

Semistrukturierte Interviews mit jüdisch-deutschen Ärztinnen und Ärzten über Verlust, Trauer und ärztliche Trauerbegleitung

David Emanuel Tschebiner

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitz: Prof. Dr. Marcus Makowski

Prüfer*innen der Dissertation:

1. Prof. Dr. Eckhard Frick
2. Priv.-Doz. Dr. Joram Ronel

Die Dissertation wurde am 19.04.2022 bei der Technischen Universität München eingereicht
und durch die Fakultät für Medizin am 11.10.2022 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1. Danksagung	1
2. Forschungsinteresse und Forschungsfragen	3
3. Aktueller Forschungsstand	4
3.1. <i>Welche ärztlichen Herangehensweisen an den Kontakt mit Trauernden gibt es?.....</i>	<i>4</i>
3.2. <i>Trauerbegleitung als ärztliche Domäne – sinnvoll?</i>	<i>8</i>
3.3. <i>Trauerbegleitung jüdischer Ärzte – Praxis und Ansichten</i>	<i>26</i>
4. Grundlagen.....	28
4.1. <i>Trauerbegriffe im Englischen</i>	<i>28</i>
4.2. <i>Betrachtete Personengruppen</i>	<i>28</i>
4.3. <i>Emik und Etik</i>	<i>30</i>
4.4. <i>Emisch und etisch relevante Begriffe in vorliegender Arbeit.....</i>	<i>32</i>
4.5. <i>Trauerkonzepte</i>	<i>37</i>
5. Studienprotokoll	53
5.1. <i>Angaben zum Forscher.....</i>	<i>53</i>
5.2. <i>Studiendesign</i>	<i>54</i>
5.3. <i>Datenschutz</i>	<i>76</i>
5.4. <i>Arbeitsschritte der Studie im zeitlichen Verlauf.....</i>	<i>77</i>
6. Einzelauswertungen	79
6.1. <i>Vorbemerkung.....</i>	<i>79</i>
6.2. <i>Einzelauswertung Interviewpartner A.....</i>	<i>80</i>
6.3. <i>Einzelauswertung Interviewpartner B.....</i>	<i>105</i>
6.4. <i>Einzelauswertung Interviewpartner C</i>	<i>131</i>
6.5. <i>Einzelauswertung Interviewpartner D</i>	<i>148</i>
6.6. <i>Einzelauswertung Interviewpartner E.....</i>	<i>156</i>

6.7.	<i>Einzelauswertung Interviewpartner F</i>	178
7.	Übergreifende Auswertung	192
8.	Diskussion	240
8.1.	<i>Ergebnisse – Beantwortung der Forschungsfragen</i>	240
8.2.	<i>Studienerkenntnisse im Kontext bisheriger Forschung und Theorien</i>	250
8.3.	<i>Limitationen der Studie</i>	258
8.4.	<i>Stärken der Studie</i>	262
8.5.	<i>Inwiefern das Forschungsinteresse befriedigt wurde</i>	263
8.6.	<i>Fragestellungen für künftige Forschung</i>	265
8.7.	<i>Konklusion</i>	266
9.	Literaturverzeichnis	267
10.	Anhang	275
10.1.	<i>Duales Prozess-Modell der Trauer nach Schut et al.</i>	275
10.2.	<i>Integratives Modell der Trauer nach Stroebe et al.</i>	276
10.3.	<i>Interviewleitfaden</i>	277
10.4.	<i>Transkriptionsregeln</i>	278
10.5.	<i>Werkzeugkastenmodell nach Margrit Schreier</i>	282
10.6.	<i>Strukturierende Inhaltsanalyse & Zusammenfassung – Ablaufschema</i>	285
10.7.	<i>Kodierleitfaden</i>	287
10.8.	<i>Z-Regeln der Zusammenfassung mit Makrooperatoren nach Philipp Mayring</i>	289
10.9.	<i>Paraphrasierung (Z1)</i>	290
10.10.	<i>Implizierter Zwischenschritt – Nummerierung der Sinnabschnitte und Narrative</i>	291
10.11.	<i>Generalisierung (Z2)</i>	292
10.12.	<i>Reduktionen (Z3 und Z4) inkl. Wiederholung und Zusammenstellung als Kategoriensystem</i>	293

10.13.	<i>Strukturelle Übersicht über den Gesamtprozess der Kategorienerstellung.....</i>	294
--------	--	-----

1. Danksagung

Vorliegende Monografie, so kompakt sie nun in schriftlicher Form erscheinen mag, stellte sich für mich als Mediziner ohne formale Ausbildung in qualitativer Forschung als besondere Herausforderung dar. Erst das Engagement einer Reihe gewogener und fähiger UnterstützerInnen ermöglichte es mir, mein Forschungsinteresse in einer sach- und fachgerechten medizinischen Studie zu verwirklichen. Diesen Menschen möchte ich im Folgenden von Herzen danken:

Mein Doktorvater Prof. Dr. Eckhard Frick stand mir stets und niederschwellig als Ratgeber geduldig und mit pragmatischer Weitsicht, als Vermittler hilfreicher Kontakte und die erforderlichen Sachmittel bereitstellend bei der Umsetzung dieser Untersuchung beiseite. Im regelmäßigen Doktorandenkolloquium unter seiner Leitung konnte die Gesamtkonzeption der Erhebung Form annehmen und entwickelte sich auch dank der tatkräftigen beratenden Unterstützung aller Teilnehmenden stetig fort.

Durch Dr. Katja Kühlmeyer, welche ich über Prof. Frick kennenlernen durfte, profitierte der Fortgang der Studie in doppelter Hinsicht. Aus der von ihr ins Leben gerufenen und geführten „Qualitativen Werkstatt“, einer aus qualitativen Forschern bestehenden, inspirierten Diskussionsgemeinschaft entsprangen eine Vielzahl richtungsgebender Denkanstöße. Dr. Kühlmeyer selbst war mir wiederholt sowohl schriftlich als auch im Rahmen persönlicher Beratungen eine unabdingbare Stütze, sowohl, was komplexe methodische Fragestellungen anbelangte als auch durch ihren ermutigenden Beistand.

Meiner Mitdotorandin, Claudia Lippmann, danke ich für ihren scharfen Blick während unserer gemeinsamen stichprobenweisen Überprüfung und Besprechung meiner Interviewkodierungen.

Eine besondere Verbundenheit möchte ich meinen Interviewpartnern aussprechen, welche sich allesamt ausgiebig die Zeit genommen haben, um mit mir prägende, intime und tragische Lebenserfahrungen sowie teils quasi-

experimentelle Gedankengänge in Echtzeit zu teilen, im Vertrauen darauf, dass die Erkenntnisse unserer Gespräche einem guten Zweck dienen werden. Ich hoffe, mit vorliegender Arbeit diesem Vertrauen gerecht zu werden.

Mein letzter Dank gilt meinen Eltern und meiner Partnerin. Für ihren Glauben an meine Befähigung und mein Durchhaltevermögen sowie ihre Geduld und ihr Wohlwollen in Zeiten inspiratorischer Trockenperioden, saisonaler Frustrationsmonsune und gelegentlicher hypomanischer Föhnlagen. Sie haben den Boden für eine einträgliche Ernte bereitet.

2. Forschungsinteresse und Forschungsfragen

Der Kontakt mit Trauernden ist ein wiederkehrendes Ereignis des Alltags vieler Ärzte. Häufige Konstellationen sind das Zusammentreffen mit den Angehörigen eines verstorbenen Patienten im Krankenhaus oder auch die Konsultation durch einen trauernden Patienten, der sich hilfesuchend an den niedergelassenen Arzt seines Vertrauens wendet.

Diese Studie beschäftigt sich mit der Trauerbegleitungspraxis jüdisch-deutscher Ärzte, den Perspektiven dieser ethno-religiösen und ärztlichen Subgruppe auf die Themen Trauer, Verlust und Tod sowie der Frage, inwiefern ihre Biografie und ihr Zugang zu Religiosität bzw. Spiritualität diese formen.

Das übergeordnete Forschungsinteresse gilt der Erweiterung des Verständnisses interkultureller Unterschiede unter Ärzten in ihrem Umgang mit Trauernden und trauerbezogenen Themen.

Ferner sollen die Ausführungen der Respondenten sowie deren Kontextualisierung und Interpretation durch den Autor zum fachlichen Diskurs über den ärztlichen Kontakt mit Trauernden beitragen.

Konkret wurden leitfadengestützte, semistrukturierte Interviews mit jüdischen und in München arbeitenden Ärzten geführt, um folgende Forschungsfragen zu beantworten:

1. Wie gestaltet sich die Trauerbegleitung der Respondenten?
2. Inwiefern können in den Ausführungen der Respondenten Einflüsse auf ihre Trauerbegleitung und trauerbezogenen Ansichten ausgemacht werden?
3. Inwiefern können Assoziationen zwischen der selbsteingeschätzten Religiosität und Spiritualität der Respondenten und ihrer Trauerbegleitung sowie ihren trauerbezogenen Ansichten gefunden werden?

3. Aktueller Forschungsstand

Um die Relevanz und den Ansatzpunkt vorliegender Erhebung bezogen auf den gegenwärtigen Forschungsstand herauszuarbeiten, sollen in diesem Kapitel anhand der aktuellen Studienlage folgende Fragen erörtert werden:

1. Welche ärztlichen Herangehensweisen an den Kontakt mit Trauernden lassen sich in der Praxis ausmachen?
2. Der Kontakt mit Trauernden als ärztliche Domäne – sinnvoll?

3.1. Welche ärztlichen Herangehensweisen an den Kontakt mit Trauernden gibt es?

Die medizinische Fachliteratur zeigt auf, dass im klinischen Alltag ein breites Spektrum an ärztlichen Ansätzen finden ist, den Kontakt mit Trauernden zu gestalten.

Den meisten liegt ein Konzept von Trauer als grundsätzlich adaptivem Prozess zugrunde, welcher jedoch ab einer gewissen Ausprägung als pathologisch gilt.

Es kann zwischen von Konvention geprägten (z.B. Kondolenzschreiben) oder auch intuitiven Ad-hoc-Verhaltensweisen (häufig anzutreffen in wenig auf den Kontakt mit Trauernden vorbereiteten Settings) und spezifischen, teils evidenzbasierten Diagnostik- und Therapieverfahren unterschieden werden.

Während konventionelle bzw. spontane Verhaltensweisen oft einen supportiven und vom potenziellen Krankheitswert der Trauerreaktion unabhängigen Charakter aufweisen, zielen trauerspezifische diagnostische Maßnahmen darauf ab, pathologische Trauerreaktionen zu erkennen und damit therapeutischen Ansätzen ihre Indikation zu verleihen. Hier verschwimmen die Grenzen jedoch.

Einige Behandlungsansätze haben einen psychotherapeutischen Charakter. Während ein Teil dieser speziell für pathologische Trauerformen (z.B. im Sinne der Anhaltenden Trauerstörung des ICD-11) entwickelt wurden, beruhen andere

auf bereits existierenden, breiter indizierten Therapieansätzen, wie beispielsweise verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapien.

Diese können in Einzel- oder Gruppensettings und mittels unterschiedlicher Medien (z.B. persönlich oder telemedizinisch) stattfinden.

Weitere, nicht-psychotherapeutische Ansätze im klinischen Setting, deren Wirksamkeit im Rahmen von Studien erforscht wird, werden unter „3.1.2 Validierte diagnostische und therapeutische Verfahren“ auf Seite 7 besprochen.

Besonders, wenn am Arbeitsplatz (z.B. Krankenhaus) keine einheitliche Vorgehensweise besteht (z.B. in Form eines konsensuell abgestimmten Handlungsprotokolls), greift medizinisches Personal im besten Fall in Eigenregie und unsystematisch auf spontane oder konventionelle Umgangsformen zurück, was auch eine starke Zurückhaltung gegenüber Hinterbliebenen bedeuten kann.

Ärzte werden häufig sich selbst überlassen, wenn es darum geht den Kontakt zu Hinterbliebenen zu gestalten. Wie der Einzelne dabei entscheidet, vorzugehen, hängt dann von einer Vielzahl äußerer (Fachrichtung, Setting [Klinik, Niederlassung etc.], Zeitkontingent, institutionelle Vorgaben und Unterstützung, klinische Nähe zu Hinterbliebenen etc.) und persönlichen (Ausbildung, grundsätzliche Befähigung, ärztliche Rollenvorstellungen, Aversionen etc.) und fallabhängigen (Enge der Beziehung zu Angehörigen/Hinterbliebenen und Sterbenden/Verstorbenen etc.) Faktoren ab.

3.1.1. Formate und Inhalte konventioneller bzw. intuitiver Ansätze

Die Forschungsliteratur hat bereits eine Vielzahl individueller ärztlicher Praktiken im Kontakt mit Trauernden beschrieben. Dabei sei zu bemerken, dass für diese Kontaktformen bisher keine kohärente Terminologie existiert, obwohl in der Art und Weise eine beträchtliche Übereinstimmung zu finden ist:

In ihrem systematischen Review haben [Kim, Churilov, Huang und Weinberg \(2019; S. 6\)](#) unter US-amerikanischen, australischen, kanadischen, israelischen und irischen Onkologen, Palliativmedizinerinnen und Pädiatern folgende regelmäßig wiederkehrenden ärztlichen „Bereavement Practices“ gefunden: die eigenen Kontaktdaten zur Verfügung stellen, für Hinterbliebene telefonisch erreichbar sein, diese selbst anrufen oder schriftlich Kondolenz ausdrücken (postalisch oder per E-Mail), an Familientreffen, Beerdigungen, Trauerfeiern oder Totenwachen teilnehmen. Der indirekte Kontakt (schriftlich oder telefonisch) wurde in den untersuchten Studien dem direkten tendenziell vorgezogen. Des Weiteren wird in einer der untersuchten Studien ([Kusano, Kenworthy-Heinige & Thomas, 2012; S. 276](#)) das Überweisen zu spezialisierter Trauerbegleitung, entsprechenden Unterstützungsprogrammen oder Selbsthilfegruppen beschrieben.

Doch bereits das ärztliche Verhalten in der End-of-Life-Phase des Sterbenden kann als wichtiger Bestandteil der Trauerbegleitung Angehöriger angesehen werden. In einer qualitativen Mixed-Methods-Studie von [Field, Reid, Payne und Relf \(2006; S. 326\)](#) an Hospizen des Vereinigten Königreichs werteten sowohl das Personal als auch Hinterbliebene die sogenannte „Pre-Bereavement Care“ als signifikanten Einfluss auf das spätere Trauerempfinden Letzterer. „Pre-Bereavement Care“ wurde von den Befragten jedoch weniger mit spezifischen Verhaltensweisen gegenüber *Angehörigen* in Verbindung gebracht als mit der Betreuungsqualität gegenüber den *Sterbenden*.

Auch Gesprächsinhalte im Kontakt mit Trauernden wurden bereits untersucht. [Lemkau et al. \(2000\)](#) befragten 113 US-amerikanische Familienärzte unter anderem über Themen und Geschehnisse beim Zusammentreffen mit Hinterbliebenen. Besonders häufig (ca. 70-80% der Teilnehmer) sprachen sie Kondolenz aus, ermutigten die Trauernden zur Thematisierung des Verlusts im Gespräch mit Freunden und Familie, boten an, über Trauerprozesse zu informieren, ermunterten sie, ihren Gefühlen innerhalb des eigenen Arzt-Patienten-Kontakts Ausdruck zu verleihen oder fragten nach den Umständen des

Verlusts. Etwa die Hälfte richtete häufigere Kontakte mit den Hinterbliebenen ein und teilte mit diesen ihre eigenen Verlusterfahrungen.

Religiöse oder spirituelle Inhalte wurden von etwa der Hälfte der Ärzte Fälle aktiv angesprochen; etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer gaben an, die Hinterbliebenen an geistliche Ansprechpartner weiterzuleiten. Nur wenige Ärzte baten an, mit den Hinterbliebenen zu beten, einige der Befragten näherten sich den Themen der Religiosität bzw. Spiritualität im Kontakt gar nicht an.

Mehr als zwei Drittel der Ärzte verschrieben für gewöhnlich Medikamente bei Schlafstörungen und bei depressiver Symptomatik. Etwa die Hälfte der Teilnehmer rezeptierte grundsätzlich jedem „frisch“ Trauernden für eine kurze Zeit eine Medikation. Als relevante Wirkstoffgruppen wurden Antidepressiva (für depressive Zustände oder in niedrigen Dosen als Sedativum), Benzodiazepine und Antihistaminika (aufgrund ihrer sedierenden Wirkung) genannt.

Die in Interviews von [Collins-Tracey et al. \(2009; S. 817, 818\)](#) befragten Onkologen empfahlen, ein Kondolenzschreiben mit einem Ausdruck des Mitgefühls und der geistigen Anwesenheit zu beginnen („[...] we are thinking of you“ bzw. „I was very sorry to hear of so and so's passing“). Des Weiteren wurde wiederholt der Versuch beschrieben, die erlebten Trauergefühle und Bewältigungsmechanismen als normale Reaktionen darzustellen („Normalizing“) und persönliche Erfahrungen mit dem Verstorbenen und ihren persönlichen Eindruck desselben („Reflections“) im Schreiben wiederzugeben, hierbei jedoch unbedingt zu beachten, Anekdoten Verstorbener nicht zu verwechseln. Abschließende Worte sollten in den Augen der meisten Befragten die Bekräftigung enthalten, den Hinterbliebenen weiter bei Bedarf beiseitezustehen.

3.1.2. Validierte diagnostische und therapeutische Verfahren

Neben spontanen, intuitiven und durch Konvention geprägten Umgangsformen ohne explizite therapeutische Intention wurden bereits Verfahren speziell zur Therapie von pathologisch Trauernden entwickelt oder bereits bestehende

Therapien an den Bedarf derselben angepasst. Häufig nutzen diese kognitiv-behaviorale, emotional-supportive oder psychoedukative Ansätze als theoretische Grundlage und finden in Einzel-, Gruppen-, familientherapeutischen oder Internet-basierten Sitzungen ([Johannsen et al., 2019; S. 71, 74, 75](#)) statt.

Zur Indikationsstellung dieser Therapien können validierte und anerkannte diagnostische Mittel zur Erkennung und Einschätzung pathologischer Trauerreaktionen ([Sealey, Breen, O'Connor & Aoun, 2015](#)) verwendet werden, beispielsweise der „Prolonged Grief Disorder-13“ und seine Weiterentwicklungen als auszuhändigender Fragebogen zur Selbsteinschätzung ([Prigerson, Boelen, Xu, Smith & Maciejewski, 2021](#)) und der „Inventory of Complicated Grief“ ([Lumbeck, Brandstätter & Geissner, 2012](#)) in Form eines diagnostischen Interviewleitfadens für Ärzte. Beide Instrumente erfassen das psychometrische Konstrukt der „Anhaltenden Trauerstörung“ des ICD-11 ([Johannsen et al., 2019; S. 79](#)).

Hinzuzufügen sei hier jedoch, dass diagnostische und therapeutische Verfahren, wie die oben beschriebenen, erst erlernt werden müssen, während die ebenfalls obig aufgezeigten supportiven Ansätze aufgrund ihres hergebrachten und intuitiven Charakters ärztlichen Behandlern bereits zugänglich sind.

3.2. Trauerbegleitung als ärztliche Domäne – sinnvoll?

Welche Argumente können den Erkenntnissen der Wissenschaft nach für bzw. gegen einen ärztlichen Kontakt mit Hinterbliebenen gefunden werden?

3.2.1. Arztberuf in günstiger Position für Trauerbegleitung

Bei eingehender Untersuchung zeigt sich, dass der ärztliche Beruf einige Vorteile in sich versammelt, welche einen Kontakt mit Hinterbliebenen sinnvoll erscheinen lassen.

3.2.1.1. *Familien- und Hausärzte als vertrauter Knotenpunkt*

Gerade familien- oder hausärztlich tätige Behandler, befinden sich in einer günstigen Position, Einfluss auf den Trauerprozess Hinterbliebener zu nehmen. Durch den häufig bereits lange vor- und auch nach dem Verlust weiter bestehenden Kontakt simultan mit mehreren Familienmitgliedern besteht eine Vertrauensgrundlage, auf welcher der Arzt die psychische Verfassung der einzelnen Personen und die familiäre Dynamik longitudinal evaluieren, sie auf emotionaler und praktischer Ebene unterstützen und bei Bedarf auch weitere Maßnahmen einleiten kann. Außerdem ist der Verstorbene dem Behandler in dieser Konstellation häufig ebenfalls direkt oder indirekt bekannt, sodass auf glaubhaft Bezug auf den Verlust genommen werden kann ([Wadland, Keller, Jones & Chapados, 1988; S. 181](#)).

3.2.1.2. *„Ärzte am Ende des Lebens“ – Rettungsanker in sensibler Phase*

2011 konnten ([Lichtenthal et al.](#)) zeigen, dass bei Hinterbliebenen ein Gespräch über psychische Belange mit dem Vertreter eines medizinischen Berufs vor dem Tod des Angehörigen der einzige signifikante Prädiktor für die Nutzung psychologischer bzw. psychiatrischer Dienstleistungen war. Besondere Bedeutung erlangt dies, da sich in derselben Studie eine anhaltende Trauerstörung der Hinterbliebenen als Prädiktor dafür erwies, später *keinen* Kontakt zu diesen Diensten suchen. Das Thematisieren psychischer Nöte und Bedürfnisse der Hinterbliebenen in der End-of-Life-Phase des Sterbenden kann folglich als eine protektive Brückenfunktion der „Ärzte am Ende des Lebens“ zu weiteren Ressourcen gesehen werden.

Doch bereits ärztliche Gespräche über die Belange des Sterbenden haben sich als hilfreich für die psychische Verfassung der Angehörigen im Nachfeld des Todesfalls erwiesen. In einer Untersuchung von [Yamaguchi et al. \(2017; S. 17\)](#) war eine Klärung der Fragen über den gewünschten Betreuungsort am Ende des Lebens (z.B. Palliativstation oder Hospiz) und Präferenzen bezüglich einer

möglichen Reanimation mit einem behandelnden Arzt mit einer niedrigeren Rate an Depression und komplizierter Trauer bei den Hinterbliebenen assoziiert.

Auch der Arzt-Sterbenden-Beziehung als solche kommt eine protektive Bedeutung im Trauerverlauf der Angehörigen zu. Eine Studie belegt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) und das emotionale Wohlbefinden der Angehörigen nach dem Tod des Sterbenden durch einen vom Sterbenden für gut befundenen Bund zwischen Patient und behandelndem Onkologen positiv beeinflusst wird ([Trevino, Maciejewski, Epstein & Prigerson, 2015; S. 3534, 3536](#)).

Dass sich bei einer Mixed-Methods-Studie in Hospizen des Vereinigten Königreichs die Qualität der Betreuung Sterbender aus der Sicht *ihrer Angehörigen* ebenfalls als prädiktiv für die Wahrnehmung der eigenen Trauer herausgestellt hat, unterstreicht die Bedeutung der Beziehung zwischen Sterbenden und ihren Behandlern ([Field et al., 2006; S. 325](#)).

In einer weiteren Befragung äußerten 46% der Hinterbliebenen verstorbener Palliativpatienten den Wunsch nach einem „Bereavement Follow-Up“¹, vorzüglich in Form von Hausbesuchen durch das Mitglied des Behandlungsteams, welches den meisten Kontakt mit dem Verstorbenen *und* den Angehörigen gehabt hatte. Hier zeigt sich wiederum, welche Bedeutung einem persönlichen Kontakt mit dem Behandler als Zeugen der End-of-Life-Phase sowie einem vertrauten Setting für die Familie zukommt. ([Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson & Friedrichsen, 2008; S. 58](#)).

¹ Hier definiert als das Kontaktieren der Hinterbliebenen nach dem Todesfall durch ein Mitglied des Behandler-Teams.

Dies spiegelt sich ebenfalls in der obengenannten Untersuchung von [Field et al. \(2006; S. 325, 326\)](#), in welcher sowohl das teilnehmende Personal der Hospize, als auch die Angehörigen der Kontinuität zwischen der Betreuung vor und nach dem Verlust große Bedeutung zugeschrieben. Hierbei wurden drei Elemente identifiziert, welche zu dieser Kontinuität beitragen: eine regelmäßige Kommunikation zwischen den Angehörigen, den Behandlern der Patienten und dem trauerbegleitenden Personal, klar festgelegte Übergabe- und Überweisungsprotokolle sowie ein durchgehender Kontakt mit dem trauerbegleitenden Personal vor und nach dem Todesfall. Dies könnte darauf hinweisen, dass die gleichzeitige Kenntnis des Sterbenden und der Angehörigen vorteilhaft in der Betreuung der zurückbleibenden Familie ist.

Auch die WHO hat die Betreuung trauernder Angehöriger als integralen Teil der palliativen Fürsorge definiert ([World Health Organization, 2020](#)). Jedoch sterben heutzutage, insbesondere außerhalb der palliativen Medizin, viele Patienten, ohne dass danach für die Hinterbliebenen ausreichend Sorge getragen wird.

3.2.1.3. Der Arztberuf – Breite Handlungskompetenz und -befugnis

Innerhalb ihrer logistisch vorteilhaften Position in Bezug auf Hinterbliebene haben Ärzte die Möglichkeit, nach Risikofaktoren für die Entwicklung nicht-regelrechter Trauerreaktionen zu suchen ([Meichsner, O'Connor, Skritskaya & Shear, 2020; Nielsen et al., 2017; S. 540](#)) sowie anhaltende Trauerstörungen und weitere Psychopathologien zu diagnostizieren. Falls indiziert kann nun an psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Betreuung überwiesen werden ([Doering & Rosner, 2018; S. 41-42](#)). Alternativ kann die ärztliche Position aber auch als Brücke zu weiteren Ressourcen fungieren: Sozialdiensten, spezialisierter Trauerbegleitung, Selbsthilfegruppen, religiösem und/oder spirituellem Beistand. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, die Unterstützung durch das soziale Umfeld der Familie zu fördern ([Wadland et al., 1988](#)).

Des Weiteren besteht für Ärzte mit geeigneten Ressourcen und einer entsprechenden Ausbildung die Möglichkeit, die therapeutische Funktion in unterschiedlicher Ausprägung selbst zu übernehmen und somit die obig erläuterten Startbedingungen (vorbestehende Beziehung zu Angehörigen, Überblick über Familiendynamik, Kontinuität der Betreuung etc.) ihrer Verbindung zu den Verstorbenen und ihren Angehörigen zu nutzen.

3.2.2. Ärztliche Trauerbegleitung kann helfen

3.2.2.1. *Therapeutische Verfahren lindern trauerassoziierte Symptomatik*

In einer Metaanalyse von [Johannsen et al. \(2019; S. 79\)](#) zeigten 32 psychologische Interventionen gepoolt eine signifikante und anhaltend positive Wirkung mit kleiner Effektstärke auf die Trauersymptomatik Hinterbliebener. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass eine Steigerung der Effektivität psychotherapeutischer Interventionen erreicht werden kann, indem sie insbesondere bei Hinterbliebenen angewandt werden, deren Trauersymptomatik sechs Monate nach dem Verlust durch den „Inventory of Complicated Grief-Revised“ oder den „Prolonged Grief Disorder-13“² als pathologisch diagnostiziert wird.

Diese Ergebnisse überlappen mit denen weiterer Metaanalysen, wobei angemerkt werden sollte, dass teilweise zum Zeitpunkt des Follow-Ups kein signifikanter Effekt mehr nachgewiesen werden konnte ([Currier, Neimeyer & Berman, 2008; S. 648](#); [Roberts et al., 2019; S. 441](#)). Jedoch wurden in den meisten untersuchten Studien hauptsächlich generische Messgrößen für

² Beide Instrumente zur Diagnostik pathologischer Trauerreaktionen erfassen eine Symptomatik, welche mit den Diagnosekriterien des ICD-11 in zufriedenstellendem Maß überlappt.

Psychopathologien (z.B. akuter Trennungsstress oder Bindungsunsicherheit) oder die allgemeine Funktionsfähigkeit („General Functioning“) genutzt und kaum potenziell relevante nicht-pathologisierende Dimensionen, wie das subjektive Erleben des Verlusts oder posttraumatisches Wachstum, welche ebenfalls eine Adaptation an Verlust beschreiben können ([Currier et al., 2008; S. 656](#))

3.2.2.2. Experimentelle Ansätze zeigen sich vielversprechend

[Efstathiou, Walker, Metcalfe und Vanderspank-Wright \(2019; S. 183-185\)](#)

konnten in ihrem systematischen Review bei einer Reihe von trauerbezogenen unterstützenden Maßnahmen hauptsächlich ein positives Echo aufseiten der teilnehmenden Hinterbliebenen herausarbeiten. Zu den untersuchten Ansätzen gehören unter anderem ein von den Angehörigen geschriebenes reflexives Tagebuch aus der End-of-Life-Phase des Verstorbenen, die Mitgabe eines als tröstliche Erinnerung dienenden EKG-Rhythmusstreifens des Verstorbenen mit schriftlich angefügten Gefühlsäußerungen des medizinischen Personals diesem gegenüber oder auch die Teilnahme Hinterbliebener an Studien zur Evaluation ihrer Erfahrungen während des Sterbeprozesses.

3.2.2.3. Effektivität hergebrachter bzw. intuitiver Ansätze quantitativ nicht eindeutig nachweisbar

Evidenz über die Effektivität konventioneller oder spontaner ärztlicher Verhaltensweisen im Umgang mit Hinterbliebenen zeigt sich ambivalent.

Hinterbliebene, welche in einer Untersuchung von ([Kentish-Barnes et al., 2017a; S. 479, 480](#)) vom behandelnden ärztlichen und pflegerischen Personal einer französischen Intensivstation zwei Wochen nach ihrem Verlust einen Kondolenzbrief erhielten, zeigten im weiteren Verlauf gar eine ausgeprägtere Depressions- und PTSD-Symptomatik (wenn auch nicht signifikant) im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Kondolenzbrief.

Dieser Studie folgte ein qualitatives Follow-Up ([Kentish-Barnes et al., 2017b; S. 1969-1970](#)), welches die auf den Kondolenzbrief folgenden postalischen

Antworten der Hinterbliebenen untersuchte. Hier äußerten sich die Hinterbliebenen jedoch zum größten Teil positiv. Negative Gefühle in Bezug auf das Kondolenzschreiben kamen hauptsächlich in Form von Argwohn auf, weil eine Kontaktaufnahme vonseiten der Behandler nicht erwartet wurde und so teils die Vermutung entstand, diese stehe mit Gewissenkonflikten aufgrund von möglichen Behandlungsfehlern u.Ä. im Zusammenhang. Außerdem gab es verärgerte Stimmen über schriftlich geäußerte Hilfsversprechen, welche dann nicht eingehalten wurden. Schlussgefolgert wird in dieser Untersuchung, dass Kondolenzschreiben sich wahrscheinlich dann als hilfreich erweisen, wenn diese sowohl vom Behandler als auch von den Hinterbliebenen als authentisch wahrgenommen werden und nur eine den realen Möglichkeiten angemessene Hilfe angeboten wird.

Eine Studie von [Ghesquiere, Shear und Duan \(2013; S. 256, 261\)](#) ergab, dass bei Ehepartnern mit pathologischer Trauerreaktion oder einer schweren Depression die Unterstützung durch einen Familienarzt die Ausprägung trauerbezogener Emotionen nicht veränderte. Jedoch wurden die *Inhalte* dieser Unterstützung (inkl. Verschreibung von Medikamenten) nicht erhoben und es konnte nur vermutet werden, dass die Hinterbliebenen Eheleute keine als wirksam erwiesene Betreuung erhalten hatten.

3.2.2.4. Subjektiver Bedarf an und Zufriedenheit bei ärztlichem Kontakt mit Hinterbliebenen

Auch, wenn die Effektivität des ärztlichen Kontakts mit Hinterbliebenen bisher nicht zweifelsfrei anhand psychometrischer Tests belegt werden konnte, so zeigt sich in qualitativen Analysen jedoch, dass ein Wunsch nach diesem besteht und er, wenn vorhanden, wertgeschätzt wird.

Main belegte in Großbritannien, dass Hinterbliebene einer allgemeinärztlichen Praxis sich zum größten Teil nach ihrem Verlust zumindest irgendeine Form der Kontaktaufnahme vonseiten ihres Hausarztes („General Practitioner“)

wünschten, wobei sowohl ein Kondolenzbrief als auch ein Hausbesuch begrüßt wurde ([Main, 2000, S. 863](#)).

Eine schwedische Mixed-Methods-Studie im palliativmedizinischen Bereich konnte zeigen, dass etwa die Hälfte der Trauernden sich nach ihrem Verlust einen Hausbesuch des Behandlers wünschten, welcher den meisten Kontakt mit ihnen und dem Verstorbenen gehabt hatte ([Milberg et al., 2008; S. 58](#)).

Auch ein Trauerbegleitungsprotokoll (Kondolenzschreiben mit Angeboten zu weiterführender sozialdienstlicher und seelsorglicher Unterstützung) für die Notfallmedizin zweier australischer Krankenhäuser führte in einer Untersuchung von [LeBrocq, Charles, Chan und Buchanan \(2003; S. 85\)](#) zu positivem Feedback der Hinterbliebenen.

[Kock, Berntsson und Bengtsson \(2014; S. 891\)](#) stießen bei der Evaluation eines routinemäßigen Trauer-Follow-Up-Meetings mit medizinischem Personal einer schwedischen Intensivstation größtenteils auf Zufriedenheit (ca. zwei Drittel der erhaltenen Antworten), wobei 91% der Hinterbliebenen eine Fortführung dieser Praxis befürworteten. Die Anwesenheit des behandelnden Intensivmediziners wurde von 91% der Befragten als wichtig für das Treffen angesehen.

Hinterbliebene sehen für sich selbst dann einen Nutzen im Kontakt mit den ehemaligen Behandlern, wenn sie von diesen im Rahmen einer Studie über ihr Trauererleben befragt werden. Gründe für die Teilnahme waren in einer Untersuchung von [Kentish-Barnes et al. \(2015; S. 1839\)](#) unter anderem, einem Gefühl der Verlassenheit entgegenzuwirken, belastende Emotionen zu teilen, dem Behandler team zu danken sowie insbesondere, Unterstützung und Betreuung in ihrem Trauerprozess zu erhalten.

Obige Beispiele illustrieren, dass ärztliche Trauerbegleitung von Hinterbliebenen gewünscht und wertgeschätzt wird. Dass der subjektive Effekt derselben bisher nicht ebenso regelmäßig am Trauer-Outcome der Hinterbliebenen messbar war, könnte darauf zurückzuführen sein, dass bestehende psychometrische Tests

trauerassoziierte Outcome-Variablen messen, welche nicht mit denen übereinstimmen, die zu einer Zufriedenheitsäußerung der Hinterbliebenen führen. Auch eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach ärztlicher Trauerbegleitung und der nicht zwangsläufig messbaren Linderung der Trauersymptomatik könnte dadurch erklärt werden, dass Ärzte von Hinterbliebenen als prädestiniert für diese Rolle gesehen werden, diese jedoch nicht immer zufriedenstellend erfüllen können.

3.2.3. Kompetenzförderung in ärztlicher Trauerbegleitung – Potenziell effektiv, rückständig, kaum erforscht

Bisherige Anstrengungen zur Förderung ärztlicher Qualifikationen im Umgang mit Trauernden zeigten gemischte Ergebnisse.

Die Systematisierung bestehender oder Neueinführung hergebrachter bzw. inhaltlich strukturierbarer (und damit leichter anzueignender) Interventionen (Kondolenzschreiben, Vergabe von Informationspamphleten, Nutzung diagnostischer Interviewleitfäden und indizierte Überweisungen an weitere Hilfsleister etc.) erscheint möglich und den Hinterbliebenen zuträglich ([Efstathiou et al., 2019; S. 183-185](#); [Kentish-Barnes et al., 2017b; S. 1969-1970](#); [Kock et al., 2014; S.891](#); [LeBrocq et al., 2003; S. 85](#)).

Eine breite oder gar flächendeckende Vermittlung von neuem Wissen und Fertigkeiten sowie Anleitung zur Selbstreflexion im Umgang mit Trauernden steht bisher jedoch aus. Die aktuell dünne Studienlage zur Aus-, Weiter- und Fortbildung in ärztlicher Trauerbegleitung lässt lediglich grobe Aussagen über den momentanen Zustand derselben zu. In einem orientierenden Review von [Sikstrom et al. \(2019; S. 6, 9, 11, 12\)](#) zeigt sich ein dürftiges Bild. Meist ist Trauerbegleitung eine freiwillige Komponente des medizinischen Curriculums. Die meisten Studien finden einzelne Workshops oder eine kurze Seminarreihe innerhalb der vorklinischen Ausbildung („undergraduate medical education“) vor. Der Effekt des Trainings wurde nur in 57% der untersuchten Studien erfasst, ein überwältigender Anteil dieser misst ihn mittels einer Selbsteinschätzung der

Mediziner und nicht über die Untersuchung unterstützter Hinterbliebener oder an den nachweisbaren Veränderungen ihrer Betreuung. Die Studien, welche den Effekt des Trainings auf diese Art betrachtet haben, zeigten teils signifikant positive und ermutigende Ergebnisse ([Guldin, Vedsted, Jensen, Olesen & Zachariae, 2013; S. 134](#); [McDonnell, Cullen, Kiberd, Mehanni & Matthews, 1999; S. 241](#)).

3.2.4. Barrieren und Wünsche zur ärztlichen Trauerbegleitung

3.2.4.1. *Gefühl unzureichender Vorbereitung auf die Anforderungen der Trauerbegleitung*

Wie der obig beschriebene Zustand des Weiterbildungssystems in Sachen Trauerbegleitung vermuten lässt, wirkt sich der Mangel an erworbenem Wissen, Fertigkeiten und Erfahrung angesichts dieser fachlich und psychisch fordernden Begegnungen negativ auf das Souveränitätsgefühl und das professionelle Selbstverständnis viele Ärzte aus.

Nach [Naef, Peng-Keller, Rettke, Rufer und Petry \(2020; S. 550\)](#) empfanden sich 28,6% der Ärzte (aus allgemeinsomatischer und psychiatrischer Versorgung) nur unzureichend im Bereich der ärztlichen Trauerbegleitung ausgebildet. Darüber hinaus schätzten nur 56,2% ihre Qualifikationen als ausreichend ein, um Hinterbliebene zu betreuen.

