angehörigen einzugehen. Voraussetzung dafür ist zunächst eine Ausbildung, die bereits während des Studiums beginnt und sich durch die Weiterbildung zieht, um Theorie und Praxis zu verknüpfen.

Die Ärzte der Normalstation wünschen sich außerdem im Rahmen ihrer Weiterbildung Orientierung und Führung durch erfahrenere Kollegen. Sie fühlen sich sowohl mit der finalen Schmerztherapie als auch im allgemeinen Umgang mit Sterbenden überfordert. Ab und zu ziehen sie die palliativmedizinischen Kollegen konsiliarisch hinzu, damit diese sowohl die Schmerztherapie als auch die zwischenmenschliche Begleitung des Patienten übernehmen. Der sterbende Patient wird an die Palliativmedizin „abgegeben“. Hier zeigt sich ein weiterer gravierender Unterschied zwischen den Ärzten der Normal- und der Palliativstation. Das Dasein für den Patienten und das gemeinsame Aushalten der Situation bezeichnen die Palliativmediziner neben der Symptomkontrolle als ihre Aufgaben in der Sterbebegleitung. Außerdem suchen sie aktiv den Kontakt zu den Angehörigen, um gemeinsam mit diesen und dem Patienten über die unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten oder den weiteren Verlauf zu sprechen.

Nicht nur die Ärzte der Normalstation, auch die Pflegenden wünschen sich mehr Schulung im Umgang mit Sterbenden. Sie fordern eine engere Kooperation mit den Kollegen der Palliativstation. Diese fühlen sich durch ihre palliativmedizinische Weiterbildung gut auf die Begegnung mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen vorbereitet. Die Sterbebegleitung auf der Station wird von den Ärzten schlechter bewertet als von den Pflegekräften.

Die Zeit kristallisiert sich aus Sicht der Interviewpartner als der entscheidende Faktor für die Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen heraus.

Die Pflegenden der Normalstation bewerten ihre zeitlichen Möglichkeiten für die Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen generell als

unzureichend, was sie auf ihre knappe personelle Besetzung zurückführen. Zusätzlich werden die zeitlichen Rahmenbedingungen der Pflegekräfte durch den Patientenumsatz, die Krankheitsbilder der Patienten auf der Station und den zunehmenden bürokratischen Aufwand beeinflusst. Auch die Stationsärzte erleben die zeitlichen Möglichkeiten der Pflegenden durch die Besetzung limitiert. Ihre eigenen zeitlichen Ressourcen für die Betreuung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen beurteilen die Ärzte der Normalstation als schlecht. Die Ursache dafür liegt in der knappen personellen Besetzung von ärztlicher Seite und die gleichzeitig hohe Anzahl an zu betreuenden Patienten. Auch im Rahmen der Gießener Studie waren die zeitlichen Möglichkeiten, die Ärzte und Pflegepersonal für die Begleitung Sterbender aufbringen können, stark kritisiert worden (George 2013). Hier waren jedoch die Hintergründe dieses Defizits nicht weiter untersucht worden.

Die Normalstation wünscht sich generell mehr Personal, sowohl auf pflegerischer als auch auf ärztlicher Seite.

Die Pflegekräfte der Palliativstation beurteilen die zeitlichen Bedingungen auf ihrer Station für die Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen in der Regel als gut, wenn die personelle Ist-Besetzung der Soll-Besetzung entspricht. Sie betonen, dass ihre zeitlichen Möglichkeiten stark von der Varianz der Faktoren Patientenumsatz, Bürokratie, Zusammenarbeit im Team und den Krankheitsbildern der anderen Patienten abhängen. Durch gute Absprachen untereinander und eine enge Kooperation schaffen sie freie Zeitfenster für längere Gespräche mit Patienten und Angehörigen.

In Zeiten einer schlechten personellen Besetzung und eines hohen Patientenwechsels erleben die Ärzte der Station die zeitlichen Ressourcen der Pflegekräfte als knapp. Insgesamt wünschen sie ihnen im Klinikalltag noch etwas mehr Zeit, um ruhiger arbeiten zu können.

Ärzte und Pflegekräfte fordern eine Verbesserung der pflegerischen Besetzung im Nachtdienst durch eine zusätzliche Pflegekraft. Außerdem wünschen sie sich mehr Kontinuität innerhalb des Pflegeteams, da es in letzter Zeit eine hohe Fluktuation des Pflegepersonals gab. Von diesem hohen Personalwechsel berichtet auch Schäfer (2011). Fünf Jahre nach Eröffnung der von ihm

untersuchten Palliativstation waren im Team „deutliche Auflösungserscheinungen“ zu bemerken. Er führt dies unter anderem auf die „Arbeitszufriedenheit der dort Beschäftigten“ zurück, die durch die Faktoren „Häufigkeit des Sterbens“ und „Zeittakt des Sterbens“ negativ beeinflusst wird (Schäfer 2011, S. 15).

Die Ärzte der Palliativstation können sich aufgrund ihrer personellen Besetzung genügend Zeit für die Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen nehmen. Dies wird auch von den Pflegenden als positiv erlebt.

Die räumlichen Gegebenheiten auf den untersuchten Stationen unterscheiden sich deutlich. Auf der Palliativstation steht jedem Patienten ein Einzelzimmer zur Verfügung. Damit ist aus Sicht der Experten die Voraussetzung für ausreichende Privatsphäre für den Patienten und seine Angehörigen gegeben. Diese können rund um die Uhr bei ihm sein und auch im Zimmer übernachten. Auf der Normalstation gibt es ausschließlich Zwei- und Dreibettzimmer. Um einem sterbenden Patienten und seinen Angehörigen Intimsphäre zu ermöglichen, versuchen die Pflegekräfte eine Einzelunterbringung zu organisieren, wenn dies aufgrund des Bettendrucks und der Zimmerbelegung realisierbar ist. Dafür muss in einem Zweibettzimmer das zweite Bett gesperrt werden. Nur wenn der sterbende Patient alleine im Zimmer liegt, können die Angehörigen auch nachts an seiner Seite sein.

Ärzte und Pflegenden sowohl der Normal-, als auch der Palliativstation haben sehr ähnliche Vorstellungen von einem würdevollen Sterben im Krankenhaus. Symptomfreiheit, Einzelunterbringung und die Anwesenheit nahestehender Personen zählen für alle zu den Grundvoraussetzungen.

## **6.2 Schlussfolgerungen für die Praxis**

In deutschen Krankenhäusern sterben laut Statistischem Bundesamt jedes Jahr ca. 403.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2015b, S. 5). All diese Patienten haben ein Anrecht auf menschliche Zuwendung und eine empathische Begleitung.

