



# Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2019 Ausgabe 80

Schwerpunkt:

**SUIZID**

## IMPRESSUM

### Herausgeber

ALPHA – Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

### Redaktion

Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe  
Sigrid Kießling  
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster  
Tel.: 02 51 - 23 08 48, Fax: 02 51 - 23 65 76  
alpha@muenster.de, www.alpha-nrw.de

### Layout

Art Applied, Hafeweg 26, 48155 Münster

### Druck

Buschmann, Münster

### Auflage

2.500

Die im Hospiz-Dialog-NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

## INFORMATION

### Bedeutung von Offenheit und Gleichberechtigung in einem Palliativteam

Franzisca Domeisen Benedetti 4

### Sarggeschichten – Abschiede gestalten und Handlungsräume erweitern

Sarah Benz, Jan Möllers 7

### Anerkennung für junge Ehrenamtliche

Sabine Löhr 9

### Interview mit Johanna Gastdorf und Jan Gregor Kremp

10

### Das „Abangane Curriculum“ für Trauergruppen mit jugendlichen Mädchen und Frauen

Deborah R. Diedericks 12

## SCHWERPUNKT SUIZID

### Nebelmeer – Perspektiven nach dem Tod eines Elternteils

Jörg Weisshaupt 15

### Wird es irgendwann besser?

Über eine 37<sup>o</sup> Reportage zum Thema Suizid  
Caroline Haertel 18

### Hilfe nach Suizid: Eine webbasierte Gruppenintervention für Angehörige nach einem Suizid

Birgit Wagner 20

### Suizidalität im höheren Lebensalter

Tillmann Supprian 23

### Veranstaltungen

27

# BEDEUTUNG VON OFFENHEIT UND GLEICHBERECHTIGUNG IN EINEM PALLIATIVTEAM

FRANZISCA DOMEISEN BENEDETTI

**D**er Umgang mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen stellt für alle involvierten Personen eine Herausforderung dar und über Sterben und Tod zu sprechen fällt schwer. Der Umgang mit Sterben und Tod ist nicht nur schwer für die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern auch für die Angehörigen der helfenden Berufe (Pflegefachpersonen, Ärzte und andere involvierte Berufsgruppen).



Dr. Franzisca Domeisen Benedetti

In der vor allem angelsächsisch geprägten, wissenschaftlichen Literatur wird der Kommunikation am Lebensende breite Aufmerksamkeit zuteil. Aus der Forschung wissen wir, welches

die Herausforderungen sind und wie die Kommunikation und Interaktion mit Menschen am Lebensende und ihren Nächsten sein beziehungsweise nicht sein sollte. Beispielsweise ist bekannt, dass das Initiieren von Gesprächen mit Patienten und ihren Angehörigen über (emotionale) Probleme Schwierigkeiten bereiten kann (Hallenbeck, 2005). Vor allem Ärzte erwarten, dass die Familienmitglieder oder die Patienten solche problematischen Gespräche anstoßen und interpretieren ihr Schweigen als mangelnde Bereitschaft über den Tod zu sprechen (Hebert, Schulz, Copeland & Arnold, 2008). Es zeigt sich auch, dass Ärzte zum lebensbegrenzenden Potential einer fortschreitenden Krankheit lieber schweigen (Ahluwalia, Levin, Lorenz & Gordon, 2013) und dazu tendieren, Gespräche über den bevorstehenden Tod zu vermeiden (Huskamp et al., 2009; Mack & Smith, 2012; Clayton, Butow, Arnold & Tattersall, 2005). Einen Arzt zu haben, der bereit ist, über den Sterbeprozess und den Tod zu sprechen, wird als einer der wichtigsten Aspekte von Lebensqualität am Lebensende angesehen (Weinrich et al., 2001; Fine, Reid, Shengelia & Adelamm, 2010; Amano et al., 2015).