Ebenso ist dieser Umstand bei [Kusano et al. \(2012; S. 275\)](#) zu erkennen: Hier gaben etwa ein Drittel (66,2-71,8%) der befragten US-amerikanischen Onkologen, Strahlentherapeuten und Palliativmediziner an, während ihrer fachärztlichen Aus- und Weiterbildung („residency“ und „fellowship“) keine adäquate Ausbildung in Trauerbegleitung erhalten zu haben. Dabei wurden als wichtige Barriere zur Initiation eines Trauer-Follow-Ups eigene Unsicherheiten bezüglich der Gesprächsführung angegeben.

Britische Hausärzte in einer Studie von [Low, Cloherty, Wilkinson, Barclay und Hibble \(2006; S. 464, 466\)](#) beschrieben sich mit einer Mehrheit von 57% als

unzufrieden mit ihrer palliativen Ausbildung in Trauerbegleitung („General Practice Registrars‘ palliative care education“) oder gaben an, gar keine erhalten zu haben. 33% der Befragten fühlten sich unsicher in der Anwendung ihres Wissens hierüber.

3.2.4.2. Zeitknappheit im klinischen Alltag

In vielen Studien ist der Mangel an Zeit im Arbeitsalltag die am häufigsten benannte Hürde der Behandler.

[Chau, Zimmermann, Ma, Taback und Krzyzanowska \(2009; S. 967\)](#) fanden in einer Fragebogenstudie unter kanadischen Onkologen, Strahlentherapeuten und Palliativmedizinern heraus, dass in allen drei Fachrichtungen circa 40% der Befragten (40,4%, 38,5%, 45,8%) Zeitmangel als bedeutendes oder sehr bedeutendes Hindernis darstellten, wenn es um die Kontaktaufnahme mit der Familie nach dem Tod eines Patienten geht. Damit war dies die am häufigsten angegebene Barriere.

In einer Studie von [Corn et al. \(2010; S. 321\)](#) mit israelischen Onkologen war ebenfalls Zeitmangel mit 65% der von den Befragten am häufigsten angegebene Hinderungsgrund zur Teilnahme an „Trauerritualen“³.

Auch in einer Befragung von [Kusano et al. \(2012; S. 278\)](#) wurde mit 62,4% der teilnehmenden US-amerikanischen Onkologen und Palliativmediziner am

³Hier definiert als die Anwesenheit bei der Beerdigung, Besuche bei der Familie, die Anwesenheit bei der Trauerfeier, Anrufe bei oder das Schreiben von Briefen bzw. E-Mails an die Familie.

häufigsten Zeitmangel als hindernder Faktor für ein Trauerfallnachsorge („bereavement follow-up“⁴) angegeben.

Eine Untersuchung von [Granot, Gordon, Perry, Rizel und Stemmer \(2016; S. 6/11\)](#) förderte eine ähnliche Erkenntnis zutage: Die befragten israelischen Onkologen gaben zu 71% und damit am häufigsten Zeitknappheit als einen der Umstände an, welche sie subjektiv davon abhalten, mit trauernden Familien Kontakt aufzunehmen.

Jüngst zeigte sich wiederum dasselbe Muster bei einer Umfrage von [Naef et al. \(2020; S. 550\)](#) in zwei schweizerischen Universitätskliniken, in welcher Zeitmangel mit 55,1% das am häufigsten von den teilnehmenden Ärzten (Notfallmedizin, Intensivmedizin, Palliativmedizin und Rehabilitationsmedizin)

⁴Hier definiert als Anrufe bei der Familie, das Versenden von Kondolenzschreiben, die Anwesenheit bei der Beerdigung oder der Trauerfeier, das Initiieren von oder die Anwesenheit bei einem Familientreffen, erreichbar zu sein für Anrufe von Familienmitgliedern und Überweisungen zu Trauerhilfe, Unterstützungsprogrammen bzw. Selbsthilfegruppen für Trauernde.

angegebene Hindernis zu einer Trauerbegleitung „bereavement care provision⁵“ darstellte.

3.2.4.3. *Zu wenig logistische Hilfe*

Das Problem der Zeitknappheit spiegelt sich möglicherweise auch in einem empfundenen Mangel an und Wunsch nach zentral gesteuerten, organisatorischen Hilfestellungen wieder.

Dies zeigt sich in den Angaben der von [Ellison und Ptacek \(2002; S. 52\)](#) befragten US-amerikanischen Ärzte. 88% wünschten sich hier ein zentral angefertigtes Schreiben an Hinterbliebene („institution-generated mailing“) mit Informationen über kommunal angebotene Trauerbegleitung. 71% der Respondenten gaben den Wunsch an, automatisiert den Namen, die Adresse und Telefonnummer der Hinterbliebenen bereitgestellt zu bekommen. Grund hierfür sei, dass aus den Unterlagen der Patienten nicht immer zweifelsfrei entnommen werden könne, welche Angehörigen zu kontaktieren seien.

Eine neuere Studie von [Kusano et al. \(2012; S. 278\)](#) stützt diese Erkenntnisse: Die hier befragten US-amerikanischen Onkologen und Palliativmediziner glaubten, dass zu den wichtigsten Aufgaben eines zentralen Trauerprogramms

⁵Hier definiert als folgende Tätigkeiten: den Verstorbenen den Angehörigen auf Station oder in der Krankenhaus-Leichenhalle zeigen, stationsindividuelle Abschiedsrituale, Vermittlung von Informationen zur Organisation der Beerdigung, zu möglichen Trauerreaktionen und professioneller Trauerbegleitung, das Versenden von Kondolenzkarten, Trauerfallnachsorge durch eine hierauf *spezialisierte Person*, *telefonische* Trauerfallnachsorge, *persönliche* („in-person“) Trauerunterstützung bzw. -beratung, Überweisung zu einem Trauerspezialisten, Screening auf komplexe Trauerstörungen („complex bereavement disorders“), Anwesenheit bei der Trauerfeier, anderen Gedenkveranstaltungen oder der Beerdigung.

die Bereitstellung einer Liste mit Angeboten kommunaler Trauerbegleitung für die Hinterbliebenen und das Ausfindigmachen der zu kontaktierenden Hinterbliebenen sei.

[Naef et al. \(2020; S. 550\)](#) zeigen allgemeiner auf, dass der Mangel an logistischer Unterstützung („organizational support“, nicht weiter aufgeschlüsselt) auch in zwei schweizerischen Spitälern (nach dem Zeitmangel) auf Platz 2 der empfundenen Barrieren zur ärztlichen Trauerbegleitung steht.

3.2.4.4. Angst vor psychischer Überlastung

Neben den oben beschriebenen äußeren Hindernissen (Mangel an Zeit und institutioneller Unterstützung) lassen sich auf ärztlicher Seite auch „innere“ Gründe gegen ärztliche Trauerbegleitung finden:

Bei [Corn et al. \(2010; S. 321\)](#) gaben israelische Onkologen die Angst vor einem Burn-Out (ausgelöst durch die Trauerbegleitung) am zweithäufigsten als Grund für ein Nichtpraktizieren derselben an.

Onkologen in einer Befragung von [Granot et al. \(2016; S. 6\)](#) gaben emotionale Überlastung nach dem Zeitmangel am häufigsten als Barriere zum Kontakt mit Hinterbliebenen an.

3.2.4.5. „Ärzte sind keine Trauerbegleiter“

Wiederholt anzutreffen ist auch die ärztliche Auffassung von Trauerbegleitung als nicht in den eigenen Verantwortungsbereich fallend. Bei [Corn et al. \(2010; S. 321\)](#) gaben 42% der israelischen Onkologen als Grund für ihr Nichtpraktizieren von Trauerbegleitung das Fehlen derselben in ihrer Jobbeschreibung an.

Auch bei [Naef et al. \(2020; S. 550\)](#) zeigte sich folgendes Bild: 24,5% der befragten Ärzte gaben an, dass Trauerbegleitung der Job einer anderen Person sei, 26,5%, dass sie nicht zur eigenen Rolle gehöre.

3.2.5. Subjektive Motivationen zu ärztlicher Trauerbegleitung

Neben subjektiven Hindernissen wurden auch Beweggründe untersucht, sich in ärztlicher Trauerbegleitung zu engagieren. So soll hier ein (wenn auch nicht umfassender) Einblick in die Motivationen aktiver ärztlicher Trauerbegleiter gegeben werden:

3.2.5.1. *Rollenvorstellungen*

Es zeigt sich, dass die Meinungen darüber auseinandergehen, ob der Kontakt mit Hinterbliebenen in den ärztlichen Aufgabenbereich fällt. Obig beschriebene Barrieren werden durch gegensätzliche Haltungen gespiegelt:

In einer Fragebogenstudie unter israelischem onkologischem Personal von [Granot et al. \(2016; S. 5\)](#) sahen sich 100% der antwortenden Ärzte selbst als die Person an, welche in der Verantwortung steht, Hinterbliebene nach ihrem Verlust kontaktieren soll.

Auch [Lemkau et al. \(2000; S. 825\)](#) konnten zeigen, dass 63,7% der befragten US-amerikanischen Familienärzte ihrer eigenen Rolle als medizinische Grundversorger eine besondere Bedeutung bei der Identifikation und Betreuung trauernder Patienten zuschrieben.

Ebenso empfanden es die meisten der 25 von [Saunderson und Ridsdale \(1999; S. 294\)](#) interviewten britischen Allgemeinmediziner („General Practitioner“) als ihre allgemeinärztliche Verantwortung, Kontakt mit trauernden Patienten aufzunehmen.

Auch zeigt sich, dass aus dem Rollenverständnis als ärztlicher Behandler ein Imperativ zur Trauerbegleitung erwachsen kann:

In einem Kommentar zur Teilnahme an Beerdigungen eigener Patienten wurde vertiefend beschrieben, dass so die Hinterbliebenen die Möglichkeit bekämen, über ihre Verlusterfahrung und eigene Insuffizienzgefühle als familiäre Helfer zu sprechen. Auch könnten so nachträgliche Unklarheiten bzw. Zweifel an der

Richtigkeit etwaiger Behandlungsentscheidungen angesprochen werden. Die einzigartige, weil patientennahe *und* medizinisch qualifizierte Position der klärenden Instanz des Arztes übe hier eine besonders rückversichernde Wirkung aus, welche sonst von keiner anderen Person eingenommen werden könne ([Irvine, 1985; S. 1704](#)).

Auch wird hier beschrieben, dass besonders die Anwesenheit des ehemaligen *Behandlers* des Verstorbenen bei dessen Beerdigung der Trauer der Hinterbliebenen eine intersubjektive Dimension verleiht:

„Our presence adds credibility to the sense of worth that family members gather about their loved one (He was important enough that his doctor came to his funeral). It is a very consoling thought.“

„[...] that the doctor views his or her patient as more as business client, consumer, or scientific curiosity with an unusual disease; that the patient had value as another human being.“

[Markowitz \(1990; S. 123\)](#) beschrieb die Anwesenheit eines Psychiaters bei der Beerdigung eines Patienten als eine geheiligte, ehrenhafte Erweiterung der Rolle des Psychiaters („hallowed, honorable extension of the physician’s role“).

Neben der Erweiterung der ärztlichen Rolle kann Trauerbegleitung (z.B. in Form des Beiwohnens der Beerdigung) auch als nahtloser Übergang in die Rolle des Mitmenschen betrachtet werden ([Saunderson & Ridsdale, 1999; S. 295](#)):

„[...] and my role as a medical man has finished. So I am just a human being and my feelings are those of a human being.“

3.2.5.2. *Selbstfürsorge*

Doch nicht nur Rollenvorstellungen scheinen Grundlage für das Engagement in ärztlicher Trauerbegleitung sein:

In einer Untersuchung von [Zambrano, Chur-Hansen und Crawford \(2017; S. 26\)](#) war die ärztliche Ansicht, das Beiwohnen der Beerdigung diene auch der

Selbstfürsorge („self-care“), ein signifikanter Prädiktor für die tatsächliche Teilnahme (OR 1,842; 95% KI = 1,171-2,898; p = 0,008).

Diese wird in ärztlichen Kommentaren als bereicherndes Antidot gegen beruflichen Burnout beschrieben ([Morris, 2009; S. 1](#)). Im Spezifischen stellt sich dar, dass ärztliche Trauer ausgedrückt werden kann ([Markowitz, 1990; S. 123](#)), man oftmals vonseiten der Hinterbliebenen selbst Trost erfährt und miterlebte Trauerrituale sich als hilfreich erweisen ([Irvine, 1985; S. 1704/1705](#)). Besonders bei tiefergehenden Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehungen scheint diesen Beweggründen Bedeutung zuzukommen ([Saunderson & Ridsdale, 1999; S. 295](#)):

„The longer I have been in practice the more painful the loss of my patients, particularly as I have known them for most of my professional life.“

Wiederholt wird der fortgeführte Kontakte mit den Hinterbliebenen auch als hilfreich dabei beschrieben, die Arzt-Verstorbenen-Beziehung emotional abzuschließen ([Collins-Tracey et al., 2009; S. 812](#); [Granot et al., 2016; S. 6](#); [Senthil, Serwint & Dawood, 2016; S. 814](#); [Zambrano, Chur-Hansen & Crawford, 2014; S. 312](#))

3.2.5.3. *Persönliche und professionelle Entwicklung*

Auch in Bezug auf die eigene Weiterentwicklung lassen sich ärztliche Motivationen zur Trauerbegleitung finden:

Palliativmediziner sahen bei ([Zambrano et al., 2014; S. 312](#)) in der Anwesenheit bei Beerdigungen die Möglichkeit, ihre eigene Haltung zum Tod und Sterben zu reflektieren.

[Srivastava \(2009; S. 1923\)](#) [Birmpilis \(2007\)](#) und sehen hierin eine Übung in Demut und Bescheidenheit dem Leben gegenüber, welche als Motivatoren wirken, ein besserer Arzt zu sein.

Gleichzeitig bringt nach ([Irvine, 1985; S. 1705](#)) eine Beerdigung die Welt der Medizin mit dem „normalen Leben“ („living“) des Behandlers in einen emotionalen Kontext; in anderen Worten nach ([Srivastava, 2009; S. 1923](#)): „A deeply humanizing experience“.

Auch wird der ärztliche Kontakt mit Hinterbliebenen als pragmatische Gelegenheit wahrgenommen, die eigene soziale Kompetenz zu stärken ([Morris, 2009; S. 1811](#)).

3.2.5.4. *Beziehung zu Hinterbliebenen und Verstorbenen*

Ein weiterer Motivationsaspekt ärztlicher Trauerbegleiter wird im Raum der Beziehung zu dem Verstorbenen und den Hinterbliebenen evident:

Nach [Zambrano et al. \(2017; S. 26\)](#) ist der Wunsch von Palliativmedizinerinnen nach Respekterweisung gegenüber den Hinterbliebenen der stärkste Prädiktor ihrer Anwesenheit bei der Beerdigung des Verstorbenen (OR 2,072 ; 95% KI = 1,369–3,136; p = 0,001).

[Birmpilis \(2007\)](#) stellt des Weiteren den Wert des Vertrauens und des Respekts hervor:

„[...]I find myself obliged to follow a person who trusted me for a possible cure to his/her last journey. I am also obliged to the relatives, whose higher expectations and hopes proved untrue.“

Auch der der weitere Beziehungsaufbau zur Familie stellt einen zentralen Bewegungsgrund für Trauerbegleitung dar. So äußert sich ([Landau, 2007](#)) in Bezug auf die Anwesenheit bei der Beerdigung:

„I find that these events are an excellent way of creating and maintaining good relations with the patient's family members and friends...“

Umgekehrt bietet sich bei Trauerveranstaltungen im Nachfeld des Todes auch die Möglichkeit, von der Familie Abschied zunehmen, falls voraussichtlich kein Kontakt mehr zustande kommen sollte ([Granot et al., 2016; S. 5](#)).

3.2.5.5. *Positiver Einfluss auf das gesellschaftliche Arztbild*

[Bedell, Cadenhead und Graboys \(2001; S. 1163\)](#) bieten einen gesellschaftlichen Aspekt ärztlicher Trauerbegleitung an, der deutlich macht, dass ärztliches Verhalten sich nicht nur auf die Beziehung mit eigenen Patienten und deren Angehörigen auswirkt:

„If the physician does reach out to the bereaved family, not only is comfort felt in sharing the enormous loss, but there is a positive feeling generated toward the physician. This influences *all* future contacts, not only with that doctor, but *all* doctors.“

3.3. Trauerbegleitung jüdischer Ärzte – Praxis und Ansichten

Quantitativ vergleichende Untersuchungen ärztlicher Trauerbegleitung, welche *jüdische* Ärzte einschließen, sind rar:

[Granot et al. \(2016\)](#) konnten in ihrer Studie zeigen, dass muslimisches onkologisches Personal in Israel dem Kontaktieren trauernder Angehöriger weniger Bedeutung für diese beimaß, als nicht-muslimisches (85% der Teilnehmer waren Juden). Jedoch waren nur 9 der 107 Teilnehmer Muslime, sodass hier kaum eine objektivierte Schlussfolgerung gezogen werden kann.

Bei [Kusano et al. \(2012; S. 279\)](#) gaben lediglich 16% der teilnehmenden US-amerikanischen Onkologen, Strahlentherapeuten, Palliativ- und Hospizärzte (9% Juden) an, entweder „immer“, „meist“ oder „manchmal“ an Beerdigungen oder Trauerfeiern teilzunehmen bzw. Hausbesuche nach dem Tod zu machen. Im Gegensatz dazu stellte sich bei einer Untersuchung von [Corn et al. \(2010; S. 317\)](#) dar, dass mit 28% der befragten israelischen Onkologen (die „meisten“ davon jüdisch ([S. 322](#))) ein *größerer* Anteil zumindest „gelegentlich“ diese Arten der Trauerbegleitung praktizierten. Durch die schwer vergleichbaren

Rahmenbedingungen und Samples dieser zwei Studien lässt sich auch hier jedoch keine objektive Beurteilung der Unterschiede im Engagement verschiedener Kulturen bewerkstelligen.

In weiteren Arbeiten über ärztliche Trauerbegleitung wurde die jüdische Religion entweder nicht erfasst, verarbeitet (z.B. in Form logistischer Regressionsanalysen) oder als Ergebnis dargestellt.

Es wurde keine quantitative Studie dieser Art mit deutsch-jüdischen Ärzten gefunden.

Qualitative Untersuchungen mit einer derartigen Stichprobe wurden ebenfalls nicht ausgemacht.

4. Grundlagen

4.1. Trauerbegriffe im Englischen

In der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur finden sich für die Entsprechung des deutschen Wortes „Trauer“ mehrere Begriffe, welche unterschiedliche Aspekte desselben Konstrukts beleuchten und so zu einem differenzierteren Verständnis des Themas beitragen können: während „Bereavement“ eher als kategorialer Zustand oder Status gesehen wird („Trauerfall“, „in Trauer sein“), wird der Begriff „Grief“ eher dazu genutzt, die einem Verlust folgenden emotionalen, physiologischen und verhaltensbezogenen Reaktionen zu beschreiben. Mit „Mourning“ wird sich primär auf Trauer in ihren gesellschaftlichen, kulturellen und religiös-rituellen Ausdrucksformen bezogen ([Lichtenthal, Clark & Prigerson, 2011a](#)).

4.2. Betrachtete Personengruppen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich neben den interviewten Ärzten hauptsächlich mit zwei Personengruppen: Sterbende bzw. Verstorbene sowie alle Menschen in deren Umfeld (Angehörige, Zugehörige etc.), die sich vom (bevorstehenden oder vergangenen) Verlust in irgendeiner Weise betroffen fühlen oder es sind und mit dem Interviewten in einem darauf bezogenen Kontakt sind oder in einen solchen kommen.

Der Grund für diese umständlich wirkende Formulierung ist die Erkenntnis im Laufe der Erhebung, dass es mit der durchgängigen Verwendung jeweils einer einzelnen Bezeichnung (Angehörige, Zugehörige, Trauernde, Familie, Hinterbliebene, Patienten etc. und Sterbende, Verstorbene, Patienten etc.) nicht gelingt, das volle Spektrum an möglichen Konstellationen zu erfassen, welche für die Studie von Interesse sind.

Zur Erläuterung einige Begriffe und warum sie nicht allgemeingültig verwandt werden können:

4.2.1. „Trauernde“, „Angehörige“, „Hinterbliebene“

Der Begriff „Trauernde“ bezieht sich auf einen emotionalen Zustand. Es gibt jedoch auch Betroffene, bei welchen andere relevante Verlustreaktionen auftreten (z.B. Gefühle der Isolation, Hilflosigkeit, Wut etc.), welche nicht den geläufigen Definitionen von Trauer entsprechen, obwohl sie diesbezüglich in Kontakt mit der untersuchten Ärzte-Kohorte kommen könnten. Auch würden mit „Trauernden“ Personen ausgeschlossen, welche sich aufgrund ihrer emotionalen Ferne zum Verstorbenen durch den Verlust selbst nicht beeinträchtigt fühlen, jedoch durch äußere Umstände, wie beispielsweise einen Erbstreit von diesem betroffen und dadurch belastet sind.

Bei „Angehörigen“ werden all diejenigen Menschen bezeichnet, welche mit dem Verstorbenen blutsverwandt sind. Ausgenommen sind hier jedoch sog. Zugehörige (Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn etc.), bei welchen keine Verwandtschaft besteht, die jedoch ebenso betroffen sein können.

Dieser Begriff „Hinterbliebene“ umgeht wie „Angehörige“ die Aspekte des emotionalen Zustands, definiert jedoch nicht eindeutig, wer gemeint ist. Während im allgemeinen Sprachgebrauch die nächsten Verwandten gemeint sind, welche ein Verstorbener zurücklässt, schließt der deutsche Gesetzgeber mit diesem Begriff auch andere mit dem Verstorbenen verbundene Personen ein, wie z.B. Ehepartner, Pflege-, Stief- und Adoptivkinder sowie weiter entfernte Verwandte. Wird der Begriff des Hinterbliebenen wiederum wörtlich interpretiert, könnten auch alle weiteren Personen inkludiert werden, welche sich als zurückbleibender Teil einer wie auch immer gearteten Beziehung zum Verstorbenen erfahren. Darüber hinaus beschäftigt sich die Studie mit den „Hinterbliebenen“ auch schon vor dem Tod des Verstorbenen, wenn sie noch keine „Hinterbliebenen“ sind, sodass diese Bezeichnung auch dem Zeitfaktor nicht allgemeingültig gerecht werden kann.

4.2.2. „Sterbende“ vs. „Verstorbene“

Da diese Personen sowohl vor als auch nach ihrem Tod in den Interviews von Belang sind, kann keine Bezeichnung allein durchgängig aufrechterhalten werden.

4.2.3. „Patienten“

Diese Bezeichnung kann verständlicherweise lediglich dann verwandt werden, wenn die bezeichneten Personen (Angehörige etc. oder Sterbende etc.) Patienten des Respondenten sind. Von Interesse sind hier jedoch auch Konstellationen, in welchen die Betreuten *keine* Patienten der Respondenten sind.

Zum Erhalt des Leseflusses werden kontextbezogen die Bezeichnungen gewählt, welche im jeweiligen Zusammenhang am sinnvollsten erscheinen. Jedoch beziehen sich diese stets auf alle obengenannten Personen einer der beiden Gruppen.

4.3. Emik und Etik

Die beiden von ([Pike, 1967; S. 37-72](#)) aus den Sprachwissenschaften entlehnten Begriffe „Emik“ und „Etik“ bezeichnen einen Betrachtungszugang zu einem Untersuchungsobjekt als „von innen heraus“ bzw. „im eigenen Kontext“ (Emik) sowie als „vergleichend“ bzw. „von außen“ oder „universalierend“.

Emische Beschreibungen entstehen jeweils aus einer einzelnen idiografischen, kulturellen bzw. gesellschaftlichen und terminologischen Subperspektive heraus, wobei die beobachteten Phänomene und Mechanismen insbesondere im Sinnkontext und der „Mechanik“ des untersuchten Systems selbst verstanden werden sollen.

Die etische Herangehensweise hingegen zielt darauf ab, kulturelle und soziale Erscheinungen in einer Kohorte mit einem bestehenden Wissenskorpus aus

anderen Kohorten zu vergleichen und miteinander vernetzen, um sie in ein universales Verständnissystem einzubetten.

Insbesondere in den Kulturwissenschaften wird diskutiert, inwiefern die emische und etische Perspektive in einem Forschungsprozess konsensuell und konstruktiv integriert werden können, um eine Synergie der Stärken zu erreichen und Unzulänglichkeiten auszugleichen ([Berry, 1999](#); [Eckensberger, 2015](#); [Frick, 2018](#); [Helfrich, 1999](#)).

Obwohl vorliegende Studie sich in der medizinischen Forschung verortet, widmet sie sich einem Untersuchungsbereich, in welchem mit vielschichtigen und unterschiedlich interpretierbaren Phänomenen umgeht, z.B. dem der „Spiritualität“ oder dem des „Jüdisch-Seins“. Um einen regelrechten Forschungsdiskurs im Sinne der „guten wissenschaftlichen Praxis“ über diese Begrifflichkeiten führen zu können, muss die wissenschaftliche Community einheitliche und intersubjektiv nachvollziehbare, d.h. *etische* Definitionen derselben als Diskussionsgrundlage definieren und ihren Darlegungen voranstellen. Bekannte Untersuchungsgegenstände, wie der der „Spiritualität“ wurden bereits vielfach in der medizinischen Forschung definiert, insbesondere in der Disziplin der „Spiritual Care“, während andere, wie das „Jüdisch-Sein“, in der medizinischen Forschungslandschaft bisher kaum beschrieben wurden.

In den Interviews vorliegender Studie nutzen die Respondenten Begriffe dieser Art. In einem erheblichen Teil der Fälle zeigt sich jedoch (oft nur schwer erkennbar), dass sie idiografische, *emische* Perspektiven und damit Definitionen derselben als Grundlage ihrer Ausführungen nutzen, ohne dass sie auf die Metaebene dieser Dichotomie von Emik und Etik (d.h. Individualdefinition vs. wissenschaftliche Definition) Bezug nehmen. Aus diesem Grund wird dem Leser bei undeutlichen Fällen stets erläutert, ob eine Begrifflichkeit in den Ausführungen der Respondenten aus der emischen oder etischen Perspektive verhandelt wird. Auf diese Weise wird ein Diskurs möglich, in welchem beide perspektivische Fraktionen miteinander ohne Verwechslungsgefahr in Bezug zueinander untersucht werden können.

4.4. Emisch und etisch relevante Begriffe in vorliegender Arbeit

In den Interviews definieren die Respondenten Begriffe auf eine ihnen eigene und möglicherweise auch durch ihre „*jüdisch-emische*“ Perspektive geprägte Art. Damit sich vorliegende Arbeit mit diesen Begriffen auseinandersetzen kann, muss jeweils klar dargestellt sein, wie diese im jeweiligen Kontext verstanden werden sollen. Aus diesem Grund werden besonders relevante Begriffe aus bekannten emischen oder etischen Perspektiven untenstehend eingeführt und etwaige Interpretationen derselben durch die Respondenten in der Interviewauswertung erläuternd kommentiert sowie auf das jeweilige Grundlagenkapitel verwiesen.

4.4.1. „Jüdischsein“

Das dieser Studie zugrundeliegende Forschungsinteresse gilt unter anderem der Frage, ob die Trauerbegleitung *jüdischer* Ärzte und deren Ansichten gegenüber dem Tod, Trauer und Verlust Charakteristika aufweisen, welche mit ihrem „Jüdischsein“ im Zusammenhang stehen. Die Interviewinhalte entstehen somit stets auch vor dem Hintergrund dieser Frage. Aus diesem Grund ist es bedeutend, wie die Respondenten „Jüdischsein“ verstehen. Zwar hat sich die *etisch* arbeitende, medizinisch-wissenschaftliche Forschung mit dem Begriff des „Jüdischsein“ kaum befasst. Jedoch wurde er in anderen Kontexten *emisch* beschrieben und damit einer Diskussion um seine *etische* Extrapolation zugänglich gemacht.

4.4.1.1. *Religiöse Definitionen*

Eine Gruppe an Definitionen ist im (im weiteren Sinn) Raum der Religion zu finden. Während in der hebräischen Bibel („Tanach“) noch eine Patrilinearität des Jüdischseins beschrieben wird, wie an den drei Stammesvätern Abraham, Isaak und Jakob erkenntlich ist, wurde in Zeiten des Talmuds von führenden jüdischen Gelehrten die matrilineare Vererbung in das Religionsrecht („Halacha“) eingeführt. Lediglich bei Leviten und Kohanim, den Priestern des Jerusalemer

Tempels sowie deren Nachfahren wird die Zugehörigkeit zur jüdischen Religion bis zur Gegenwart über die Linie der Väter vererbt.

Während man im heutigen orthodoxen und konservativen Judentum nach dem talmudischen Vorbild die Mutterlinie als bestimmend ansieht, werden im liberalen Judentum auch „Vaterjuden“ als vollwertige Glaubensmitglieder betrachtet.

4.4.1.2. Definitionen von extern

Im Lauf der Geschichte wurden wiederholt Definitionen relevant, welche nicht aus dem innerjüdischen Bereich stammten.

Noch im Jahr 1950 definierte die 4. Auflage des „Concise Oxford Dictionary“ ausgehend von mittelalterlichen Bestimmungen, das Wort „Jude“ im übertragenen Sinn als „maßlosen Wucherer“. Im Nationalsozialismus zeichnete sich durch das Reichsbürgergesetz jeder als jüdisch aus, welcher zumindest einen nach nationalsozialistischer Definition entweder weiblichen oder männlichen „jüdischen“ Großelternanteil hatte.

In der DDR und dem der späteren deutschen Bundesrepublik bis 2004 wurde zur Abgrenzung der sogenannten jüdischen „Kontingentflüchtlinge“ jeder als Jude definiert, welcher zumindest einen jüdischen Eltern- oder fallweise auch nur einen Großelternanteil hatte ([Belkin, 2017](#)). Auch der Staat Israel gesteht nach dem „Rückkehrgesetz“ bis heute jedem Menschen das Recht auf Einwanderung („Alija“) zu, welcher mindestens einen weiblichen oder männlichen jüdischen (Groß-) Elternanteil hat oder wer mit einem solchen Menschen verheiratet ist ([Pex, o.J.](#))

4.4.1.3. Subjektiv-emotionale Selbstdefinition

Für Juden selbst, aus ihrer der innerjüdischen, emischen und individuellen Perspektive entsteht ein „jüdisches“ Selbstbild, welches sich aus der in vielen Fällen von Leid (Verfolgung, Pogrome, Diaspora etc.) geprägten Familien- und

Volksgeschichte sowie der „jüdischen“ Sozialisation (Gemeindeleben, Kultur, Ritus, religiöses Schrifttum, Sprache, Literatur, Musik etc.) prägt.

In Bezug auf die Zeitalter-überspannende, leidvolle Volksgeschichte vermutet der Autor als weiteren potenziellen subjektiven Bedeutungsaspekt des „Jüdischseins“ eine Identitätsfacette, welches im Zuge einer bedrohungsbedingten Kohäsion und einem überlebenswichtigen Zusammenhalt entsteht: Menschen, die eine ähnliche leidvolle Erfahrung machen und sich gegenseitig brauchen oder möglicherweise noch brauchen könnten, erlangen einen tiefen gegenseitigen Einblick in die Gefühlswelt des anderen. Hierdurch entsteht emotionale Intimität, Identifikation und Mitgefühl. Diese Überlegung lässt sich mit der im Verlauf der Erhebung gemachten Beobachteten vereinbaren, dass judenfreundliche Menschen mit Einfühlungsvermögen in das Volksschicksal ad-hoc einen besonderen Status in deren Augen erlangen.

4.4.2. Sterbehilfe im jüdischen Diskurs

Aktive Sterbehilfe wird im Folgenden als Tötung auf Verlangen verstanden, *passive Sterbehilfe* hingegen als Nichteinleitung- bzw. Nichtfortführung lebensverlängernder therapeutischer Maßnahmen. Eine weitere Form der Sterbehilfe stellt der *assistierte Suizid* (d.h. Beihilfe zur Selbsttötung) dar. Als Sonderfall der aktiven Sterbehilfe kann die *indirekte Sterbehilfe* verstanden werden, bei welcher eine unbeabsichtigte Lebensverkürzung des Sterbenden durch eine symptomlindernde Therapie in Kauf genommen wird.

Wie auch bei anderen ethischen Fragen gibt es im Bereich der Sterbehilfe ebenfalls nicht „die jüdische Antwort“. Stattdessen haben unterschiedliche Denominationen jeweils eigene Ansätze, Haltungen und Ansätze entwickelt ([Werren, 2014](#)).

4.4.2.1. *Orthodoxes und konservatives Judentum*

Die „Responsen“ (d.h. Stellungnahmen) orthodoxer und konservativer Strömungen folgen zur Anwendung auf zeitgenössische ethische Streitfälle strikt

den Bestimmungen der „Halacha“ (d.h. jüdisch-rechtlichen Überlieferung). Laut diesen ist das (jüdische und nicht-jüdische) Leben als Bestandteil der Schöpfung Gottes heilig und unter allen Umständen schützenswert. Jede beabsichtigte Verkürzung desselben gilt als Akt der Gewalt gegen diese und steht moralisch auf der Ebene eines Mords.

So wird im orthodoxen und konservativen Judentum eine Beschleunigung des Todes durch aktive Sterbehilfe (d.h. Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid) als Mord angesehen. Bei der passiven Sterbehilfe (Nichteinleitung und -fortführung von Therapien bzw. lebenserhaltenden Maßnahmen) hingegen wird im halachischen Diskurs zwischen einer verbotenen Beschleunigung des Todes und dem unter bestimmten Umständen erlaubten Entfernen eines Todeshindernisses unterschieden. Die konkrete Abgrenzung dieser beiden Umstände ist Bestandteil einer andauernden Debatte. Einige der konservativen und orthodoxen Strömungen erlauben darüber hinaus unter Umständen die Inkaufnahme einer nicht primär beabsichtigten Lebensverkürzung durch die Gabe symptom- bzw. schmerzlindernder Medikamente („indirekte Sterbehilfe“), um das Leid des Patienten zu verringern.

4.4.2.2. Liberales Judentum

Im liberalen Judentum hingegen wird die „Halacha“ lediglich als Orientierung genutzt. Hier steht das Recht moribunder Patienten auf einen würdevollen, selbstbestimmten und leidensarmen Tod im Vordergrund. Der Wille des unvermeidbar Sterbenden ohne Aussicht auf Besserung hat stets Vorrang vor anderen Interessen. Auf der Seite der Behandler ist zudem ein gelebtes Mitgefühl in Form passiver Sterbehilfe (d.h. Nichteinleitung oder -fortführung lebensverlängernder Maßnahmen) unter Umständen erlaubt. Aktive Sterbehilfe im Sinne der Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zum Suizid stellt auch hier ein Verbrechen dar. Dennoch existieren jüdische Stimmen, die diese befürworten ([Probst & Kucera, 2015](#)).

4.4.3. Religiosität und Spiritualität bzw. R/S

„Religiosität“ und „Spiritualität“ haben eine lange Begriffsgeschichte, welche hier nicht weiter erörtert werden soll. Stattdessen werden aus pragmatischen Gründen die Definitionsversuche von [Utsch et al. \(2017\)](#) (Positionspapier der DGPPN („Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde“) und [Freund, Böhringer, Utsch und Hauth \(2018\)](#) in Kombination als Grundlage verwandt:

Nach diesen wird *Religion* verstanden als institutionalisierte „Gemeinschaft[en], die Traditionen, Rituale [und] Texte teil[en] (Christentum, Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus u.a.)“ und als soziales Netz fungieren. Darüber hinaus überspannen sie als „Überzeugungssysteme“ gängige Lebensthemen und können über die Hinführung zur „Selbsttranszend[enz]“ des Einzelnen und seiner „Verbindung mit etwas Größerem“ eine innerlich ausrichtende und stabilisierende Wirkung ausüben. *Religiosität* wird hier sowohl als die Zugehörigkeit zu solchen Systemen bzw. Institutionen verstanden als auch als die jeweils individuelle Umsetzung ihrer Inhalte im eigenen Leben.

Spiritualität hat als Begriff letzthin eine Bedeutungserweiterung erfahren. In seiner „gesundheitswissenschaftlichen“ Interpretation wird er ähnlich dargestellt wie Religiosität, als „persönliche Suche nach dem Heiligen, nach Verbundenheit oder Selbsttranszendenz“, wobei „Spiritualität“ in vielen Fällen zur Beschreibung „*subjektiver* [und idiomatischer] Transzendenzenerfahrungen“ verwandt wird und weniger in solchen, welche einheitlich durch Religionen vermittelt werden.

Das Akronym „R/S“ wird primär im fachlichen Diskurs (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik) verwandt und als latentes Konstrukt untersucht. Drei Vorannahmen über R/S werden im Positionspapier der DGPPN dargelegt:

1. R/S sind „anthropologische Universalien“ (d.h. zum Menschsein zugehörig) und innerhalb einer holistischen Betrachtung des Menschen zu würdigen.

2. R/S sind sowohl bei Patienten als auch bei Behandlern zu jeder Zeit „identitätsbildend“.
3. R/S sind insbesondere im psychiatrischen und psychotherapeutischen Rahmen von Therapeutischer Seite als „persönliches Sinnsystem“ und „kulturbildende Einflussfaktoren“ der Patienten zu achten.

4.5. Trauerkonzepte

In der vorliegenden Arbeit werden jüdische Ärzte unter anderem über ihre Sichtweisen zum Thema Trauer befragt. Zum besseren Verständnis derselben bietet es sich an, Trauerkonzepte zu untersuchen, mit welchen die Respondenten in ihrer Lebenswelt konfrontiert sein könnten: Zum einen finden sich hier medizinisch-psychologische Konzepte und zum anderen Vorstellungen über Trauer aus „jüdischer“ Sicht. „Jüdisch“ soll in diesem Zusammenhang auf die traditionelle, religionsgesetzliche („halachische“) Sicht verweisen, welche in der jüdischen Tradition Eingang findet.

4.5.1. Medizinisch-psychologische Trauerkonzepte

Um Reaktionen auf Verlust differenziert verstehen und vorhersagen zu können, wurden Modelle ersonnen, welche mögliche Facetten des Verlusterlebens einordnen. Einige einflussreiche Beispiele werden im Folgenden vorgestellt.