Insgesamt wird die Sterbebegleitung auf der Palliativstation den Ansprüchen Chochinovs sowie der S3-Leitlinie Palliativmedizin gerecht. Diese fordern am

Lebensende einen ganzheitlichen Ansatz, der auf die physischen, psychosozialen, existenziellen und spirituellen Bedürfnisse eines Sterbenden eingeht (Chochinov 2006; Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2015). Mehrere Studien konnten eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten durch Berücksichtigung dieser Aspekte nachweisen (Chochinov 2006; Kahn et al. 2010; Nelson et al. 2002). Da Ärzte und Pflegekräfte in den Interviews starke zeitliche und personelle Limitierungen beschrieben, ist eine umfassende Begleitung durch diese beiden Berufsgruppen alleine nicht leistbar.

Die empirische Untersuchung zeigt, dass es deutliche Unterschiede zwischen der Sterbebegleitung auf einer Normal- und einer Palliativstation gibt. Die Experten der Normalstation sind bereit, sich aktiv einzubringen und ihre Kompetenzen zu erweitern, um Patienten und Angehörigen im Klinikalltag auf vielfältige Weise Trost zukommen zu lassen.

Das Angebot der Normalstation muss intensiviert und erweitert werden, damit auf die Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen individuell eingegangen werden kann. Um die Sterbebegleitung auf Normalstationen zu verbessern, sollten drei wesentliche Bedingungen erfüllt werden: Jeder Sterbende hat Anspruch auf ein Einzelzimmer. Auch in der S3-Leitlinie Palliativmedizin wurde „das Schaffen von Rahmenbedingungen, die die Intimität des Patienten respektieren“ als Soll-Empfehlung festgelegt (Leitlinienprogramm AWMF, DKG, DKH 2015, S. 27). Die räumlichen Gegebenheiten auf der Normalstation können kurzfristig nicht verändert werden. Bei Umbauten bzw. Neubauten sollte aber eine ausreichende Anzahl von Einzelzimmern konzipiert werden, um die Intimität sterbender Patienten zu wahren. Außerdem können Angehörige, die eine weite Anreise haben, von der Station dahingehend unterstützt werden, dass ihnen Flyer mit Adressen umliegender Pensionen ausgehändigt werden. In Zusammenarbeit mit der Palliativstation könnten ihnen, wie den Angehörigen der Palliativpatienten, auch Zimmer in der benachbarten Hospizakademie vermittelt werden.

Der Personalschlüssel von Ärzten und Pflegekräften muss erhöht werden, um im Klinikalltag mehr Raum für eine individuelle Begleitung von Patient und Angehörigen zu schaffen.



Alle Ärzte und Pflegekräfte brauchen eine adäquate Aus- und Weiterbildung, die auf den Umgang mit Sterbenden vorbereitet. Das Angebot der palliativmedizinischen Weiterbildung muss unter Ärzten und Pflegekräften, die auf Normalstationen tätig sind, popularisiert und von Seiten des Arbeitgebers finanziell unterstützt werden.

Auch die Politik hat die Notwendigkeit und die Bedeutung einer adäquaten Begleitung am Lebensende erkannt. Am 5. November 2015 beschloss der Deutsche Bundestag das Hospiz- und Palliativgesetz. Ziel ist es, „durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind“ (Deutscher Bundestag 2015, S. 1). Dies gilt für den ambulanten und den stationären Bereich. In Krankenhäusern wird die Palliativversorgung finanziell gefördert. Ab 2017 können sie krankenhaushausindividuelle Entgelte für eigenständige Palliativstationen abrechnen. Krankenhäuser ohne Palliativstation erhalten ebenfalls Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativteams bzw. die Kooperation mit externen Diensten. Ob und inwieweit dies auch zu einer Verbesserung der Situation auf Normalstationen beitragen wird, muss in zukünftigen Untersuchungen reevaluiert werden.

### **6.3 Vor- und Nachteile der Untersuchung**

In der vorliegenden empirischen Untersuchung wird anhand der qualitativen Auswertung von Experteninterviews dargestellt, inwieweit in der Realität Trost stattfindet. Exemplarisch wurde die Sterbebegleitung auf zwei unterschiedlichen Stationen innerhalb eines Krankenhauses gegenübergestellt. Mittels Interviews wurden die Ist-Zustände auf der jeweiligen Station erfasst und die Handlungsstrategien von Ärzten und Pflegekräften rekonstruiert. Die Rahmenbedingungen im Hinblick auf Zeit, Raum und Personal wurden ermittelt. Anschließend wurden Lösungsansätze aus Sicht der Experten für eine Verbesserung des Umgangs mit Sterbenden und ihren Angehörigen eruiert.

Ein Nachteil ist die geringe Größe der Untersuchungsgruppe. Das Ziel dieser qualitativen Untersuchung ist jedoch das Verständnis der erlebten Erfahrungen, subjektiven Sichtweisen und wahrgenommenen Einflussfaktoren der Experten, nicht Objektivität. Die Daten liefern detaillierte Informationen über den Untersuchungsgegenstand, jedoch keine Inzidenzen über die analysierte Population (Tornøe et al. 2015).

Die Experten wurden mittels teilstrukturierten Leitfadeninterviews persönlich befragt. Der Leitfaden gewährleistet die Vergleichbarkeit der Interviews. Durch die Fokussierung auf die durch den Leitfaden vorgegebenen Themenschwerpunkte wird das Gespräch strukturiert und einem Abweichen von der Thematik entgegengewirkt. Gleichzeitig kommen durch die flexible Verwendung des Leitfadens die Relevanzen des Experten zum Tragen, nicht die des Interviewers (Meuser und Nagel 2009). Das leitfadengestützte Interview ist die angemessene Erhebungsmethode für eine Expertenbefragung, da im Gegensatz zu einer standardisierten Befragung nicht nur Fakten und Daten abgefragt werden, sondern die Handlungen und Erfahrungen des Experten rekonstruiert werden (Dexter 1970). Interviews bergen die Gefahr, dass die Antworten der Interviewpartner durch den Forscher oder soziale Erwünschtheit verfälscht werden. Dieser Problematik wurde durch die Vorgehensweise der Grounded Theory nach Glaser und Strauss, die ein Sampling bis zum Erreichen der theoretischen Sättigung vorsieht, begegnet. Bemerkenswert ist, dass in der vorliegenden Untersuchung bereits nach zwei Arztinterviews pro Station die theoretische Sättigung erreicht wurde. Dieser Befund verdeutlicht, dass innerhalb der Teams sehr homogene Wahrnehmungen bezüglich des Untersuchungsgegenstands herrschen (s. Kapitel 4.3). Es besteht jedoch die Gefahr, dass die Wahl der Gesprächspartner selektiv und nicht repräsentativ gewesen ist und damit die Ergebnisse beeinflusst hat.