Es ist wichtig, sich bewusst zu machen, dass die Kommunikation über Sterben und Tod nicht nur für Ärzte und Pflegepersonen herausfordernd ist, das Thema Sterben und Tod ist ein gesellschaftliches Spannungsfeld. Wir alle erleben diese Spannung und bewegen uns zwischen der Tabuisierung des Todes als Element der Moderne und der zunehmenden Enttabuisierung bzw. Wiederbelebung des Todes in der jüngeren Gegenwart. Ich spreche bewusst von uns als Gesellschaft, weil sich niemand dieser Thematik entziehen kann.

Das Spannungsfeld zeigt sich natürlich auch in der Lebenswelt eines Krankenhauses. Dort kann der Umgang mit dem Thema auf kleinstem Raum beobachtet werden. Wie wir dort über den Tod und das Sterben sprechen und mit Sterbenden und ihren Familien umgehen, sagt etwas über den Zustand unserer Gesellschaft aus. Es stellt sich nun die Frage, ob und wie theoretisches Wissen und Erfahrungen Eingang in die Gedankenwelt aller Beteiligten gefunden haben und wie sie ihr Handeln beeinflussen.

Für meine Dissertation habe ich die alltägliche, konsiliarische Tätigkeit von Ärzten und Pflegefachpersonen eines Palliativen Konsiliardienstes in einem grossen Schweizer Spital beobachtet und Interviews geführt. Der Palliative Konsiliardienst besteht aus spezialisierten Ärzten und Pflegefachpersonen und ist ein institutionalisiertes Angebot zur Beurteilung und Mitbetreuung von unheilbar kranken Patienten, das von anderen Ärzten, Pflegefachpersonen und anderen Betreuungspersonen auf den Stationen angefordert werden kann. Aus den erhobenen Daten wurden dann Schlüsselkonzepte für die Kommunikation und Interaktion mit Sterbenden und ihren Angehörigen herausgearbeitet. Eines war aber von Anfang an klar: Es gibt bei den untersuchten Fachpersonen des Palliativen Konsiliardienstes unterschiedliche Vorgehensweisen und Vorstellungen im Umgang mit den begleiteten Menschen. Meine Frage war nun, welche Vorstellungen, Ideale, Werte, Normen ihr Handeln und ihre Kommunikation leiten und wie sich das auf die von ihnen betreuten Menschen auswirkt?

» *Offene Kommunikation  
und Interaktion helfen,  
Spannungen abzubauen.*

Die Analyse der Beratungstätigkeit des interprofessionellen Palliativen Konsiliardienstes in ihrem Arbeitsfeld

zeigte auf, dass es in ihrer alltäglichen Arbeit zu „moralischer Dissonanz“ zwischen ihren Vorstellungen und Einstellungen im Umgang/in der Kommunikation mit betroffenen Patienten/Patientinnen und ihren Angehörigen und der konkreten Umsetzung kommen kann. Das bedeutet, dass ihre individuellen Wertvorstellungen im Konflikt stehen mit dem eigenen Handeln. Dies kann sich in einem Interessenkonflikt zeigen, wenn sie zum Beispiel wahrnehmen, dass ein Patient/eine Patientin sterbend ist, er/sie jedoch nicht nach seinen/ihren Wünschen und Bedürfnissen gefragt wird. Sie wollen vielleicht keine weitere Therapie, sondern wünschen sich einfach noch, so viel Zeit wie möglich zuhause mit der Familie zu verbringen. Dissonanz konnte auch in einem Artikel über die Auswirkungen des DRG Systems in deutschen Krankenhäusern auf die Arbeit von Krankenhausärzten festgestellt werden (Klinke & Kühn, 2006).

In meiner Arbeit hat sich gezeigt, dass die Schlüsselkonzepte Offenheit in der Kommunikation und Interaktion und die Gleichberechtigung in der interprofessionellen Zusammenarbeit helfen, die Spannung bzw. den Konflikt zwischen Ideal und der Realität des alltäglichen beruflichen Handelns abzubauen.