4.5.1.1. *Trauer in der Psychoanalyse nach Freud*

Heutzutage verbreitete Vorstellungen über den „gelungenen Trauerprozess“ als Weg der inneren *Lösung* (im späteren Trauerdiskurs als unter „Relinquishing/Breaking Bonds“ verortet) von einem Verstorbenen wurden durch Sigmund Freud als „Trauerarbeit“ geprägt, eingeführt in dessen Aufsatz „Trauer und Melancholie“ ([Freud, 1917e \[1915\]](#)). Hier wird Trauer als der Prozess beschrieben, welcher eintritt, wenn ein Liebesobjekt, in das eine Person ihre „Libido“ (von Freud im Sinne einer Trieb-Energie interpretiert ([Freud, 1914](#)), von C.G. Jung allgemeiner als psychische Energie betrachtet ([Jung, 1911](#))) investiert

hat, für diese verloren geht, entweder durch dessen Tod oder aus anderen Gründen, wie einer Trennung ([Stroebe & Schut, 2010](#)). „Trauerarbeit“ steht für den Prozess, die in den verlorenen Menschen investierte Libido wieder von diesem abzuziehen. Dies geschieht durch eine Realitätsprüfung im Sinne des Erinnerens und Wiedererlebens gemeinsamer Erfahrungen, welche der Trauernde innerlich mit dem Liebesobjekt verknüpft hat und das Abgleichen derselben mit der neuen Realität der Abwesenheit desselben. Die Ablösung der libidinösen Energie geschieht nach Freud jedoch erst nach einer sogenannten „Überbesetzung“ ([Frick, 2009; S. 1222](#)), welche sich zeitweise Intensivierung der Sehnsuchtsgefühle manifestiert. Auf diese Weise kann die an die verlorene Person vergebene Libido gelöst und an neue Objekte vergeben werden, womit der („normaler“) Trauerprozess beendet ist.

Unter Umständen zieht das Ich seine Libido zwar vom verlorenen Objekt ab, verwendet sie aber nicht zur Neubesetzung. Stattdessen nutzt es die freiwerdende psychische Energie, um sich das geliebte Objekt im Sinne einer „narzisstischen Identifikation“ einzuverleiben, sodass es im Zuge der Realitätsprüfung nicht aufgeben werden muss. Die Identifikation erfolgt dabei insofern auf narzisstischer Grundlage, als das Objekt zur Zeit der realen Beziehung eine unverzichtbare Quelle von Anerkennung und Aufwertung für ein narzisstisches Ich gewesen ist.

Menschliche Beziehungen sind stets (bei Freud nur im Fall der sogenannten „Melancholie“) ambivalent, d.h. sowohl Liebes- als auch Hassgefühle sind in ihnen enthalten. Ohne den Ausgleich durch die jetzt auf das mit dem Objekt identifizierte Ich gerichteten Liebesanteile der Beziehung gelangen die dem Objekt geltenden Hassgefühle ins Bewusstsein und richten sich gegen den mit dem Objekt identifizierten Teil des Ichs. Äußerlich bemerkbar, so beschreibt Freud, macht sich das Ergebnis dieses Vorgangs hauptsächlich als schmerzerfüllter, von Verlust an Interesse und Liebesfähigkeit sowie moralischen Selbstvorwürfen geprägter Zustand bemerkbar: die „Melancholie“ (ähnlich zur zeitgenössischen Bezeichnung der „Depression“).

4.5.1.2. *Trauer in der Bindungstheorie nach Bowlby*

Neben dem Freud'schen Modell der „Trauerarbeit“ sei als weiteres einflussreiches Konzept die „Bindungstheorie“ nach Bowlby genannt ([Stroebe, Stroebe & Schut, 2019](#)). Nach dieser wird die emotionale Reaktion auf den Verlust einer nahestehenden Person als Reaktivierung einer im Kindesalter relevanten, im Erwachsenenalter jedoch dysfunktionalen evolutionsbiologischen Funktion gewertet. Das Weinen und Schreien eines Kindes stellt demnach ein Signal für dessen primäre Bindungsperson dar, mit ihm auf emotional aufmerksame Art Kontakt aufzunehmen. Auf diese Weise soll die adäquate Erfüllung primärer Bedürfnisse des Kindes (körperliche und emotionale Nähe, Flüssigkeit und Nahrung etc.) sichergestellt werden. Abhängig von dem Vorhandensein bzw. der Angemessenheit der Reaktion der Bindungsperson entwickeln sich im Kind Vorstellungen über die eigene Liebenswürdigkeit und Erwartungen an die Verfügbarkeit bzw. das Einfühlungsvermögen von Bindungspersonen. Zur besseren Einordnung wurden vier Bindungstypen vorgeschlagen: die sichere Bindung, die unsicher-ambivalente Bindung, die unsicher-vermeidende Bindung und die unsicher-desorganisierte Bindung. Diese Dispositionen beeinflussen die spätere Beziehungs- bzw. Lebensgestaltung.

Wenn nun eine nahestehende Person durch ihren Tod plötzlich als Bindungsobjekt verloren geht, wird das kindliche Bindungssystem reaktiviert. Diesmal jedoch kann der Kontakt zum verstorbenen Menschen nicht wiederhergestellt werden, sodass der Hinterbliebene in einen Konflikt zwischen Bindungsdrang und der Realität gerät. Im Versuch der Lösung dieses Konfliktes gerät ein vierphasiger Prozess in Gang: Der erste ungläubige Schockzustand, die zweite von Suchen und Sehnsucht geprägte Phase, die dritte, in welcher die Endgültigkeit des Verlustes erstmalig emotional gefasst wird und das Suchen in eine hoffnungslose, depressive Verstimmung umschlägt sowie die Endphase, in welcher der Zustand vor der Trauer schrittweise wiederhergestellt wird.

Bowlby stellte auch als erster die Hypothese auf, dass der Bindungstyp einer Person ihre Reaktion auf einen Verlust beeinflusst. Nach dieser reagieren

unsicher-ambivalent gebundene Erwachsene auf den Verlust naher Bindungspersonen mit anhaltender und als besonders bedrohlich erlebter Trauer, während unsicher-vermeidende Personen einem solchen eher abwehrend und emotional distanziert begegnen. Menschen hingegen, welche von den ihnen nahestehenden Personen in ihrer Kindheit verlässlich umsorgt wurden, haben hingegen ein intuitives Vertrauen in das Vorhandensein eines stützenden Umfelds entwickelt und können sich dadurch bei einem Verlust ihrer Bindungsperson sowohl mit der subjektiven Tragik des Verlusts konfrontieren als auch schließlich mit ihrem Leben fortfahren. Später durchgeführte empirische Studien konnten die Bindungsabhängigkeit von Trauerreaktionen nicht widerlegen ([Lobb et al., 2010](#); [Stroebe, Schut & Stroebe, 2005](#)).

4.5.1.3. *Continuing Bonds nach Silverman und Klass*

[Silverman, Klass und Nickman \(1996\)](#) führten den Begriff des „Continuing Bonds“ ein, welcher folgendes Phänomen beschreibt: Psychopathologisch unauffällige Hinterbliebene konnten dabei beobachtet werden, wie sie sich an den Verlust einer nahestehenden Person adaptierten und gleichzeitig eine innere Beziehung zur dieser aufrechterhielten. Nachdem seit Freuds Konzeption der „Trauerarbeit“ der Trauerprozess lange als ein Prozess der inneren Lösung von Verstorbenen verstanden wurde, nahm die wissenschaftliche Gemeinschaft den Begriff „Continuing Bonds“ auf breiter Basis auf. Wiederholt wurde in der folgenden Zeit jedoch in der Beschreibung des gemeinsamen Auftretens von Adaptation und einer erhaltenden Beziehungsgestaltung zum Verstorbenen eine *Kausalitätshypothese* gelesen (Hinterbliebene, welche die Bindung zum Verstorbenen erhalten, bewältigen ihre Trauer besser. Folglich: Hinterbliebene zu einem solchen Verhalten anzuleiten, wirkt sich positiv auf ihre Trauerbewältigung aus). Mehr als das Herausstellen einer Korrelation, so kommentiert [Klass \(2006; S. 844\)](#) später jedoch, sei von seinem Autorenteam nicht beabsichtigt worden.

Trotzdem konnten bei folgenden Untersuchungen das Konzept von „Continuing Bonds“ weiterentwickelt und zusammen mit dem ehemals vorherrschenden,

gegenteiligen Verständnis von „Relinquishing Bonds“ in eine umfassendere Perspektive auf Trauer integriert werden ([Stroebe, Schut & Boerner, 2010](#)). Mehr dazu unter „[Integratives Modell der Trauer nach Stroebe et al.](#)“.

4.5.1.4. *Trauer in der Traumatheorie*

Als weitere Herangehensweise an Trauer im wissenschaftlichen Diskurs sei die Traumatheorie genannt. Diese beschreibt die Krankheit, das Leiden und den Sterbeprozess einer nahestehenden Person als für die Hinterbliebenen potenziell traumatische Erlebnisse. Sofern entsprechende personenindividuelle Kriterien gegeben sind, entfaltet sich eine der Traumafolgestörung ähnelnde Symptomatik: Die kognitive und emotionale Verarbeitung des Verlusts wird blockiert. Wenn, wie hier, davon ausgegangen wird, dass die dezidierte Bearbeitung der traumatischen Aspekte eines Verlustes Voraussetzung für eine Adaptation ist, drohen, falls dies nicht gelingt, eine Störung des Identitätsgefühls, die Erschütterung des Glaubens an Sinnhaftigkeit und ein Unvermögen, den Verlust in das Lebensnarrativ einzuweben. Der angestrebte, gegenläufige, adaptive Prozess der Eingliederung des traumatischen Erlebnisses in eine subjektiv als sinnhaft erlebte biografische Identität sowie das Finden von erbaulichen Perspektiven auf den Verlust wurde unter dem Begriff „Meaning making“ konzeptualisiert ([Neimeyer, Baldwin & Gillies, 2006](#); [Stroebe et al., 2019](#); [S. 4](#)).

4.5.1.5. *Vier-Komponenten-Modell der Trauer nach Bonanno*

Folgend sei das 4-Komponenten-Modell nach Bonanno ([Bonanno & Kaltman, 1999](#); [Stroebe et al., 2019](#); [S. 5, 6](#)) genannt. Es beschreibt vier grundsätzliche Einflussfaktoren auf den Trauerprozess: Der Kontext des Todes (z.B. unerwartet, erwartet, gewaltsam, Tod eines eigenen Kindes, Alter des Verstorbenen, Tod mit/ohne sozialer Unterstützung, Tod innerhalb einer Religionsgemeinschaft etc.), die Bedeutung des Todes für die Trauernden (z.B. Erleichterung nach jahrelanger Pflege, Angst vor dem Alleinseins im Alter beim Tod des Ehepartners, etc.), Repräsentation der verlorenen Beziehung (z.B. kann der

Hinterbliebene dem Verstorbenen gedenken) und emotionale Regulationsprozesse, das Coping. Das Modell sieht im Gegensatz zum Freud'schen Trauermodell nicht grundsätzlich das „Durcharbeiten“ der Trauer als adaptionsfördernd an, sondern situationsabhängig möglicherweise stattdessen Strategien, die die unmittelbare Minimierung negativer bzw. Maximierung positiver Emotionen zur Folge haben. Begründet wird diese Ansicht folgendermaßen: Durch das aktive Erzeugen positiv konnotierter und/oder kognitiv beanspruchender Erlebnisse (z.B. durch regelmäßige soziale Interaktion, intensives berufliches Engagement etc.) wird das Leben trotz des Verlusts fortgeführt, wobei für negative Emotionen (z.B. durch Grübeln) nur wenig Zeit bleibt. So manifestiert man vor sich selbst, dass mit dem Schmerz des Verlusts umgegangen werden kann und das Lebenskonstrukt weitgehend intakt bleibt. Die aufrecht gehaltene äußere Funktionsfähigkeit wird als Ergebnis eines erfolgreichen Copings und der eigenen Resilienz gewertet und manifestiert, dass das Leben nach dem Verlust weitergeht bzw. weitergehen darf.

4.5.1.6. Duales Prozess-Modell der Trauer nach Schut et al.

Heutzutage in Forschungskreisen verbreitet ist das „Duale Prozess-Modell“ (DPM) nach ([Schut, 1999](#)). Es beleuchtet den Bewältigungsprozess Trauernder und webt dabei Aspekte ein, welche auch im Stressmodell nach Lazarus zu finden sind: Stressoren, kognitive Bewertung und Coping. Das DPM zählt zwei Ausrichtungen der Verlustverarbeitung auf, in welchen der Trauernde sich mit Entwicklungsaufgaben (Stressoren) konfrontiert sieht: Verlustorientierung und Wiederherstellungsorientierung. Dabei werden hier als Ursachen einer Trauerreaktion neben dem Verlust nahestehender Personen durch ihren Tod, auch andere Verluste beschrieben, wie bspw. Trennungen, der Rückgang an Selbstständigkeit im Alter sowie Heimweh (als Verlust der Heimat). Bei der Verlustorientierung steht die innere Beschäftigung mit dem Verlorenen im Zentrum, welche von starker Sehnsucht geprägt ist. Bei der Wiederherstellungsorientierung geht es um die Konfrontation mit sogenannten „sekundären“ Stressoren – Folgen des Verlusts für die eigene Lebenssituation,

wie die Herausforderungen als nun alleinerziehender Elternteil, Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach langzeitiger Betätigung im Haushalt zum Erhalt des Lebensstandards. Die beiden Verarbeitungsfelder können zeitweise entweder angegangen oder vermieden werden. Positiv wird allgemein ein Copingverhalten gewertet, in welchem der Trauernde dynamisch zwischen Verlust- und Wiederherstellungsorientierung wechselt bzw. „oszilliert“. Innerhalb kann einzelnen Aspekten des Verlusts und seiner Folgen positiv als auch negativ betrachtet werden („kognitive Bewertung“). Es geht hier jedoch eher um das Finden emotional stimmigen Bewertung, als möglichst viele Aspekte des Verlusts positiv zu interpretieren. So wird es möglich, den Todesfall in das Lebensnarrativ einzuweben.

Das Duale Prozessmodell eignet sich zur Erklärung unterschiedlicher Reaktionen auf einen Verlust. Bei „normaler“, selbstlimitierender Trauer findet eine balancierte Oszillation zwischen Verlust- und Restauration statt. Verschiedene Aspekte des Erlebten werden re-visitiert und bewertet. Bei pathologischen Trauerreaktionen zeigt sich eine Veränderung der Oszillation zwischen Verlust und Restauration: Bei einer statischen Verlustorientierung würde sich eine anhaltende Trauerreaktion zeigen; im Fall einer statischen Restaurationsorientierung hingegen bliebe eine Trauerreaktion aus. Eine extreme Oszillation hingegen eignet sich zur Beschreibung einer traumatischen Trauer: hier findet sich eine übermäßige und oftmals unwillkürliche Orientierung in die eine oder andere Richtung: Intrusive Erinnerungen an Aspekte des Verlusts als charakteristisches Merkmal der Verlustorientierung und doch gleichzeitig starkem Vermeidungsverhalten im Sinne einer Restaurationsorientierung.

4.5.1.7. *Theorie Mentaler Repräsentationen nach Boerner et al.*

[Boerner und Heckhausen \(2003\)](#) kennzeichnen mit ihrer „Theorie mentaler Repräsentationen“ einen Trauerprozess als den Versuch, die innere Repräsentanz einer durch Verlust verunmöglichten *realen* Beziehung zu einem Verstorbenen derart zu verändern, dass sie ausschließlich *innerhalb* der hinterbliebenen Person fortgeführt werden kann. Dabei wird versucht, sowohl das

wissenschaftliche Paradigma des Bindungserhalts („Continuing Bonds“) als auch das der Bindungslösung („Relinquishing Bonds“) in dieses Konstrukt zu integrieren. Die Autoren erkennen die Evidenz dafür an, dass „Continuing Bonds“ einen verbreiteten Adaptationsmechanismus an Verluste darstellt. Dennoch gehen sie davon aus, dass eine gewisse Transformation der Beziehung vonstatten gehen muss, da diese nach dem Todesfall nicht in der gleichen Art und Weise fortgeführt werden kann, wie zuvor.

Um den Transformationsprozess zu beschreiben, bedienen sich die Autoren unter anderem der sogenannten „Lebenslauftheorie der Kontrolle“ ([Heckhausen & Schulz, 1995](#)) aus dem Bereich der Lebensspannentheorie. Nach dieser sind Menschen stets darum bemüht, eine „primäre“ Kontrolle über Geschehnisse in ihrem Leben zu erhalten, sie also bei Bedarf durch *direkte* Beeinflussung ihrer Umwelt verändern zu können. Wenn nun Lebensereignis eintritt, über welches keine oder nur in unbefriedigendem Ausmaß primäre Kontrolle ausgeübt werden kann (wie z.B. nach dem Tod eines geliebten Menschen diesen wieder zum Leben erwecken), kann vermehrt auf „sekundäre“ Kontrollstrategien zurückgegriffen werden, welche zumeist einen inneren Perspektivwechsel auf das äußere Leben beinhalten. [Boerner und Heckhausen \(2003\)](#) beschreiben „Mentale Repräsentation“ als eine solche Strategie. Diese werden als erinnerte oder auf Basis von Erinnerungen phantasierte Vorstellungen des Verstorbenen beschrieben, welche dem Hinterbliebenen gleichzeitig als Leitbild und tröstendes Substitut dienen können (z.B. „Mein Vater sagte mir vor dem Verlassen des Hauses immer ‚Handy, Schlüssel, Geld nicht vergessen!‘ – ‚Handy, Schlüssel, Geld‘, diese Singsang-Alltagshilfe werde ich (ihm) nie vergessen – auch wenn man mich um 4 Uhr Nachts aus dem Schlaf reißt.“ oder „Meine Mutter wachte vor heiklen, scheinbar dichotomen Entscheidungen manchmal ganze Nächte durch, um dann genau im rechten Moment, einem Phönix gleich, mit rettenden ‚dritten Möglichkeiten‘ im Schnabel aus der Asche aufzusteigen. Was würde sie jetzt tun?“).

Mentale Repräsentationen werden hier also zum Mittel, die einst *reale* in eine *mentale* Beziehung zu transformieren, deren Fortführung künftig auch ohne den „realen“ Kontakt zum Verstorbenen möglich bleibt.

4.5.1.8. *Integratives Modell der Trauer nach Stroebe et al.*

In ihrem Ansatz, auf theoretischer Basis verständlich zu machen, wann sich eine „innere“ Fortführung bzw. Lösung der Beziehung mit Verstorbenen (mal-)adaptiv auf Hinterbliebene auswirkt, entwickelten ([Stroebe et al., 2010](#)) ein integratives Modell, welches vier Trauermodelle vereint und miteinander assoziiert. Mit diesem sollen Adaptionsmuster bei Trauernden sichtbar gemacht werden: die Bindungstheorie, das Duale Prozess-Modell und die Theorie mentaler Repräsentationen („Mental Representations Theory“) von ([Boerner & Heckhausen, 2003](#)) und „Continuing/Relinquishing Bonds“ ([Stroebe & Schut, 2005](#)). Übergeordnetes Ziel dieses Modells ist es unter anderem, den Weg für eine differenziertere Dia- und Prognostik von Trauerverläufen sowie die Entwicklung spezifisch daran angepasster therapeutischer Interventionen zu bahnen. Siehe dazu im Anhang unter 10.2 Integratives Modell der Trauer nach Stroebe et al.“ auf Seite 276.

4.5.1.9. *Anhaltende Trauerstörung (ICD-11)*

Es stellt sich die Frage, wann Trauer als behandlungsbedürftig gilt bzw. Bedarf nach professioneller Unterstützung besteht. Zu dieser Frage wurden im medizinischen Bereich Versuche unternommen, Kriterien für eine „nicht-regelrechte“ Trauer festzulegen, um eine sensitive und spezifische Diagnostik sowie Indikationen zur Behandlung derselben zu ermöglichen. In der Forschungsliteratur zum Thema finden sich mannigfaltige Begrifflichkeiten für „nicht-regelrechte“ Trauer, welche unterschiedliche Aspekte oder Erscheinungsformen derselben beleuchten: Melancholie, komplizierte Trauer, pathologische Trauer, fehlende Trauer, verzögerte Trauer, traumatische Trauer, prolongierte Trauer und zuletzt im ICD veröffentlicht: die „Anhaltende Trauerstörung“ bzw. „Prolonged Grief Disorder“. Im ärztlichen Alltag kommt der

Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung oder dem Identifizieren entsprechender Prädiktoren eine große Bedeutung zu. Die elfte Revision des ICD-Katalogs wird voraussichtlich erstmalig die „Anhaltende Trauerstörung“ (ATS) oder „Prolonged Grief Disorder“ (PGD) als eigene Diagnose enthalten. Dieser Versuch der klinischen Spezifikation einer anhaltenden Trauerstörung geht auf die Erkenntnis zurück, dass diese zwar Ähnlichkeiten mit anderen Erkrankungen (Depression, posttraumatische Belastungsstörung) besitzt, jedoch eine andere Herangehensweise erfordert. Beispielsweise muss bei einer anhaltenden Trauerstörung therapeutisch anders vorgegangen werden, um eine Symptombesserung zu erzielen ([Doering & Rosner, 2018](#)). In der Differentialdiagnostik einer „anhaltenden Trauerstörung“ wird deutschlandweit momentan auf das klinische Interview mithilfe des „Prolonged Grief Disorder Questionnaire“ (PG-13) zurückgegriffen, welcher ins Deutsche übersetzt wurde. Als diagnostisches Instrument zum Selbstbericht wird standardmäßig eine validierte Übersetzung des „Inventory of complicated grief“ genutzt ([Doering & Rosner, 2018](#)).

4.5.1.10. Preloss Grief vs. Antizipatorische Trauer

Ein weiteres Konzept im Bereich der Trauer stellt die sogenannte „Antizipatorische Trauer“ dar, benannt durch Erich Lindemann ([Lindemann, 1994](#)). Dieser Begriff beschreibt eine dem antizipierten Verlust vorhergehende Trauerreaktion ([Casarett, Kutner, Abrahm & End-of-Life Care Consensus, 2001](#)) und fußt unter anderem auf Sigmund Freuds Konzept der Trauerarbeit (i.S.: zur erfolgreichen Adaptation an einen Verlust muss Trauerarbeit geleistet werden). Es wurde vermutet, dass ein Ableisten dieser Trauerarbeit bereits vor dem Verlust einen positiven Effekt auf das Trauer-Outcome nach dem Tod hat. Neuere Erkenntnisse weisen jedoch gar darauf hin, dass das Gegenteil der Fall sein könnte. Aus diesem Grund wurde mit „Preloss Grief“ eine neue, rein deskriptive Bezeichnung dieses Konzepts vorgeschlagen, welche keine aktive, protektive Komponente dieses Phänomens suggeriert (vgl. Antizipation im Sinne einer „Prophylaxe“) ([Nielsen, Neergaard, Jensen, Bro & Guldin, 2016; S. 91](#)).

4.5.1.11. *Biopsychosoziale Integration von Trauer*

Lediglich tangential soll hier dargestellt werden, dass gegenwärtig neben psychologischen auch biologische Faktoren der Trauer untersucht werden. [Seiler, von Känel und Slavich \(2020\)](#) bieten in ihrem Review dazu einen aktuellen Überblick. Sie verwenden zur theoretischen Integration aktueller biopsychologischer Ursachenforschung der Trauer die sogenannte „Social Signal Transduction Theory of Depression“ (direkt übersetzt mit „Soziale Signaltransduktionstheorie der Depression“). In dieser wird davon ausgegangen, dass Stress in der Kindheit oder auch später im Leben eine neuroinflammatorische Sensitivität gegenüber nachfolgenden Stressoren und damit eine Anfälligkeit für somatische wie psychische Probleme (Depression, nicht-regelrechte Trauer) fördern kann. Folgende mediierende Faktoren werden angesprochen: Systemische Inflammation, Immun-Dysregulation, (epi-)genetische Veränderungen, Aberrationen des Mikrobioms sowie verstärktes biologisches Altern.

4.5.2. Trauer aus halachischer Sicht & psychologische Rezeption

Zum vertiefenden Verständnis der Interviewgespräche wird im Folgenden Trauer aus der Perspektive jüdischer Liturgie bzw. Kultur beschrieben. In der talmudischen Tradition wird die Trauerzeit in vier Abschnitte eingeteilt. Innerhalb dieses historisch gewachsenen Bezugsrahmens zur Förderung der Trauerbewältigung lassen sich Prinzipien erkennen, welche Ähnlichkeit zu zeitgenössischen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Paradigmen aufweisen:

Zu Beginn der ersten Trauerphase, „Aninut“, übernimmt die eigens dazu in vielen Gemeinden bestehende „Chevra Kadischa“ (dt.: „Heilige Gemeinschaft“) die Versorgung des Toten und die Organisation der Beerdigung. „Aninut“ (hebr. für „Verzweiflung“) steht für die Phase des ersten Schocks bis zur Beerdigung des Verstorbenen. Für die Hinterbliebenen beginnt die Trauerzeit mit einer symbolischen Handlung: dem Einreißen des Kleides des Trauernden in

Herzgend, der sogenannten „Kriah“. Dieser Akt steht für den unverrückbaren Einschnitt in ihr Leben. Dabei wird ein Segenspruch gesagt, welcher mit „Der Herr gibt und der Herr nimmt.“ übersetzt werden kann und den Übergang von einer Lebensphase (mit dem Verstorbenen) in die nächste (ohne ihn) markiert. Bei der Beerdigung steht ein zügiges Vorgehen im Vordergrund, um die „Realität“ des Verlusts zu manifestieren. Auch soll sie jeden Versuchs der Beschönigung entbehren (schlichter Holzsaarg, keine Blumengebinde etc). Nichts soll die Hinterbliebenen während Aninut von der emotionalen Realisation der Tragweite des Geschehenen ablenken.

Während der sieben Tage der „Schiwa“ (hebr. „sieben“; die erste Trauerwoche) steht das Haus der Hinterbliebenen (bzw. des Verstorbenen) den Gemeindemitgliedern offen, welche zu jeder Tageszeit eintreten können und den Trauernden Gesellschaft und Anteilnahme zuteilwerden lassen sollen. Sie sind außerdem nach den religiösen Trauergesetzen dazu verpflichtet, den Hinterbliebenen alltägliche Haushaltsaufgaben abzunehmen (Kochen, Einkaufen etc.). So können sich diese auf die aufkommenden Gefühle einlassen und werden nicht von alltäglichen Verrichtungen ([Lamm, 2000](#)) abgelenkt. Im Schiwa-Haus werden alle Spiegel verhängt. Die Trauernden setzen jegliche nicht unbedingt notwendige körperliche Pflege aus, Bärte werden nicht rasiert. Eitelkeit wird in diesen Tagen kein Raum gegeben. Die Trauernden sitzen, soweit der körperliche Zustand es erlaubt, auf niedrigen Schemeln oder dem Boden. Alles soll den Geist auf den Verlust lenken.

Das Prinzip der Konfrontation mit widrigen Gefühlen ist ein zentraler Gedanke vieler psychotherapeutischer Ausrichtungen. In der Verhaltenstherapie findet sich diese beispielsweise in Form von Expositionsübungen zur Behandlung von Phobien („Systematische Desensibilisierung“, „Reizüberflutung“, „gestufte Reizkonfrontation“). Auch in tiefenpsychologischen Verfahren wird eine Konfrontation mit un- bzw. vorbewussten Konfliktmustern des Patienten angestrebt, beispielsweise mittels diesbezüglicher Deutungen des Analytikers. Die Intention, Ablenkung von verlustbezogenen Gefühlen zu vermeiden

(Verhängen der Spiegel, bodennahes Sitzen, Aussetzen nicht-essenzieller Körperpflege, Schlichtheit der Beisetzung etc.) findet sich auch im liegenden Setting der klassischen Psychoanalyse, in welchem der Therapeut außerhalb des Blickfelds des Analysanden sitzt, sodass diese mögliche non-verbale Reaktionen nicht ohne weiteres bemerkt und in seinem Assoziationsprozess weniger von außen beeinflusst wird.

Der jüdischen Gemeinschaft kommt während der Schiwa eine Rolle gegenüber den Trauernden zu, welche mit „Kondolenz“ unzureichend definiert ist. Mithilfe von Verhaltensregeln sowohl für Hinterbliebene als auch Gemeindemitglieder soll ein Rahmen geschaffen werden, in dem eine Konfrontation mit den Verlustgefühlen stattfinden kann. Im Vordergrund steht, die Trauernden nicht mit Kondolenz zu überhäufen, sondern ihnen durch eine unaufdringliche, aufmerksame Präsenz Raum zu geben, sich frei auszudrücken oder dies auch zu unterlassen.

Die durch den Verhaltenskodex angestrebte interpersonelle Kommunikationsdynamik der Schiwa zeigt Ähnlichkeit mit im psychoanalytischen Setting anzutreffenden Geisteszuständen: Dem Therapeuten wird hier eine sogenannte „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ angeraten ([Freud, 1912](#)), bei welcher alle Aussagen des Patienten gleichwertig aufgenommen werden sollen, ohne diese bewusst auf ihrer Bedeutung hin zu beurteilen. Auch die sich der gleichschwebenden Aufmerksamkeit spiegelbildlich darstellende „freie Assoziation“ des Patienten, mithilfe derer der Patient seine inneren Vorgänge „ungefiltert“ wiedergeben kann, wird durch das Setting der Schiwa den Trauernden ermöglicht ([Freud, 1975](#)).

Die Funktion der anwesenden Gemeindemitglieder wurde des Weiteren mit dem von [Winnicott \(1964\)](#) konzeptualisierten „therapeutic holding environment“ verglichen ([Slochower, 2007; S. 90; 2011; S. 680](#)). Verbildlicht mit der prototypischen Beziehung einer „ausreichend guten Mutter“ zu ihrem Säugling beschreibt das „Holding“ folgende Funktion, die auch in einer primären Bindungsperson gefunden werden können: Weil die Mutter sich mit ihrem Baby

stark identifiziert, erlebt sie dessen Bedürfnisse wie ihre eigenen. Dies erlaubt ihr, sensitiv und adäquat auf diese einzugehen. Indem sie dabei ihre eigene Subjektivität voll dem Säugling im Sinne einer temporären emotionalen Verschmelzung widmet, erhält der Säugling ein psychisches Vehikel zur Entwicklung seiner Autonomie in Zeiten vollkommener realer Abhängigkeit. Diese Funktion als analytisch arbeitender Therapeut zu übernehmen, erlaubt es nach Winnicott dem Patienten, sich zeitweise als vom inneren Raum des Analytikers „ungetrennt“, vom sozialen Diktum der Gegenseitigkeit als geschützt zu erfahren und damit das nötige Vertrauen zu entwickeln, um sich eigenen inneren Vorgängen ungestört und authentisch zuzuwenden ([Slochower, 1996; S. 4, S. 130-132](#)). Die Autorin beschreibt das vom Schiwa-Kodex vorgeschriebene Verhalten für Kondolierende analog: geistig und emotional präsent, unaufdringlich aber jederzeit bereit, auf Gesprächsinitiationen der Trauernden hin mit diesen in verbalen Kontakt zu treten.

Dass die Konfrontation mit den sieben Tage lang andauernden Besuchen für viele Hinterbliebene eine Herausforderung darstellt (eine Zeit, während derer viele Menschen sich eher zurückziehen würden), verleiht dem Imperativ nach empathischem, taktvollem und zurückhaltendem Auftreten der Kondolierenden ein besonderes Gewicht.

Auf subtile Art werden die Hinterbliebenen jedoch während der sieben Tage der Schiwa auch gezielt als aktives Mitglied in die jüdische Gemeinschaft eingebunden: Beim wiederholten gemeinsamen Rezitieren des Kaddisch-Gebets sowie zum Ende des Besuchs eines jeden Kondolierenden: Vor dem Verlassen sagen diese stets den gleichen Satz: „Hamakom yenachem etchem betoch scha'ar avelay tziyon viyruschalayim“ (המקום ינחם אתכם בתוך שאר אבלי ציון וירושלים) – „Der Ewige tröste dich inmitten der Übrigen, die um Zion und Jerusalem trauern“. So bleiben die Hinterbliebenen doch in begrenztem Maß mit dem Erleben nicht-Trauernder und damit dem „äußeren“ Leben verbunden, können sich jedoch auch ihren verlustbezogenen Gefühlen hingeben. Dieser Raum zwischen Verbindung (gemeinsames Verweilen im „holding environment“ der

Kondolierenden) und Isolation (innere Einsamkeit in der persönlichen Trauer) wird von [Slochower \(2011; S. 683\)](#) in Anlehnung an [Winnicott \(1971\)](#) „transitional memory space“ genannt (frei übersetzt: „Erinnerungs-Übergangsraum“): Ein Raum in welchem die natürliche Ich-Bezogenheit der ersten Trauerreaktion und ein begrenzter Anteil an Gegenseitig- bzw. Gemeinsamkeit koexistieren. Im Verlauf soll dieses Gleichgewicht schrittweise zugunsten der Gegenseitigkeit verschieben.

Zum Ende der Schiwa wird das zerrissene Hemd mit groben Stichen wieder geflickt. Dieser symbolische Akt markiert den Beginn einer erneuten allmählichen Hinwendung zur Normalität.

Danach folgt die Phase der „Schloshim“ (hebr. „dreißig“; dem der Beerdigung folgenden ersten Trauermonat) in welchem wieder allmählich der Alltag im Leben der Hinterbliebenen Einzug halten soll. Man geht wieder seiner Arbeit nach, vermeidet jedoch festliche Anlässe, wie Feiern oder Hochzeiten. Weiterhin wird der Bart nicht rasiert und es sollen auch keine neuen Kleider getragen werden. Zum Abschluss der 30 Tage wird das Loch im Hemd mit feinen Stichen vernäht.

Im Falle des Todes der Eltern folgt hiernach die vierte Phase, „Shana“ (hebr. „Jahr“; das erste Trauerjahr; ein Monat nach dem Tod). Die Trauervorschriften werden nun weiter zurückgenommen, Festivitäten werden jedoch weiterhin gemieden. Der Grabstein wird in manchen Gemeinden erst zum Ende des Trauerjahres gesetzt, in anderen geschieht dies bereits früher. Darüber hinaus tritt die Tradition in Kraft, einmal im Jahr die sogenannten „Jahrzeitlichter“ im Gedenken an die Eltern zu zünden und das „Kaddisch“-Gebet zu sprechen. Auch rezitiert man (besonders in aschkenasischen Gemeinden) fortan zusätzlich in der Synagoge an vier Feiertagen des Jahres (Jom Kippur, Sukkot, Pessach und Schawuot) das Verstorbenen-Gedenkgebet „Jiskor“.

Das Jiskor-Gebet mit welchem Hinterbliebene gemeinsam ihren Toten gedenken, stellt sich für [Slochower \(2011; S. 683, 684\)](#) als ein gemeinschaftliches Gedenkritual dar, in welchem sowohl die *Absenz* der

Verlorenen bestätigt, gleichzeitig aber in gegenseitiger Bezeugung die persönlichen Erinnerungen der Hinterbliebenen und damit eine *Präsenz* der Beziehungen mit den Verstorbenen im intersubjektiven Raum der Trauernden manifest wird.

5. Studienprotokoll

Nachfolgend wird das Studienprotokoll in Anlehnung an die COREQ-Checkliste („COnsolidated criteria for REporting Qualitative research“) dargelegt. Die in dieser Liste vorgegebene Struktur soll eine klare und hinreichend ausführliche Verfahrensbeschreibung sicherstellen, um das Vorgehen des Forschenden für den Leser transparent zu machen und theoretisch eine Nachahmung zu ermöglichen ([Tong, Sainsbury & Craig, 2007](#)). Die in runde Klammern gefassten und im gesamten Dokument zu findenden Zahlen beziehen sich auf die Punkte der Checkliste. Diese wird bei der Einreichung der Dissertation als separates Dokument eingereicht.

5.1. Angaben zum Forscher

Die Studie wurde sämtlich vom Forscher, David Tschebiner (4) im Rahmen seiner Inaugurationsdissertation (2) geplant und durchgeführt (1). Die Erhebung geschah während seines Medizinstudiums, die Auswertung über den Zeitraum seines Praktischen Jahres bis nach seiner Approbation zum Arzt (3). Er stellte die Dissertation vor Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit fertig.

Die im Rahmen der Studie erforderlichen Fähigkeiten erwarb er zunächst durch Literaturstudium ([Mayring, 2015](#); [Schreier, 2012](#)). Im Verlauf der Arbeit nahm er regelmäßig an Peer-to-Peer-Besprechungen („Doktorandenkolloquien“) an der Forschungsstelle Spiritual Care unter der Leitung seines Doktorvaters Prof. Dr. med. Eckhard Frick SJ Teil. Hierin wurden qualitative und quantitative Dissertationsprojekte im Themenbereich Spiritual Care gemeinsam betrachtet und das Vorgehen eingehend diskutiert. Des Weiteren bildete er sich in der „Werkstatt für qualitative Forschung“ fort, einer regelmäßig unter der Leitung von Dr. rer. biol. hum. Katja Kühlmeyer am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU ausgerichteten Zusammenkunft qualitativer Forscher zur kollegialen Intervision und gegenseitigen Beratung bezüglich ihrer Forschungsarbeiten. Bei speziellen Fragestellungen stand ihm Frau Dr.

Kühlmeyer wiederholt im Rahmen persönlicher Beratungen mit ihrer Erfahrung in qualitativer Forschung zur Seite (5).

5.2. Studiendesign

5.2.1. Datenerhebung

5.2.1.1. Stichprobe

5.2.1.1.1. Einschlusskriterien, Soziodemografie, Repräsentativität und Drop-Out

Es wurde eine kleine Stichprobe von sechs Respondenten interviewt. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Beschreibung beispielhafter und eventuell charakteristischer, jedoch nicht *aller* denkbaren Darstellungen der untersuchten Kohorte. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass keine Datensättigung (22) erreicht wurde und auch keine Repräsentativität der Darstellungen.

Die Auswahl der Respondenten unterlag folgenden Einschlusskriterien: Jüdische, in München arbeitende, deutschsprechende Ärztinnen und Ärzte.

Unterschiedliche medizinische Fachrichtungen sind vertreten, teils Berufserfahrung in mehr als einem Bereich besteht: Allgemeinmedizin, Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Urologie. Das Sample teilte sich überdies in eine Frau und fünf Männern auf (16).

Alle der ursprünglich acht kontaktierten Teilnehmer erklärten sich zu einem Interview bereit. Bei zweien der Anwärter wurden die Interviews jedoch aus Zeitgründen auf Seiten des Forschers nicht geführt (12, 13).