Die digitalen Audioaufzeichnungen der Interviews wurden vollständig transkribiert und ermöglichten so die authentische Erfassung der Gesprächsabläufe. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist gewährleistet.

Wie bereits unter Punkt 4.6 ausgeführt, wurde die Auswertung nach einem regelgeleiteten Vorgehen erstellt (Meuser und Nagel 1991). Dies dient als weiterer Garant der intersubjektiven Reproduzierbarkeit.

## 7. Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Stellenwert von Trost im Umgang mit Patienten und Angehörigen aufzuzeigen und mittels einer empirischen Untersuchung zur Sterbebegleitung festzustellen, wie dies in der Realität im Klinikalltag umgesetzt wird. Hierfür wurde die Sterbebegleitung auf zwei unterschiedlichen Stationen innerhalb eines Krankenhauses qualitativ ausgewertet.

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit zeigt anhand wissenschaftlicher Daten, welche unterschiedlichen Bedürfnisse schwerstkranke und sterbende Patienten und ihre Angehörigen an den Arzt im Hinblick auf Trost haben und wie diesen angemessen begegnet werden kann.

Mittels teilstrukturiertem Leitfadeninterview wurden Ärzte und Pflegekräfte als Experten dazu befragt, wie die Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen aussieht und wie sie den Betroffenen Trost spenden. Die Aspekte Zeit, Raum, Personal und Ausbildung und ihr Einfluss auf die Begleitung wurden thematisiert. Zuletzt wurden die Experten nach ihrer Vorstellung von einem würdevollen Sterben im Krankenhaus und Ansätzen zur Verbesserung des Umgangs mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen gefragt.

Nach dem Prinzip des Theoretical Sampling der Grounded Theory nach Glaser und Strauss wurde die Sterbebegleitung auf einer Normal- und einer Palliativstation gegenübergestellt. Insgesamt wurden vier Ärzte und acht Pflegekräfte interviewt. Das Sampling pro Gruppe wurde beendet, nachdem die theoretische Sättigung erreicht war.

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem Prinzip von Meuser und Nagel. Es wurde untersucht, wie Trost in der Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen gestaltet wird. Unterschiede zwischen den beiden Stationen wurden herausgearbeitet und analysiert, worauf diese zurückzuführen sind. Lösungsansätze für eine Verbesserung der Situation im Krankenhaus wurden konzipiert.

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass sich alle befragten Ärzte und Pflegekräfte der existentiellen Ausnahmesituation von Sterbenden und

Angehörigen bewusst sind und ein hohes Maß an Bereitschaft vorhanden ist, eine adäquate Begleitung zu gewährleisten.

Die Möglichkeiten der Sterbebegleitung auf der Palliativstation werden insgesamt als gut bewertet. Im Mittelpunkt steht die individuelle Begleitung des sterbenden Patienten und seiner Angehörigen. Bemängelt werden ein teilweise zu hoher Patientendurchlauf und eine zu geringe pflegerische Besetzung im Nachtdienst.

Im Gegensatz dazu wird die Arbeit der Begleiter auf der Normalstation durch den niedrigeren Personalschlüssel und die gegebenen Räumlichkeiten limitiert. Problematisch ist vor allem die mangelnde Ausbildung im Umgang mit Sterbenden und Angehörigen.

Um die Situation in Krankenhäusern, insbesondere auf den Normalstationen zu verbessern, sollte ein gesellschaftliches Umdenken stattfinden. Voraussetzung hierfür ist das Bewusstsein und die Akzeptanz, dass Sterben unabdingbar zum Leben gehört und somit auf jeder Station eines Krankenhauses stattfindet. Auf politischen Ebenen können entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet und die notwendigen Mittel bereitgestellt werden, damit nicht nur auf Palliativ- sondern auch auf Normalstationen geschultes Personal und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, um allen sterbenden Patienten und ihren Angehörigen eine bestmögliche Begleitung zuteilwerden zu lassen.

## 8. Quellenverzeichnis

### 8.1 Literaturverzeichnis

Aase M, Nordrehaug JE, Malterud K (2008): If you cannot tolerate that risk, you should never become a physician: a qualitative study about existential experiences among physicians. In: *Journal of Medical Ethics* 34 (11), S. 767–771.

Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn EG, Scheffer C (2014): Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. In: *BMC Medical Education* 14 (122). DOI: 10.1186/1472-6920-14-122.

Alt-Epping B, Nauck F (2015): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Vernetzung von Sektoren, Disziplinen und Professionen. In: *Bundesgesundheitsblatt* 58 (4-5), S. 430–435.

Antunes B, Bausewein C, Hardings R, Higginson IJ (2015): Screening for depression in advanced disease: psychometric properties, sensitivity, and specificity of two items of the Palliative care Outcome Scale (POS). In: *Journal of Pain and Symptom Management* 49 (2), S. 277–288.

Arora NK (2003): Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. In: *Social Science & Medicine* 57 (5), S. 791–806.

Augstein R (Hg.) (2012): Abschied nehmen. Vom Umgang mit dem Sterben. *Spiegel Wissen* (4). Hamburg: SPIEGEL-Verlag Rudolf Augstein.

Back AL, Arnold RM, Quill TE (2003): Hope for the best, and prepare for the worst. In: *Annals of Internal Medicine* 138 (5), S. 439–443.

Becker-Mrotzek M, Brünner G (Hg.) (2004): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Bedell SE, Cadenhead K, Graboys TB (2001): The doctor's letter of condolence. In: *New England Journal of Medicine* 344 (15), S. 1162–1164.

Begenau J, Schubert C, Vogt W (Hg.) (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.

Benzein EG, Berg AC (2005): The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. In: *Palliative medicine* 3 (19), S. 234–240.

Bevans MF, Sternberg EM (2012): Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. In: *JAMA* 307 (4), S. 398–403.

Bogner A, Littig B, Menz W (Hg.) (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Borasio GD (2012): Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. 10. Aufl. München: C.H.Beck.

Bousquet G, Orri M, Wintermann S, Brugière C, Verneuil L, Revah-Levy A (2015): Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. In: *Journal of Clinical Oncology* 33 (22), S. 2437–2443.