Die Fachpersonen sind sich einig darüber, dass die offene und ehrliche Auseinandersetzung mit Patienten und Angehörigen im Angesicht des Todes eines ihrer individuellen Ideale ist. Sie erachten das direkte Zugehen auf Patienten/Angehörige und das behandelnde Team und die direkte Ansprache des Problems/des Wesentlichen als wichtige Kompetenz. Sie müssen offen sein für die Probleme und individuellen Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen, die keinen Eingang in medizinische Akten finden und auch keine medizinischen Diagnosen darstellen. Dann ist es wichtig zu versuchen, über dieses Problem und/oder über das Sterben und den Tod zu sprechen. Die Fachpersonen des Palliativen Konsiliardienstes betonen, dass offenes und direktes Ansprechen aber in einer angepassten, schonenden Weise und im „richtigen Moment“ geschehen muss. Wenn es so geschieht, empfinden Patienten und Patientinnen diese Offenheit als befreiend – ein offenes Ohr für ihre individuellen Bedürfnisse und das Aussprechen dessen, dass sie bald sterben werden. Zudem wirkt

sich das Schlüsselkonzept der gleichberechtigten Zusammenarbeit im interprofessionellen Palliativen Konsiliardienstteam

so aus, dass die Betroffenen und ihre Familien ein Gespräch und den Umgang mit ihnen auf Augenhöhe erleben.

Nach „außen“ zeigt das interprofessionelle Konsiliarteam seine Gleichberechtigung so, dass immer ein Arzt/eine Ärztin und eine Pflegefachperson gemeinsam beraten. Es gibt keine festgelegten Rollen, diese werden je nach Situation und Bedürfnissen der Betroffenen vor der Beratung festgelegt. Nach „innen“ erleben die Fachpersonen die Gleichberechtigung unterschiedlich. Die Pflegefachpersonen müssen ihre Position eher aktiv einnehmen, die Ärztinnen und Ärzte nehmen von ihrem professionellen Verständnis her oft ganz selbstverständlich eine Führungsposition in der Beratung ein. Das interprofessionelle Team muss sich ganz bewusst um Gleichberechtigung bemühen. Dies gelingt nicht immer gleich gut und kann mitunter auch zu



» **Gleichberechtigung im Team ist kein Selbstläufer und steht im Zusammenhang mit dem beruflichen Selbstverständnis.**

Konflikten führen. Darum braucht es nicht nur Offenheit für die Bedürfnisse der Patientinnen, Patienten und Angehörigen, sondern auch Offenheit für

das Gegenüber im interprofessionellen Team. Wenn es gelingt, diese Offenheit umzusetzen, dann kann eine Atmosphäre geschaffen werden, in der es möglich ist, Themen anzusprechen, die schwierig und belastend sind.

Das Wissen um ihre Situation erleben die meisten Betroffenen wie schon erwähnt als befreiend und die Atmosphäre ist in der Regel entspannt. Die Fachpersonen sprechen darüber, wie die Krankheit sich entwickelt, dass die Person möglicherweise daran sterben wird, was ihr angeboten werden kann, damit sie nicht leiden muss. Sie versuchen, dafür den „richtigen“, passenden Moment zu finden. Sie nehmen wahr, dass das Sprechen über den nahen Tod für den Patienten/die Patientin dann nicht störend und verkräftbar ist. Dies entspricht auch dem offenem Bewusstsein, das Glaser und Strauss in ihrem Buch „Awareness of Dying“ als einen der Typen des Bewusstseins für den bevorstehenden Tod definiert haben (Glaser & Strauss, 2005 (1965)). Sie haben in den 1960er Jahren herausgefunden, dass die Kommunikation des Krankenhauspersonals mit sterbenden Krebspatienten von grosser Sprachlosigkeit – also von geschlossenem Bewusstsein – gekennzeichnet war. Ihre Forschungsarbeit hat auch heute noch Gültigkeit, denn es hat sich gezeigt, dass das Wirken der Hospiz- und Palliativbewegung die Wiederbelebung bzw. das Zurückholen von Sterben und Tod in die Gesellschaft als gesellschaftliches Thema, über das gesprochen wird, vorangetrieben hat.