5.2.1.1.2. Auswahlstrategie und Kontaktaufnahme

Die Untersuchungsstichprobe generierte der Forscher unter Verwendung des Schneeballprinzips und ausgehend von privaten Kontakten (10). Der Erstkontakt

wurde über E-Mail hergestellt, mit der Anfrage nach einem Interview, wobei in einem mitgesandten Informationsblatt das Studienthema grob skizziert wurde sowie eine schriftliche Einwilligungserklärung zur vorläufigen Einsicht. Bei positiver Antwort wurde in der folgenden schriftlichen Korrespondenz ein Interviewtermin vereinbart (11).

5.2.1.1.3. Beziehung der Respondenten zum Interviewer

Sämtliche Respondenten sind dem Interviewer freundschaftlich verbunden und/oder über die gemeinsame jüdische Gemeinde bekannt (6). Dies trug vermutlich zu einer verhältnismäßig offenen Haltung gegenüber dem Forschungsinteresse bei. Bekannt war auch, dass es sich bei der Untersuchung um eine Inaugurationsarbeit handelt (7; 8.1). Der Betreuer der Studie und Doktorvater des Forschenden, Eckhard Frick, ist einem Teil der Respondenten aus dem beruflichen Umfeld bekannt (8.2).

Der eigene Umgang mit Trauer und Trauernden kann als intimes Thema wahrgenommen werden. Es stellte sich bei der Stichprobenbildung die Frage, ob eine intime Situation gefördert werden soll, indem man Interviews mit persönlich bekannten Interviewpartnern desselben ethnischen Hintergrunds führt. Vorteil dieser Konstellation ist die eventuell größere Chance, authentische Antworten auf als intim und eventuell heikel empfundene Fragen zu erhalten. Darüber hinaus besteht jedoch die Gefahr, dass Respondent und Interviewer beiden evidente Vorannahmen oder Hintergrundinformationen (z.B. ethnospezifische, religions- bzw. gemeindeinterne Inhalte) nicht explizit ausformulieren. Die spätere Gesprächsanalyse ist dadurch erschwert, dass diese Inhalte für einen mit dem gemeinsamen Hintergrund der Interviewpartner unvertrauten Leser eventuell nicht nachvollziehbar sind, sofern sie aus den Aussagen nicht direkt hervorgehen. Bei solchen Gesprächsstellen müssen interpretative Erläuterungen durch den Forscher geleistet werden, um Inhalte intersubjektiv zugänglich zu machen ([Bogner, Littig & Menz, 2014](#)). Es wurde entschieden, auf Kosten einer interpretativen Mehrarbeit die Chance auf eine größere thematische Tiefe und Authentizität der Interviews zu ergreifen.

5.2.1.2. *Maximen der Interviewführung*

Die Respondenten wurden als „Experten“ interviewt, deren Wissen in zwei Bereichen besonders von Interesse ist ([Bogner et al., 2014; S. 17, 18](#)): Einerseits können sie berufliches Know-How („technisches Wissen“, „Handlungswissen“ sowie „Deutungswissen“) über ihren Umgang mit Hinterbliebenen und Sterbenden darstellen. Darüber hinaus wurde ihnen eine spezielle Einsicht in sich selbst zugesprochen, die es ermöglicht, eigene Haltungen und Handlungsmaximen in diesem Feld sowie Hypothesen über mögliche Ursprünge derselben zu formulieren.

Im Bereich der ärztlichen Trauerbegleitung positionierte sich der Interviewer in der Rolle eines vorinformierten Laien. Dies geschah mit dem Ziel, auf der Seite des Respondenten die Beschreibung grundlegender Informationen über dieses Thema zu fördern, um sich selbst und mit dem Themenbereich wenig vertrauten Lesern einen Einstieg zu ermöglichen. Gleichzeitig nahm er in Bezug auf „jüdische“ Sachverhalte die Rolle eines „Koexperten“ ein, welchem „kultur-interne“ Themen geläufig sind. Umstände, Zusammenhänge und Perspektiven, welche beiden Gesprächspartnern durch ihre gemeinsame Wissensbasis bekannt sind, würden hierdurch weniger im Interview durch die Respondenten selbst, als später in der Auswertung durch den Autor erläutert. Dies sollte Zeit für die Erläuterung feiner auflösende, individuellere und für den Interviewer neuartige Gedankengänge im Kontext des „Jüdischen“ schaffen.

Die Haltung des Interviewers sollte zudem Respekt, Unvoreingenommenheit und soweit passend, Ungezwungenheit im Sinne eines „Komplizen“ ([Bogner et al., 2014; S. 53/54](#)) vermitteln, vor welchem nicht nur (vor-)formulierte bzw. vertraute, sondern auch spontane Überlegungen in Echtzeit Platz finden können.

Als wichtiger und gesprächstechnisch zu fördernder Teil der Interviews wurden persönliche Erzählungen („Narrative“) betrachtet, welche das Denken und Fühlen der Ärzte insbesondere unter biografischen Aspekten zu beleuchten vermögen

und so ihre Haltungen und Handlungsdirektiven intuitiver begreiflich machen können.

5.2.1.3. Interviewleitfaden

Um zu gewährleisten, dass in jedem Interview die für die Forschungsfragen relevanten Themen abgedeckt werden, entwickelte der Untersucher einen Interviewleitfaden (siehe Anhang). Dieser wurde im ersten Interview (Pilot-Interview) getestet (17.2) und in Peer-Group-Besprechungen bzw. der „Qualitativen Werkstatt“ diskutiert. Da keine wesentlichen Veränderungen vorgenommen werden mussten, wurde dieser bei den folgenden Interviews in derselben Form verwendet und auch das Pilot-Interview im Sinne eines Hauptinterviews ausgewertet (18).

5.2.1.4. Interviewsetting und Ablauf

Geführt wurden die Interviews zu zweit (Respondenten und Interviewer), entweder in der Praxis oder bei ihnen zuhause (14, 15), nach Arbeitsschluss. Die 30- bis 70-minütigen (21) Gespräche wurden jeweils als mp3-Datei (19) aufgenommen.

Dem Kerngespräch vorausgehend stellte sich der Forscher als Medizinstudent im klinischen Studium und Doktorand vor und legte seine Assoziation zur Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Technischen Universität München, der daran angebundenen Forschungsstelle für Spiritual Care und seinem Betreuer, Prof. Eckhard Frick, dar.

Daraufhin erläuterte der Untersucher die Verarbeitung der Audiodateien in Transkripte, nannte die Aufbewahrungsvorschriften der erhobenen Daten, beschrieb das Anonymisierungs- bzw. Pseudonymisierungsverfahren der Interviews (inkl. der Möglichkeit, den Respondenten „unangenehme“ Textstellen zu schwärzen) und garantierte Vertraulichkeit innerhalb der beteiligten Forschungsgruppen (Doktorandenkolloquium und „Qualitative Werkstatt“).

Bezogen auf den erwünschten Inhalt der Interviews betonte der Forscher, dass insbesondere *eigene* Erfahrungen des Respondenten für die Studie von Interesse sind.

Als Grundstruktur dienten feste Erzählstimuli („Kernfragen“) – eine konstante Ausgangslage für Ausführungen zu den Hauptthemen der Studie (17.1). Im weiteren Verlauf wurden noch nicht angesprochene Aspekte vom Interviewer sondiert („Wichtige Aspekte“) und der bei Bedarf der Erzählfluss durch ermutigende Formulierungen gefördert („Aufrechterhaltung“).

Ausgeleitet wurden die Interviews mit der Frage nach Erwartungen gegenüber inhaltlichen Interessen des Interviewers, um eventuelle.

Im Anschluss fertigte der Forscher Feldnotizen (20) über potenziell für die Auswertung relevante Details der Interviewsituation aus seiner Erinnerung an.

5.2.2. Datenauswertung

5.2.2.1. *Interviewtranskription*

Gesprochene Inhalte sowohl in Form von Audioaufnahmen als auch in Schriftform zu untersuchen, birgt die Möglichkeit, Informationen über ein breiteres Sinnspektrum (hören *und* sehen/lesen) und damit facettenreicher zu erfahren. Hierdurch kann der Erkenntnisgewinn über das Material erweitert bzw. vertieft werden.

Dabei müssen Entscheidungen darüber getroffen werden, wie viele Informationen aus dem Gesprochenen durch den Text erfassbar gemacht werden sollen.

Es können paraverbale Sprachaspekte als Text „sichtbar“ und damit einer Analyse zugänglich gemacht werden, welche in einer sprachlich *geborenen* Form selten auftauchen: Dialekt, Umgangssprache, Lachen Tonhöhenverläufe, Wortverschleifungen („so ein Buch“ → „so'n Buch“), Satzabbrüche oder Sprechpausen u.A. Auch wandelt eine Transkription den Gesprächsverlauf in

eine visuell erfassbare Form um. Dies kann eigentümliche Darlegungs- und Argumentationsmuster auf der Makroebene freilegen.

Jedoch sollte ein der „Erkenntniserwartung“ angemessener Kompromiss zwischen „[...] realistischer Situationsnähe“ des Interviews und „[F]orschungspragmatik“ ([Dresing & Pehl, 2013; S. 17, 20](#)) geschlossen werden: So viele Informationen, wie voraussichtlich nötig, um in der folgenden Analyse das Erkenntnisinteresse zu befriedigen, jedoch so wenige wie möglich, um das Erlernen der Transkriptionsregeln sowie die Lesefluss im Transkript zu erleichtern. Außerdem vermeidet eine „ökonomisierte“ Transkriptionstiefe Unübersichtlichkeit durch unnütze Details während der Auswertung des Transkripts.

Vor diesem Hintergrund stellte der Forscher folgende an das „Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse“ ([Dresing & Pehl, 2013](#)) angelehnte Transkriptionsregeln (siehe 10.4 Transkriptionsregeln“ auf Seite 278) zusammen und überführte unter Befolgung dieser die Audio-Aufnahmen der Interviews mithilfe der gängigen Transkriptionssoftware „F5“ in die Textform (27.1).

5.2.2.2. *Interviewanalyse*

5.2.2.2.1. *Auswertungsmethodik*

5.2.2.2.1.1. *Paradigma des modularen qualitativen Inhaltsanalyse*

Für diese Studie wurde die sogenannte „Qualitative Inhaltsanalyse“ (9) als Grundmethodik gewählt. Dabei orientierte man sich anwendungstechnisch am Verständnis einer qualitativen Inhaltsanalyse als „Werkzeugkasten“, wie es in Prof. Dr. Margrit Schreiers Artikel „Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten“ ([Schreier, 2014](#)) vorgeschlagen wird. Schreier untersucht gängige qualitativ-inhaltsanalytische Methoden und schlussfolgert, dass lediglich zwei derselben als „Basisformen“ angesehen werden können, welche sich grundlegend voneinander unterscheiden: die „Strukturierende qualitative Inhaltsanalyse“ nach [Mayring \(2015; S. 98\)](#) und die

„Qualitative Inhaltsanalyse durch Extraktion“ nach [Gläser und Laudel \(2009\)](#). Alle anderen besprochenen Analysevarianten, so argumentiert Schreier, „[weichen] an einer bestimmten Stelle von der generischen Variante qualitativ-strukturierender Inhaltsanalyse [ab] bzw. [spezifizieren] diese in einer bestimmten Weise [...]“ und können somit „nicht [...] als „eigenständige Verfahren gelten“ ([Schreier, 2014; S. 22](#)). Folgend schlägt sie unter Verwendung der von Prof. Dr. Philipp Mayring ersonnenen „Basisform“ der „strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse“ das Konzept eines „Werkzeugkastens“ (siehe im Anhang unter 10.5 Werkzeugkastenmodell nach Margrit Schreier“ auf Seite 282) vor: einem Verständnis des inhaltsanalytischen Vorgehens als modular aufgebauter Fahrplan, welcher bei jedem Schritt Vorgehensoptionen (Module) zur Verfügung stellt, je nach Erkenntnisziel, Ressourcenverfügbarkeit und persönlicher Präferenz des Analysierenden.

5.2.2.2.1.2. Qualitative Inhaltsanalyse – Allgemeiner Überblick

Um ein materialübergreifendes Verstehen zu ermöglichen, wird als Kern der qualitativen Inhaltsanalyse aus dem Erhebungsmaterial (z.B. Interviewtranskripte) in seiner *chronologischen* Form (Gesprächsablauf) regelgeleitet eine dem jeweiligen Erkenntnisziel (z.B. Erfassung von inhaltlichen oder formalen Aspekten u.Ä.) dienende *thematische* Struktur extrahiert, fixiert durch ein sogenanntes „Kategoriensystem“. Dies ist eine hierarchische Ordnung bezeichnender Überschriften, welche die untersuchten Aspekte des Texts strukturiert und eingängig wiedergibt. Jeder relevante Sinneinheit des Materials sollte sich am Ende intersubjektiv nachvollziehbar in das Kategoriensystem einordnen („kodieren“) lassen.

Um eine Konstanz des Kodierens (z.B. über die Zeit oder mehrere Kodierende) zu gewährleisten, werden zunächst drei Einheitengattungen des Materials in ihrer Bezugsdimension vordefiniert, von [Mayring \(2015; S. 61\)](#) benannt als sogenannte „Analyseeinheiten“:

1. „Kodiereinheiten“ sind die „kleinste[n] Materialbestandteil[e] [...], [die] ausgewertet [werden und] unter eine Kategorie fallen [dürfen]“.
2. „Kontexteinheiten“ sind die „größte[n] Textbestandteil[e] [...], [die] unter eine Kategorie fallen [dürfen]“.
3. „Auswertungseinheiten“ [sind die] Textteile [, die] jeweils nacheinander ausgewertet werden“.

Kategorien können „deduktiv“ (Ableitung aus bereits bestehendem Verständnis bzw. Vorwissen) oder „induktiv“ (Ableitung aus dem Material selbst) erstellt werden; auch die Kombination beider Vorgehensweisen ist möglich.

Häufig werden die „grundlegenden Strukturierungsdimensionen“ des untersuchten Sachverhalts (auch „Hauptkategorien“) deduktiv erzeugt, während die „Ausprägungen“ (bzw. „Subkategorien“) induktiv anhand des Materials formuliert werden.

Zur deduktiven Kategorienfindung dienen beispielsweise die Forschungsfragen der jeweiligen Studie, bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse, wissenschaftliche Theorien sowie davon ausgehende theoretische Überlegungen.

Die Erstellung eines sogenannten „Kodierleitfadens“ (mit eindeutigen Kategoriedefinitionen, veranschaulichenden Ankerbeispielen und Kodierregeln nicht-eindeutigen Fällen) dient dazu, jede der zu kodierenden Texteinheiten eindeutig und intersubjektiv nachvollziehbar einer der *deduktiv* erstellten Kategorien zuordenbar zu machen (im Idealfall untersucherunabhängig). Zunächst wird ein Teil des Materials als Probe für den Erstentwurf eines vorläufigen Kodierleitfadens genutzt. Dieser wird dann durch weitere Kodierer auf denselben Text angewandt („kodiert“) und danach die Übereinstimmung der Kodierungen überprüft. Bei ungleichen Kodierungen wird der Kodierleitfaden diskutiert und derart angepasst, dass seine Vorgaben die Kodierer im Idealfall zu einer einheitlichen Zuordnung des Materials zum Kategoriensystem anleitet.

Anschließend wird das verbleibende Material mittels der korrigierten Version kodiert und diese bei Bedarf weiter modifiziert.

Für die *induktive* Kategorienerstellung existieren eine Reihe an Verfahren, die sich dazu eignen, die konzeptuelle Struktur des Datenmaterials zu erfassen. Häufig anzutreffen sind die „Subsumtion“, die „Kontrastierung“, das „offene Kodieren“ und die „Zusammenfassung“ ([Schreier, 2014; S. 24](#)).

In einem letzten Schritt wird das fertiggestellte Kategoriensystem darstellend aufbereitet und für den Leser erörtert.

5.2.2.2.1.3. Strukturierende Inhaltsanalyse & Zusammenfassung

Dem Paradigma des „Werkzeugkastens“ folgend wurde in dieser Arbeit der grundlegende Ablauf der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach [Mayring \(2015; S. 98\)](#) mit dem Verfahren der „Zusammenfassung“ (auch nach [Mayring \(2015; S. 70\)](#)) kombiniert.

Dabei wurden die Schritte 1, 2 und 8 der „Strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse“ [Mayring \(2015; S. 72\)](#) als grundlegender Ablaufrahmen und Verfahren zur *deduktiven* Erstellung der grundlegenden Strukturierungsdimensionen (bzw. Hauptkategorien) verwandt.

Der Abschnitt zur Bestimmung der „Ausprägungen“/Subkategorien (Schritte 3-7), welcher bei der „Strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse“ ein *deduktives* Vorgehen vorsieht, wurde durch die *induktive* inhaltsanalytische Verfahrensweise der „Zusammenfassung“ ersetzt (Schritte 2-7; von [Mayring \(2015; S. 70\)](#); ursprünglich von Mayring als eigenes inhaltsanalytisches Verfahren der „Zusammenfassenden Inhaltsanalyse“ vorgestellt). Diese beinhaltet abstrahierende und raffende Textverarbeitungstechniken (sog. „Makrooperatoren“), durch welche das Material in die zusammengefasste und auf die Verständnisebene der Forschungsfragen abgestimmte Form hierarchisierter Kategorien überführt wird. [Mayring \(2015; S. 72\)](#) stellt zur Orientierung eine vierstufige Anleitung zur Verfügung, siehe im Anhang unter

„10.8 Z-Regeln der Zusammenfassung mit Makrooperatoren nach Philipp Mayring“ auf Seite 289.

Die Zusammenfassung wurde hier, im Gegensatz zu Mayrings Vorgabe, zunächst lediglich dazu angewandt, die Interviews thematisch in ihrem *eigenen Verständniskontext* und nur bis auf die Ebene *individueller* Kategoriensysteme zu strukturieren. Diese wurden dann in Form fließtextbasierter Falldarstellungen ausgewertet, wobei aussagekräftige Zitate genutzt wurden, um die Eigenheiten der Interviews zu unterstreichen.

Im Anschluss wurde die Zusammenfassung ein zweites Mal (ohne Schritt 2) angewandt. Das in diesem Schritt erarbeitete, übergreifende und auf den Gesamtkontext *aller* Interviews ausgerichtete Kategoriensystem wurde schließlich abermals durch Fließtext dargelegt. Dieser Schritt diente insbesondere dazu, markante Kontraste sowie Verwandtschaften zwischen den Aussagen der Respondenten herauszuarbeiten.

Der Gesamtprozess ist im Anhang unter „10.6 Strukturierende Inhaltsanalyse & Zusammenfassung – Ablaufschema“ auf Seite 285 visuell dargestellt.

Eine eingehende Erläuterung der konkreten Umsetzung findet sich unter „5.2.2.2.3.1 Interview-individuelle Auswertung“ auf Seite 66 und „5.2.2.2.3.2 Interview-übergreifende Auswertung“ auf Seite 72.

5.2.2.2.1.4. Terminologische Einordnung

Um der Forderung nach einer systematischen methodischen und verfahrenstechnischen Einordnung bzw. Benennung nachzukommen, wird die hier umgesetzte Vorgehensweise nach der Terminologie von [Stamann, Janssen und Schreier \(2016; S. 12\)](#) und [Schreier \(2014; S. 23\)](#) wie folgt verortet:

Die Daten wurden mittels einer *strukturierenden Inhaltsanalyse* unter Erarbeitung *inhaltlicher* Kategorien ausgewertet. Die Kategorienerstellung erfolgte gemischt *deduktiv-induktiv* unter Verwendung der Strategie der *Zusammenfassung* nach

Philipp Mayring zunächst bis auf die Ebene fallspezifischer Kategoriensysteme, welche dann unter Verwendung von Zitaten im Sinne thematisch strukturierter Falldarstellungen in Fließtextform dargestellt wurden. In einem zweiten Schritt wurde die Zusammenfassung interviewübergreifend bis auf die Form eines Gesamtkategoriensystems, anhand welchem nun der Inhalt *aller* Interviews zusammenhangsorientiert und kontrastierend analysiert und abermals als Fließtext dargestellt wurde.

5.2.2.2.1.5. Gegenstandsgemessenheit der Methodenwahl

Für diese Studie wurde die sogenannte „qualitative Inhaltsanalyse“ als Ausgangsmethodik gewählt. Nach [Schreier \(2012; S. 30\)](#) hat diese sowohl zum Ziel, den Vorsatz qualitativer Forschung zu erfüllen, Aussagen des Erhebungsmaterials in seinem Gesamtzusammenhang zu „verstehen“, als auch der Prämisse des quantitativen Paradigmas gerecht zu werden, große Datenmengen systematisch und effizient zu verarbeiten. Sie eignet sich insbesondere, um offenkundig genannte Sachverhalte auf der Ebene der Frage „Was gibt es?“ zu beantworten, da sich diese meist eindeutig in Kategorien hierarchisieren lassen. Sollen jedoch darüber hinaus tiefergehende Bedeutungen innerhalb des Materials erfasst werden („Inwiefern/warum/wozu etc. ist das so?“), müssen Teile desselben gleichzeitig mit unterschiedlichen Bedeutungen belegt werden und infolgedessen mehreren Kategorien (anhängig von der Fragestellung) zugeordnet werden können. In der Konzeption der qualitativ-inhaltsanalytischen ausgerichteten Methodik nach Mayring ist dies ursprünglich jedoch nicht in diesem Maß vorgesehen, sodass sich diese tiefergehenden Inhalte nur unter erheblichem analytischem und technischem Mehraufwand mit einer ähnlich stark ausgeprägten Systematik extrahieren und darstellen lassen.

Im Verlauf der Auswertung hat sich gezeigt, dass das Material seinen Erkenntniswert für die Forschungsfragen stark vergrößert, wenn es in unterschiedlichen Verständnisdimensionen erfasst werden kann. Gleichzeitig wurde aber auch die Systematik des Mayring'schen Vorgehens wertgeschätzt, da dieses dem Leser erlaubt, den Interpretationsprozess vom Interviewtext zur

Kategorie besser und in seinen Details nachzuvollziehen. Damit die Studie von beiden Vorteilen profitieren kann, hat sich der Forscher entschieden, die entsprechende Mehrarbeit in Kauf zu nehmen und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als methodische Grundlage zu verwenden *und* in ihrer Ausführung multiple Interpretationen pro Sinneinheit zuzulassen.

5.2.2.2.2. Technische Umsetzung

Die Interviewtranskripte wurden mithilfe der gängigen Transkriptionssoftware „F5“ erzeugt.

Daran anschließend wurden diese mithilfe von „Numbers“ analysiert, einem aus dem Hause Apple stammenden Tabellenkalkulationsprogramm. Die Wahl fiel auf dieses und nicht auf ein speziell der qualitativen Textanalyse gewidmetes Computerprogramm, wie „MaxQDA“, da solche als weniger generisch in ihrer Anwendbarkeit bewertet wurden und damit weniger flexibel in Bezug auf die individuellen Auswertungsanforderungen. Im Gegensatz zum stärker auf Tabellenkalkulation ausgerichteten Microsoft-Äquivalent „Excel“ eignet sich „Numbers“ zu einer intuitiven und übersichtlichen Textdarstellung in Spaltenform, in welcher der Analyseschritt der „Zusammenfassung“ bevorzugt ausgeführt wird. Diese Darstellungsweise erleichtert die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, da die Transformationsschritte ausgehend vom Transkript bis zum Kategoriensystem nebeneinander betrachtet werden können. Als Lesender kann man sich somit stets den Effekt der zusammenfassenden „Mikrooperationen“ (dazu siehe 5.2.2.2.3 Ablauf der Analyse“ auf Seite 66) auf den Text vor Augen führen und beurteilen (27.2).

5.2.2.2.3. Ablauf der Analyse

5.2.2.2.3.1. Interview-individuelle Auswertung

5.2.2.2.3.1.1. Deduktive Erstkonzeption der Hauptkategorien inkl. Anpassung

Aus den Forschungs- und Interviewfragen wurden deduktiv folgende Hauptkategorien abgeleitet (26.1):

1. Der Kontakt mit Trauenden und ihren sterbenden/verstorbenen Angehörigen
2. Potenzielle biografische Einflüsse auf den Kontakt
3. Selbsteingeschätzte Religiosität und Spiritualität und deren potenzielle Assoziation zur Trauerbegleitung und trauerbezogenen Ansichten

Definitionen derselben können im Anhang unter „10.7 Kodierleitfaden“ auf Seite 287 nachgeschlagen werden.

Es stellte sich die Frage, ob Hauptkategorie 1 deduktiv weiter nach Parteien (Respondent, Hinterbliebene und Sterbende) und Dimension (Verhalten, Bedürfnisse, Wahrnehmungen, Ansichten etc.) des Kontakts aufgeteilt werden sollte. Parallel zur Zusammenfassung wurden die induktiv erarbeiteten Kategorien probeweise mit dieser erweiterten Hauptgruppensequenz kombiniert. Jedoch wurde im Verlauf der Analyse deutlich, dass die Kontaktdimensionen zu zahlreich sind, um sämtlich deduktiv im Voraus abgeleitet zu werden. Außerdem ließ sich der Kontakt oft nur schlecht abgrenzbar einer oder beiden Parteien zuordnen. Aus diesem Grund fiel die Entscheidung doch auf lediglich zwei größere Hauptkategorien.

5.2.2.2.3.1.2. Induktive Erstellung der Subkategorien mittels der Zusammenfassung

5.2.2.2.3.1.2.1. Bestimmung der Analyseeinheiten

Zu Beginn wurden die Analyseeinheiten theoretisch festgelegt. Dies diente dem Untersucher als Hilfsmittel, den Bezugsrahmen der zusammenfassenden Schritte über den Auswertungszeitraum aller Interviews hinweg zu gewährleisten. Als „Kodiereinheit“ wurden *einzelne Wörter* betrachtet, als „Kontexteinheit“ der *gesamte Text eines analysierten Interviews* und als „Auswertungseinheit“ das einzelne Interview.

5.2.2.2.3.1.2.2. Paraphrasierung (Z1-Regeln)

Im ersten Schritt (Z1) der Zusammenfassung wurden inhaltstragende Abschnitte des Interviewtexts paraphrasiert. Dazu werden alle Bestandteile entfernt, welche nicht zum Sinngesamt der jeweiligen Aussage beitragen und die Sprache vereinheitlicht. Dieser Prozess führte außerdem innerhalb der Tabellenform zu einer bildlich wahrnehmbaren Unterteilung des Fließtexts in einzelne Sinnabschnitte, welche der kontextabhängigen, konkreten Einteilung in Kodiereinheiten entspricht (siehe im Anhang unter „10.9 Paraphrasierung (Z1)“ auf Seite 290).

5.2.2.2.3.1.2.3. Zwischenschritt – Nummerierung

Um später eindeutig zurückverfolgen zu können, auf welchen Sinnabschnitten bzw. Paraphrasen Anteile des Kategoriensystems basieren, wurden erstere mit einer eindeutigen Nummerierung versehen (siehe Anhang 10.10 Implizierter Zwischenschritt – Nummerierung der Sinnabschnitte und Narrative“ auf Seite 291). In allen weiteren Schritten der Zusammenfassung wurde diese Kennzeichnung stets auf die neue „Version“ der Sinnabschnitte („Generalisierungen“, „Reduktionen“) übertragen, sodass jederzeit Vergleiche mit dem Originaltext angestellt werden konnten.

Interviewabschnitte, deren thematische Struktur allein sich häufig als nicht hinreichend für eine tiefergehende Interpretation erweist, sind „Narrative“. Solche werden in dieser Arbeit definiert als die „*Wiedergabe stattgehabter oder hypothetischer Ereignisse*“ durch den Respondenten. Ein Teil ihres zu analysierenden Gehalts wird häufig erst in ihrer Gesamtheit, natürlichen Chronologie sowie im Verständnisrahmen des weiteren Gesprächskontexts zugänglich und damit im Sinne der Interview- bzw. Forschungsfragen auslegbar. Deshalb wurden sie im Prozess der Zusammenfassung stärker in ihrer ursprünglichen Form belassen (genaues Vorgehen siehe nächster Schritt: 10.11 Generalisierung (Z2)“ auf Seite 292) und als solche kenntlich gemacht (nummeriert und betitelt). Hierdurch sollten sie auch nach dem Abschluss der Zusammenfassung in ihrer Ursprungsform und Stellung im Gesprächskontext deutlich erkenn- und beurteilbar bleiben.

5.2.2.2.3.1.2.4. Generalisierung (Z2-Regeln)

Ziel dieses Schrittes ist, die Paraphrasen derart verallgemeinern, sodass ihr Aussagegehalt mindestens und im optimalen Fall genau der Abstraktionsebene der Interviewfragen entspricht und die entstehenden Generalisationen zur Konstruktion des Kodierbaums verwandt werden können (siehe Anhang: 10.11 Generalisierung (Z2)“ auf Seite 292). „Generalisierung“ ist einer der unter 5.2.2.2.1.3 Strukturierende Inhaltsanalyse & Zusammenfassung“ auf Seite 62 erwähnten Makrooperatoren.

Narrative (insbesondere vom Respondenten unkommentierte) konnten nur gelegentlich bereits innerhalb der Zusammenfassung auf die Abstraktions- bzw. Interpretationsebene der Interviewfragen gehoben werden, da eine Generalisierung grundsätzlich unter Betrachtung eines spezifischen Fokuspunktes vollzogen wird (z.B. die Aussageintention des Respondenten bzw. Fragestellung des Interviewers). Wenn sich im Mikrokontext eines Narrativs selbst bereits ein für sich stehender und im Rahmen der Interviewfragen interpretierbarer Sinnabschnitt zeigte, wurde dieser als zusätzliche „Generalisierung“ behandelt und konnte in den nächsten Schritten der

Zusammenfassung als eigene Entität neben dem Narrativ als Ganzes weiterentwickelt werden. Die Narrative in ihrer Gesamtheit wurden später im Rahmen der Ergebnisdarstellung der Einzelauswertungen sowie der interviewübergreifenden Diskussion untersucht.

5.2.2.2.3.1.2.5. Erste und zweite Reduktion (Z3 und Z4)

Während bestimmte einzelne Paraphrasen sich in ihrer konkreten Formulierung noch voneinander unterscheiden, münden diese durch die Generalisierung in identischen oder sich nur unerheblich voneinander unterscheidenden verallgemeinerten Aussagen. „Trinkt oft Tee“ und „trinkt oft Kaffee“ können als „trinkt oft Heißgetränke“ generalisiert werden, sofern beispielsweise Ernährungsverhalten untersucht wird. Im Zuge der ersten Reduktion (Z3) werden diese Aussagen auf eine reduziert (Makrooperatoren: „Auslassung/Streichung“ bzw. „Selektion“).

Die zweite Reduktion besteht in der Systematisierung der übriggebliebenen Generalisierungen. Diese sollen entweder nach „Gegenständen“ (bzw. Satzsubjekte oder -objekte) oder „Prädikaten“/„Aussagen“ und in Form hierarchisch geordneter Stichpunktlisten zusammengebracht werden (Makrooperatoren: „Bündelung“, „Konstruktion“/„Integration“). Beispielsweise können „Heißgetränke“, „Softdrinks“ und „Spirituosen“ stichpunktartig unter „Flüssigkeitsaufnahme erfolgt über...“ vermerkt werden, sodass alle vier Begriffe weiterhin in der zweiten Reduktion auftauchen.

In dieser Arbeit wurden zur besseren Übersicht zunächst alle Generalisierungen entsprechend ihres Reduktionsziels geordnet (inkl. ursprünglicher Nummerierung). Diese zeilenweise Neuordnung und damit Visualisierung der zusammengehörigen Generalisierungen erleichtert sowohl die Anwendung der *reduktiven* Makrooperatoren („Bündelung“ und „Konstruktion“/„Integration“) als auch die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Vorgehens, da die korrespondierenden Generalisation-Reduktion-Paare nicht mehr über die gesamte Tabelle verteilt sind. Die stets begleitende Nummerierung der

Generalisationen ermöglicht darüber hinaus eine Zuordnung zu den ursprünglichen, chronologisch geordneten Paraphrasen und damit dem originalen Interviewtext.

Die geordneten Generalisierungen (jetzt vertikal zusammenstehend) wurden darauffolgend der zweiten Reduktion unterzogen (rechtsangrenzende Tabellenspalte). Überflüssige, d.h. sich nur unerheblich voneinander unterscheidende), Generalisierungen wurden nicht übernommen (siehe erste Reduktion).

Die beiden Reduktionsschritte wurden bedarfsangepasst in weiteren Tabellenspalten wiederholt, sodass sich eine erweiterte bzw. vertiefte Stichpunkthierarchie ergab (siehe im Anhang unter „10.12 Reduktionen (Z3 und Z4) inkl. Wiederholung und Zusammenstellung als Kategoriensystem“ auf Seite 293).

5.2.2.2.3.1.2.6. Zusammenstellung als Einzelkategoriensysteme

Die geschachtelten Stichpunkte entsprachen zu diesem Zeitpunkt bereits größtenteils den Subkategorien des Kategorienbaums (26.2). Dem obigen Beispiel nach wäre „Flüssigkeitsaufnahme erfolgt über...“ eine übergeordnete Subkategorie, „Heißgetränke“, „Softdrinks“ und „Spirituosen“ dagegen Subkategorien einer Hierarchiestufe darunter. Vereinzelt wurden Umformulierungen vorgenommen mit dem Ziel einer einheitlichen Sprachebene.

Wie unter 5.2.2.2.3.1.1 Deduktive Erstkonzeption der Hauptkategorien inkl. Anpassung“ auf Seite 66 bereits beschrieben, lief die Zuordnung der Subkategorien zu den Hauptkategorien parallel zur Zusammenfassung ab. Eine erste schriftliche Festlegung erfolgte während der reduktiven Schritte Z3 und Z4 (siehe Anhang: „10.12 Reduktionen (Z3 und Z4) inkl. Wiederholung und Zusammenstellung als Kategoriensystem“ auf Seite 293).

Sofern Subkategorien in beide Hauptkategorien passten, wurden diese auch beiden Hauptkategorien zugeordnet und in der Ergebnisdarstellung entsprechend beider Kontexte separat untersucht.

[Mayring \(2015; S. 83\)](#) veranschlagt zur Erstellung eines interviewübergreifenden Kategoriensystems einen sofortigen weiteren Teildurchlauf der Zusammenfassung (Generalisierung und Reduktion) der Kategorien *aller* Interviews, bevor diese schließlich in einer Ergebnisdarstellung gesamthaft dargestellt werden.

Um dem Leser ein tieferes Verständnis der fallinternen Zusammenhänge zu ermöglichen, wurde der Inhalt der einzelnen Interviews hier jedoch zunächst im Zuge einer ersten *Interview-individuellen* Kategorisierung in seiner Integrität gewahrt und thematisch geordnet dargestellt. Ausgehend von jedem der sechs Interviewtexte erstellte der Autor also jeweils ein Kategoriensystem, welches zu Beginn jedes Auswertungskapitels in Form eines Kodierbaums dargestellt ist (25). Die zwei Hauptkategorien wurden sind interviewübergreifend vereinheitlicht und damit bereits einem ersten interübergreifenden Vergleich zugänglich.

5.2.2.2.3.1.2.7. Rücküberprüfung am Material

In diesem letzten Schritt der Kategoriensystemkonstruktion soll sichergestellt werden, dass das gesamte (relevante) Material in diesem aufgeht. Dazu kann überprüft werden, ob alle Paraphrasen den Transformationsprozess bis zu den Kategorien durchgegangen sind.

In dieser Arbeit wurde besonderes Augenmerk darauf gelegt, sowohl für den Analysierenden als auch zum Zweck der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit stets den *gesamten* Prozess der Kategoriererstellung, mit der Transformation jeder einzelnen Sinneinheit des Interviewtexts bis zu den fertigen Kategoriensystemen, in *einer* Übersicht überschaubar darzustellen. Dieser Mehraufwand erlaubt, das methodische Vorgehen in seinen Details flexibel darzustellen und begreifbar zu machen (siehe Anhang: 10.13 Strukturelle Übersicht über den Gesamtprozess der Kategoriererstellung“ auf Seite 294.

5.2.2.2.3.1.3. Darstellung der interview-individuellen Kategoriensysteme

Nun wurden die einzelnen Interviews anhand der Struktur ihrer eigenen Kategoriensysteme einzeln dargestellt. Dieser Schritt fällt innerhalb der „Strukturierenden Inhaltsanalyse“ in den Schritt der „Ergebnisaufbereitung“ (siehe Anhang: 10.6 Strukturierende Inhaltsanalyse & Zusammenfassung – Ablaufschema auf Seite 285). Zu Beginn jeder Analyse sind die Kategoriensysteme überblickhaft dargestellt. Darauffolgend werden die Kategorien nacheinander beleuchtet und durch charakteristische Zitate illustriert (29). Da es (entgegen dem gängigen Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse, (siehe [Preiser \(2017\)](#)) auch Absicht des Untersuchers war, nicht explizit artikuliert Erzählstimmung in die Interpretation miteinfließen zu lassen, wurden mitunter längere Zitate verwandt, um dem Leser die Möglichkeit zu geben, diesbezüglich kennzeichnende Gesprächssituationen authentisch nachzuempfinden.

5.2.2.2.3.2. Interview-übergreifende Auswertung

Im zweiten, interviewübergreifenden Auswertungsschritt wurden die bisher erarbeiteten Kategorien mithilfe der Zusammenfassung weiterverarbeitet. Wo zur leichteren Erfassung eines das gesamte Material umfassenden Sinnzusammenhangs eine weitere Generalisierung (Anhebung des Abstraktionsniveaus) sinnvoll erschien, wurde diese jeweils dem Schritt der Zusammenfassung vorgezogen. Das entstehende interviewübergreifende Kategoriensystem wurde einer fließtextbasierten Auswertung vorangestellt, welche sich primär zur Aufgabe macht, ähnliche oder musterhaft divergierende Gesprächsinhalte vergleichend herauszustellen und Vermutungen über die Natur dieser Unterschiede oder Verwandtschaften anzustellen.

5.2.3. Angesetzte Gütekriterien

Zur Beurteilung der Güte quantitativer Studiendesigns haben sich in der quantitativen Forschung folgende Kriterien etabliert: die „Objektivität“ (Maß der Unbeeinflussbarkeit des Untersuchungsergebnisses von der Subjektivität der

Untersuchenden), die Reliabilität (Maß der Reproduzierbarkeit des Outcomes unter gleichbleibenden Bedingungen) und Validität (Ausmaß, in dem die Methode das gesuchte Konstrukt misst).