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, Nelson CJ, Brescia R (2000): Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. In: *JAMA* 284 (22), S. 2907–2911.

- Brücher K (2005): *Therapeutische Räume. Zur Theorie und Praxis psychotherapeutischer Interaktion*. München: Elsevier.
- Bucka-Lassen E (2011): *Das schwere Gespräch. Patientengerechte Vermittlung einschneidender Diagnosen*. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MHN, Dunn SM (2002): Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. In: *Psycho-Oncology* 11 (1), S. 47–58.
- Bužgová R, Špatenková N, Fukasová-Hajnová E, Feltl D (2016): Assessing needs of family members of inpatients with advanced cancer. In: *European Journal of Cancer Care*. DOI: 10.1111/ecc.12441.
- Bylund CL, Makoul G (2002): Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. In: *Patient Education and Counseling* 48 (3), S. 207–216.
- Campbell TC, Carey EC, Jackson VA, Saraiya B, Yang HB, Back AL, Arnold RM (2010): Discussing prognosis: balancing hope and realism. In: *The Cancer Journal* 16 (5), S. 461–466.
- Cassidy S (2002): *Sharing the darkness: the spirituality of caring*. Foreword by Jean Vanier. London: Darton Longman & Todd.
- Charles C, Gafni A, Whelan T (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). In: *Social Science & Medicine* 44 (5), S. 681–692.
- Chau NG, Zimmermann C, Ma C, Taback N, Krzyzanowska MK (2009): Bereavement practices of physicians in oncology and palliative care. In: *Archives of Internal Medicine* 169 (10), S. 963–971.
- Chochinov HM (2002): Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. In: *JAMA* 287 (17), S. 2253–2260.
- Chochinov HM (2006): Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. In: *CA A Cancer Journal for Clinicians* 56 (2), S. 84–103.
- Chochinov HM (2007): Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. In: *BMJ* 335, S. 184–187.
- Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A (2009): The landscape of distress in the terminally ill. In: *Journal of Pain and Symptom Management* 38 (5), S. 641–649.
- Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M (2006): Dignity in the terminally ill: revisited. In: *Journal of Palliative Medicine* 9 (3), S. 666–672.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S (1998): Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. In: *Psychosomatics* 39 (4), S. 366–370.
- Creswell JW (2013): *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4. Aufl. Los Angeles: Sage Publications.
- Curtis JR, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, Kross EK, Reinke LF, Feemster LC, Arnold RW, O'Connor K, Engelberg RA (2013): Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. In: *JAMA* 310 (21), S. 2271–2281.

Dean M, Street Jr. RL (2014): A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. In: *Patient Education and Counseling* 94 (2), S. 143–148.

Deutsche Krebshilfe (Hg.) (2010): Palliativmedizin. Antworten. Hilfen. Perspektiven. (57).

Dexter LA (1970): *Elite and specialized interviewing*. Evanston: Northwestern University Press.

Dorfmueller M (2001): Das ärztliche Gespräch aus medizin-psychologischer Sicht. In: Dorfmueller M (Hg.): *Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch*. Landsberg/Lech: ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, S. 9–29.

Dorfmueller M (Hg.) (2001): *Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch*. Landsberg/Lech: ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG.

Duggleby W, Wright K (2004): Elderly palliative care cancer patients' descriptions of hope-fostering strategies. In: *International journal of palliative nursing* 10 (7), S. 352–359.

El-Jawahri A, Traeger L, Park ER, Greer JA, Pirl WF, Lennes IT, Jackson VA, Gallagher ER, Temel JS (2014): Associations among prognostic understanding, quality of life, and mood in patients with advanced cancer. In: *Cancer* 120 (2), S. 278–285.

Ellison NM, Ptacek JT (2002): Physician interactions with families and caregivers after a patient's death: current practices and proposed changes. In: *Journal of Palliative Medicine* 5 (1), S. 49–55.

Engelke E (2012): *Gegen die Einsamkeit Sterbenskranker. Wie Kommunikation gelingen kann*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Enzinger A, Zhang B, Schrag D, Prigerson HG (2015): Outcomes of prognostic disclosure: associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. In: *Journal of Clinical Oncology* 33 (32), S. 3809–3816.

Fagerlind H, Kettis A, Bergström I, Glimelius B, Ring L (2012): Different perspectives on communication quality and emotional functioning during routine oncology consultations. In: *Patient Education and Counseling* 88 (1), S. 16–22.

Fallowfield L, Jenkins V (2004): Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. In: *The Lancet* 363 (9405), S. 312–319.

Feiter R (2006): Trösten – oder: Die Kunst, nicht trösten können zu wollen. In: *Pastoraltheologische Informationen* 26 (2), S. 149–169.

Fischer J (2007): Zur Relevanz gütererethischer Ansätze in der Medizinethik. In: Reuter HR, Meireis T (Hg.): *Das Gute und die Güter. Studien zur Gütererethik*. Berlin, Münster: Lit, S. 113–128.

Flemming HC (1993): *Annäherung*. Berlin: Simon & Leutner.

Frick E, Riedner C, Fegg M, Hauf S, Borasio GD (2006): A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. In: *European Journal of Cancer Care* 15 (3), S. 238–243.

Fujimori M, Shirai A, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y (2014): Effects of communication skills training for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. In: *Journal of Clinical Oncology* 32 (20), S. 2166–2172.



Garz D, Kraimer K (Hg.) (1991): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Geisler L (2002): *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. 4. Aufl. Frankfurt am Main: pmi Verlag AG.

George W, Dommer E, Szymczak VR (Hg.) (2013): *Sterben im Krankenhaus. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

George W (2013): Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern. In: George W, Dommer E und Szymczak VR (Hg.): *Sterben im Krankenhaus. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 67–101.

George WM, Banat G, Dommer E (2014): Betreuung Sterbender im Krankenhaus: Ärzte üben Kritik an Ihrer Ausbildung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111 (9), S. C282-C283.

Girgis A, Sanson-Fisher RW (1995): Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. In: *Journal of Clinical Oncology* 13 (9), S. 2449–2456.

Given BA, Given CW, Sherwood PR (2012): Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. In: *The Journal of Supportive Oncology* 10 (2), S. 57–64.

Glaser BG (1978): *Theoretical sensitivity. Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley: Sociology Press.

Glaser BG, Strauss AL (1965): *Awareness of dying*. New Brunswick, New Jersey: AldineTransaction.

Glaser BG, Strauss AL (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. 3. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

Glaser BG, Strauss AL (2008): *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 3. Aufl. New Brunswick, London: AldineTransaction.