Als Fazit meiner Arbeit wage ich die Aussage, dass eine Annäherung an das offene Bewusstsein eine gesellschaftliche Bedeutung bekommen kann, dann nämlich, wenn viele Menschen (Patienten und Patientinnen, aber vor allem auch Angehörige) die Erfahrung machen, dass im Krankenhaus mit ihnen offen und auf Augenhöhe über Sterben und Tod gesprochen wurde. So können sie sich mit ihren Bedürfnissen als Teil der Gesellschaft erleben. Die Pflegefachpersonen und Ärzte des Palliativen Konsiliardienstes tragen mit offener und gleichberechtigter Kommunikation und Interaktion dazu

bei, einen (gesellschaftlichen) Konflikt abzubauen und die betroffenen Patienten und Patientinnen und ihre Familien als wichtigen Teil der Gesellschaft anzuerkennen.

**Dr. rer. soc. Franzisca Domeisen Benedetti**  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
ZHAW Zürcher Hochschule für  
Angewandte Wissenschaften  
Departement Gesundheit, Institut Pflege  
Technikumstrasse 81, Postfach  
CH - 8401 Winterthur  
Tel.: 00 41 - 5 89 34 43 17  
franzisca.domeisenbenedetti@zhaw.ch

### Literatur

- Ahluwalia, S., Levin, J., Lorenz, K. & Gordon, H.** (2013). „There's no Cure for this Condition": How Physicians Discuss Advance Care Planning in Heart Failure. *Patient Educ Couns*, S. 200-05.
- Amano, K., Morita, T., Tatara, R., Katayama, H., Uno, T. & Takagi, I.** (2015). Association between Early Palliative Care Referrals, Inpatient Hospice Utilization, and Aggressiveness of Care at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, S. 270-73.
- Clayton, J., Butow, P., Arnold, R. & Tattersall, M.** (2005). Discussing End-of-Life Issues with Terminally Ill Cancer Patients and their Carers: A Qualitative Study. *Supportive Care in Cancer*, S. 589-603.
- Fine, E., Reid, M., Shengelia, R. & Adelman, R.** (2010). Directly Observed Patient-Physician Discussions in Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review of the Literature. *Journal of palliative medicine*, S. 595-603.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L.** (2005 (1965)). *Awareness of Dying*. New Brunswick, New Jersey: Aldine Transaction.
- Hallenbeck, J.** (2005). Palliative Care in the Final Days of Life: "They Were Expecting It at Any Time ..." *JAMA*, S. 2265-71.
- Hebert, R., Schulz, R., Copeland, V. & Arnold, R.** (2008). What Questions Do Family Caregivers Want to Discuss with Health Care Providers in Order to Prepare for the Death of a Loved One? An Ethnographic Study of Caregivers of Patients at End of Life. *Journal of palliative medicine*, S. 476-83.
- Huskamp, H., Keating, N., Malin, J., Zaslavsky, A., Weeks, J., Earle, C., ... Ayanian, J.** (2009). Discussions with Physicians about Hospice Among Patients with Metastatic Lung Cancer. *Arch Intern Med*, S. 954-62.
- Klinke, S. & Kühn, H.** (2006). Auswirkungen des DRG-Entgelt-systems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. *WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*, S. Bd. SP I -2006-309.
- Mack, J. & Smith, T.** (2012). Reasons why Physicians Do Not Have Discussions About Poor Prognosis, Why It Matters, and What Can Be Improved. *Journal of Clinical Oncology*, S. 2715-17.
- Wenrich, M., Curtis, J., Shannon, S., Carline, J., Ambrozy, D. & Ramsey, P.** (2001). Communicating with Dying Patients within the Spectrum of Medical Care from Terminal Diagnosis to Death. *Archives of Internal Medicine*, S. 868-74.