Der vorliegenden Studie werden jedoch speziell für die qualitative Forschung entwickelte Gütekriterien angelegt ([Flick, Kardorff & Steinke, 1995; S. 330, 331;](#) [Mayring, 2016; S. 140-148;](#) [Rolls & Relf, 2006;](#) [Tufford & Newman, 2010](#)), da davon ausgegangen wird, dass solche die potenziellen Stärken dieser Art des Erkenntnisgewinns deutlicher berücksichtigen: Die Eignung zur Verarbeitung tiefgehender und komplexer Zusammenhänge sowie eine Offenheit für nicht-antizipierte aber potentiell für die Untersuchung bedeutsame Erkenntnisse.

5.2.3.1. Reflektierte Subjektivität

Beide Stärken beruhen zu einem beträchtlichen Teil auf der Subjektivität des Untersuchenden als Mittel zur Einsicht. Dies setzt jedoch voraus, dass die Subjektivität als solche bewusst wahrgenommen und ihr Einfluss auf den Forschungsprozess dargestellt und wo nicht zielführend, minimiert wird. Dies geschah in dieser Untersuchung unter Zuhilfenahme einer Vorgehensweise in Anlehnung an das „Bracketing“-Prinzip: Hierdurch soll ein Reflexionsprozess angestrebt werden, welcher die Subjektivität (hier Erfahrungen, Vorannahmen, Motive, Interessen des Untersuchers) und ihren Einfluss auf die Studie beleuchtet. Der Forschungsprozess kann an vielen Stellen durch die forschenderindividuelle Auffassung und sein Handeln beeinflusst werden: in der Teilnehmerauswahl, der Erhebung, Auswertung und Interpretation der Daten oder auch in Art der Ergebnisdarstellung. Es werden drei Reflexionsmedien vorgestellt: das Führen eines Forschungstagebuchs über innere Vorgänge des Forschers, das Festhalten von Feldnotizen über Einfälle und Wahrnehmungen während der Erhebungen und die Beratung durch vom Forschungsvorhaben unabhängige Supervidierende. Alle drei Mittel wurden über den gesamten Verlauf der Studie in Anspruch genommen und die gewonnenen Erkenntnisse in die Forschungsarbeit eingeflochten.

5.2.3.2. *Dokumentation, Indikationsklärung und Regelgeleitetheit*

Eine weitere Säule der qualitativen Güte dieser Arbeit ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Sie soll Rezipierenden ermöglichen, den Forschungsprozess von „innen heraus“ nachzuvollziehen, seine Passung mit eigenen Vorstellungen zu prüfen und ihnen erlauben, mit ihm die Konzeption eigener wissenschaftlicher Arbeit zu unterfüttern.

Intersubjektivität sollte hier über vier Wege erreicht werden:

Grundlegend und als Voraussetzung für die zwei darauffolgend beschriebenen Maßnahmen dienend ist die *Dokumentation des Forschungsprozesses*. Dazu gehört die Beleuchtung der Person des Untersuchers (inkl. dessen Verhältnis zum Forschungsthema und den Interviewpartnern) sowie eine Darlegung der verwandten Instrumentarien (z.B. Interviewleitfaden, Transkriptionsregeln, Auswertungsmethodik).

Der Begriff der *Indikationsklärung* meint die Ausweisung der Gegenstandsangemessenheit zentraler Schritte des Forschungsprozesses. In dieser Arbeit wurden die den wichtigen Entscheidungen (z.B. die Wahl der Stichprobe, der Methodik, der Transkriptionsregeln, der Gesprächshaltung des Interviewers, die Wahl der anzusetzenden Gütekriterien) zugrundeliegenden Überlegungen und Schlussfolgerungen im Zuge der Dokumentation dargelegt.

Innerhalb der Interviewanalyse selbst diente die „*Argumentative Interpretationsabsicherung*“ (30) als Indikationsstellung auf Mikroebene: Wo der Analysierende Interpretationen leistete, zu deren Rekonstruktion der unmittelbare Gesprächskontext als unzureichend gewertet wurde, verwies er stets auf die entsprechende Quelle (weiterer Interviewkontext, Vorwissen etc) und formulierte die Interpretation als Vermutung.

Insbesondere für die Datenauswertung soll zusätzlich ein *schrittweises Ablaufmodell mit verbindlichen Regeln* festgelegt sein, nach welchem das Material ausgewertet wird. Dieses soll sowohl den Analysierenden ein konstantes,

systematisches und für den Leser nachvollziehbares Vorgehen ermöglichen. Dies wurde in dieser Arbeit im Kapitel „5.2.2.2.1 Auswertungsmethodik“ auf Seite 59 realisiert.

5.2.3.3. *Triangulierung, Gegenstandsnahe und kommunikative Validierung*

Um in der Erhebung und Auswertung des Materials seiner eigenen Subjektivität weiter zu unterfüttern, stand der Untersucher sowohl mit den Respondenten als auch mit dem wissenschaftlichen Kollegium über seinen Erkenntnisprozess im Austausch. Auf diese Weise bot sich die Möglichkeit, diese Perspektiven einander gegenüberzustellen und miteinander in Beziehung zu setzen. Ziel war weniger eine Validierung der eigenen Subjektivität als eine Erkenntnisvertiefung, welche in die weitere Bearbeitung des Materials einfluss.

Die Kategorien wurden zusammen mit einer weiteren Forscherin der Forschungsgruppe, Fr. Claudia Lippmann, nach dem zwei-Augen-Prinzip stichprobenartig auf den Text angewandt, im Fall von Unstimmigkeiten diskutiert, Konsens gesucht und Modifikationen entwickelt. Im Rahmen der „Qualitativen Werkstätten“ und Doktorandenkolloquien wurde dies ebenfalls vorgenommen, jedoch in größerem Rahmen (5-10 Teilnehmer).

Da lediglich der Forscher selbst *direkt* an der Kategorienerzeugung beteiligt war und die Modifikationen derselben *indirekt* über den Austausch mit dem Forschungskollegium stattfand (Qualitative Werkstätten, Doktorandenkolloquien), lässt sich dieses Vorgehen eher allgemein im Sinne einer *Triangulierung* werten, jedoch nicht als Mehrfachkodierung (bspw. zur Erfassung der Interkoderreliabilität) (24).

Bereits zu Beginn war das Ziel, über eine von Vertrauen geprägte Beziehung mit den Interviewten („*Nähe zum Gegenstand*“), Authentizität und thematische Intimität zu ermöglichen. Dies wurde insbesondere bewerkstelligt durch die Stichprobenauswahl (vorbestehende Bekanntschaft bzw. freundschaftliche Beziehung; übereinstimmender ethnischer, religiöser bzw. kultureller

Hintergrund). Darüber hinaus wurden den Befragten die Möglichkeit gegeben, missverstandene Aussagen in den Transkripten korrigieren und über Schwärzung die Stärke der Anonymisierung zu bestimmen. So konnte zu jeder Zeit eine Interessenübereinstimmung in Bezug auf das Studienvorhaben gewahrt und eine vertrauensvolle Beziehung aufrechterhalten werden.

Auch wurden die Respondenten zu den Analysen um Feedback („*Kommunikative Validierung*“) darüber gebeten, ob sie sich mit den Interpretationen des Autors identifizieren konnten. Die Rückmeldungen der Interviewten zeigten, dass dies zutraf. Die geleistete Interpretationsarbeit wurde in keinem Fall als illegitim oder missgedeutet gewertet (28).

5.3. Datenschutz

Datenschutz in qualitativer, d.h. interpretativ arbeitender Forschung stellt sich teils als gegenläufige Abhängigkeit dar (engl. „trade off“): Je spezifischer bzw. individueller die untersuchten Personen in einer wissenschaftlichen Arbeit dargestellt werden, umso greifbarer wird die Analyse für Lesende. Gleichzeitig lässt sich so die Identität derselben leichter feststellen, insbesondere durch Menschen aus deren privaten oder beruflichen Umfeld.

Aus diesem Grund galt in vorliegender Untersuchung stets die Maxime: So nachvollziehbar darstellen wie möglich, ein Basisdatenschutz ist für jeden Respondenten realisiert; zusätzliche Maßnahmen, wenn gewünscht.

Grundsätzlich unterlag die Studie den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Alle involvierten Forschenden sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Darüber hinaus wurden in den zur Ergebnisdarstellung verwandten Zitaten aller genannten Personennamen, geografischen und weiteren Angaben pseudonymisiert, welche eindeutige Rückschlüsse auf die Respondenten zulassen: z.B. A-Stadt, genannte Person G, Y-Land etc.

Gleichzeitig erhielten die Respondenten die Möglichkeit, selbst im Detail zu bestimmen, ob und welche Anteile ihres Interviewtranskripts geschwärzt und damit nicht für die Auswertung nicht verwandt werden sollten (23).

In Fällen, in welchen die Interviewten von Personen erzählten, deren Identität in besonderem Maße geschützt werden sollte (Patienten etc.), wurden jegliche spezifizierende Details der Erzählungen pseudonymisiert, welche nicht als unablässig für den Erkenntnisgewinn gewertet worden waren.

5.4. Arbeitsschritte der Studie im zeitlichen Verlauf

4. Literaturrecherche (Trauertheorie, Trauerforschung, qualitative Forschungskompetenzen)
5. Stichprobenakquisition
6. Erstellung des Interviewleitfadens
7. Durchführung des Probeinterviews
8. Überprüfung des Interviewleitfadens in einem Peer-Review-Prozess in der „Qualitativen Werkstatt“
9. Durchführung der restlichen Interviews
10. Transkription der Interviews
11. Schwärzungsanfrage
12. Interviewanalyse (0%-80%)
13. Literaturrecherche (aktueller Forschungsstand, Theorien, qualitative Gütekriterien, Publikationsstandards)
14. Schreiben der Theorie und Methodik
15. Interviewanalyse (80%-100%)

16.Schreiben der Auswertung und Ergebnisdarstellung

17.Anfrage zur kommunikativen Validierung der Analyseergebnisse

18.Schreiben von Diskussion, Einleitung und Schluss

6. Einzelauswertungen

6.1. Vorbemerkung

6.1.1. Betrachtung des ärztlichen Kontaktes mit Angehörigen und Sterbenden im Zusammenhang

Primäres Interesse der vorliegenden Studie liegt in der Untersuchung der ärztlichen Trauerbegleitung *Angehöriger* bzw. *Hinterbliebener*. Wie sich in den Interviews jedoch zeigte, besteht oftmals bei den diesen auch schon zu Lebzeiten des Sterbenden ein Bedarf an entsprechender Begleitung, da in vielen Fällen das Thema des drohenden Verlusts bereits im Raum steht. Somit finden die ärztliche „Trauerbegleitung“ für die Angehörigen und die ärztliche „Sterbebegleitung“ für den Patienten häufig gemeinsam oder zumindest zeitlich überlappend statt. Im Vorfeld des Todes lassen sich ärztliche Gespräche in allen möglichen Konstellationen finden: Mit dem Sterbenden und den Angehörigen zusammen, nur mit dem Sterbenden oder auch nur mit den Angehörigen. Die Gesprächsparteien dieser Begegnungen beziehen sich vielfach aufeinander, sodass ein enges Kommunikationsgeflecht entsteht, dessen Inhalt erst im Zusammenhang sinnvoll zu verstehen ist. Aus diesem Grund werden auch berichtete ärztliche Gespräche betrachtet und untersucht, welche allein mit dem Sterbenden stattfinden.

6.1.2. Respondenten als „Experten“ ihrer Biografie

Im Rahmen der Interviews werden die Respondenten als „Experten“ auf dem Gebiet ihrer eigenen Biografie betrachtet. Das heißt, ihre Aussagen über den Kontakt, ihre Sichtweisen und ihre Vermutungen über deren lebensgeschichtliche Entstehung werden nicht auf etwaige unbewusste Vorgänge hin untersucht.

6.2. Einzelauswertung Interviewpartner A

A Kategorienübersicht Interviewpartner A

A Interviewpartner A

A.I Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

A.I.1 Die Kontaktintensität beeinflussende Faktoren

A.I.1.1 Jüdischsein als Voraussetzung und Grundlage für eine enge Betreuung

A.I.1.2 Meidung einer intensiven Betreuung nicht-jüdischer Sterbender und Angehöriger

A.I.1.3 Allgemeine den Kontakt zu Angehörigen und Sterbenden beeinflussende Faktoren

A.I.1.3.1 Betreuungsdauer

A.I.1.3.2 Vorbestehen einer (evtl. privaten) Verbindung

A.I.1.3.3 Erhöhter Kommunikationsbedarf

A.I.1.3.4 Spezialisierungsgrad

A.I.1.3.5 Anwesenheit während der Sterbephase

A.I.2 Kontakt mit nicht-jüdischen Angehörigen und Sterbenden

A.I.2.1 Professionelle Beratung

A.I.2.2 Anrufe bei Krankenhausaufenthalt

A.I.2.3 Keine Betreuung von Patienten mit Nazi-Vergangenheit

A.I.2.4 Häufig postmortal kein direkter Kontakt mit Angehörigen mehr

A.I.2.5 Behandlung trauerassoziierter körperlicher Beschwerden und Arztempfehlungen

A.I.3 Kontakt mit jüdischen Angehörigen und Sterbenden

A.I.3.1 Regelmäßige Updates aus dem Umfeld des Sterbenden

A.I.3.2 Empfehlung, Kontrolle und Beratung von Mitbehandlern

A.I.3.3 Krankenhausbesuche mit Vermittlungstätigkeit zwischen Familie und medizinischem Personal sowie nachfolgende Hausbesuche

- A.I.3.4 Hausbesuche beim Sterbenden in dessen letzten Lebensstunden
- A.I.3.5 Gemeinsame Kontemplation aufkommender intimer Erinnerungen und Gefühle im Angesicht von Krankheit und Tod
- A.I.3.6 Instrumentalisierung des Respondenten durch Angehörige zur Konfliktklärung mit Sterbendem
- A.I.3.7 Frage nach der Prognose des Sterbenden
- A.I.3.8 Ablehnung von Anfragen zu aktiver Sterbehilfe
- A.I.3.9 Formalitätenregelung und Teilnahme an der Schiwa
- A.I.3.10 Einbezug in das Erleben des Angehörigenkreises und Mittrauern wie Familienmitglied
- A.I.3.11 Gespräche über Ungesagtes
- A.I.3.12 Hausbesuche mit Erkundigung im Nachfeld des Todes

A.II Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

- A.II.1 Lebenserfahrungen als diffuser Einfluss
- A.II.2 Der Wert der Leidlinderung im Vergleich zur Heilung
- A.II.3 Tod des eigenen Vaters und Hochzeit der Tochter – konträre Gefühle
- A.II.4 Bild von Deutschland als „Land der Mörder deiner Großeltern“
- A.II.5 Ermöglichung des späteren Lebens in Deutschland durch deutschen Klassenlehrer

A.III Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

A.I. Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

A.I.1. *Die Kontaktintensität beeinflussende Faktoren*

A.I.1.1. Jüdischsein als Voraussetzung und Grundlage für eine enge Betreuung

Einleitend weist der Respondent darauf hin, dass aus seiner Sicht keine festgeschriebene ärztliche Betreuung („Zugang zum Thema“, „Repertoire an Betreuung“; A, 2, 3) existiert, sondern sich diese von Fall zu Fall unterscheidet. Im Verlauf des Gesprächs wird klar, dass es eine Subgruppe von Patienten und Angehörigen gibt, bei welchen die Betreuung durch den Interviewten stets intensiver ausfällt als bei anderen: Jüdische Patienten und Angehörige und unter diesen insbesondere Patienten des Jahrgangs und aus dem direkten Umfeld der Eltern des Respondenten sowie deren Angehörige:

„Ich hatte als jüdischer Arzt deshäuften ältere Patienten – die waren in der Generation meiner Eltern – als Anästhesist kennengelernt; ich war früher Facharzt für Anästhesie und Intensivmediziner. [...] Da war natürlich ein enger Kontakt zu den Familienmitgliedern [und] eine ganz ganz besonders intensive Bemühung um die Mitglieder der Familie meinerseits gegeben.“
(A, 6, 9)

Der Respondent beschreibt seine Wahrnehmung dieser Menschen, wodurch verständlich wird, warum aus seiner Sicht „natürlich“ (A, 6, 9) eine besondere Enge mit diesen entstehen kann:

„Diese jüdischen Patienten, die mit meinen Eltern auch schon freundschaftlich verkehrt waren, und die ich dann – [...] gleichaltrig wie meine Eltern – auch so betrachtet hab, als Autoritäten aus einer Zeit, die uns alle [gemeint sind vermutlich die Nachkommen der ersten Shoa-Generation; Anm. d. Verf.] sehr beeinflusst hat. Im Sinne der Vergangenheit, der Historie, des Holocaust, waren sie für mich Menschen, die alle, egal wer es im Einzelnen war, eine traurige Vorgeschichte mitgebracht [haben].“ (A, 77)

„Also es sind Momente, wo man wirklich sagt, ein jüdischer Patient bringt eine Geschichte mit, die mich ergreift, als jüdischen Menschen, wo ich mich identifiziere, weil sie zur Elterngeneration gehören [...] (A, 86, 87)

Es scheint die Lebensgeschichte der Patienten zu sein, die den Respondenten diesen Menschen innerlich nahebringt. Er identifiziert sich mit ihr, denn sie ist nicht nur Teil seiner eigenen jüdischen „Volkshistorie“, sie überschneidet sich auch mit der seiner Eltern.

Diese Patienten haben ein besonderes Vertrauen zum Respondenten. Dies zeigt sich in der ihm zugeschriebenen Deutungshoheit. Sie sehen ihn gleichzeitig als „Autorität“ (A, 199) und als Familienmitglied. Er beschreibt sie teils als „geliebt[e]“ (S. 191) Patienten und schildert Betreuungssituationen, in welchen ein „familiärer Effekt“ (A, 39) eingetreten ist, er „quasi wie ein Sohn adoptiert wurde“ (A, 44).

Da der Respondent bei seinen Ausführungen stets von jüdischen Patienten und Angehörigen erzählt, betont der Interviewer schließlich, dass die Fragestellung der Studie nicht nur auf jüdische Menschen abzielt. Daraufhin stellt sich heraus, dass das Jüdischsein eine notwendige Grundvoraussetzung für einen engen Kontakt darstellt (A, 58). Der Interviewer versucht, diesen Umstand genauer zu verstehen und erfragt den Hintergrund dieser Betrachtungsweise:

„[...] kannst du beschreiben, woran das liegt? Also hat es mit familiengeschichtlichen Dingen zu tun oder mit der Religion oder was [...] macht diesen Unterschied für dich aus [...]?“ (A, 64)

Für den Respondenten ist der gemeinsame „kulturelle“ „Background“ der Patienten, ihrer Familie und ihm eine Grundlage des engen Kontaktes (A, 65, 67). Die Entstehung desselben wurde bisher erleichtert durch in der Regel vorbestehende und durch die Betreuung weiter intensivierte freundschaftliche Verbindungen und soziale „Vernetzungen“ (A, 68). Diese können sich ergeben, da der Respondent und erwähnten jüdischen Patienten mit ihren Familien Mitglieder derselben jüdischen Gemeinde sind:

„[...] man war in der Synagoge [...], bei einer Hochzeit oder bei einer sonstigen Veranstaltung zusammen und lernte sich kennen. Und irgendwann auf eine Empfehlung kam er [...] oder sie dann als Patientin zu mir. Also es war immer schon etwas vorausgegangen [...]. Und im Laufe der Zeit, wenn es wirklich dazu kam, dass dieser Patient eben verstarb, waren noch einige Kontakte mehr entstanden. Ja, da gab's persönliche Einladungen nachhause oder auf Simches [fröhliche festliche Anlässe; Anm. d. Verf.] und so weiter.“ (A, 68, 71).

Ein Beispiel einer vorbestehenden Verbindung ist die zum Sohn eines jüdischen Patienten: „Der Sohn dieses Patienten war selber [sic!] Mediziner – wir waren sehr gut befreundet.“ (A, 35)

Die oben erwähnte Vernetzung führen auch dazu, dass die familiäre Situation der Hinterbliebenen für die Gemeindemitglieder häufig deutlich sichtbar ist. Dies wird klar, als der Respondent die Schiwa aus Sicht eines kondolierenden Gemeindemitglieds beschreibt:

„Man weiß ja schon von vorneherein, wen man antreffen wird, aufgrund des Freundeskreises [der Hinterbliebenen, den man durch die Vernetzung kennt, Anm. d. Verf.]. Man weiß in etwa auch, wie stabil die Verhältnisse in der Familie sind. Also ob's jetzt eine ganz ganz schwierige Phase wird, der Trauerzeit und an der man auch beteiligt sein wird oder ob's [die Erkrankung, Anm. d. Verf.] relativ frühzeitig erkannt war und abgefunden wurde damit [sic!], dass die Person sterben wird, also man schon vorher sich verabschiedet hat und der Schock nicht so tief sitzt.“ (A, 247/248)

A.I.1.2. Meidung einer intensiven Betreuung nicht-jüdischer Sterbender und Angehöriger

Auf die Erklärung des Interviewers hin, dass in der Fragestellung der Studie nicht nur jüdische Patienten und Angehörige gemeint seien (A, 51), beschreibt der Respondent erstmals seine Haltung im Kontakt mit nicht-jüdischen Patienten und Angehörigen:

„Also ich hatte [...] vielleicht auch gar nicht so sehr den Wunsch – diese sehr enge, vertraute Situation, die entsteht nach dem Tod eines Patienten – mit nicht-jüdischen Patienten, mit nicht-jüdischen Angehörigen – genauso nachzuvollziehen, wie ich es mit jüdischen Patienten getan hab.“ (A, 62, 63)

Ganz allgemein beschreibt er eine durch die fehlende Identifikation (vgl. Identifikation mit Juden der Elterngeneration; oben) größere „Distanz“ (A, 89) zum Sterbenden und damit zu den Angehörigen.

Auch weist er später im Gespräch auf die Vernetzung in der jüdischen Gemeinde hin, welche die Entstehung enger Betreuungen erleichtert:

„[...] es [die engen Betreuungen; Anm. d. Verf.] [...] [entstehen] eben aus dem Hintergrund heraus, dass wir hier in einem sozialen Umfeld leben, wo ganz spezielle Kontakte hergestellt sind, die ich sonst in der Gesellschaft nicht habe.“ (A, 101)

Die am stärksten im Vordergrund des Gesprächs stehende Ursache seiner Zurückhaltung im Kontakt mit Nicht-Juden ist jedoch die Sorge vor einer potenziellen Konfrontation mit Erzählungen deutscher Patienten aus ihrem Leben zur Zeit des Nationalsozialismus:

„[...] es war etwas anderes, als wenn ein Patient zu mir hereinkam, der mir nicht bekannt war, dessen Sozialisation oder Jugendzeit im Krieg oder [sic!] so weiter mir nicht bekannt war und die ich auch nicht unbedingt kennenlernen wollte, gab es diese Themen nicht.“ (A, 80)

Diese Zurückhaltung beschreibt er nicht nur von ihm ausgehend, sondern auch vonseiten der Patienten selbst:

„Die [...] [Geschichten der Sozialisation während der Jugend der Patienten aus der Zeit des Nationalsozialismus; Anm. d. Verf.] wurden weder vom Patienten mir gegenüber geäußert, noch war ich derjenige, der interessiert war, es zu erfahren.“ (A, 81)

Als der Interviewer ihn fragt, inwieweit er es als seine ärztliche Aufgabe sieht, mit den Bedürfnissen Trauernder (näheres dazu weiter unten) umzugehen und wo er seine persönlichen Grenzen zieht (A, 155), bebildert er seinen Vorbehalt noch einmal konkret:

„[...] hier ist eine ganz klare Grenze zwischen jüdisch und nicht-jüdisch gegeben.“ (A, 156)

„Ich möchte nicht beladen werden mit den Momenten, die ich aus jüdischen Kreisen kenne, nämlich der Vergangenheit des Patienten.“ (A, 165)

Der Interviewer erwidert, dass eine nationalsozialistische Vergangenheit bei Patienten doch gar nicht zwingend bestehen müsse (A, 170). Dem stimmt der Respondent zu, jedoch sei ihm das Risiko einer solchen Begegnung dennoch zu groß:

„Durchaus, aber es gibt eine gewisse Berührungsangst in Anführungszeichen, [...] es ist eine Art Schutzverhalten, nicht involviert zu werden. Ich möchte nicht in eine Wohnung kommen [bspw. bei einem Hausbesuch, Anm. d. Verf.] in der Bilder sind von Soldaten, die im zweiten Weltkrieg möglicherweise dort stationiert waren, wo meine Großeltern und meine Eltern waren. [...] Ich würde wahrscheinlich in den Häusern meiner Patienten, die zwischen sechzig und achtzig sind, in der Regel nicht mehr sowas antreffen, aber ich will's gar nicht erst wissen.“ (A, 171-174)

A.I.1.3. Allgemeine den Kontakt zu Angehörigen und Sterbenden beeinflussende Faktoren

Da der Respondent angibt, enge Kontakte mit nicht-jüdischen Patienten und Angehörigen zu meiden und er bei keiner seiner konkret berichteten Betreuungen selbst ausdrücklich von Nicht-Juden spricht, kann vermutet werden, dass er auch die folgend beschriebenen „allgemeinen Faktoren“ nur auf die Subgruppe jüdischer Patienten und Angehörigen bezieht. Jedoch muss zumindest bei den ersten vier Faktoren offengelassen werden, ob der Respondent die aufgeführten

fördernden bzw. hinderlichen Faktoren allgemein oder innerhalb der Subgruppe von Juden wirksam verstanden haben will, da er hier auch nicht eindeutig von jüdischen Patienten und Angehörigen spricht.

A.I.1.3.1. Betreuungsdauer

A.I.1.3.2. Vorbestehen einer (evtl. privaten) Verbindung

Auf die oben beschriebene Eingangsfrage („Welche Unterstützung vermitteln Ärzte Angehörigen verstorbener Patienten?“; (A, 1)) beginnt der Respondent mit der Beschreibung von Patienten und Angehörigen, bei welchen eine intensivere Betreuung wahrscheinlich ist:

„Es gibt ja Patienten, die man sehr sehr lange betreut und die einem auch fast freundschaftlich am Herzen liegen oder wo man auch die Familie, die ganze Umgebung kennt. Vielleicht auch mit dieser Familie eine längere Zeit näher befreundet war, vorher, bevor dann ein Mitglied Patient wurde. [...] Dann ist eine Beteiligung [...] in der Trauerzeit viel intensiver, als wenn man Patienten nur ganz oberflächlich kennt und sie nicht allzu lange betreut hat.“ (A, 4, 5)

Es bleibt leider unklar, ob der Respondent hier hypothetische (jüdische) Patienten und Angehörige meint oder sich auf die bereits oben beschriebenen Patienten seiner Elterngeneration bezieht. Wäre Ersteres der Fall, ließen sich aus seinen Ausführungen die Betreuungsdauer und die der Betreuung vorausgehende Verbindung zu diesen Menschen als weitere allgemeine Faktoren postulieren, welche den Kontakt zu trauernden Angehörigen beeinflussen.

A.I.1.3.3. Erhöhter Kommunikationsbedarf

Auch scheint die Betreuungsintensität von der Art der Erkrankung des Patienten abzuhängen. Sie wird tendenziell stärker bei Erkrankungen, die während der Behandlung eine dichtere Kommunikation mit Patienten und eventuell Angehörigen erfordern (A, 27, 28):

„Wenn das ne chronische, zum Beispiel Krebserkrankung war, ergab sich natürlich ein enger Kontakt, weil man [...] in der therapeutischen Zeit unterschiedliche Wege gehen [...] und erklären musste. Dadurch entstanden [...] Konflikte, die auch besprochen wurden.“ (A, 29, 30)

A.I.1.3.4. Spezialisierungsgrad

Der Interviewer sondiert im Verlauf, ob der Respondent auch von Angehörigen Verstorbener konsultiert wird, welche nicht seine Patienten waren. Darauf gibt dieser an, ihm sei dies in seiner Rolle als Urologe nicht passiert (A, 105). Er mutmaßt zudem, dies würde einem als Internist vielleicht öfter passieren (A, 109). Diese Vermutung stützt sich wahrscheinlich auf die allgemeine Wahrnehmung eines Internisten als fachlich breiter aufgestellt und damit bei trauerassoziierten Beschwerden qualifizierter als ein stärker auf einzelne Organe zentrierter Facharzt, wie z.B. ein Urologe.

A.I.1.3.5. Anwesenheit während der Sterbephase

Enge Betreuungen jüdischer Patienten und Angehöriger sind laut dem Interviewten während seiner Tätigkeit in der Intensivmedizin häufiger vorgekommen als in der Urologie (A, 11). Eine mögliche Erklärung dafür könnte die unterschiedliche Nähe zu den Angehörigen zum Zeitpunkt des Patiententodes sein. Werden Patienten im Falle einer Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustands hospitalisiert, ist der weitere Kontakt zum behandelnden niedergelassenen Arzt bis zur Entlassung erschwert. Im Sterbefall bilden die im Krankenhaus (so auch in der Intensivmedizin) tätigen Kollegen schon aus rein logistischen Gründen einen besser erreichbaren Anknüpfungspunkt für hilfesuschende Hinterbliebene als niedergelassene Ärzte. Folglich könnte eine Weiterführung des Kontaktes zwischen dem Respondenten und etwaigen Angehörigen behindert werden. Dies ist jedoch lediglich eine Mutmaßung des Autors und wurde vom Respondenten nicht explizit angesprochen.

Aus obig beschriebenem Grund dürfte auch ein Hausbesuch nahe dem Zeitpunkt des Todes eines Patienten zu einem engen Kontakt beitragen. Dies deutet sich in einer Erzählung des Respondenten über einen Hausbesuch bei einem langjährigen jüdischen Patienten an, dessen Wunsch es war, zuhause zu sterben. Diese Begebenheit wird im Abschnitt „A.1.3.4 Hausbesuche beim Sterbenden in dessen letzten Lebensstunden“ auf Seite 94 näher beschrieben. Da es sich in dieser Situation jedoch um einen jüdischen Patienten der Elterngeneration des Respondenten handelte, kann nicht bestimmt werden, welcher Aspekt sich stärker auf die Kontaktenge auswirkte: Die Tatsache, dass es sich um Patienten der Elterngeneration handelte oder die Anwesenheit des Arztes in den letzten Stunden eines Sterbenden. Dies gilt umso mehr, als beide Faktoren sich gegenseitig zu bedingen scheinen.

A.1.2. Kontakt mit nicht-jüdischen Angehörigen und Sterbenden

A.1.2.1. Professionelle Beratung

Die Betreuung nicht-jüdischer Angehöriger und Patienten fasst der Respondent unter „intensive Beratungsgespräche“ bzw. „therapeutische Gespräche“ (A, 93, 95) zusammen. Diese beziehen sich auf „wichtige und entscheidende Fragen“ über verbleibende Behandlungsmöglichkeiten und die Prognose sowie „konkrete Interessen“ (A, 93) des Patienten und der Angehörigen, jedoch es kommt nicht zu einer „familiären“ (A, 94) Gesprächsform wie bei jüdischen Patienten und Angehörigen. Es bleibt stattdessen bei der „technischen Situation“ (A, 95), wie man dem Patienten und Angehörigen helfen könnte, mit dem Ableben umzugehen.

A.1.2.2. Anrufe bei Krankenhausaufenthalt

Im Falle der schweren Erkrankung eines nicht-jüdischen urologischen Patienten mit Hospitalisierung ruft der Respondent ihn oder seine Angehörigen an. Bei diesen Gesprächen verdeutlicht er seine Hilfsbereitschaft sowie die seines Praxisteam (A, 159). Im Vergleich zu jüdischen Patienten (wie weiter unten

beschrieben) kommt es während der Betreuung weder zu einem Krankenhausbesuch (A, 158), noch zu Hausbesuchen (A, 58).

A.I.2.3. Keine Betreuung von Patienten mit Nazi-Vergangenheit

Im Falle eines begründeten Verdachts auf eine nationalsozialistische Vergangenheit eines Patienten verweigert der Respondent die Behandlung. Somit kommt es in diesen Fällen auch nicht zu einer Betreuung der Angehörigen. Dies beleuchtet er mit folgender Erzählung:

„[...] ich hatte [...] gelegentlich Patienten [als Urologe; Anm. d. Verf.], von denen ich annehmen musste, dass sie im Krieg involviert [gewesen] waren in [...] schrecklichen Dingen [...] – bei einem hab ich’s gesehen, der hatte eine entsprechende Markierung unterm Arm – den ich gebeten hab, die Praxis zu verlassen. Obwohl er sehr krank war und meine Hilfe gebracht hätte, habe ich ihn hingewiesen, dass es genügend andere Ärzte gebe, die ihn betreuen könnten, ich nicht.“ (A, 85)

A.I.2.4. Häufig postmortal kein direkter Kontakt mit Angehörigen mehr

Bei nicht-jüdischen Angehörigen entstehe, so berichtet der Respondent, nach dem Tod des Patienten häufig kein direkter Kontakt mehr:

„In der Regel wurde ich aber auch von den Angehörigen informiert – telefonisch oder schriftlich – mit einem ganz großen Dank für die Bemühungen, dass er verstorben ist. Also ich hab’s nicht mal mitbekommen, wann es passiert ist. Viele sind verstorben entweder in der Klinik aufgrund ihrer schweren Erkrankung oder durch Komplikationen oder sind zuhause verstorben. Was so das Bemühen der Familien war oder in [sic!] Palliativstationen.“ (A, 60-62)

Später führt er diesen Umstand weiter aus:

„Genau, also ich erfahre vom Ableben in der Regel wie gesagt vonseiten der Angehörigen erst einige Zeit nach dem Ableben, ich habe nicht den direkten Kontakt. Selbst, wenn ich die

Patienten häufig sehe, also sprich im Abstand von [...] zwei, drei Monaten, [...] weil sie zur medikamentösen Therapie kommen, kann es passieren, dass sie dann 14 Tage später versterben und ich erst am Termin, den er hätte haben sollen, erfahre: ‚Leider kommt er nicht, weil er ist vor zwei Wochen verstorben.‘ Also mit einer gewissen Verzögerung erfahre ich dann über das Ableben des Patienten.“ (A, 97)

A.I.2.5. *Behandlung trauerassoziierter körperlicher Beschwerden und Arztempfehlungen*

Im Nachgang ihres Verlusts, berichtet der Respondent, habe er Angehörigen bei trauerassozierten körperlichen Beschwerden, wie Schlafstörungen oder Magen-Darm-Beschwerden „sehr gerne geholfen“. Auch Arztempfehlungen habe er bei Unzufriedenheit mit dem jeweiligen behandelnden Hausarzt wiederholt ausgesprochen (A, 151).

A.I.3. *Kontakt mit jüdischen Angehörigen und Sterbenden*

Den Erzählungen des Interviewpartners ist nicht immer eindeutig zu entnehmen, ob es sich bei den betreuten jüdischen Angehörigen und Patienten um solche der Elterngeneration handelt, mit welchen der Respondent eine besonders enge Beziehung berichtet. Sofern dies jedoch eindeutig aus dem Text hervorgeht, wird es angezeigt.

A.I.3.1. *Regelmäßige Updates aus dem Umfeld des Sterbenden*

Durch seine Vernetzung in der jüdischen Gemeinde wird der Respondent regelmäßig über den Zustand des Patienten auf dem Laufenden gehalten:

„[...] in jüdischen Kreisen [...] erfahre [ich] jeden Tag dann, wie es ihm [dem Patienten] geht, weil da ruft mich die Ehefrau an, da ruft mich ein befreundeter Mensch an, da ruft mich ein Kollege [sic!], der ihn auch mitbehandelt – der Internist oder wie auch immer – und sagt zu mir: ‚Du, pass mal auf, das und das passiert.‘ und ‚Wie kann man das noch in diese oder jene Richtung lenken?‘“ (A, 100)

Bei ihm fließen die Informationen der Familie und der mitbehandelnden Ärzte über den Patienten zusammen.

A.I.3.2. Empfehlung, Kontrolle und Beratung von Mitbehandlern

Der Respondent scheint, wie obigem Zitat zu entnehmen, andere Ärzte nicht nur zu beraten, sondern seinen Patienten auch Behandler zu empfehlen, ersichtlich in seiner Schilderung der Betreuung eines sterbenskranken Patienten der Elterngeneration:

„Ich war mit beteiligt daran, dass er in die Hände eines vernünftigen Pulmonologen und später [Lungen-] Operateurs kam [...]“ (A, 123)

Besonders bei Anfragen von ihm betreuter und „geliebte[r]“ (A, 191) Patienten der Elterngeneration wird deutlich, dass er hier nicht nur innerhalb der Rolle des fachärztlichen Behandlers verbleibt, sondern „maßgeblich [...] Berater“ für diese ist (A, 195):

„Meinst du, dass der Doktor [ein anderer Behandler; Anm. d. Verf.] das richtig macht?‘, ‚Sind die Medikamente was für mich?‘, ‚Ich habe den Eindruck, der hat keine Ahnung. Kannst du mir nicht sagen, wie ich weitermachen soll?‘ Und dieses ‚du‘, das war natürlich. [...] weil ich war wie ihr Sohn.“ (A, 196-199)

Hier zeigt sich auch die ihm von den Patienten zugeschriebene Deutungshoheit, welche ihn als „Autorität“ (A, 199) darum bitten, die Therapie anderer Behandler zu beurteilen. Parallel vergleicht der Respondent die Intimität dieser Konstellation mit derjenigen zwischen Eltern und „Sohn“ (A, 199).

A.I.3.3. Krankenhausbesuche mit Vermittlungstätigkeit zwischen Familie und medizinischem Personal sowie nachfolgende Hausbesuche

Wie im Abschnitt „Logistische und zeitliche Unmittelbarkeit des Arztes zu den Angehörigen nach dem Tod“ bereits angeschnitten, ist die Aufrechterhaltung des Kontaktes des heute urologisch niedergelassenen Respondenten zu Patienten

und ihren Angehörigen während eines Krankenhausaufenthaltes erschwert. Nicht-jüdische Patienten und Angehörige kontaktiert er in dieser Zeit telefonisch; im Fall des Todes des Patienten wird der Respondent oft jedoch erst Wochen später von den Angehörigen unterrichtet (A, 97).