Gläser J, Laudel G (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gödecker-Geenen N, Nau H (2000): Krankenhäuser: Sozialarbeit unverzichtbar. Der Bedarf wächst trotz aller Sparaktionen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97 (41), S. A2674-A2676.

Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Ihorst G, Figueiredo M de, Bertz H, Wirsching M, Fritzsche K (2011): Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. In: *Journal of Clinical Oncology* 29 (25), S. 3402–3407.

Grimby A, Johansson Å (2008): Does early bereavement counseling prevent ill health and untimely death? In: *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 24 (6), S. 475–478.

Großbongardt A, Traub R (2012): *Das Ende des Lebens. Ein Buch über das Sterben*. In: Augstein R (Hg.): *Abschied nehmen. Vom Umgang mit dem Sterben*. Spiegel Wissen (4). Hamburg: SPIEGEL-Verlag Rudolf Augstein, S. 25–29.

Gunten CF von, Ferries FD, Emanuel LL von (2000): The patient-physician relationship. Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. In: *JAMA* 284 (23), S. 3051–3057.

- Hägemark C, Theorell T, Ek B (1987): Coping and social activity patterns among relatives of cancer patients. In: *Social Science & Medicine* 25 (9), S. 1021–1025.
- Hanson LC, Dobbs D, Usher BM, Williams S, Kawlings J, Daaleman TP (2008): Providers and types of spiritual care during serious illness. In: *Journal of Palliative Medicine* 11 (6), S. 907–914.
- Hermann A (2010): Das Arrangement der Hoffnung auf der Basis von Perspektiven-divergenz. In: Begenau J, Schubert C, Vogt W (Hg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, S. 112–128.
- Hsua I, Sahab S, Korhuisb PT, Sharpd V, Cohne J, Moorea RD, Beach MC (2012): Providing support to patients in emotional encounters: a new perspective on missed empathic opportunities. In: *Patient Education and Counseling* 88 (3), S. 436–442.
- Hudson P (2004): A critical review of supportive interventions for family caregivers of patients with palliative-stage cancer. In: *Journal of Psychosocial Oncology* 22 (4), S. 77–92.
- Husebo S, Klaschik E (2006): *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Jülicher J (1999): *Es wird alles gut, aber nie mehr wie vorher. Begleitung in der Trauer*. Würzburg: Echter.
- Kafka F (1920): *Ein Landarzt. Kleine Erzählungen*. München, Leipzig.
- Kahn L, Wong R, Li M, Zimmermann C, Lo C, Gagliese L, Rodin G (2010): Maintaining the will to live of patients with advanced cancer. In: *The Cancer Journal* 16 (5), S. 524–531.
- Kerr J, Engel J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D (2003): Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. In: *Annals of Oncology* 14 (6), S. 421–427.
- Kiesler DJ, Auerbach SM (2006): Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. In: *Patient Education and Counseling* 61 (3), S. 319–341.
- Kim MK, Alvi A (1999): Breaking the bad news of cancer: The patient's perspective. In: *The Laryngoscope* 109, S. 1064–1067.
- Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV (2004): The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. In: *Evaluation & The Health Professions* 27 (3), S. 237–251.
- Kluge F (2002): *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. 24. Aufl. Berlin, New York: De Gruyter.
- Koch K, Gehrman U, Sawicki PT (2007): Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (38), S. A2584-A2591.
- Kowarowsky G (2011): *Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.
- Lacey J, Sanderson C (2010): The oncologist's role in care of the dying cancer patients. In: *Cancer Journal* 5 (16), S. 532–541.
- Lalouschek J (2004): Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Konzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In:

- Becker-Mrotzek M, Brünner G (Hg.): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 137–158.
- Lammer K (2014): Trauer verstehen. Formen, Erklärungen, Hilfen. 4. Aufl. Berlin: Springer.
- Lang K, Schmeling-Kludas C, Koch U (2007): Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Das Hamburger Kursprogramm. Stuttgart: Schattauer.
- Langenhorst G (2005): „Leidige Tröster seid ihr alle!“ (Ijob 16,2). Scheiternder und gelingender Trost bei Hiob und seinen Freunden. In: Scheuchenpflug P (Hg.): Tröstende Seelsorge. Chancen und Herausforderungen für christliches Handeln in der pluralen Welt. Würzburg: Echter (Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge, 60), S. 18–38.
- Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B (2002): Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. In: *BMJ* 325 (7366), S. 682–683.
- Lemkau JP, Mann B, Little D, Whitecar P, Hershberger P, Schumm JA (2000): A questionnaire survey of family practice physicians' perceptions of bereavement care. In: *Archives of Family Medicine* 9 (9), S. 822–829.
- Leroy T, Fournier E, Penel N, Christophe V (2015): Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. In: *Psycho-Oncology*. DOI: 10.1002/pon.4056.
- Lorenzo F de, Ballatori E, Di Costanzo F, Giacalone A, Ruggeri B, Tirelli U (2004): Improving information to Italian cancer patients: results of a randomized study. In: *Annals of Oncology* 25 (5), S. 721–725.
- Lown B (2004): Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. 13. Aufl.: Suhrkamp.
- Mack JW, Block SD, Nilsson M, Wright A, Trice E, Friedlander R, Paulk E, Prigerson HG (2009): Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the Human Connection Scale. In: *Cancer* 14 (115), S. 3302–3311.
- MacLean DC, Susi B, Phifer N, Schultz L (2003): Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. Results from a multicenter patient survey. In: *Journal of General Internal Medicine* 18 (1), S. 38–43.
- Mager WM, Andrykowski MA (2002): Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. In: *Psycho-Oncology* 11 (1), S. 35–46.
- Maio G (2012): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer.
- Mazor KM, Roblin DW, Greene SM, Lemay CA, Firreno CL, Calvi J, Prouty CD, Horner K, Gallagher TH (2012): Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. In: *Journal of Clinical Oncology* 30 (15), S. 1784–1790.
- McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W (2003): Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. In: *The Lancet* 361 (9369), S. 1603–1607.
- McGrath P (2002): Creating a language for 'spiritual pain' through research: a beginning. In: *Support Cancer Care* 10 (8), S. 637–646.

- McPherson JC, Wilson KG, Murray MA (2007): Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. In: *Palliative medicine* 21 (2), S. 115–128.
- Menz F, Lalouschek J, Gstettner A (2008): Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung; ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Wien, Berlin, Münster: Lit (Austria: Forschung und Wissenschaft / Literatur- und Sprachwissenschaft, 10).
- Mercer SW, Reynolds WJ (2002): Empathy and quality of care. In: *British Journal of General Practice* (52), S. 9–13.
- Mesters I, Borne B von den, Boer M de, Pruyn J (2001): Measuring information needs among cancer patients. In: *Patient Education and Counseling* (43), S. 253–262.
- Meuser M, Nagel U (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D, Kraimer K (Hg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441–471.
- Meuser M, Nagel U (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hg.): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35–60.
- Milberg A, Olsson EC, Jakobsson M, Olsson M, Friedrichsen M (2008): Family members' perceived needs for bereavement follow-up. In: *Journal of Pain and Symptom Management* 35 (1), S. 58–69.
- Mishra S (2016): Does modern medicine increase life-expectancy: quest for the moon rabbit? In: *Indian Heart Journal* 68 (1), S. 19–27.
- Mitchell AJ (2008): Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. In: *British Journal of Cancer* 98 (12), S. 1934–1943.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N (2011): Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. In: *The Lancet* 377 (9785), S. 160–174.
- Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artiques M, Lawrie TA (2013): Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. In: *The Cochrane Library* 3. DOI: 10.1002/14651858.CD003751.pub3.
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S (2000): An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. In: *Psycho-Oncology* 9 (2), S. 164–168.
- Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS (2008): Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. In: *Archives of Internal Medicine* 168 (17), S. 1853–1858.
- Morse J, Anderson G, Bottoroff J, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, McIlveen KH (1992): Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? In: *Image Journal of Nursing Scholarship* 4 (24), S. 273–280.
- Müller M, Pfister D (2014): Die verwundbaren Helfer. Warum die Studie und dieses Buch? In: Müller M, Pfister D (Hg.): *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–21.

- Müller M, Pfister D (Hg.) (2014): *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nease RF, Brooks WB (1995): Patient desire for information and decision making in health care decisions: the autonomy preference index and the health opinion survey. In: *Journal of General Internal Medicine* 10 (11), S. 593–600.
- Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M (2002): Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. In: *Psychosomatics* 43 (3), S. 213–220.
- Neumann M, Bensing J, Mercer SW, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H (2008): Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinician empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. In: *Patient Education and Counseling* 74 (3), S. 339–346.
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C (2011): Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. In: *Academic Medicine* 86 (8), S. 996–1009.
- Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F (2012): Ärztliche Empathie: Definition, Outcome-Relevanz und Messung in der Patientenversorgung und medizinischen Ausbildung. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 1 (29), S. 11–21.
- Nicolai J, Demmel R (2007): The impact of gender stereotypes on the evaluation of general practitioners' communication skills: an experimental study using transcripts of physician-patient encounters. In: *Patient Education and Counseling* 69 (1-3), S. 200–205.
- Norberg A, Bergsten M, Lundmann B (2001): A model of consolation. In: *Nursing Ethics* 8 (6), S. 544–553.
- Parker PA, Baile WF, Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L de (2001): Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. In: *Journal of Clinical Oncology* 19 (7), S. 2049–2056.
- Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Oslin D, Rothbard A, Thomas N, Thompson CL (2005): Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. In: *Archives of Internal Medicine* 165 (11), S. 1260–1266.
- Price S, Mercer SW, MacPherson H (2006): Practitioner empathy, patient enablement and health outcomes: a prospective study of acupuncture patients. In: *Patient Education and Counseling* 63 (1-2), S. 239–245.
- Prigerson HG, Jacobs SC (2001): Caring for bereaved patients. "All the doctors just suddenly go". In: *JAMA* 286 (11), S. 1369–1376.
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, Raphael B, Marwit SJ, Wortman C, Neimeyer RA, Bonanno G, Block SD, Kissane D, Boelen P, Maercker A, Litz BT, Johnson JG, First MB, Maciejewski PK, Brayne C (2009): Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. In: *PLoS Med (PLoS Medicine)* 6 (8). DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121.
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P (2009): Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus Conference. In: *Journal of Palliative Medicine* 12 (10), S. 885–904.
- Ravazi D, Delvaux N (1997): Communication skills and psychological training in oncology. In: *European Journal of Cancer* 33 (6), S. 15–21.

- Redinbaugh EM, Baum A, Tarbell S, Arnold R (2003): End-of-life caregiving: what helps family caregivers cope? In: *Journal of Palliative Medicine* 6 (6), S. 901–909.
- Rees-Lewis JC (1994): Patient views on quality of care in general practice: literature review. In: *Social Science & Medicine* 39 (5), S. 655–671.
- Reuter HR, Meireis T (Hg.) (2007): Das Gute und die Güter. Studien zur Güterethik. Berlin, Münster: Lit.
- Richter-Kuhlmann E (2014): Palliativmedizin in der Onkologie: Frühzeitige Integration. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111 (10), S. A400.
- Roenn JH von, Gunten CF von (2003): Setting goals to maintain hope. In: *Journal of Clinical Oncology* 21 (3), S. 570–574.
- Rogers CR (1989): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. 2. Aufl. Köln: GwG.
- Schäfer K (2009): Trösten - aber wie? Ein Leitfaden zur Begleitung von Trauernden und Kranken. Regensburg: Pustet.
- Schäfer R (2011): Einführung zum Thema. In: Schäfer R, Schuhmann G (Hg.): »Wie viele Sterbende verträgt ein Mensch?«. Über Be- und Entlastungen der Berufe im Palliativ- und Hospizbereich. Unter Mitarbeit von Engelke E. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 9–15.
- Schäfer R, Schuhmann G (Hg.) (2011): »Wie viele Sterbende verträgt ein Mensch?«. Über Be- und Entlastungen der Berufe im Palliativ- und Hospizbereich. Unter Mitarbeit von Engelke E. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Scheuchenpflug P (Hg.) (2005): Tröstende Seelsorge. Chancen und Herausforderungen für christliches Handeln in der pluralen Welt. Würzburg: Echter (Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge, 60).
- Scheuring H (2001): Wege der Trauer. Das Buch zur Serie in der Main-Post. Würzburg: Mainpresse Zeitungsverlagsgesellschaft mbH & Co. Würzburg.
- Schulz R, Beach SR (1999): Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. In: *JAMA* 282 (23), S. 2215–2219.
- Schweickhardt A, Fritzsche K (2009): Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Singer PA, Martin DK, Kelner M (1999): Quality end-of-life care. Patients' perspectives. In: *JAMA* 281 (2), S. 163–168.
- Stahl ST, Arnold AM, Chen JY, Anderson S, Schulz R (2016): Mortality after bereavement: the role of cardiovascular disease and depression. In: *Psychosomatic medicine*. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000317.
- Steinhauser K, Christakis NA, Clipp ES, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA (2000): Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. In: *JAMA* 284 (24), S. 2476–2482.
- Strauss AL, Corbin J (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Strübing J (2014): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings AJ, Lynch TJ (2010): Early palliative care

for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. In: *New England Journal of Medicine* 363 (8), S. 733–742.