Bei jüdischen Patienten und Angehörigen hingegen hält der Respondent während eines Krankenhausaufenthalts persönlichen Kontakt von sich aus durch Besuche aufrecht, unabhängig davon, ob es sich um einen moribunden oder „nur“ kranken Patienten handelt. Dieses Verhalten grenzt er dabei klar von dem bei nicht-jüdischen Patienten und Angehörigen ab:

„[...] ich besuche die jüdischen Patienten [...], die im Krankenaus [...] sind, [...] es muss nicht gleich ein Sterbefall sein – also operierte Patienten, von denen ich weiß, dass sie in zwei Wochen wieder spätestens zuhause sind, die besuche ich auch. Was ich wie gesagt bei nicht-jüdischen Patienten nicht tue.“ (A, 157)

Auch übernimmt der Respondent im Krankenhaus eine vermittelnde Rolle zum Krankenhauspersonal:

[...] Ich vermittele dann, wenn es Probleme gibt, mit der Station, mit den behandelnden Ärzten [...]. Versuche dann, Verständnis [...] zu wecken für die Tatsache, dass jüdische Menschen nicht nur als ein Mitglied der Familie, sondern gleich als zehn Mitglieder der Familie im Zimmer sitzen [...]“ (A, 162)

Krankenhausbesuche stellen hier einen Ausgangspunkt für weitergehende Kontakte mit den Angehörigen dar:

„Bei den jüdischen Patienten, da treffe ich natürlich im Krankenhaus die Angehörigen und dann gibt's Gespräche und gelegentlich auch mal eine Einladung nachhause, zu einem Gespräch.“ (A, 161)

A.I.3.4. Hausbesuche beim Sterbenden in dessen letzten Lebensstunden

Wie im Abschnitt „Zeitliche und logistische Unmittelbarkeit des Arztes zu den Angehörigen nach dem Tod“ bereits beschrieben wurde, findet auch Sterbebegleitung im wörtlichen Sinne statt: Der Respondent berichtet von einem Hausbesuch „in den letzten Lebensstunden“ (A, 37) eines Patienten. Seine Anwesenheit innerhalb dieses Zeitraums scheint zu einem besonders intimen Kontakt zu den Familienmitgliedern beigetragen zu haben. Es sei ein „familiäre[r] Effekt“ (A, 39) eingetreten.

A.I.3.5. Gemeinsame Kontemplation aufkommender intimer Erinnerungen und Gefühle im Angesicht von Krankheit und Tod

Der Respondent schildert bei einem betreuten Patienten der eigenen Elterngeneration eine besonders starke Einbindung in persönliches Erleben der Familie in Zeiten von Krankheit und Tod. Diese als „konfliktreich[]“ (A, 44) beschriebene Situation ist geprägt von „plötzlich hochgekommen[en]“ Sorgen, Ängsten und Erinnerungen an Lebensereignisse „wie man geheiratet hat, sich kennengelernt hat, die Kinder bekam und so weiter“ (A, 45).

An anderer Stelle berichtet der Respondent, wie erkrankte jüdische Patienten ihm „im Detail“ ihre „traurige Vorgeschichte“ aus Zeiten des Holocaust, von ihrer „schweren Jugend oder [von] einer ganz schlimmen Erkrankung in der Jugend“ erzählten, worauf „Momente der gemeinsamen Trauer und des Nachdenkens und Überlegens [folgten], ob man's vielleicht doch noch mal verbessern kann, also die Situation, in der sie sich befanden“ (A, 78).

Hier scheint der Lebensgeschichte der jüdischen Patienten im Kontakt mit dem Respondenten während ihrer Erkrankung und auch im Vorfeld des Todes eine bedeutende Rolle zuzukommen. Der Respondent wird Zeuge der inneren Wiederkehr bedeutender, möglicherweise auch traumatischer Erlebnisse der Patienten, welche sich mit der Belastung durch die akute Krankheitssituation verquicken. Es folgen eine „gemeinsame[] Trauer“, ein „Nachdenken“, ein

„Überlegen“, wie man die aktuelle, womöglich psychisch zu verstehende „Situation“ des Patienten „verbessern“ (A, 78) könnte: Der Respondent wirkt hier wie eine stützende Erweiterung des Kontemplations- und Gefühlsraumes des Patienten und weniger direktiv.

A.I.3.6. Instrumentalisierung des Respondenten durch Angehörige zur Konfliktklärung mit Sterbendem

Sobald eine „Ahnung“ bei den Angehörigen aufkommt, „es geh[e] [mit dem Patienten] zu Ende“, bitten diese häufig um Gespräche mit dem Respondenten „ohne Beisein des Patienten“. (A, 263). Wünsche werden laut, „das Unausgesprochene im letzten Moment vielleicht noch [mit dem Sterbenden] nachsprechen [sic!] zu wollen“. Die Familie versucht, den Respondenten mit seinem „guten Draht“ zum Sterbenden zu „instrumentalisieren“: „Könntest du nicht etwas unternehmen, dass wir uns nochmal zu einem Thema X unterhalten können?“ (A, 266).

A.I.3.7. Frage nach der Prognose des Sterbenden

Angehörige nutzen die Gespräche in Abwesenheit des Sterbenden auch, um nach dessen Prognose zu fragen. Der Respondent sieht sich hier in einem Dilemma. Er spielt in derartigen Situationen mit dem Gedanken, solche Fragen „gleich ab[zul]ehren“ (A, 269). Auf der einen Seite steht seine Intention, Angehörigen eine schlechte Prognose wahrheitsgetreu mitzuteilen und sie dazu zu bewegen „alles, was ihr jetzt noch klären wollt“ (A, 269) mit dem Patienten zu klären, auf der anderen Seite sein Wunsch, ihnen den zeitlichen Druck zu nehmen, sich mit dem Sterbenden „noch [...] über gewisse Themen [...] unterhalten [zu können]“, oder ihn einfach nochmal zu haben“ (A, 269). Er berichtet weiters, im Sinne einer „schlechte[n] [sich selbst erfüllenden] Prophezeiung“ (A, 272) bereits für rasche Tode von Patienten verantwortlich gemacht worden zu sein, wenn er eine schlechte Prognose gestellt hatte. Er kommentiert das von ihm wahrgenommene Bedürfnis der Angehörigen in solchen Situationen schmunzelnd mit „Trauer davor war manchmal

anstrengender als die Trauer nach dem Tod. [...] wenn es [...] hoffnungslos ist, und man weiß, es geht zu Ende, dann geht der Abschied an und das ist dann sehr schwierig für die meisten“ (A, 276).

A.I.3.8. Ablehnung von Anfragen zu aktiver Sterbehilfe

Das Thema, das den Respondenten bisher „am meisten belastet“ hat, waren Anfragen (wohl meist jüdischer) Angehöriger um Sterbehilfe für Patienten (A, 144-146). Er schildert auch hier ambivalente Gefühle: Auf der einen Seite sieht er diese „im Judentum verboten“ an, auf der anderen Seite besteht der allgemeine Wunsch, Sterbende „nicht leiden“ zu lassen (A, 148). Er versucht stets, den Angehörigen „feinfühlig [...] klar [zu] machen“, dass er der „falsche Adressat“ und „absolut dagegen“ ist „einem jüdischen Patienten die letzte Spritze zu geben“ (A, 149). Diese Formulierung suggeriert, dass er sich hier auf aktive Sterbehilfe bezieht. Jüdische Positionen zur Sterbehilfe werden im Grundlagenteil unter 4.4.2 Sterbehilfe im jüdischen Diskurs“ auf Seite 34 erörtert.

A.I.3.9. Formalitätenregelung und Teilnahme an der Schiwa

Bei jüdischen Angehörigen, so teilt der Respondent mit, habe er sich bei „Fragen [...] des Organisierens“ im direkten Anschluss an den Tod beteiligt. Als Beispiel führt er seinen Beitrag an der Realisierung einer Leichenüberführung nach Israel an (A, 52).

Außerdem beschreibt es der Respondent als für ihn selbstverständlich, (besonders bei Kindern Verstorbener der Elterngeneration) an den dem Tod folgenden „rituellen Handlungen“ teilgenommen zu haben. Hierbei meint er, wie der Gesamtkontext des Interviews annehmen lässt, vor allem die Schiwa. Er betont, auch vonseiten der Familien hierzu aufgefordert worden zu sein (A, 15). Später im Interview, bei der Frage nach spirituellen oder religiösen Bedürfnissen von Angehörigen, fügt der Respondent an, dass er von solchen nie aufgefordert worden ist, sich in diesem Bereich zu engagieren (A, 139). Auf den ersten Blick scheint diese Aussage seiner Teilnahme an der Schiwa (einem religiösen Ritus)

zu widersprechen. Es darf jedoch vermutet werden, dass er hier ein religiöses bzw. spirituelles Engagement meint, welches über die Teilnahme an der Schiwa und den dort tradierten rituellen Handlungen hinausgeht. Genauer führt er diesen Punkt jedoch nicht aus.

Die interpersonelle Dynamik während Schiwa-Besuchen erschwert dem Interviewten eine individuelle Gestaltung des Kontaktes zu den Angehörigen:

„Es ist wie ein Schauspiel, welches ritualisiert ist. Man besucht die trauernde Familie, man kommt mit einer Gemeinschaft zusammen, einem Minjan [Betgemeinschaft aus zehn Männern; Anm. d. Verf.], da ist ja schon mal von vorneherein eine garantierte Öffentlichkeit vorhanden und hat dadurch auch nicht immer den direkten Kontakt zu den Trauernden, weil sie ja durch die Mittrauernden, die dabei sind, die Außenstehenden, auch in Beschlag genommen werden. Also der Austausch von Gesprächen ist etwas schwierig. Das geht immer nur dann, wenn man wirklich länger verweilt, wartet, bis alle weggegangen sind und sich dann zu der Witwe oder zum Witwer dazusetzt [...] oder mit den Kindern sich dann privat unterhält und [...] zum Abschluss fragt: „Was kann ich noch für euch tun“? (A, 240-246)

So nutzt der Respondent die Teilnahme während der Schiwa auch, um sein Verhalten im Kontakt mit den Angehörigen und dem Verstorbenen rückblickend zu betrachten:

„Wenn man dann in diesem Kreis ist, in der [sic!] Trauer geleistet wird oder wo die Angehörigen zurückbleiben, dann hast du die Möglichkeit, nochmal zu reflektieren und nochmal nachzudenken, was vielleicht in der Zeit davor nicht so optimal gelaufen ist, was du beim nächsten Mal vielleicht ein bisschen anders machen könntest, vielleicht auch im Umgang mit den Angehörigen, wo du ein bisschen wenig Zeit hattest, nicht immer ein Ohr hattest für die Fragen oder Bedürfnisse. Das ist also auch eine Möglichkeit der Reflexion. Also man kann sagen, dass man in dieser Trauerphase, an der man teilnimmt [...] auch sehr viel für sich persönlich lernt.“ (A, 237)

A.I.3.10. Einbezug in das Erleben des Angehörigenkreises und Mittrauern wie Familienmitglied

Der Respondent ist sich bei der Betreuung jüdischer Angehöriger bei ihrem Verlust emotional involviert. Nach dem Tod eines Patienten der Elterngeneration, schildert er, habe er „wie ein Familienmitglied mitgetrauert [...], [war] also durchgehend dabei“ (A, 48).

An anderer Stelle wird spiegelbildlich das Bedürfnis der Hinterbliebenen deutlich, ihn an den familiären Geschehnissen nach dem Tod des Patienten teilhaben zu lassen: „Man hat [...] mich einbezogen, also richtig in die Familie dann aufgenommen oder zumindest am Rande der Familie mit aufgenommen.“ (A, 136).

Während dieser Zeit spürt der Respondent das Bedürfnis der Angehörigen, ihm „Dankbarkeit [...] für das, was ich getan hab oder was mein Team getan hat“ (A, 135) zu zeigen. Auch scheint es für die Hinterbliebenen von Bedeutung zu sein, dem Respondenten im Rückblick noch einmal gesamthaft ihr Erleben deutlich zu machen:

„Das eine ist das mir-vermitteln-Wollen, wie groß der Verlust ist, über den man eben trauert. Wie wichtig die Person für einen war. Wie dramatisch natürlich die Krankheit war und vor allem die Angst um die weitere Zukunft, allein zu sein...“ (A, 112-115)

Nicht nur das Verständnis ihrer emotionalen Lage zu erweitern scheint der Familie gegenüber dem Respondenten ein Anliegen zu sein, sondern auch, sein „Bild des Verstorbenen“ (A, 136) zu vervollkommen:

„[...] dass ich auch den allerbesten Blick über ihn behalte, dass ich ihn wirklich im Ganzen dann kennenlerne. Nicht nur als Patient, der er sich bei mir in der Praxis geben konnte oder wollte [sic!], sondern auch, wie er zuhause war oder wie er in seinem engsten Kreis war. Deshalb wurde viel berichtet, es wurden Bilder gezeigt, andere Familienangehörige haben sich noch dazu geäußert und so weiter.“ (A, 136)

A.I.3.11. Gespräche über Ungesagtes

Im auf den Verlust folgenden Austausch kommt vielfach die Sehnsucht nach Botschaften des Verstorbenen oder Gesprächsinhalten zwischen diesem und dem Respondenten auf, welche für die Angehörigen als „Trost“ dienen könnten. Sie wünschen sich vom Respondenten, er würde ihnen noch etwas für ihren weiteren Weg von diesem „weitergeben“ können. Oft handelt es sich um Dinge, die zwischen Lebenspartnern „im letzten Lebensabschnitt [...] nicht ausgesprochen“ wurden; Gespräche über „Vertrauen“ und „Intimitäten“ (A, 116) die nicht mehr stattgefunden haben. Der Respondent schildert hierzu eine Begebenheit, in welcher das Unausgesprochene gar ein Geheimnis des Verstorbenen war, bis zu dessen Tod:

„Und da war's wirklich so, dass er mir erklärt hat, er hätte gewisse finanzielle Rückstände [sic!] in M-Land [aus Datenschutzgründen nicht angegeben, Anm. d. Verf.] und er hätte es seinen Kindern zu seinen Lebzeiten nie gesagt, weil er Angst hatte – er hat kein Vertrauen zu seinem Schwiegersohn gehabt...“ (A, 126)

Die Tochter dieses Patienten schien Unausgesprochenes zu vermuten und befragte den Respondenten als Vertrauten des Patienten:

„„Gab es da etwas oder hat er Ihnen vielleicht irgendetwas über mich, über meinen Mann, über unsere Familie erzählt?‘ Ich konnte dabei nicht weiterhelfen im Sinne von welcher Bank und was für eine Kontonummer oder was auch immer, aber ich konnte zumindest die Frage stellen, ob sie wüsste, dass es ein gewisses Vermögen geben muss in M-Land und dass es interessant wäre, dem nachzugehen. Und das war ihr anscheinend nicht bekannt. Also hier habe ich wirklich vermittelt etwas [sic!], was wirklich in der Tat zwischen Arzt und Patienten gewachsen ist, was er nur mir gesagt hat und nicht seiner eigenen Tochter.“ (A, 127-130)

A.I.3.12. Hausbesuche mit Erkundigung im Nachfeld des Todes

Auch in der Zeit nach der Schiwa stattet der Respondent den Hinterbliebenen Hausbesuche ab, um sich nach ihrem Befinden zu erkunden:

„[...] es geht auch um das Trauern, um das Zusammensitzen unabhängig von der Schiwa – auch als die schon vorbei war – in den Wochen und Monaten danach dieser Familie noch als Freund an der Seite zu stehen. Also einfach mal vorbeizufahren und zu fragen ‚Wie geht’s dir heute? Wie fühlst du dich?‘“ (A, 55)

Es entsteht der Eindruck, als ob Respondent A hier den in der Schiwa angestoßenen gemeinsamen Verarbeitungsprozess im Einzelkontakt fortsetzen möchte.

A.II. Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

A.II.1. *Lebenserfahrungen als diffuser Einfluss*

Auf die Frage des Interviewers, welche Ansichten und Werte den Respondenten geprägt haben könnten, schickt dieser voraus, dass er, obwohl vom Einfluss dieser überzeugt, er im Nachhinein keine spezifische kausale Verbindung zwischen Erlebtem und seiner heutigen Person benennen kann. Es lässt sich kein „[...] Augenblick, [ausmachen] der mich dann zu dem oder jenem geführt hat oder mich ausgemacht hat“. Dabei vergleicht er die Prägung durch das eigene Erleben mit einem Baum, der „immer wieder neu [...] durch Wind, Wetter verändert wird, seine Position neu einnimmt, [sich] justiert“ und das Leben als „biologische[n] Prozess“ gespeist von „menschlichen Erfahrungen“ (A, 204/205).

A.II.2. *Der Wert der Leidlinderung im Vergleich zur Heilung*

Der Interviewer sondiert, ob die Erfahrungen und Prägungen des Respondenten dessen Vermutung nach einem Einfluss spezifisch auf seine Rolle als Arzt haben könnten. Dieser bejaht und verweist auf Einsichten des ärztlichen Arbeitens im Allgemeinen:

„Als Arzt weißt du auch, dass du mit allem Bemühen auch Misserfolge haben wirst. Du weißt auch, dass deine Patienten letztendlich sterben werden, auch wenn du dich dagegen wehrst und mit allen Möglichkeiten ankämpfst.“ (A, 233)

Dem stellt er gegenüber, dass das Erreichen von Beschwerdefreiheit oder einer Lebensverlängerung des Patienten bereits erstrebenswerte Ziele darstellen und man auch mit dem „Tod [des Patienten] vor sich“ das Gefühl gewinnen kann, etwas „Gutes“ getan zu haben (A, 235).

Außerdem bildet die Reflexion im Nachfeld des Todes (wie im Abschnitt „Formalitätenregelung und Teilnahme an der Schiwa“ näher erläutert) eine Möglichkeit, die Betreuung von Patienten in ihrem letzten Lebensabschnitt in einen Lernprozess für sich selbst als ärztlichen Behandler einzubinden (A, 237).

A.II.3. Tod des eigenen Vaters und Hochzeit der Tochter – konträre Gefühle

Auf die Frage nach prägenden Erfahrungen mit dem Thema Trauer berichtet der Respondent vom Tod seines krebserkrankten eigenen Vaters zum Zeitpunkt der Hochzeit der eigenen Tochter. Das Zusammentreffen dieser beiden konträren Gefühle angesichts dieser Ereignisse hat für ihn eine „ganz ganz komplizierte Trauerarbeit“ bedeutet, da keines der beiden abgesagt werden konnte:

„[...] wir hatte noch unsere Trauerzeit in derselben Zeit, wie die Hochzeit und eine jüdische Hochzeit darf nicht abgesagt werden, laut den religiösen Gesetzen; also mussten wir die Heirat einhalten oder wollten wir natürlich die Heirat einhalten und am Rande habe ich dann meinen Kaddisch gesagt. [...] einerseits mit einem Auge zu weinen und mit dem anderen Auge zu lachen, das war sehr sehr schwierig.“ (A, 186-188)

A.II.4. Bild von Deutschland als „Land der Mörder deiner Großeltern“

A.II.5. Ermöglichung des späteren Lebens in Deutschland durch deutschen Klassenlehrer

Der Respondent, der seine Kindheit vom ersten bis zum zwölften Lebensjahr in Israel verbracht hat, empfindet sich heute „noch im innersten israelisch“ (A, 213). Mit elf Jahren ist er nach Deutschland gekommen. Er berichtet es als Zusammentreffen mit einem Schreckensbild:

„Das Land der ‚Mörder‘. So wurde ich zuhause in Israel erzogen: ‚In Deutschland leben die Mörder deiner Großeltern.‘ Und plötzlich landen meine Eltern mit meiner Schwester und mir in Deutschland; eigentlich auf dem Weg in Richtung C-Land [Datenschutz, Anm. d. Verf.], aber warum das Ganze scheiterte, spielt jetzt keine Rolle, aber sie blieben in Deutschland. Für mich ein Schock. Ich stehe, ich sehe mich noch, am Fenster, am ersten Tag in G-Stadt und gucke aus dem Fenster raus und sehe Menschen da unten und denk mir ‚Wer von denen hat meinen Großvater erschossen oder meine Großmutter?‘. Das war traumatisch, das hat sich bei mir niedergeschlagen.“ (A, 214-218)

Hier zeigt der Respondent die Kollision seiner anerzogenen Sicht auf Deutschland und „die Deutschen“ mit der Erkenntnis auf, seine Familie bleibe, eigentlich auf Durchreise, in Deutschland „stecken“. Er sieht sich konfrontiert mit der zukünftig ständigen Bedrohung, den Mördern seiner Großeltern zu begegnen. Dieses Grundgefühl beschreibt er als „traumatisch“ und sich in ihm „niederschlagen[d]“ (A, 218).

Dem angstbesetzten Start in sein neues Leben in Deutschland stellt der Respondent eine Begegnung mit einem Helfer gegenüber, welchen er als nachhaltigen Einfluss sieht:

„Was mir Hoffnung gegeben hat oder mich vielleicht auch bis heute beseelt, ist die Tatsache, dass ich einem Lehrer begegnet bin, in der Volksschule. [...] das

war mein erster Klassenlehrer – der sich meiner angenommen hat, mir die deutsche Sprache beigebracht hat, in dem er mich auch nachhause genommen hat, zu sich und mit seinen beiden Töchtern [...] unterrichtet hat, der mir geholfen hat, Aufsätze zu schreiben, die ich nicht geschrieben habe, sondern die er geschrieben hat, um mich dann in der Klasse hat vorlesen lassen, um zu zeigen, was dieser [...] kleine Junge [der Respondent] alles leistet, um meine Anerkennung in der Klasse zu schaffen. Weil ich wurde sehr gehänselt, ich wurde als Ausländer gemieden, gemobbt, es gab noch Äußerungen wie ‚du Saujude‘ und vieles mehr. [...] Und er hat es geschafft, die Klasse soweit auch umzustimmen, mich zu akzeptieren, mich anzuerkennen und als Leistungsträger zu sehen. Also das hat was Besonderes in mir ausgemacht und ich würde sagen, dass auch meine ganze Karriere hinterher, auch mein Interesse an der deutschen Sprache, aber auch an der Bildung durch ihn gewachsen ist, weil er mir auch die Literatur beigebracht hat. Hat mir gezeigt, wer in Deutschland von Bedeutung war, die Kultur letztlich nach außen darstellt, bis heute noch, ja? Wenn ich irgendwelche Autoren lese, habe ich immer wieder eine Assoziation zu diesem ehemaligen Lehrer [...] So, das, würde ich sagen, das war ein ganz ganz prägender Eindruck. Das ließ mich in Deutschland leben.“ (A, 221-230)

A.III. Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

Trotz seiner „jüdisch [...] traditionell[en]“ Erziehung und seiner Religiosität, so gibt Respondent A an, sei er noch nie von Hinterbliebenen darum gebeten worden, sich für diese auf religiöse oder spirituelle Art und Weise zu engagieren (A, 139). Da der Kontext darauf schließen lässt, dass er diese Aussage in Bezug auf nicht-jüdische *und* jüdische Hinterbliebene trifft, suggeriert er, dass er seine Teilnahme an der Schiwa betreuter Familien nicht als ein religiöses bzw. spirituelles Engagement interpretiert, denn er tut dies. Letztlich muss dies jedoch offengelassen werden. Es scheint folglich, dass der Respondent religiöse oder spirituelle Handlungen auf eine persönliche, *emische* gefärbte Art definiert, sodass die Schiwa, welche aus *etischer* Perspektive durchaus als religiöse

Veranstaltung betrachtet werden kann, für ihn nicht in diese Kategorie passt (vgl.4.4.3 Religiosität und Spiritualität bzw. R/S“ auf Seite 36. Nach seiner Spiritualität wurde der Respondent nicht explizit gefragt.

6.3. Einzelauswertung Interviewpartner B

B Kategorienübersicht Interviewpartner B

B Interviewpartner B

B.I Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

B.I.1 Grundsätzliche Betrachtungen zu Trauer, Verlust, Tod und Trauerbegleitung

B.I.1.1 Das Lebensthema Tod – universell und individuell

B.I.1.2 Formalitätsebenen der Trauer

B.I.1.2.1 Trauer als gesellschaftlich festgelegter Zustand

B.I.1.2.2 Trauer als seelische Verarbeitung von Verlustschmerz

B.I.1.2.3 Trauer als menschliche Ausdrucksweise

B.I.1.3 Nicht jeder Todesfall zieht Trauer nach sich und nicht jede Trauer wird durch einen Todesfall ausgelöst

B.I.1.4 Mögliche Konstellationen des Kontaktes

B.I.2 Das „Humane“ als Leitmotiv des Kontaktes

B.I.2.1 Da-sein

B.I.2.2 Berührung

B.I.2.3 Induziertes Mitfühlen

B.I.2.4 Fantasierendes Mitfühlen

B.I.2.5 Mitgefühl ausdrücken

B.I.2.6 Intrinsischen Gefühlsausdruck ermöglichen

B.I.2.6.1 Initialer Verzicht auf suggestives Verhalten

B.I.2.6.2 Wechselspiel zwischen sich-emotional-führen-lassen und eigener intrinsischer Reaktion

B.I.2.6.3 Behutsames Sondieren

B.I.3 Unterschiede zwischen Psychoanalyse und Alltag

B.I.3.1 Betrachtung des Verlusterlebens als Ausdruck neurotischer Konflikte

B.I.3.2 Abstinente vs. stützende Haltung

B.I.3.3 Berührung in der Psychoanalyse

B.I.3.4 Zeitpakete der Therapiestunden vs. Beständigkeit im Privaten

B.I.3.5 Betrachtung von Bedeutungszuschreibungen im Kontext des Verlusts

B.I.4 Besonderheit bei jüdischen Hinterbliebenen – Die liturgische Ebene

B.II Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

B.II.1 Tod und Trauer als Atmosphäre und Symbolik der Kindheit

B.II.2 Vermuteter Einfluss der Erfahrungen mit Trauer und Tod

B.II.2.1 „Komm, erzähl mir nichts vom Tod“

B.II.2.2 Für den Tod sensibilisiert, durchschnittlich empathisch

B.II.3 Selbsterleben im Umgang mit Trauernden

B.III Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

B.I. Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

B.I.1. Grundsätzliche Betrachtungen zu Trauer, Verlust, Tod und Trauerbegleitung

Der Respondent nimmt sich während des Gesprächs wiederholt die Zeit, Fragen des Forschenden genau zu verstehen und ebenso präzise zu beantworten. Dazu führt er sich und dem Interviewer erwähnte Begriffe unter verschiedenen Gesichtspunkten und detailliert vor Augen. Entsprechende Gesprächsabschnitte werden folgend innerhalb der Hauptkategorie „HK 1“ als Verständnisgrundlage aufgeführt, um eine Einordnung der weiteren Antworten des Interviewten in ein Gesamtbild zu erleichtern.

B.I.1.1. Das Lebensthema Tod – universell und individuell

Der Interviewte beschreibt das Thema des Todes als „existenziell“, also zur Existenz gehörig. Doch hat es seiner Erfahrung nach nicht „für jeden [...] dasselbe Drama“ (B, 76). Er spricht hier also von einem universellen Bestandteil des menschlichen Lebens, welcher jedoch in seiner subjektiven Belastung divergent wahrgenommen werden kann.

B.I.1.2. Formalitätsebenen der Trauer

Auch der Begriff der Trauer kann aus unterschiedlichen Perspektiven wahrgenommen werden. Das Gespräch führt in seinem Verlauf zu einem Punkt, an welchem die Frage nach dem Begriff der „Trauer“ aufkommt und was dieser für den Interviewten beinhalten kann. Er kommt dabei auf zwei Zugangswege zu sprechen.

B.I.1.2.1. Trauer als gesellschaftlich festgelegter Zustand

Zunächst beschreibt er Trauer als Zustand, welcher einem beim Verlust einer nahestehenden Person von außen zugewiesen wird:

„Man sagt ‚Jemand ist in Trauer‘. Weil jemand gestorben ist, heißt es automatisch ‚Trauer‘, naher Angehöriger“. Und es ist definiert sogar, zum Beispiel im Judentum, [...] was für eine Art von Trauer das ist und welche Verhaltensweisen damit verknüpft sind. In der ersten Woche [Schiwa; Anm. d. Verf.], im ersten Monat [Schloschim; Anm. d. Verf.], im ersten Jahr [Schanah; Anm. d. Verf.] und dann...“ (B, 120-123)

Was dieser Zustand im Einzelnen mit sich bringt, ist vom Ursprung der Trauerdefinition abhängig. Beispielhaft für einen solchen Ursprung führt der Respondent die in der jüdisch-religiösen Gesetzgebung auffindbare Definition an. Nach dieser wird der Trauerverlauf in zeitlich festgeschriebene Phasen eingeteilt, welche für Trauernde einer jüdischen Gemeinde sowie die restlichen Mitglieder derselben einen Verhaltenskodex mit sich bringen, siehe „4.5.2 Trauer aus halachischer Sicht & psychologische Rezeption“ auf Seite 47.

B.I.1.2.2. Trauer als seelische Verarbeitung von Verlustschmerz

Als nächstes betrachtet der Interviewte Trauer als psychischen Prozess:

„[...] das andere ist Trauer als Verarbeitungsmechanismus. Ja? [...] erstmal ist man mit dem blanken Schmerz konfrontiert und die Trauer verarbeitet im günstigen Fall den Schmerz.“ (B, 125-127)

Diese muss aus der Sicht des Respondenten „überhaupt erst eingeleitet werden“. Wenn sie aber beispielsweise „wütend abgewehrt“ wird, kann sich das durch einen verzögerten (oder ganz ausbleibenden; Anm. d. Verf.) Verlustschmerz zeigen. Daraus kann eine nach Freud „pathologische, [...] melancholisch perpetuiert[e] Trauer, die sich nicht auflöst“ (B, 125-32) werden. Entsprechende psychologische Vorstellungen werden und dem Punkt „4.5.1 Medizinisch-psychologische Trauerkonzepte“ auf Seite 37 erörtert.

Jedoch nicht jeder Verlust bedarf aus der psychotherapeutischen Sicht des Respondenten einer intensiven Bearbeitung. Er beschreibt diesen Umstand wie folgt:

„Die Frage ist jetzt, [...] das weiß ich ja in der ersten Sekunde (hier der Konfrontation des Interviewten mit dem Bericht des Todesfalls aus dem Umfeld eines Patienten; Anm. d. Verf.) noch gar nicht, inwieweit das ein Trauerfall [ist] [...], das ist ja nun mal zu differenzieren“ (B, 54)

B.I.1.2.3. Trauer als menschliche Ausdrucksweise

Eine weitere Betrachtungsweise der Trauer, welche der Interviewte nicht direkt anspricht, aber welche in seinen Erzählungen wiederholt vorkommt, ist ihre Manifestation als sichtbare Emotion. Während Trauer als gesellschaftliches Attribut per Definition festgelegt ist und Trauer als innerpsychischer Prozess ein Modell darstellt, welches menschliches Verhalten zu erklären versucht, beschreibt Trauer als menschliche Emotion ein sichtbares Signal, welches einer Deutung bedarf. Beispielhaft für ein kaum missverständliches Signal ist der Bericht des Interviewten über eine Patientin, welche auf den Verlust ihres Vaters eine starke Trauerreaktion zeigt und die auf einen schweren Verlust hindeutet:

„Nun ja, sie lag auf der Couch und hat sehr geweint, sehr gehadert, war sehr verzweifelt [...] und wie sich auch zeigte, hat es sehr sehr lange gedauert, bis sie das überwunden hat.“ (B, 62-66)

Auch kann Trauer als emotionale Ausdrucksweise nur vage oder gar nicht zu erkennen sein, obwohl aufgrund der äußeren Umstände angenommen werden muss, dass es sich um einen tragischen Verlust handelt. Eine solche Situation wird im weiteren Verlauf anhand eines Erlebnisses des Respondenten lebhaft beschrieben: Eine Frau erzählt im Gespräch mit dem Respondenten während einer privaten Veranstaltungssituation unvermittelt vom kürzlichen Verlust ihres Sohnes, welcher kürzlich bei einem Sportunfall tödlich verunglückt ist. Dies geschieht scheinbar nebenbei, ohne Anzeichen einer Trauerreaktion, auf fast parathyme Art im mitten in einer ansonsten heiter gefärbten Plauderei:

„Und sie erzählte mir das und [...] ich war selten so schockiert. [...] dieses Überraschungsmoment war vollkommen. Es war eine Frau, die ich gerade kennengelernt hatte, [...] wo sich ein

persönlicher Kontakt gerade hergestellt hat und die mir etwas so Unfassbares... [...]. Und wir haben völlig angeregt und [...] auf einer scherzhaften Ebene miteinander geredet [...] und dann kam das und [...] ich war absolut sprachlos erst einmal.“ (B, 348-352)

B.I.1.3. Nicht jeder Todesfall zieht Trauer nach sich und nicht jede Trauer wird durch einen Todesfall ausgelöst

Als der Interviewer konkrete Trauerbegleitungssituationen mit Hinterbliebenen erfragt, erkundigt sich dieser nach kurzem Überlegen: „Bei Trauer reden wir immer vom Tod, ja? Wir reden nicht vom Verlust einer Person aus anderen Gründen? [...] andere Gründe als der Tod sind eigentlich häufiger, denn häufiger sind ja Trennungen [...]“ (B, 97). Der Interviewer fragt, wie sich der Trauerprozess nach einem Verlust durch den Tod zu dem nach einem Verlust durch Trennung verhält. Der Interviewte macht sogleich deutlich, dass er für den Trauerprozess einige Variablen als ausschlaggebend ansieht, welche bei beiden Formen des Verlusts zu finden sind, während andere nur bei Trennungen zu finden sind. Zunächst wird die Trauer nach einem Verlust durch den Tod betrachtet, anschließend die nach einem Verlust durch eine Trennung:

Zunächst nennt der Respondent die „Umstände“ bzw. den „Grund“ (B, 137/138) eines Todesfalls und die damit möglicherweise auch zusammenhängende „Qualität der Beziehung, die bestanden hat“ (B, 137) als Einflussfaktoren auf den Trauerprozess. Beispielhaft führt er an, dass einem Verstorbenen von Hinterbliebenen sein Tod wütend und „schuldhaft angelastet“ (B, 143) werden kann: „[...] wenn ein chronischer Raucher an Lungenkrebs stirbt und man hat’s dem Partner schon dreißig Jahre gesagt, dass man möchte, dass er mit dem Rauchen aufhört und [er] stirbt dann“. Die diesem Tod möglicherweise folgenden „ambivalente[n] Gefühle“ (B, 145) würden bei einem „Kind, das an Leukämie stirbt“ (B, 144) nicht derart auftreten.

Der Respondent entscheidet sich, dem Thema der Trauer nach einer Trennung Raum zu geben, da ihm diese Form häufiger zu begegnen scheint als Trauer

nach einem Tod (B, 101, 103) und diese in dessen Betrachtung Parallelen aufweisen. Man merkt gleich zu Beginn der Ausführungen des Interviewpartners, dass Trennungstrauer in ihrer potenziellen Schwere nicht unterschätzt werden sollte:

„[Trennungen sind] ein Grund für Trauer und ein ganzes Spektrum an Gefühlen, die gewisser Weise subjektiv fast sich schlimmer anfühlen können, wie der Tod. Das sagen die Leute oft auch; also, wenn [jemand] gestorben wäre, könnte man leichter trauern [...] das sind Trauerprozesse, die unter Umständen noch sehr viel mehr Unterstützung brauchen, in manchen Fällen, als [wenn] jemand verstorben ist [...] Das kann [...] zwei, drei Jahre dauern. Manchmal ist – in extremeren Fällen – sehr viel Wut und Verzweiflung und Angst [vorhanden].“ (B, 105-108, 110)

Es wird hier ersichtlich, dass der Interviewpartner Trauer nach Trennungen als potenziell schwerwiegend erlebt, auch, da eine reale und damit auch symbolisch erlebbare Abgeschlossenheit einer Beziehung fehlt, wie bei einem Todesfall.

Als Variablen der Trauerschwere nennt der Interviewpartner auch bei Trennungen die „Gründe“ bzw. „Umstände“ (B, 138, 146): Eine Trennung kann „einseitig“ erklärt werden und damit für den Partner überraschend kommen oder „deklariert“ sein, also in gegenseitigem Einvernehmen (B, 103/104). Des Weiteren sieht er auch hier die Qualität der Beziehung zum Verlorenen als ausschlaggebend an (B, 137) sowie die Fähigkeit des Verlassenen, „eigene Anteile zu erkennen, die dazu geführt haben, dass man verlassen wird“ (B, 149). Er fügt hinzu, dass „[m]an [...] sogar selber [sic!] verlassen [kann] und dann sich fühlen, als ob man verlassen worden wäre und kommt auch in einen Schmerz und [...] und vielleicht in einen Trauerprozess [...]“ (B, 150).

B.I.1.4. Mögliche Konstellationen des Kontaktes

Als zu Beginn der Interviewer fragt, welche „Situationen [er] als jüdischer Arzt erlebt [hat], wo [er] mit trauernden Angehörigen zu tun hatte [...]“ (B, 14), teilt der

Respondent mögliche Konstellationen in „professionelle“ (Patienten, in seinem Fall Analysanden; Anm. d. Verf.) und die „private“ (Nachbarn, Freunde, Kollegen etc. als Trauernde) Situationen ein (B, 17-22).

Später im Gespräch unterscheidet er Grade der eigenen inneren Vorbereitung auf den Kontakt mit Hinterbliebenen:

„Es sind ja oft zufällige Konstellationen, wo [...] ich [...] jetzt gerade über einen Todesfall erfahre. [Und] zwar direkt von der betroffenen Person, manchmal hört man ja auch über Dritte zuerst und dann weiß man das schon und wenn man dann dem Trauernden begegnet, dann [...] kann man das von sich aus adressieren. Aber oft ist es ja auch so, du hörst es direkt von der Person und bist erst einmal selbst schockiert.“ (B, 336-339)

Wie hier deutlich wird, sieht der Respondent die spontane Reaktion beim Erhalt einer Todesnachricht als bedeutend für den weiteren Kontakt an.

B.I.2. Das „Humane“ als Leitmotiv des Kontaktes

Als der Interviewer den Respondenten nach etwaigen Rollen fragt, in welchen sich dieser sich im Kontakt mit Trauernden sieht, umschreibt dieser sein Handeln als primär „allgemein human“ (B, 298) bzw. „[...] was man erwarten können sollte und was die meisten Menschen ja auch [...] zur Verfügung stellen können“ (B, 301). Dieses „Humane“ (B, 298) kann als Grundsatz der Verhaltensweisen gesehen werden, welche der Interviewpartner zu verschiedenen Zeitpunkten der Unterhaltung zur Sprache bringt und welche im Folgenden dargestellt werden. Es zeigt sich jedoch, dass die beschriebenen Konstellationen Besonderheiten mit sich bringen. Diese werden unter dem Punkt „Unterschiede zwischen Psychoanalyse und Alltag“ näher besprochen.