The AM, Hak T, Koeter G, Wal G van der (2000): Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. In: *BMJ*. DOI: 10.1136/bmj.321.7273.1376.

Theml H (2001): Onkologie. In: Dorf Müller M (Hg.): Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg/Lech: ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, S. 238–252.

Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D (2014): Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. In: *Journal of Pain and Symptom Management* 47 (3), S. 531–541.

Thorne SE, Bultz BD, Baile WF (2005): Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. In: *Psycho-Oncology* 14 (10), S. 875–884.

Tornøe KA, Danbolt LJ, Kvigne K, Sørli V (2015): The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying—a phenomenological hermeneutical study. In: *BMC Nursing* 14 (62). DOI: 10.1136/bmj.321.7273.1376.

Trijnsburg RW, Knippenberg FCE van, Rijpma SE (1992): Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. In: *Psychosomatic medicine* 4 (54), S. 489–517.

Tulsky JA (2005): Interventions to enhance communication among patients, providers, and families. In: *Journal of Palliative Medicine* (8), S. 95–102.

Tulsky JA, Arnold RM, Alexander SC, Olsen MK, Jeffreys AS, Rodriguez KL, Skinner CS, Farrell D, Abernethy AP, Pollak KI (2011): Enhancing communication between oncologists and patients with a computer-based training program: a randomized trial. In: *Annals of Internal Medicine* 155 (9), S. 593–601.

Vliet L van, Epstein AS (2014): Current state of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease: patients' need to know and need to feel known. In: *Journal of Clinical Oncology* 32 (31), S. 3474–3480.

Voss H von (2001): Pädiatrie und Jugendmedizin. In: Dorf Müller M (Hg.): Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg/Lech: ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, S. 60–105.

Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D (2012): Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. In: *New England Journal of Medicine* 367 (17), S. 1616–1625.

Weißflog G, Mehnert A (2015): Die familienzentrierte Trauertherapie – ein geeignetes Modell für die Palliativversorgung von Krebspatienten und ihren Familien? In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 65 (11), S. 434–438.

Wenrich M, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG (2001): Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. In: *Archives of Internal Medicine* 161 (6), S. 868–874.

Whitehead PR (2014): The lived experience of physicians dealing with patient death. In: *BMJ Supportive & Palliative Care* 4 (3), S. 271–276.

Wiedenbruch R (2011): Psychoonkologische Angebote steigern Lebensqualität. In: *Die Schwester Der Pfleger* 50 (3), S. 236–239.

Wilber K (1988): On being a support person. In: *The Journal of Transpersonal Psychology* 20 (2), S. 141–159.

Wilson KG, Curran D, McPherson CJ (2005): A burden to others: a common source of distress for the terminally ill. In: *Cognitive behaviour therapy* 34 (2), S. 115–123.

Winkler EC, Reiter-Theil S, Lange-Rieß D, Schmahl-Menges N, Hiddemann W (2009): Patient involvement in decisions to life treatment: the crucial role of agreement between physician and patient. In: *Journal of Clinical Oncology* 27 (13), S. 2225–2230.

Witt-Loers S (2010): Trauernde begleiten. Eine Orientierungshilfe. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Worden JW (2009): Grief counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner. 4. Aufl. New York: Springer Publishing Company.

Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L (2010): Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. In: *BMC Nursing*. DOI: 10.1186/1472-6955-9-10.

## 8.2 Internetquellen

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (1993): Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Etymologisches Wörterbuch. Online verfügbar unter <http://www.dwds.de/?qu=Trost>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Boytchev H (2014): Alltag in Palliativstationen: Es gibt keinen Tod erster Klasse. Spiegel Online. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/palliativstationen-der-mythos-vom-friedlichen-sterben-a-950882.html>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Bundesärztekammer (Hg.) (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Online verfügbar unter [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Bundesgesetzblatt (Hg.) (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Vom 20. Februar 2013 (9). Online verfügbar unter [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&bk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=/\\*\[@attr\\_id=%2527bgbl113s0277.pdf%2527\]#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F\\*\[%40attr\\_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27\]\\_\\_1397568696932](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/*[@attr_id=%2527bgbl113s0277.pdf%2527]#__bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27]__1397568696932), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012): Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Online verfügbar unter [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere\\_Nationaler\\_Krebsplan\\_-\\_Handlungsfelder\\_\\_Ziele\\_und\\_Umsetzungsempfehlungen.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan_-_Handlungsfelder__Ziele_und_Umsetzungsempfehlungen.pdf), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Clauss K, Eunicke J, Fahr U, Heinze F, Hoffmann G, Marsch M, Rauprich O, Schildmann J, Schüttler J, Wehler M, Wernstedt T (2005): Empfehlungen zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen. Hg. v. Universitätsklinikum Erlangen. Online verfügbar unter [http://www.ethikkomitee.de/downloads/leitlinie\\_uke2.pdf](http://www.ethikkomitee.de/downloads/leitlinie_uke2.pdf), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (Hg.) (2002): WHO definition of palliative care 2002. Online verfügbar unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/>



stories/WHO\_Definition\_2002\_Palliative\_Care\_englisch-deutsch.pdf, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (Hg.) (2009): Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. Online verfügbar unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Deutscher Bundestag (Hg.) (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG). Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805170.pdf>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2011): Statistiken. Online verfügbar unter [http://www.dhvp.de/tl\\_files/public/Service/statistik/20160216\\_Bericht\\_StatHospizePalliativ.pdf](http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/20160216_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Grimm J, Grimm W (2001): Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm im Internet. Hg. v. Kompetenzzentrum für elektronische Erschließungs- und Publikationsverfahren in den Geisteswissenschaften Universität Trier. Online verfügbar unter <http://woerterbuchnetz.de/DWB/?sigle=DWB&mode=Vernetzung&lemid=GT12526#XGT12526>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Isfort J, Floer B, Koneczny N, Vollmar HC, Lange S, Butzlaff M (2004): Shared Decision Making - sind Patienten in der hausärztlichen Praxis dazu bereit? Freiburg (Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. 2. Tagung des Förderschwerpunktes "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess"). Online verfügbar unter <http://www.egms.de/static/en/meetings/pat2004/04pat28.shtml>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e. V. (DKH) (Hg.) (2014): S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Online verfügbar unter [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/032-051OLk\\_S3\\_Psychoonkologische\\_Beratung\\_Behandlung\\_2014-01\\_1.1.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-051OLk_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_1.1.pdf), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e. V. (DKH) (Hg.) (2015): S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Online verfügbar unter [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL\\_Palliativmedizin\\_Kurzversion\\_1.1.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Kurzversion_1.1.pdf), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Roser T (2012): Hoffnung als Thema spiritueller Begleitung. Hg. v. Hospiz Akademie Bamberg. Online verfügbar unter [http://www.hospiz-akademie.de/download/Hoffnung\\_als\\_Thema\\_spiritueller\\_Begleitung.pdf](http://www.hospiz-akademie.de/download/Hoffnung_als_Thema_spiritueller_Begleitung.pdf), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2015a): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter [http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse\\_2013.pdf](http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse_2013.pdf), zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2015b): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2014 (Fachserie 12 Reihe 6.2.1). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/>

Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621147004.pdf?\_\_blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

Vahlbruch S, Doering TJ, Steuernagel B, Hübner MS, Broll A, Buttler K, Rohlfing H, Kehl U (2004): Schulung von Hausärzten/-Innen und Arzthelferinnen in partnerschaftlicher Arzt-Patienten-Konsultation nach dem Prinzip des „Shared decision making“ (SDM) (Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. 2. Tagung des Förderschwerpunktes "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess"). Online verfügbar unter <http://www.egms.de/static/en/meetings/pat2004/04pat12.shtml>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

## **Anhang**

### **A. Interviewleitfaden**

#### **Erzählimpuls**

- Bitte beschreiben Sie drei typische Sterbesituationen auf Ihrer Station.
- Bitte beschreiben Sie auch eine atypische Sterbesituation.

#### **Hauptteil**

- Wie sieht die Sterbebegleitung auf Ihrer Station üblicherweise aus?
  - o Was ist Ihre Aufgabe?
  
- Spenden Sie Trost? Wie sieht dieser Trost aus?
  - o Inwieweit ist es Ihnen möglich, Zeit mit dem Patienten zu verbringen, für ihn da zu sein? Zeit für zwischenmenschliche Zuwendung?
  - o Welche Gespräche finden statt?
  - o Welche Themen versuchen Sie im Gespräch mit dem Sterbenden anzusprechen?
  - o Was weiß der Patient über seine Prognose?
  - o Welche Wünsche hat er?
  
- Gibt es eine spezielle seelsorgerische oder psychologische Betreuung?
  - o Üblich oder auf Wunsch?
  
- Gibt es Abschiedsrituale?
  
- Wie sieht die Begleitung der Angehörigen eines sterbenden Patienten auf Ihrer Station aus?

- Wie spenden Sie Trost? Wie sieht dieser Trost aus?
  - o Welche Gespräche finden statt?
  - o Welche Themen versuchen Sie im Gespräch mit den Angehörigen anzusprechen?
  - o Was wissen die Angehörigen über die Prognose des Patienten?
  - o Welche Wünsche haben sie?
  - o Inwieweit ist es Ihnen möglich, Zeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu verbringen, für sie da zu sein?
  
- Wie sieht die Betreuung der Angehörigen nach dem Tod des Patienten aus?
  - o Wie spenden Sie in dieser Situation Trost?
  
- Gibt es eine spezielle seelsorgerische oder psychologische Betreuung?
  - o Üblich oder auf Wunsch?

### **Rahmenbedingungen**

- Wie sehen die zeitlichen Bedingungen für die Betreuung Sterbender auf Ihrer Station aus?
  - o Wie viel Zeit haben Sie im Durchschnitt für die körperliche Pflege des Patienten und wieviel Zeit für zwischenmenschliche Zuwendung?
  - o Wie lange sind die Patienten im Durchschnitt auf Ihrer Station? Vor dem Tod/nach ihrem Tod?
  - o Wie lange haben Sie als Arzt/Pflegekraft Zeit zum Abschiednehmen?
  
- Wie viel Zeit können Sie sich für die Betreuung der Angehörigen eines Sterbenden nehmen?
  - o Wie lange haben die Angehörigen nach dem Tod Zeit zum Abschiednehmen?

- Wie sind die personellen Voraussetzungen für die Betreuung Sterbender auf dieser Station ein?
  - o von Seiten der Ärzte?
  - o von Seiten der Pflege?
  - o von Seiten der Seelsorge und Psychologen?
  
- Wie sind die personellen Voraussetzungen für die Betreuung der Angehörigen auf dieser Station?
  - o von Seiten der Ärzte?
  - o von Seiten der Pflege?
  - o von Seiten der Seelsorge und Psychologen?
  
- Wie sehen die räumlichen Bedingungen für die Betreuung Sterbender auf dieser Station aus?
  
- Wie sind die räumlichen Voraussetzungen, damit die Angehörigen den Patienten begleiten können?
  - o Übernachtung?
  - o Sitzmöglichkeiten?
  - o Haben Patient und Angehörige ausreichend Privatsphäre?
  
- Wo können Angehörige nach dem Tod Abschied nehmen?
  
- Wo finden Gespräche mit den Angehörigen statt?
  
- Wie fühlen Sie sich durch Ihre Ausbildung bzw. Weiterbildung auf diese Situationen vorbereitet?
  
- Was wünschen Sie sich für Ihre Fort- und Weiterbildung?

## Lösungsorientierter Teil

- Wie sieht aus Ihrer Sicht ein „würdevolles Sterben“ im Krankenhaus aus?
- Was müsste/könnte/sollte aus Ihrer Sicht auf Ihrer Station im Hinblick auf die Begleitung Sterbender verändert werden?
  - o im Hinblick auf die zeitlichen Bedingungen für die Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen?
  - o im Hinblick auf die personellen Rahmenbedingungen für die Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen?
  - o im Hinblick auf die räumlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen?
- Wo sehen Sie Ihre persönlichen Einflussmöglichkeiten?
- Was wünschen Sie sich für sich persönlich, um mit dem Tod von Patienten umgehen zu können?
  - o im Hinblick auf die Vorbereitung im Rahmen der Ausbildung?
  - o im Hinblick auf Fort- und Weiterbildung?
  - o im Hinblick auf den Austausch mit Kollegen/Supervision?
- Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig ist, das Sie noch zu diesem Thema sagen möchten?

## **B. Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am ....01./02.2015 von Frau Hochreuter geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen sowie verschriftlicht werden und für die Auswertung im Rahmen der Dissertation zum Thema „Trost im Klinikalltag“ verwendet werden darf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftliche Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ort, Datum, Unterschrift .....