B.I.2.1. Da-sein

Sein Verhalten beim Bericht einer Patientin über den Tod ihres Vaters gibt der Interviewte wie folgt wieder: „[...] ich versuchte, da zu sein für sie“ (B, 64). Auch wenn „für jemanden da sein“ eine Vielzahl an Interpretationen zulässt, lässt sich

als gemeinsamer Nenner interpretieren, dass es sich dabei um ein „verfügbar-sein“ bzw. „etwas zur Verfügung stellen“ des Respondenten handelt, sodass die hinterbliebene Person mit ihrer Situation nicht allein zurechtkommen muss.

Dieses zunächst simpel erscheinende Verhalten ist nicht selbstverständlich, wie sich der Schilderung des Zusammentreffens mit der hinterbliebenen Mutter entnehmen lässt:

„Und ich habe beobachtet [...], wie sie es jemand anderem erzählt hatte und der, ich gemerkt, der musste auch schlucken – der hat auch ein Kind im selben Alter, wie wir – und der verabschiedete sich dann relativ rasch. Also er [...] ist dann [...] nicht groß eingestiegen und war dann irgendwie nach zwei Minuten weg.“ (B, 356-360)

Die Konfrontation mit dem Schicksalsschlag eines anderen Menschen stellt sich hier als eine psychische Belastung dar, welcher sich nicht jeder Empfänger einer solchen Nachricht aussetzt.

Der Respondent betont im Anschluss seine Bemühung, für die Mutter als Gesprächspartner und Gegenüber verfügbar zu bleiben, „da“ zu sein:

„Also [...] du bist in diesem Moment [der Konfrontation mit der Todesnachricht des Sohnes] total gefordert, [...] dich auf das Richtige einzustellen, was da passt, um im Kontakt zu bleiben.“ (B, 365)

B.I.2.2. Berührung

Der Interviewer fragt, ob Berührung im Kontakt mit Hinterbliebenen grundsätzlich eine Rolle spielt. Dem stimmt der Respondent prompt zu:

„Ja selbstverständlich. Also [...] ich umarme dann auch eine Person, die mir gar nicht so nah steht. Ganz spontan instinktiv, da denk ich nicht lang drüber nach.“ (B, 330-331)

Körperlichkeit im Kontakt mit Hinterbliebenen erlebt der Respondent, wie hier scheint, als einen stimmigen zwischenmenschlichen Akt, unabhängig von der bevorstehenden Intimität.

B.I.2.3. Induziertes Mitfühlen

Als weiteren Bestandteil des Kontaktes mit Trauernden beschreibt der Respondent die rezeptive Fähigkeit, sich vom Schmerz des anderen [z.B. Trauerschmerz; Anm. d. Verf.] erreichen zu lassen (B, 304) bzw. mit diesem „mit[zu]schwingen“ (B, 318). Ein solcher Vorgang lässt sich als *unmittelbarer* Prozess verstehen, in welchem kognitive Anteile aufseiten des „Mitschwingenden“ nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Der Respondent gibt im Verlauf des Interviews eine Erinnerung wieder, die beleuchtet, wie er ein solches „induziertes“ Mitgefühl *nicht* verstanden haben will:

„[...] in der ersten Stunde, nachdem ich vom Tod von meinem Vater erfahren hab, was für mich völlig überraschend war, sagte ich das einem Bekannten von mir, der gerade bei mir vorbeikam, in der Wohnung. Das war eine Koinzidenz. Und wie ich ihm sagte [...] „Du, ich habe grad gehört, dass mein Vater gestorben ist.“, hat er einen Heulkampf bekommen. Es hatte aber nicht mit meinem Vater zu tun, es hatte auch nicht furchtbar viel mit mir zu tun. Es hatte etwas, glaube ich, zu tun mit der eigenen Beziehung zum eigenen Vater, der noch lebte und dem er sehr anhing. [...] das [war] jetzt ein extremes Beispiel dafür, wie man vom Schmerz angesteckt werden kann, aber es ist gar nicht in Verbindung mit dem anderen [ist]. So war das, ich musste ihn eher trösten, dann.“ (B, 306-316)

Der Interviewte unterscheidet hier das Wahrnehmen eines fremden Schmerzes über eine emotionale Äußerung (sofern spürbar; Anm. d. Verf.) vom Aufflammen eines schmerzhaften Konflikts im *eigenen* „Binnenraum“, weil dieser angesichts des beobachteten Schicksals an Kontur gewinnt.

B.I.2.4. Fantasierendes Mitfühlen

Bei der Schilderung einer seiner psychoanalytischen Stunden, in welcher eine Patientin vom kürzlich stattgehabten Tod ihrer Großmutter berichtete, gibt der Respondent Aufschluss über die sich in ihm abspielenden Vorgänge: „Ich [...] versuche, mir vorzustellen, was das für eine Situation [für die Patientin; Anm. d. Verf.] ist [...]“ (B, 47). Anders als beim unmittelbaren „Mitschwingen“ mit der *emotionalen Äußerung* eines anderen (vgl. „B.I.2.3 Induziertes Mitfühlen“ auf Seite 114) scheint sich der Interviewte hier die Lage der Patientin *vorzustellen* (z.B. Verlust der Großmutter, gerade in psychoanalytischer Stunde), um dadurch einen emotionalen Abdruck dieser Situation in sich zu erzeugen. Dieser kann als Ausgangspunkt für Vermutungen darüber genutzt werden, wie sich die Patientin fühlen könnte. Anders als beim „Mitschwingen“ ist diese „fantasierende“ Art des Mitfühlens von einer wahrnehmbaren Gefühlsäußerung des Gegenübers unabhängig.

B.I.2.5. Mitgefühl ausdrücken

Den Schmerz eines anderen *mitzufühlen* und dieses Mitgefühl auch *ausdrücken* zu können, legt der Respondent als zwei unterscheidbare Prozesse aus. Zur Erläuterung zieht er das Beispiel eines Kinofilms heran:

„Im Kino fällt einem das leichter, vielen Menschen. [...] und zwar weil man den Abstand hat [...] man hat nicht die Last des unmittelbaren Kontaktes, aber [...] man kann sich das Gefühl vorstellen. Und der Kontakt kann etwas Erschwerendes sein für viele Menschen, das ist dann die Blockade unter Umständen. Weil man nicht weiß, was man machen soll [...]“ (B, 325-327)

Im Zuge dieser Argumentation geht der Interviewpartner jedoch nicht weiter darauf ein, was er unter dem *Ausdrücken* von Mitgefühl subsummiert.

B.I.2.6. Intrinsicischen Gefühlsausdruck ermöglichen

Ein weiterer Verhaltenskomplex des Respondenten scheint darauf abzuzielen, Hinterbliebenen eine möglichst unbeeinflusste Entscheidung darüber zu ermöglichen, inwiefern sie ihr Verlusterleben nach außen tragen.

B.I.2.6.1. Initialer Verzicht auf suggestives Verhalten

In der obig beschriebenen Konfrontation mit der Todesnachricht der Großmutter seiner Patientin hält sich der Respondent zunächst mit einer möglicherweise suggestiven Beileidsbekundung zurück, da er aufgrund seines Vorwissens über deren komplizierte Beziehung eine ambivalente Reaktion auf den Tod antizipiert:

„[...] ich wusste, es ist eine komplizierte Beziehung gewesen, sodass ich mich beispielsweise zurückgehalten habe mit einem spontanen Beileid. Da es auch darum ging, ein bisschen herauszubekommen, wie es dieser Patientin von mir nun gerade geht. Und ihr zum Beispiel ein Beileid auszudrücken, während sie vielleicht insgeheim jubiliert – was ich nicht wissen kann, aber wofür es einige Anhaltspunkte gegeben hat – dann würde ich das ein bisschen verschütten und den Zugang [...] erschweren. Wenn ich jetzt so gekommen wäre, dann würde es ihr schwerer fallen, auszudrücken, [...] wo sie vielleicht erleichtert war und gar kein Beileid will oder eher kalt reagiert hat. [...] Ja, es stellte sich heraus, dass das eigentlich das richtige Vorgehen war, denn diese Patientin sprach dann eben von sehr widrigen Gefühlen gegenüber dem Verstorbenen [...]“ (B, 36-42, 52).

Durch das Zurückhalten einer Kondolenz konnte der Respondent seiner Patientin einen vorurteilsfreien Raum bieten, um die authentischen, „unpassenden“ – weil möglicherweise in ihren Augen sozial unerwünschten – Gefühle gegenüber ihrer Großmutter auszudrücken.

B.I.2.6.2. Wechselspiel zwischen sich-emotional-führen-lassen und eigener intrinsischer Reaktion

In der Interaktion mit der bereits unter dem Punkt „B.I.1.2.3 Trauer als menschliche Ausdrucksweise“ auf Seite 109 erwähnten hinterbliebenen Mutter kann der Respondent nicht auf Vorwissen über das Verhältnis zu ihrem Sohn zurückgreifen, um sich ein Bild von ihrem inneren Zustand zu machen. Er versucht dennoch, sich „auf das Richtige ein[]stellen, was da passt, um im Kontakt zu bleiben“. In der parathymen Art, mit welcher die Mutter den tragischen Tod ihres Sohnes übermittelt, scheint der Respondent eine inszenierte (mglw. unbewusste) Erwartungshaltung an ihn als Nachrichtempfänger zu sehen, von deren Erfüllung abhängt, ob die Mutter sich vertrauensvoll auf ihn einlässt. Um die ihm zugewiesene Funktion als Gesprächspartner verstehen und ausfüllen zu können, muss er sich auf die Widersprüchlichkeit zwischen ihrer scheinbaren Indifferenz und dem ihr widerfahrenen, meist stark belastenden Lebensereignis einlassen, sich von ihr *emotional führen* lassen.

Gleichzeitig sieht der Respondent seine „Fassungslosigkeit“ angesichts der Tragik als stimmig an: „Ja, es ist nicht unpassend, [diese] auch auszudrücken“ (B, 340).

Das obig beschriebene Verhalten des Respondenten kann folglich interpretiert werden als Wechselspiel zwischen dem Erfüllen der gesprächsdynamisch vermittelten Erwartungshaltung des Senders und der authentischen Erschütterung durch die Tragik des Geschehenen.

B.I.2.6.3. Behutsames Sondieren

Des Weiteren beschreibt der Respondent seinen Gedankengang angesichts der Konfrontation mit der Todesnachricht wie folgt:

„Ich wollte schauen [...] wie viel kann man erfahren, was tut nun gut überhaupt, darüber zu reden, was nicht? Dadurch, dass sie ein Unglück hingestellt hat, war auch die Frage, wenn ich jetzt

Details erfrage, was ist davon Neugier und was ist davon
Anteilnahme?“ (B, 362-364)

Das Erfragen von „Details“ kann in diesem Beispiel zwei Zwecken zugleich dienen: Den Zustand der Hinterbliebenen besser nachzuvollziehen (siehe „B.I.2.4 Fantasierendes Mitfühlen“ auf Seite 115 und ihr gleichzeitig die Möglichkeit zu eröffnen, über ihr Verlusterleben zu sprechen. Dies soll jedoch nur so weit gelten, als es der Hinterbliebenen ein Bedürfnis ist. Darüber hinaus möchte der Respondent sichergehen, dass seine Fragen das Wohl der Hinterbliebenen und nicht die Befriedigung seiner Neugier verfolgen.

B.I.3. *Unterschiede zwischen Psychoanalyse und Alltag*

B.I.3.1. *Betrachtung des Verlusterlebens als Ausdruck neurotischer Konflikte*

Im Vergleich zu den vorhergehend beschriebenen, eher „alltagsmäßigen“ Verhaltensweisen (welche jedoch auch im psychoanalytischen Kontext zu finden sind), beschreibt der Respondent Eigenheiten der psychoanalytischen Arbeit, welche er als *insbesondere* für diesen Kontext charakteristisch ansieht:

„In der professionellen Situation [psychoanalytische Arbeit; Anm. d. Verf.] finde ich es schwierig, weil das Wort ‚Unterstützung‘ sehr unspezifisch ist. [...] was für den einen Fall unterstützend sein könnte, kann im anderen Fall hindernd sein. Also ein und dieselbe Verhaltensweise. Also, selbstverständlich geht es um Unterstützung, aber bei was? [...] es unterscheidet sich sehr von Fall zu Fall, was hier die Unterstützung ist und worauf das langfristig hinausgehen soll. Nämlich auf etwas Therapeutisches.“ (B, 73, 83-85)

Es geht also darum, das Erleben des Verlusts in die Therapie der „Grundkonflikte“ (B, 86) einzuweben, aufgrund derer sich die Patienten in psychoanalytische Behandlung begeben haben. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Respondent sich hier auf Grundkonflikte aus psychodynamischer Sicht bezieht, welche im Medium zwischenmenschlicher

Beziehung entstehen können. Die „unpassenden“, „widrigen“ (B, 52) Gefühle der Patientin angesichts des Todes ihrer Großmutter könnten hier als Ausdruck der „komplizierte[n]“ (B, 36) Beziehung und diese wiederum als möglicher Ursprung etwaiger Grundkonflikte der Patientin betrachtet werden.

B.I.3.2. Abstinente vs. stützende Haltung

Dem Todesbericht eines Analysanden folgend muss der Respondent eine Wahl treffen, die im alltäglichen Kontakt mit Hinterbliebenen nicht relevant ist:

„[...] ich muss in diesem Moment [des Berichts der Patientin; Anm. d. Verf.] schnell entscheiden, ob ich eher zurückhaltend bin, oder [...] den üblichen Rahmen verlasse und sozusagen alltagsmäßiger reagiere und weniger therapeutisch“ (B, 49).

Diese therapeutische Zurückhaltung kann als Äußerung des psychoanalytischen „Abstinenzgebots“ verstanden werden: Dieses besteht unter anderem als Verzicht des Therapeuten darauf, den unmittelbaren Leidensdruck eines Patienten durch stützendes Verhalten zu zerstreuen, um diesen als „libidinösen“ Antrieb zur Bewusstmachung und Durcharbeitung der inneren Konflikte zu erhalten.

Es stellt sich jedoch in akuten Krisensituationen (wie bei einem Todesfall möglich) die Frage, ob die innere Not eines Patienten (und das damit einhergehende Risiko einer psychischen Dekompensation) eine zeitweilig stärker stützende, stabilisierende Haltung (in diesem Fall ausgedrückt als die „alltagsmäßigere Reaktion“) erfordert, für welche der Analytiker aus seiner therapeutischen Abstinenz heraustritt. In diesem Fall würde der psychoanalytische Prozess – und damit die therapeutische Wirkung auf die obengenannten Grundkonflikte – zeitweise unterbrochen werden.

B.I.3.3. Berührung in der Psychoanalyse

Da der Interviewte nicht spezifisch darauf eingeht, muss offengelassen werden, inwieweit Berührung auch Bestandteil des Kontaktes mit Hinterbliebenen in seiner Arbeit als Psychoanalytiker ist.

Hierbei ist jedoch miteinzubeziehen, dass körperliche Berührung kontextabhängig als Ersatzbefriedigung neurotischer Traueranteile wirken und damit dem analytischen Prozess abträglich sein kann. Dieser Aspekt müsste bei dieser Nicht-Einhaltung des Abstinenzgebots mitbedacht werden. Dies ist eine Überlegung des Autors.

B.I.3.4. Zeitpakete der Therapiestunden vs. Beständigkeit im Privaten

Eine weitere Besonderheit der Begegnung von Psychoanalyse und Trauer zeigt der Respondent in der eingeschränkten Verfügbarkeit des Therapeuten auf: „In der Therapie [sind] das ja Zeitpakete“ (B, 92). Damit bezieht er sich auf die meist streng eingehaltene zeitliche Begrenzung der Therapiestunden.

Diesen Umstand setzt er in Kontrast zum privaten Kontext:

„[...] im privaten Rahmen, da geht es um eine andere Art, da zu sein. Da ist eine Unterstützung, die einem trauernden Menschen doch vermittelt, ansprechbar zu sein, belastbar zu sein, für den anderen da zu sein [...] Da ist man da, solange man [...] kann.“
(B, 88-90, 95)

Es kann vermutet werden, dass der Respondent mit dem „privaten Rahmen“ den Bereich der Freunde und Familie meint. Unter dem Punkt „B.I.2.1 Da-sein“ auf Seite 112 wird gezeigt, dass sich sowohl in professionellen (Patientin mit verstorbener Großmutter), wie auch privaten (Hinterbliebene Mutter) Kontaktsituationen mit Hinterbliebenen der Aspekt des „Da-seins“ finden lässt. Im obigen Beispiel jedoch betont der Respondent, dass im privaten Bereich der Beständigkeit des „Da-seins“ eine besondere Bedeutung zukommt.

B.I.3.5. Betrachtung von Bedeutungszuschreibungen im Kontext des Verlusts

Der Respondent stellt weiters heraus, dass Unterstützung im professionellen Kontext sich auch damit beschäftigen sollte, wie ein Verlust als Lebensereignis bewertet wird:

„[...] es ist ein Unterschied, ob beispielsweise [...] der Tod bereits [...] ein problematisches existenzielles Thema für jemanden schon vorher gewesen ist oder zum ersten Mal überhaupt auftritt. [...] da muss man auch anders unterstützen. [...] wenn jemand schon mehrfach vom Schicksal geschlagen worden ist und es kommt noch ein Fall dazu, was sozusagen die Weltsicht bestätigt, dass man benachteiligt ist und ein Pechvogel und dergleichen, dann könnte es in diesem Fall die umfassendere Unterstützung sein, sich genau mit dem Schicksalhaften zu beschäftigen und in was für einem Verhältnis man dazu steht und was der Tod im Einzelnen bedeuten kann.“ (B, 74/75)

Hier zeigt sich, wie die subjektive Bewertung und Interpretation eines Verlusts im Lebenskontext eine eigene problematische Relevanz entwickeln kann.

B.I.4. *Besonderheit bei jüdischen Hinterbliebenen – Die liturgische Ebene*

Der Kontakt mit jüdischen Hinterbliebenen enthält, so der Respondent, potenziell „eine Ebene, die mitgedacht wird“ (B, 253):

„Nämlich, was die Abläufe anbelangt [...] also den ganzen Ritus. Sofern er zutrifft überhaupt. Es gibt ja auch Juden, die überhaupt nicht [...] damit involviert sind. Aber sofern in irgendeiner Weise liturgische Dinge dazuzählen, dann gibt es einen Unterschied, ja. Denn sowohl bei jüdischen wie nicht-jüdischen Freunden bin ich soweit erwünscht, dabei sowieso auch, beim Trauerprozess, Beerdigung und dergleichen. Im jüdischen Fall kommt aber dazu, dass es etwas für mich Vertrauterer ist [...] Dann kann es sein, dass man da auch in eine bestimmte Funktion gerät. Könnte ein Minjan sein, zum Beispiel.“ (B, 254-259)

Der Interviewte hebt hier den ihm wohlbekannten, jüdischen Trauerritus hervor, den man als festen und geregelten Bestandteil der Gemeindeskultur wiederholt erlebt und zum Beispiel als Mitglied der sich im Haus der Trauernden versammelnden Betgemeinschaft mitgestalten kann.

B.II. Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

B.II.1. *Tod und Trauer als Atmosphäre und Symbolik der Kindheit*

Es zeigt sich, dass Trauer bereits in der Kindheit des Respondenten Teil des Alltags war:

„[...] in meiner Geschichte, als Kind, ich war ja umgeben von Menschen, die alle getrauert haben. Naja, ich bin [Ende der Fünfziger Jahre; grobes Datum – Datenschutz, Anm. d. Verf.] geboren und sowohl meine Eltern wie auch meine Großeltern mütterlicherseits hatten Familien, die alle zum größten Teil ausradiert worden sind in der Shoa. Und ich bin aufgewachsen in einem Umfeld, wo das ständig präsent war und zu spüren war. Und was Kollektives auch. Wenn man in die Synagoge gegangen ist, es war nicht einfach nur Synagoge, es war irgendwie in der Luft. Also, in meiner Geschichte sind da sehr viele Bilder und Vorstellungen dazu da [...] und zwar als ein Dauerzustand, als etwas, was nicht überwunden wird. Und auch noch überlagert; nicht nur dass es so viele Angehörige sind – [die] eigene[n] [Angehörige] *und* die [Angehörigen] der Angehörigen [...] die man nicht gekannt hat. [...] ich betone das [Folgende], weil du ja diese Fragestellung, das mit jüdischen Ärzten hast: die Überlagerung erfolgt dadurch, dass es nicht nur diese Individuen [die Angehörigen und deren Angehörige] sind, sondern sozusagen ein ganzes Volk, das da betroffen ist, das eigene. [...] ja, ich nehme an, dass diese Klaviatur immer mitgespielt wird.“ (B, 154-166)

Der Interviewte zeichnet hier die familiäre und gemeinschaftliche Trauer um die Opfer der Shoa als eine durch ihre Allgegenwart allen anderen Erlebnissen

zugrunde gelegte und ob ihrer Unbewältigbarkeit fortwährende Grundstimmung, in welche er hineingeboren wurde.

Der Interviewer möchte gerne mehr über die oben erwähnten „Bilder und Vorstellungen“ wissen. Darauf folgend schildert der Respondent Episoden aus seiner Kindheit, die Einsicht in sein damaliges Erleben gewähren. Dieses scheint erfüllt zu sein von einer teils vagen, teils ausgeprägten Beklemmung angesichts des Todes, der sich scheinbar hinter vielen Dingen verbarg:

„Nun ja, erstens soweit ich zurückdenken kann, erinnere ich die Jahrzeitlichter. Es ist ganz seltsam: Die, die wir hatten – das war entweder Batterie oder elektrisch, ich weiß es nicht – aber in meiner Erinnerung sahen die aus, wie [...] zwei Särgе, [...] zwei Quader, dunkle. Und die wurden zur Jahrzeit den jeweiligen Angehörigen [...] eingeschaltet. Das hatte immer eine sehr düstere Atmosphäre in diesen 24 Stunden, wo die geleuchtet haben. Das ist mir eben noch sehr präsent in Erinnerung.“ (B, 169-172)

„Dann im Grunde genommen ist eigentlich früh auch – in der Synagoge, [...] Kaddisch wird ja eigentlich ununterbrochen gesagt – und da war auch eigentlich [...] schon früh ein Bewusstsein dafür, dass es um Trauer geht. Obwohl Kaddisch kein Trauergebet ist, [...] steht aber trotzdem dafür. Ist aber keins.“ (B, 174/175)

„Ja, dann bei den großen Feiertagen, das ganz besondere, [...] bei Jiskor [...] da musste man raus aus der Synagoge. Also man musste den Betraum verlassen, wenn man noch keinen Angehörigen verloren hatte. Nur diejenigen, die Eltern oder Kinder verloren hatten, blieben drin. [...] es war eine Erleichterung, raus zu können, aber es war auch gleichzeitig etwas Betretenes. Da [...] findet [jetzt] etwas statt, was mit dem Tod zu tun hat und mit direkt Betroffenen. [...] meist haben wir [Kinder] versucht, den Betraum zu flüchten, so gut es ging und haben irgendwie gespielt, aber da war man da eher etwas leiser. Und die Angst, die Vorstellung, dass man selber bei Jiskor mal dabei sein müsste, das erinnere ich auch. So eine gruselige

Vorstellung: ‚Gott...Gottseidank. Ich muss da nicht dabei sein.‘
(B, 177-183)

„Und eine sehr frühe Erinnerung von mir, [im Grundschulalter; Datenschutz – Anm. d. Verf.] war ich da, erinnere ich auch noch, das war der zwanzigste Jahrestag der Befreiung von Dachau. Da [...] als kleiner [Junge], da war ich mit dabei. Es ist irgendwie, das habe ich, ich war da [noch klein], aber ich [kann mich] sehr lebhaft erinnern. Es war der Tod, der war da. Wo es um die Befreiung ging, aber natürlich, es war der Tod. Also, wir haben die Baracken gesehen und die Pritschen und Bilder. Da war’s noch nicht das Museum. Naja, also das alles, es ist früh angelegt.“ (B, 185-188)

Alle vier Erzählungen handeln von Akten des Erinnerns: das Zünden der Jahrzeitlichter, die Rezitation der Gebete Kaddisch und Jiskor, der Besuch im ehemaligen Konzentrationslager Dachau. Zentrale Elemente dieser Schilderungen erlangen durch die Augen des Kindes eine sehr persönliche Bedeutung: Die Jahrzeitlichter stellen sich als Särge dar. Das dem alltäglichen Gottesdienst angehörende und damit gewohnte Kaddisch-Gebet – äußerlich eine Lobpreisung Gottes – offenbart seine Rolle als Trauergebet und bringt damit das Thema des Verlusts ins Zentrum der „Normalität“. Der Gebetsraum während Jiskor prägt sich ein als ängstigendes Sinnbild einer Zukunft, in welcher um eigene Verwandte getrauert werden muss. Der Tod in den Baracken, ein personifiziertes Grauen, welches das Ende der „äußeren“ Verfolgung überdauert.

Die folgende Erinnerung kommentiert der Respondent mit der Bemerkung, dass es ihm hierbei um die „Funktion von Geschichten“ (B, 192) geht:

„Also zum Tod gehörten ja auch immer die Ungewissheit und die Geschichten dazu. Die Mutter meiner Mutter [ist] von S-Land nach [sicheres Fluchtland; Datenschutz – Anm. d. Verf.] geflohen, wo auch meine Mutter geboren ist [...]. [Die Großeltern] wussten nicht, was mit den eigenen Eltern, [die in Europa geblieben sind, passiert ist]. Die haben erst dann nach dem Krieg erfahren, dass die alle umgekommen sind. Und die Geschichte, die meine Mutter als Kind zu hören bekommen hatte

und die ich dann selber von meiner Großmutter hörte, war: [...] [ihr] ist irgendwie ein Kanarienvogel zugeflogen [im Fluchtland], durchs Fenster. Und eines Tages ist der wieder verschwunden. Und [...] in dem Moment wusste sie, dass ihre Eltern tot sind. Damit will ich sagen, von der Atmosphäre her, solche Geschichten machen ja was mit einem. Also, das ist die Geschichte meiner Mutter, meiner Großmutter, aber auch meine. Also es ist auch da eine Überlagerung, man hört die Geschichte dann auch nochmal aus anderem Mund. Aber ich habe sie auch direkt gehört. Also, es war in der Luft, es war zu greifen.“ (B, 190, 192-209)

Ebenso, wie in den vorangegangenen Erzählungen findet sich der Tod auch hier. Er zeigt sich dem Respondenten abermals in Form eines Symbols: dem Verschwinden eines Kanarienvogels. Dass sich ihm die Symbolik diesmal nicht im eigenen Erleben erschließt, sondern in Form einer Geschichte, welche, einem Echo gleich, sowohl über die Großmutter, als auch über die Mutter zum Respondenten findet, führt zu der beschriebenen „Überlagerung“, welche auch schon in Bezug auf die Traueratmosphäre seiner Kindheit beschrieben wurde. Dass die Symbolik jetzt auch über den Respondenten zum Interviewer gelangt und somit auch für diesen erfahrbar wird, unterstreicht diese „Funktion“ (hier verstanden als ihre Verhalten im zwischenmenschlichen Interaktionsraum) der Geschichte zusätzlich.

B.II.2. Vermuteter Einfluss der Erfahrungen mit Trauer und Tod

Der Interviewer möchte vom Respondenten wissen, ob dieser glaubt, dass die oben beschriebenen Erfahrungen mit Trauer und Tod einen Einfluss auf seinen Kontakt mit Hinterbliebenen ausüben.

B.II.2.1. „Komm, erzähl mir nichts vom Tod“

Der Respondent antwortet „Ich glaube schon.“ (B, 211), denkt eine halbe Minute nach und fährt dann fort:

„Ich muss an etwas denken, [...] es ist etwas sehr Skurriles. Und ich sag's, weil ich auch die Vermutung hab, dass du das nicht so oft zu hören bekommen wirst [...]: Es gibt so etwas wie eine Art Zynismus, der so etwa lautet, wie ‚Komm, erzähl mir nichts vom Tod, wir [Juden] haben so viel erlitten.‘ Wobei dieses ‚Wir‘ jetzt nicht definiert, welche [jüdische] Generation. [...] Also eine fast sabotierende [Haltung] oder partielle Verweigerung einer Teilnahme [am Schmerz des anderen], die ich als Abwehr deute; wo das quasi vorgeschoben wird. [...] Wie, wenn da etwas verglichen würde. Das Seltsame ist, ich kann in diesem Moment gar nicht sagen, ob das auf mich zutrifft. Ich weiß es nicht. Ich will es hier zumindest nicht ausschließen. Es ist aber etwas, was ich beobachtet habe. Also, ja, es könnte etwas [den Kontakt mit Hinterbliebenen] Mitbedingendes sein.“ (B, 212-220, 222-224, 226-231)

Die Aussage „Komm, erzähl mir nichts vom Tod, wir haben so viel erlitten“, könnte zu der Annahme führen, die Konfrontation mit dem Tod hätte eine abstumpfende Wirkung, sodass neben den Verfolgungs- und Verlusterlebnissen der Juden und deren transgenerationale Auswirkungen auf die nachfolgenden jüdischen Generationen das Leid anderer (z.B. Trauernder) unbedeutend erscheint. Jedoch vermutet der Respondent hinter dieser Haltung eher den Versuch einer Abgrenzung: Der Begriff der „Abwehr“ (B, 237) wird hier dem psychoanalytischen Konzept des „Abwehrmechanismus“ gleichgesetzt, einer unbewussten Funktion der Psyche, die dazu dient, schwer erträgliche Affekte tolerabel zu machen. Verkomplizierend kommt hinzu, dass der Interviewte diese Haltung nicht ausschließlich den verfolgten Juden in der Geschichte zuordnet, sondern potenziell jedem Juden, wie zum Beispiel denen der 2. Generation nach der Shoa, welcher er selbst angehört. Es scheint dies also im weitesten Sinne als ein generationsübergreifendes Phänomen zu sehen.

B.II.2.2. Für den Tod sensibilisiert, durchschnittlich empathisch

Weiter Bezug nehmend auf die vorangegangene Frage fährt er fort:

„Ich [...] würde nicht sagen, dass ich irgendwie empathischer bin oder dergleichen, als irgendwelche anderen Menschen. [...] Also ich fühle mich nicht sensibilisiert jetzt, glaube ich, was den einzelnen Trauerfall angeht. Vielleicht, wenn es um den Tod im Allgemeinen geht, könnte vielleicht sein. [...] Aber jetzt so auf den individuellen Einzelfall [bezogen], glaube [ich] nicht. Kann durchaus auch Abwehr und Abgrenzungswünsche in mir [...] feststellen, [...] eine Hilflosigkeit spüren [...] oder sogar manchmal auch eine Art Unwillen, sich damit auseinanderzusetzen, das tut man dann natürlich trotzdem. [...] Ich habe keine Ahnung, ob das jetzt spezifisch was mit meiner jüdischen Vorgeschichte zu tun hat, das weiß ich einfach nicht, aber ich kenne solche Sachen in mir auch.“ (B, 232-243)

Die Kindheitserlebnisse des Respondenten machen seine Sensibilisierung für das Thema des Todes plausibel: Tod, Verlust und Trauer haben den Respondenten als Elemente des Alltags seiner Kindheit stets begleitet. Dass er heute Gefühle der Aversion in der Auseinandersetzung mit dem individuellen Leid anderer verspürt, lässt sich mit der vom ihm bei Juden beobachteten Haltung „Komm, erzähl mir nichts vom Tod. Wir haben so viel erlitten.“ vereinbaren. Gleichzeitig üben diese Erfahrungen seiner Ansicht nach keinen nennenswerten Einfluss auf seine Fähigkeit zur Empathie aus. Auch später verdeutlicht er seine Argumentation noch einmal, als der Interviewte sich bei ihm nach möglichen Vorerwartungen an die Interviewfragen erkundigt:

„[...] ich habe komischerweise den Verdacht, dass es irgendwie eine vorbewusste Erwartung [bei mir gegeben haben] könnte [...]. Also irgendetwas mit „jüdisch“ nehme ich an. Vielleicht, ob ich meinen würde, dass ich aufgrund dessen, dass ich A jüdisch bin, B Second Generation [Generation der Kinder der Shoa-Verfolgten; Anm. d. Verf.] bin, irgendwie besser oder schlechter trösten könnte. [...] Ich glaube, die Antwort ist nein. Ich glaube nicht, dass [da] ein Zusammenhang ist.“ (B, 376-378, 388)

B.II.3. Selbsterleben im Umgang mit Trauernden

Bereits unter dem Punkt „[Der Kontakt mit Hinterbliebenen und Sterbenden](#)“ wurde hervorgehoben, dass für dem Respondenten im Kontakt mit Hinterbliebenen das „Humane“ (B, 298) im Vordergrund steht, bzw. „[...] was man erwarten können sollte und was die meisten Menschen ja auch [...] zur Verfügung stellen können“ (B, 301).

Der Interviewer fragt jedoch noch einmal spezifisch, ob das ärztliche Selbstverständnis einen Raum einnimmt. Der Respondent verneint hier:

„Ich glaube nicht. [...] Ich habe zwar zwei Facharztbezeichnungen redlich erworben, aber ich bin trotzdem, also gerade in der psychoanalytischen Praxis, [...] nicht so medizinisiert und es ist das, was ich schon seit so vielen Jahren hauptsächlich mache. Es wäre sicher anders, wenn ich als Hausarzt oder Chirurg oder wo der Tod eigentlich in Verbindung steht mit den Erkrankungen, die ich ja selber behandle, ja? [...] seit mehr als zwanzig Jahren arbeite ich nicht mehr als Psychiater. Da [spielte] Suizid natürlich [...] eine größere Rolle. [...] Aber [...] das ist einfach nicht mehr mein Alltag und insofern erlebe ich das auch nicht so.“ (B, 265-276)

Der Interviewer hakt weiter nach, indem er die Rolle des „Heilberufs“ (B, 277) vorschlägt. Doch der Respondent verneint abermals. Als der Interviewer schließlich das Selbstverständnis als Psychoanalytiker vorschlägt, beleuchtet der Respondent seinen Eindruck der Beziehung zwischen der Psychoanalyse und dem Thema des Todes:

„Ich finde, dass in der Psychoanalyse der Tod underrated ist. Es überrascht mich immer wieder, wie wenig in Fallgeschichten... also ich meine damit gar nicht so sehr jetzt den Tod [...] von bereits verstorbenen Menschen. Sondern das Thema des Todes im Allgemeinen, nämlich vor allem auch den eigenen. Dass das [...] ja existentiell zum Menschen dazu gehört. Und es erstaunt mich, dass die Psychoanalyse, so wie ich sie kenne [...] das selten thematisiert. Ich glaube, die meisten Psychoanalytiker, die

ich kenne, hören nicht so sehr mit diesem Ohr. Und ich halte das für ein grandios verdrängtes Thema und zwar ja selbstverständlich von den Patienten, wie auch von den Analytikern [...]. [...] ich glaube, ich verdränge es auch, so, wie die meisten Menschen, aber es ist mir bewusst [...] und ich habe ein bisschen ein Ohr drauf, ganz systematisch. Und insofern schwingt das natürlich auch mit, als ein allgemeines Lebensthema, wenn's um den Tod geht. Deshalb, wenn du mich fragst als Psychoanalytiker, dann kann ich das schlecht ausklammern. Das wird schon irgendwie dabei sein. Aber trotzdem ist sozusagen das Professionelle daran, das ist eher an sekundärer Stelle.“ (B, 282-296)

Hier zeigt sich, dass der Respondent sein psychoanalytisches Verständnis als wenig einflussnehmend auf seinen Kontakt mit Hinterbliebenen wahrnimmt. In der psychoanalytischen Arbeit das Thema des Todes wahr- und ernst nimmt, trotz der berichteten ubiquitären Verdrängung auf den Tod bezogener Themen. Die „Systematik“ seiner Bemühung, in seiner psychoanalytischen Arbeit das Thema des Todes nicht stiefmütterlich zu behandeln, suggeriert einen kognitiven Sicherheitsmechanismus für die seiner Ansicht nach in der psychoanalytischen Landschaft stark wirkende Verdrängung des Todesthemas. Möglicherweise, indem er sich regelmäßig und bewusst die Frage stellt, ob das Thema des Todes gerade einen Anteil an der Interaktion mit Patienten hat. Im Kontakt mit Hinterbliebenen scheint für ihn jedoch letztlich das „Humane“ im Menschen im Vordergrund zu stehen.

B.III. Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

Die Religiosität und Spiritualität des Respondenten zur Zeit des Interviews wurde nicht explizit erfragt. Erzählungen aus der Kindheit des Respondenten enthalten jedoch Perioden, in welchen er die Synagoge besucht hat (B, 159). Auch wirkt er mit liturgischen Abläufen (Kaddisch, Jiskor etc.) vertraut. Aus diesem Grund ist anzunehmen, dass er zumindest eine gewisse Nähe zur religiösen Tradition ein *etischen* Sinn erfahren hat. Dies spiegelt sich auch in seiner Teilnahme

am jüdischen Trauerkultus verstorbener Freunde (Minjan; B, 259) heutzutage wider. In den Schilderungen seiner ärztlichen bzw. psychoanalytischen Arbeit beschäftigt er sich mit der Frage der möglichen Schicksalshaftigkeit von Verlusten. Diese kann aus *etischer* Perspektive als spiritueller bzw. religiöser Inhalt verstanden werden, obwohl der Respondent selbst diese nicht explizit derart betitelt (vgl. „4.4.3 Religiosität und Spiritualität bzw. R/S“ auf Seite 36).

6.4. Einzelauswertung Interviewpartner C

C Kategorienübersicht Interviewpartner C

C Interviewpartner C

C.I Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

C.I.1 Viel Kontakt zu Sterbenden und ihren Angehörigen

C.I.2 Sterbende und ihre Angehörigen beim Rollenwechsel begleiten

C.I.3 Mitgefühl als Leitmotiv des Kontaktes

C.I.3.1 Nur authentisches Mitgefühl ist wirksam

C.I.3.2 Möglichkeiten und Grenzen der Authentizität von Mitgefühl

C.I.3.3 Was authentisches Mitgefühl leisten kann

C.I.3.4 Rollenvorstellungen des Respondenten

C.I.3.5 Mitgefühl als Bestandteil einer Symbiose Trauernder

C.I.4 Religionszugehörigkeit spielt keine Rolle im Kontakt

C.II Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

C.II.1 Kulturell und familiär geprägte Identifikation mit „jüdischem“ Leid

C.II.2 Proaktive Auseinandersetzung mit Nächstenliebe in der jüdischen Religion

C.II.2.1 Impuls zur Ausbildung einer Handlungsethik durch Kontemplation existenzieller Fragen

C.II.2.2 Anhaltende Motivation zu ärztlicher Mitmenschlichkeit durch Synergieeffekt zweier Wertesysteme

C.II.3 Kompetenzerwerb in Sterbe- und Trauerbegleitung hauptsächlich durch behandlerische Erfahrung

C.III Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

C.I. Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

C.I.1. *Viel Kontakt zu Sterbenden und ihren Angehörigen*

C.I.2. *Sterbende und ihre Angehörigen beim Rollenwechsel begleiten*

Bereits zu Beginn des Interviews verdeutlicht der Respondent, dass der Kontakt mit Sterbenden und ihren Angehörigen integraler Bestandteil seines Berufsalltags ist. Dies macht er an seinem Fachgebiet fest:

„Ich hätte jetzt so viel Fälle [des Kontaktes mit trauernden Angehörigen, von denen er erzählen könnte; Anm. d. Verf.], das würde das Interview sprengen. [...]. [...] In der Urologie ist es ja so, dass man viele Tumorerkrankungen hat, dass viele Menschen im Laufe deiner ärztlichen Betreuung auch versterben. Dass du in der Onkologie, also in den ganzen uroonkologischen Therapieformen Patienten hast, die Angst vor dem Sterben haben, die Familie Angst davor hat, die immer wieder die Fragen stellen ‚Wie geht’s weiter?‘, ‚Was für Optionen haben wir noch?‘ [...] Aber jetzt auf die ganzen einzelnen Beispiele einzugehen, wie ein Patient verstorben ist, wo wir dann am nächsten Tag in der Früh der Familie klar machen mussten, dass dieser Mensch jetzt nicht mehr da ist, die Tochter geweint hat, [ein] Patient mit drei Kindern, Urothelkarzinom in der Blase [...] der nie aufgegeben hat, aber natürlich extremste Angst davor hatte, irgendwann aufzugeben oder seiner Familie klar zu machen, dass er DOCH Angst hat, obwohl er ja so der Starke in der Familie war und den Verfall mit zu begleiten. Klar, das sind Momente, die man nie vergessen wird in seinem Leben. Aber von diesen gibt’s wirklich ohne Übertreibung viele [...]“ (C, 7, 9-13)

Zum einen stellt der Respondent hier die Angst von Angehörigen und Patienten vor dem Tod, die Forderung der Angehörigen nach Auskunft über das weitere Procedere und seine ärztliche Aufgabe des Überbringens einer Todesnachricht („Breaking Bad News“) dar. Diese drei Kontaktinhalte schneidet er nur kurz an, da er mit ihnen lediglich die Fülle an potenziell zu berichtenden Kontakten verdeutlichen zu wollen scheint.

Außerdem beschreibt der Respondent die Angst Sterbender, durch eine Erkrankung ihre bisherigen Lebensrollen zu verlieren, bzw. diese nicht mehr erfüllen zu können. Dabei zeichnet sich die gemeinsame Herausforderung für Angehörige und Sterbende ab, ihr bisheriges Rollengefüge (z.B. innerhalb der Familie) an den Verlauf der Erkrankung anzupassen. Dem Respondenten wiederum scheint dabei die Aufgabe zuzukommen, diese Veränderungen zu begleiten.

C.I.3. Mitgefühl als Leitmotiv des Kontaktes

In seinen Ausführungen kommt der Interviewte immer wieder auf den Begriff „Mitgefühl“ (C, 52, 68, 122, 160) zurück. Im Folgenden sollen anhand des Gesagten seine Vorstellungen über dieses Konzept beleuchtet werden.

C.I.3.1. Nur authentisches Mitgefühl ist wirksam

Etwa im mittleren Drittel des Interviews kommt der Respondent darauf zu sprechen, wann seiner Ansicht nach „Mitgefühl“ Wirksamkeit erlangt und wie es entsteht:

„Denn nur, wenn du dieses Leid auf eine gewisse Art und Weise wirklich EMPFINDEST und auch verstehst, dann glaube ich, kannst du dieses Mitgefühl auch darstellen. Denn [...] man kann Mitgefühl auch [...] einfach vorspielen. Aber das glaube ich, ist nicht das, was beim Patienten oder einem Menschen auch ankommt. Sondern, wenn du das spürst, dass es dir leidtut, im wahrsten Sinne des Wortes – aber es muss dir dann auch leidtun – dann spürt es der andere auch. (C, 122-124)

Für den Respondenten kann also nur über authentisches Mitfühlen von Leid wirksames Mitleid entstehen.

C.I.3.2. Möglichkeiten und Grenzen der Authentizität von Mitgefühl

Später im Gespräch zeigt er auf, was Authentizität bedeuten kann und wo ihre Grenzen liegen:

„Leid ist [...] [aber] auch sehr individuell. Ich glaube, dass für den einen zum Beispiel Leid was ganz anderes ist, als für den anderen. Aber so denke ich, ist [es] auch [mit] Glück [...]. [...] wenn jemand glücklich ist, dann freut mich das und wenn jemand leidet, dann lässt mich das mitleiden auf eine gewisse Art und Weise. Oder das ist das, was ich versuche. Und deshalb ist es für mich auf eine gewisse Art und Weise was Universelles, ja. Nicht, dass man gleich Leid miteinander vergleichen kann und dass du sagst ‚Du, mein Leid ist wie dein Leid.‘ oder ‚Sein Leid ist wie ihr Leid.‘ Nein, aber dennoch, [...] es hat eine gewisse Qualität.“ (C, 128-132)

Hieraus lässt sich schließen, dass in den Augen des Respondenten jeder Mensch die gleichen universellen, grundsätzlichen Emotionen in Reaktion auf entsprechende Umstände (Freude, Trauer etc.) fühlen kann. Dennoch unterscheidet sich das individuelle Erleben (z.B. in seinen Feinheiten oder der Intensität) von Person zu Person, sodass man sie nicht gleichsetzen kann.

Das Mitgefühl für Trauernde betreffend würde dies bedeuten, dass man als Begleitender lediglich eine eigene Version einer Trauer in sich emulieren kann. Diese wird dann jedoch authentisch bzw. „wirklich empf[unden]“ (C, 124). Woraus sich die Feinheiten dieser eigenen Version speisen, führt der Respondent nicht aus. Möglich wäre hier beispielsweise, dass eigene, evtl. ähnliche Erfahrungen eine Rolle spielen.

An anderen Stellen im Gespräch formuliert Respondent eine Frage, die seinen Zugang zur Entwicklung von Mitgefühl zu beleuchten scheint: „Wie würde es dir selber gehen, wenn du an dieser Stelle wärst?“ (C. 15)

C.I.3.3. Was authentisches Mitgefühl leisten kann

Anhand der Bedürfnisse eines erkälteten Sohns und seiner Mutter beschreibt der Respondent, was authentisches Mitgefühl leisten kann:

„Ich glaube, dass das Wort ‚Mitgefühl‘ (...) ein zentraler Bestandteil dieser Beziehung [hier: zwischen dem

Respondenten und Trauernden; Anm. d. Verf.] ist. Und dass das auch das ist, was die Menschen in dem Moment sich wünschen. Ja, dass da jemand ist, der mitfühlt, der erspürt, wie es einem geht. Und jeder kennt das ja auch so ein bisschen. Wenn du krank bist und du liegst im Bett und du hast Fieber und [...] dann kommt deine Mama rein und sagt ‚Du, ach, weißt du:‘ – als kleiner Junge fängt das schon an – und sagt so ‚Ach ich habe da so ein Heft, du magst die doch so gerne.‘ und bringt dir dieses Heftchen vorbei und du freust dich einfach wahnsinnig, weil [...] da hast du jemanden, der ja, der spürt, was du gerade in dem Moment eigentlich gerne hättest. Und so ist es ja in Freundschaften, so ist es in einer Beziehung, so ist es überall, aber in dem elementaren Teil, wenn du etwas verloren hast, was dir so wichtig ist, dann gibt es ja kaum was anderes, als das, das dir helfen könnte, nämlich genau das. Dass irgendjemand dir etwas gibt. Das jemand Mitgefühl hat, dass jemand dir eine gewisse Positivität vermittelt und einen Halt darstellt.“ (C, 68-77)

Zum einen wird es einem möglich, den emotionalen Zustand des anderen wahrzunehmen, was den Wunsch des Leidenden erfüllt, im eigenen Leid gesehen zu werden („[...] was die Menschen in dem Moment sich wünschen. Ja, dass da jemand ist, der mitfühlt, der erspürt, wie es einem geht.“; C, 69)

Zum anderen kann man das Bedürfnis nach einer haltgebenden „Positivität“ (im Beispiel das Heftchen, das dem Sohn positive Eindrücke schenkt) erspüren und erfüllen (dem Jungen das „Heftchen“ mitbringen).

An anderer Stelle hebt der Respondent einen weiteren Effekt authentischen Mitgefühls hervor – die dadurch entstehende Motivation zu verstärktem Engagement für Patienten und ihren Angehörigen („bis über den Tod hinweg“):

Und wenn ein Patient von mir eine Erkrankung hat, dann geht das nicht spurlos an mir vorüber. Und dann versuche ich, das Beste zu tun, was mir möglich ist, um ihn A zu behandeln und B zu begleiten. Und das geht halt dann bis über den Tod hinweg.“ (C, 125/126)

C.I.3.4. Rollenvorstellungen des Respondenten

Um die Selbstwahrnehmung des Respondenten zu besser zu erfassen, fragt der Interviewer danach, in welcher Rolle sich der Respondent im Kontakt mit trauernden Angehörigen eines verstorbenen Patienten wahrnimmt: „Ich bin nicht mehr der Arzt [...] ich möchte der Freund sein, der Angehörige, der Teilhabende (C, 56). Für ihn beinhaltet die ärztliche Pflicht die Behandlung des Patienten bis zu seinem Tod, die Begleitung seiner Hinterbliebenen ist für ihn hingegen eine „rein[] menschliche[]“ Tätigkeit (C, 60-64). Er vergleicht seine Position in Bezug auf trauernde Angehörige mit der eines Mitmenschen, der einem in Not Geratenen Hilfe leistet. Der Arztberuf tritt dabei in den Hintergrund:

„Und das ist vielleicht genauso, wie wenn du auf der Straße jemanden hast, der am Boden liegt und Hilfe braucht und du hilfst. [...] Ja klar bin ich als Arzt dazu angehalten und natürlich habe ich eine ganz andere Perspektive und eine andere Herangehensweise in dem Moment unter Umständen helfen zu können. Aber das [Helfen] ist für mich nicht primär ärztlich.“ (C, 66)

Zwar besteht in Deutschland nach § 326c StGB eine strafrechtlich festgelegte Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notsituationen, jedoch beschreibt der Respondent seine Handlungsmotivation zur Trauerbegleitung nicht als Wille zur Einhaltung einer Pflicht, sondern als Gewissenssache:

„[...] ich würde es nicht ertragen [...] ich kann dann nicht einfach einen Schlussstrich ziehen und sagen: ‚Alles klar, das war’s. Ich bin jetzt nicht mehr für die Frau dieses Menschen zuständig.‘“ (C, 79)

Denkt man die Aussage des Respondenten weiter, dass Trauerbegleitung keine ärztliche Tätigkeit ist, dann gibt es zwei unterschiedliche Versorgungsrollen, eine ärztliche Versorgungsrolle (Betreuung von Patienten und Angehörigen vor dem Tod) und die des Mitmenschen (Begleitung der Angehörigen nach dem Tod). Später geht der Respondent noch einmal genauer darauf ein, wie sich seine zwei Rollen zueinander verhalten:

„Also ich kann es für mich nicht trennen. [...] Dass ich in meiner ärztlichen Rolle anders bin, als in meiner, ich würde mal sagen, legeren Alltagsrolle. [...] da bewegt mich das [...], wenn es meinen Freunden schlecht geht oder meiner Familie oder jemand wie gesagt auf der Straße liegt. [...] Und im ärztlichen Handeln ist es genau das Gleiche.“ (C, 134-136)

Der Respondent unterscheidet hier zwar seine ärztliche von seiner „alltäglichen“ bzw. „mitmenschlichen“ Rolle in Bezug auf ihren Handlungsbereich. Jedoch ist er in beiden gleichermaßen für das Leid anderer berührbar, sodass er seine Betreuungsfunktion für die Angehörigen nach dem Tod eines Patienten in der Rolle des Mitmenschen fortführt. Bei anderen Ärzten hat er jedoch eine divergierende Haltung beobachtet:

„In der Klinik ist es auch so, dass du viele ärztliche Kollegen hast, die sind auch super Ärzte, hat damit gar nichts zu tun. Aber irgendwo sagen sie dann auch: ‚Diese Ressource von mir, die KANN ich jetzt nicht hergeben oder ich WILL sie nicht [hergeben]‘ und ‚Ich kann jetzt nicht mit der Familie noch quatschen, weil [sic!] ich habe noch andere Sachen, die ich erledigen muss und dafür habe ich jetzt die Vakanz nicht.‘ Ich verurteile das auch gar nicht, sondern ich sage nur, [...] dem einen fällt es leichter, dem anderen fällt es vielleicht schwerer. Der eine ist mehr der empathische Typ, der andere/ und so weiter. Aber ich glaube, dieses Mitgefühl ist das, was die Patienten sich wünschen.“ (C, 79-90)

Wie hier zu erkennen ist, sehen die beschriebenen Ärzte hier ein grundsätzliches Ende ihres Verantwortungsbereichs. Für den Respondenten scheint die Empathie ein bestimmender Faktor bei der Entscheidung zu sein, die einem zur Verfügung stehende Zeit für Trauerbegleitung im Nachfeld des Todes zu verwenden. Empathie wird hier als die Fähigkeit verstanden, emotionale Zustände anderer Personen nachzuvollziehen und kann damit als eine Voraussetzung für das weiter oben beschriebene „Wirksame[] Mitgefühl“ gesehen werden.

Daraufhin sondiert der Interviewer, welche Ursachen der Respondent im Haltungsunterschied zwischen sich und den angesprochenen anderen Ärzten vermutet. Die Antwort des Respondenten hierauf wird unter dem Punkt „C.II.1 Kulturell und familiär geprägte Identifikation mit „jüdischem“ Leid“ auf Seite 140 besprochen.

C.I.3.5. Mitgefühl als Bestandteil einer Symbiose Trauernder

Der Interviewer bittet den Respondenten um Erfahrungen mit Trauernden, die ihn besonders geprägt haben. Daraufhin erzählt dieser von der ärztlichen Betreuung eines jüdischen Patienten und der Trauerbegleitung seiner zurückbleibenden Frau nach dessen Tod:

„Also, wenn man anhand EINES Beispiels/ zum Beispiel jetzt ein gewisser Herr, der bei mir in der Sprechstunde war [...] Ein unglaublich netter Herr aus F-Land, der jüdische Ärzte in F-Land hatte und wir sehr viel über auch die Thematik Judentum gesprochen haben, der mir sehr am Herzen lag, als Mensch [...] Kurzum, er ist verstorben. Und die Trauerarbeit war für MICH in dem Fall [...] dass ich mit der Frau Kontakt behalte, ja? [...] Ich habe mich dann mit ihr getroffen, sie ist in die Praxis immer mal wieder gekommen. Sie hat ja auch immer den Herrn begleitet in die Praxis, vorher. Aber sie kam dann auch allein. Wir haben viel telefoniert, ich melde mich alle sechs Monate ungefähr bei ihr. Wir haben uns ein paar Karten hin- und hergeschrieben. Man teilt das Leid. Und das Sprichwort ‚Geteiltes Leid ist halbes Leid.‘ kommt unter Umständen auch daher, weil du das Leid einfach miteinander teilst, auch wenn ich nicht der Nächste bin, aber ich versuche ihr ein bisschen was von dem Leid abzunehmen oder dabei zu sein. Dann ist es das, was ich als Begleitung oder als Mitgefühl einfach empfinde, ja? Die Menschen nicht alleine zu lassen und ihre Ängste, ihre Sorge zu teilen und das auf eine sehr empathische Art und Weise. Und immer wieder mit dem Hintergrund, was wäre, wenn’s dir so ginge?“ (C, 33-54)

Äußerlich betrachtet ist der Respondent mit der Hinterbliebenen seit dem Tod sowohl persönlich (Treffen), als auch indirekt (Telefonate, Postkarten) in Kontakt

gewesen. Dabei ist anzumerken, dass er den Kontakt als von beiden Seiten initiiert beschreibt. Auch fügt er hinzu, dass er gegenwärtig, im weiteren Nachfeld des Trauerfalls, von sich aus, in einer gewissen Frequenz Kontakt initiiert („ich melde mich alle sechs Monate ungefähr bei ihr“; C, 50).

Inhaltlich spricht er davon, über empathisches sich-Hineinversetzen („[...] was wäre, wenn's dir so ginge?“; C, 54) und das daraus resultierende Mitgefühl (näheres dazu unter dem Punkt „C.I.3.1 Nur authentisches Mitgefühl ist wirksam“ auf Seite 133. Außerdem formuliert er, „ihre Ängste, ihre Sorge“ (C, 52) zu teilen [hier: die von Trauernden; Anm. d. Verf.], bzw. der Frau „[...] was von dem Leid abzunehmen“ (C, 52) also sie *ihre* Ängste und Sorgen mitteilen zu lassen. Ob er dabei inkludiert, *seine eigenen* Emotionen mitzuteilen, geht aus dem Gesagten nicht eindeutig hervor. Da der Respondent den Kontakt zur hinterbliebenen Frau jedoch als Teil seiner eigenen Trauerarbeit beschreibt, lässt sich dies nicht ausschließen.

Zuletzt sei hier hervorgehoben, dass er Trauernde „nicht allein [...] lassen“ bzw. „dabei [...] sein“ (C, 52) möchte. Es geht hier also entweder um das Gesellschaftleisten im Konkreten oder um den Zweck im übertragenen Sinn, Hinterbliebenen das *Gefühl* zu vermitteln, mit der Situation nicht allein zurechtkommen zu müssen. Beides kann im Zeichen einer *Trauerbegleitung* im wörtlichen Sinne stehen.

Der Respondent wählt auf die obige Frage als Beispiel eine Konstellation, in welcher er sich selbst zu den Trauernden um seinen verstorbenen Patienten zählt. Dies passt zu der späteren Aussage des Respondenten, im Kontakt mit Hinterbliebenen „Freund [...], Angehörige[r], [...] Teilhabende[r]“ (C, 56-59) sein zu wollen. Der dem Tod folgende und von Mitgefühl geprägte („was wäre, wenn's dir so ginge?“; C, 54) Kontakt mit der Witwe ähnelt in seiner Schilderung einer Symbiose: des Kontaktes (Treffen, Telefonate, Karten; C, 46-51) zweier Individuen unterschiedlicher Art („auch, wenn ich nicht der Nächste bin“; C, 52) zu gegenseitigem Nutzen („geteiltes Leid ist halbes Leid“; C, 52).

C.I.4. Religionszugehörigkeit spielt keine Rolle im Kontakt

Auf die Frage nach potenziell interessanten Verwandten, aber bisher nicht angesprochenen Themen wirft der Respondent die Fragen auf, inwiefern andere Menschen (im Speziellen andere Ärzte) sein Jüdischsein wahrnehmen und ob ihn dies in seinem Handeln beeinflusst. Als der Interviewer fragt, ob das Thema der Wahrnehmung der Religionszugehörigkeit seine Trauerbegleitung beeinflusst, wiegelt dieser ab:

„Also bei der [...] reinen Trauerbegleitung spielt es für mich wiederum gar keine Rolle, ob derjenige jetzt jüdisch ist, nicht-jüdisch ist, ob das ein Patient ist, der mich irgendwie als Juden sieht oder als jüdischen Arzt sieht oder nicht – BEWUSST spielt das für mich überhaupt keine Rolle. Sondern eher in anderen Handlungsbereichen, aber jetzt rein bei der Trauer oder beidem Da-sein, dass du für jemanden und das Umfeld da bist, habe ich mir eigentlich NIE über diesen Punkt Gedanken gemacht. Hat mich auch nie bewegt, bewusst.“ (C, 183-188)

C.II. Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

C.II.1. Kulturell und familiär geprägte Identifikation mit „jüdischem“ Leid

Der Interviewer erkundigt sich nach möglichen Ursachen für den Haltungsunterschied zwischen den unter dem Punkt „C.I.3.4 Rollenvorstellungen des Respondenten“ auf Seite 136 angesprochenen anderen Ärzten und dem Respondenten selbst. Dieser vermutet hinter deren Zurückhaltung Werteunterschiede, die familiäre Prägung und den Einfluss von Erfahrungen.

Er sieht sich jedoch nur in der Lage, seine eigene Haltung zufriedenstellend zu erklären (C, 86-91). Dabei wird schnell klar, dass er sich in seinem Aufwachsen von der kollektiven jüdischen Auseinandersetzung mit Leid auf religiös-kultureller bzw. geschichtlicher Ebene geprägt sieht:

„[...] weil das Thema auch ‚Jüdische Ärzte [heißt? Anm. d. Verf.]‘, ich glaube, dass das mit jüdischen Ärzten AUCH zusammenhängt, was aber aus meiner Sicht nicht ein Alleinstellungsmerkmal für JÜDISCHE Ärzte ist. Aber sicherlich [ist] die Thematik Leid für Juden oder für jüdische Ärzte [...] ein Thema [...], mit dem man sich [...] frühkindlich schon auseinandergesetzt hat. [...] das Leid [nimmt] insgesamt im Judentum [...] einen großen Bestandteil des Daseins ein[]. Viele Feste gehen ums Leid. Viele Feste, viele religiöse Riten, die Erziehung geht dahin, dass man in der Diaspora lebt, was ja mit viel Leid zu tun hat. Der Tempel wurde zerstört. Es gab viele Pogrome. Auch kulturell gesehen ist es so, dass die Juden natürlich viel Leid erleben mussten und dass sie sich mit diesem Leid auf eine gewisse Art und Weise auch identifizieren oder einen leichteren Zugang dazu haben, sich damit auseinanderzusetzen. Und ich glaube schon, dass das unter Umständen EIN Teil ist, warum die [...] Berührungsfähigkeit damit vielleicht geringer sind.“ (C, 92-102)

Später berichtet der Respondent auch von Erlebnissen eigener Trauer und stellt gleichzeitig deren Verzahnung mit dem jüdischen Umgang mit Trauerfällen (Schiwa u.Ä.) dar:

„Wenn ich so zurückdenke, dann gibt es natürlich viele Momente des Verlustes. Ob das jetzt der Hund meiner Großeltern war, der verstorben ist oder mein Großvater, DIE Großväter. Freunde, die verstorben sind [...]. Und die Auseinandersetzung mit Trauer, die im Judentum wie gesagt ein großer Bestandteil ist, die hat mich natürlich sehr stark geprägt, ja? Ob das die Schiwa ist, die sieben Tage nach dem Tod, wo du beisammensitzt und den Tod primär oder in der ersten Instanz [...] versuchst, gemeinschaftlich zu verarbeiten. Das sind Mechanismen, klar, die haben mich stark geprägt.“ (C, 109-114)

Er fügt an, dass das von der Shoa verursachte Leid familienintern stets wahrnehmbar war und dadurch schon früh zugänglich wurde:

„Und das Leid an sich hat mich schon als kleiner Junge geprägt, wenn man sich mit der Shoa, mit dem Holocaust

auseinandergesetzt hat. Und das war als kleiner Junge für mich schon zugänglich, das Thema. Das war nicht versteckt, sondern natürlich hast du geahnt, gespürt, auch verbal, natürlich nachgehakt als kleiner Junge: ‚Wie war das?‘ und ‚Was ist eigentlich mit DEINEN Geschwistern [mglw. den in der Shoa umgekommenen Geschwistern der Großeltern o.Ä.; Anm. d. Verf.]?‘ [...]. Das war viel Leid, das man schon als kleiner Junge verstanden hat. Und deshalb ist es für mich etwas, was mich begleitet. Auch in meinem ärztlichen Dasein stark begleitet.“ (C, 115-121)

Der Respondent zeigt auf, dass in seiner Biografie auf vielen Ebenen gleichzeitig und von Beginn an Berührungspunkte mit den Themen Trauer und Leid im Allgemeinen bestanden haben. Diese finden sich in der jüdischen Kultur und Religion, der Volks-, Familien- und der eigenen Lebensgeschichte. Insbesondere die repetitive oder dauerhafte Natur vieler dieser Einflüsse (Feiertage, Riten, Erziehung, Pogrome etc.) legt nahe, warum der Respondent bei sich und Juden neben dem emotionalen Zugang allgemein eine emotionale Adaptation (geringere „Berührungängste“; C, 102) an Leid als Folge vermutet.

C.II.2. Proaktive Auseinandersetzung mit Nächstenliebe in der jüdischen Religion

C.II.2.1. Impuls zur Ausbildung einer Handlungsethik durch Kontemplation existentieller Fragen

Später im Interview liefert der Respondent eine vertiefende Erklärung zu seiner Affinität zum Mitgefühl. Hier wird deutlich, dass dieses aus tieferliegenden Wertvorstellungen heraus entstehen könnte, welche sich seit seiner Jugend gebildet haben:

„[...] als Jugendlicher war ich eine Zeit lang sehr sehr religiös [...] habe mich sehr mit der jüdischen Religion auseinandergesetzt, hat mit der Bar Mitzwa angefangen und damals hatte ich einen Moment, da hat mich der A [Datenschutz], ein ehemaliger Jugendbetreuer [...] gefragt: ‚Was macht dich eigentlich zum

Juden?' Dann habe ich viel drüber nachgedacht und bin eben dann auf die Religion erstmal gekommen, ja? Weil, die Religion macht dich zu dem, was du bist. Du bist Christ, du bist Jude, du bist Moslem, aber in erster Linie bist du's deshalb, weil du jüdisch von der Religion bist. Und mir wurde klar [...], dass ich mich damit nicht auskenne. Und dann war meine Aufgabe zwischen 13 und 18, ungefähr fünf Jahre, mich wirklich elementarst mit der jüdischen Religion auseinanderzusetzen. Und da habe ich mich sehr sehr viel auch mit den WERTEN auseinandergesetzt, ja? Dann auch irgendwann eine Facharbeit darüber geschrieben, da geht's über [sic!] ,V'ahavta l'reacha Kamocha', also ,Liebe deinen Nächsten wie dich selbst.' Was bedeutet das? Was bedeutet das fürs Judentum? Was bedeutet das insgesamt für Religionen? Wie ist das Verhältnis zwischenmenschlich? Wie ist das Verhältnis zwischen Gott und dir? Und das war ein Thema, das mich auch sehr sehr mitgeprägt hat, bis heute in meinem ärztlichen Handeln.“ (C, 138-152)

Der Respondent hat seine Motivation zur Orientierung an Werten, im Speziellen der Nächstenliebe bzw. Mitmenschlichkeit, bei der Frage nach der Essenz seiner Religionszugehörigkeit gefunden. Beide Begriffe werden hier als annähernd synonym im Sinne eines dem Wohl des Mitmenschen „zugewandten Fühlen[s] und Streben[s]“ ([Schmidt & Schischkoff, 1991](#)) verstanden. Seinen Orientierungsprozess beschreibt er als geleitet vom Wertesystem der jüdischen Religion (und auch anderen Religionen: „Was bedeutet [Nächstenliebe] insgesamt für Religionen?“, C, 149; Anm. d. Verf.) in welche er sich, inspiriert durch eine Frage nach der Bedeutung seines Jüdischseins, über einen großen Teil seiner Jugend hinweg mittels einer tiefgreifenden Veränderung seines Lebensstils (Frömmigkeit) vertieft hat. Die Frage existenzielle Frage „Wer bin ich?“ führt ihn, angeleitet durch jüdische Ethik zur Frage „Wie soll ich mich verhalten?“.

C.II.2.2. Anhaltende Motivation zu ärztlicher Mitmenschlichkeit durch Synergieeffekt zweier Wertesysteme

Daraufhin zeigt der Respondent auf, dass er die Motivation zur Mitmenschlichkeit bzw. Nächstenliebe, gerade im ärztlichen Beruf, als auf doppelte Weise gestützt wahrnimmt:

„[...] das Mitmenschliche ist das, was dich dann auch irgendwie auf eine gewisse Art und Weise mit dem Göttlichen verbindet. [...] das ist das, was im Sinne von Spiritual Care das ist, was [...] den hippokratischen Eid dann für mich manifestieren lässt. Es ist [...] wenn du es wirklich ernst nimmst und wenn du sagst ‚Pass mal auf, du hast die Möglichkeit, den anderen zu helfen‘, dann ist es was Wunderbares [...] was du [...] mit anderen Berufen oder Berufungen nicht vergleichen kannst. Und das hat wieder was relativ Religiöses, wenn man's auf eine abstraktere Ebene setzen würde.“ (C, 153-157)

Der Respondent beschreibt hier ärztliche Mitmenschlichkeit in der Disziplin der „Spiritual Care“ (hier verstanden als Krankenhauseelsorge) auf der einen Seite als Realisation hippokratischer Ethik. Auf der anderen Seite sieht er sie als religiöse bzw. transzendierende Handlung. Damit stellt er sie als Manifestation der Schnittmenge zweier Wertesysteme dar, denen er im Laufe seines Lebens begegnet ist: dem ärztlichen Ethos und einem (jüdisch-)religiösen Wertesystem. Seine Motivation zur ärztlichen Mitmenschlichkeit wird also von zwei Wertesystemen simultan stabilisiert und so aufrechterhalten.

C.II.3. Kompetenzerwerb in Sterbe- und Trauerbegleitung hauptsächlich durch behandlerische Erfahrung

Der Interviewte macht deutlich, dass sein Medizinstudium ihm seine Fragen über die Herausforderungen der Sterbe- und Trauerbegleitung nur unzureichend beantwortet hat:

„Und es ging nicht nur dann schon früh im Studium los, dass es Themen waren, die mich interessiert haben, wo natürlich der

empathische Gedanke ein ganz wichtiger Gedanke war [...]. [Es war auch] ein Thema [...], das mich persönlich [...] in meinem (...) Assistenten-Dasein geprägt hat, weil [das] natürlich [...] auch ein[es] [...] ist, das man den Studenten weitergeben will, – Wie gehst du mit diesen Menschen um? Wie gehst du mit diesen Patienten um? – weil es eben im Studium nichts ist, was du lernst.“ (C, 14-17)

Er schildert nur eine derartige studentische Erfahrung mit dem Thema „Breaking Bad News“:

„Ich hatte in N [deutsche Stadt; Datenschutz, Anm. d. Verf.] einen Kurs, das ging's um die Überbrückung [sic!; Überbringung?] von schlechten Neuigkeiten. Und das war so eine Art Rollenspiel. Einer musste eben der Patient sein, dann musste [einer] der sein, der die Diagnose überbringt und die anderen waren mit dabei. Und das war ein ganz interessantes Rollenspiel, was du aber sonst ja im Studium nicht hattest.“ (C, 19/20)

Auch seine assistenzärztliche Ausbildung hat sich dem Thema nicht gewidmet, man wird zu Beginn damit „alleine gelassen“ (C, 4)

Wie unter dem Punkt „C.I.1 Viel Kontakt zu Sterbenden und ihren Angehörigen“ auf Seite 132 schon beschrieben, ist in seiner jetzigen Arbeitssituation Sterbe- und Trauerbegleitung ein zentraler Bestandteil. Dies lässt vermuten, dass der Respondent seine Kompetenzen und Haltungen in Bezug auf Sterbe- und Trauerbegleitung zu einem großen Teil über „Lernen durch Handeln“ und nicht über curricularen Input erworben hat.

C.III. Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

Der Respondent gibt an, in seiner Jugend zeitweise streng religiös gelebt zu haben. In Bezug auf heute verneint er die Frage nach Religiosität und führt als Grund an, dass man dazu die Regeln der Religion befolgen muss, was er derzeit nicht tut (C, 162/163). Man könnte hierin einen Widerspruch zu seiner Aussage sehen, dass das Gebot der Nächstenliebe bzw. Mitmenschlichkeit im Arztberuf

(welche er zu praktizieren versucht) abstrakt gesehen „was relativ Religiöses“ hat (C, 157). Er könnte hier mit „Regeln“ die mit konkreten Handlungen verbundenen Ge- und Verbote meinen (z.B. Einhaltung der Feiertage oder der jüdischen Speisegesetze) und weniger solche, nicht derart klar gedeutet werden können (z.B. Wo beginnt Mitmenschlichkeit bzw. Nächstenliebe?). Hieraus lässt sich ein Verständnis von Religiosität lesen, welche sowohl mit konkreten Handlungen in Verbindung stehende Regeln vorschreibt als auch abstraktere, stärker der individuellen Auslegung unterliegende ethische Ideal zeichnet. So würde er, wenn er versucht, das ethische Ideal der Nächstenliebe zu verwirklichen, ohne jedoch den halachischen Gesetzen zu folgen, seine Definition von Religiosität nicht erfüllen, welche beide Dimensionen voraussetzt.

Die Frage nach Spiritualität beantwortet er wie folgt:

„Obwohl es sicherlich auch da extremste Ausprägungen gibt, ja? Ich mache zu wenig, um den Spiritus in mir sozusagen zu spiritualisieren, ja? Ich habe zu wenig Zeit, um mich dieser Muße zu widmen, weil ich einfach zu viel in der Praxis bin, zu viel Stress diesbezüglich habe, zu viele Themen, die mich tagtäglich bewegen, um so ganz spirituell zu sein. Und dennoch ist es etwas, was mir abgeht, was ich kenne, was ich hatte oder was ich auch habe, aber ich kann es zurzeit nicht so pflegen. Aber ich denke dennoch, ja, ich bin ein spiritueller Mensch. Und so diese Meditationsthematiken, Beten, das sind Dinge, die mir dann [im] Moment schon abgehen.“

Wie sich hier zeigt, verbindet er auch Spiritualität (neben Religiosität) sowohl mit konkreten Betätigungen (hier z.B. Meditation, Beten), denen er sich derzeit nur wenig widmen kann und einem inneren, abstrakteren Zustand („Spiritus“), der sich durch die Praxis Ersterer kultivieren lässt.

Seine heutige ärztliche Haltung stellt er mit den Erkenntnissen aus seiner streng religiösen Lebensperiode und der intensiven Beschäftigung mit jüdischer Ethik in einen klaren Zusammenhang (C, 152). Das Ideal der Mitmenschlichkeit, welches

er versucht, auch in seiner trauerbegleitenden Arbeit zu verwirklichen, beschreibt er als ein den Menschen mit Gott verbindendes Element (C, 153).

6.5. Einzelauswertung Interviewpartner D

D Kategorienübersicht Interviewpartner D

D Interviewpartner D

D.I Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

D.I.1 Stützende Orientierung in der akuten Verlustsituation

D.I.2 Überbrückende medikamentöse Hilfe im weiteren Trauerverlauf

D.I.3 Rollen und Grenzen im Kontakt

D.I.4 Spezialfall: Maximaler Einsatz im Vorfeld des Todes eines sterbenden Kindes

D.I.5 Exkurs: Gläubige trauern nicht konfliktärmer als Atheisten

D.II Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

D.II.1 Trauerbegleitungserfahrung als asymptotischer Lernprozess

D.II.2 Exkurs: Berufserfahrung als Ressource im Umgang mit eigenen Trauererlebnissen

D.III Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

D.I. Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

D.I.1. *Stützende Orientierung in der akuten Verlustsituation*

Die einleitenden Erklärungen des Respondenten zur möglichen Unterstützung bezieht sich zunächst auf die erste Phase nach dem Tod. Hier scheinen in seinem Erleben vor allem haltgebende Elemente und Vertrautheit von Bedeutung für die Angehörigen zu sein, zunächst in Form des Erhalts der Beziehung zur Vertrauensperson des ursprünglich betreuenden Arztes:

„Also [...] das allererste ist, [...] dass man mit den Menschen spricht. [...] da muss man nicht unbedingt ein Arzt sein, aber nachdem die Ärzte [...] sozusagen [...] VERTRAUENSPERSONEN [sind] – es geht ja um Fälle, wo der Arzt mit involviert war – dann [hat] [...] es natürlich für die Familie oder für den Trauernden, wenn er von [...] in Anführungszeichen einer kompetenten Stelle eine Aussage hat [...] ein größeres Gewicht. [...] natürlich setzt es voraus, dass man eine gewisse Beziehung noch VOR dem Todesfall entweder zu dem Verstorbenen oder zu seinen Angehörigen [hat].“ (D, 5-9)

Auch fügt der Respondent hinzu, dass unter der Voraussetzung einer „gewissen“ vorhergehenden Beziehung zum Sterbenden bzw. seinen Angehörigen die Worte des Behandlers als „kompetente Stelle [...] größeres Gewicht“ (D, 8/9) haben. Eine „private[n] Bekanntschaft“ (D, 40) kann deren Sicherheitserleben zusätzlich verstärken ist, wahrscheinlich, weil hier intrinsische Motivation zu besonderem Engagement und Kompetenz Hand in Hand gehen.

Ein weiterer Aspekt scheint für die Angehörigen der Erhalt der Führung durch den ehemals betreuenden Arzt zu sein, diesmal jedoch weniger in therapeutischen, als in logistischen Angelegenheiten:

„[...] also in den ersten zwölf Stunden [...] kann ich mich gut erinnern [an] mehrere Fälle, wo es für die Angehörigen wichtig war, dass ICH die Todesbescheinigung ausgestellt hab. Das hat für die einen ganz anderen Stellenwert gehabt. Bevor irgend so ein fremder Arzt kommt und sowas tut, das war für sie sehr

erleichternd. Und es gab auch der Familie das Gefühl, dass alles in Anführungszeichen in Ordnung geht. [...] man ist sozusagen in der vertrauten Zone geblieben. Und dann geht es um Ratschläge, wie man jetzt weitergeht [sic!; weitermacht], also dass man den Verstorbenen abholt, wohin, wie geht es jetzt mit einem Beerdigungsinstitut, das man kennt und also alle diese Formalen Dinge, die zu erledigen sind, sind ja für die Familien in der Regel [...] Neuland und ich [...] als erfahrene[r] Arzt [habe es] schon mehrfach praktiziert [...]. Also es gibt auch der Familie einen gewissen Halt, eine gewisse Sicherheit und weniger Sorgen, weniger Ärger. Das ist schon [...] eine Erleichterung natürlich.“ (D, 13-25)

Wie hier zu erkennen ist, kommt dem Behandler eines Sterbenden nach dessen Tod potenziell eine die akuten Auswirkungen des Verlusts überbrückende Rolle für die Angehörigen zu. Der Respondent beschreibt hier den Bedarf nach Beständigkeit, Vertrautheit und einer Art „narrativer Sicherheit“ (Ausfüllen der Todesbescheinigung durch den bereits bekannten Behandler des Verstorbenen, sodass „alles in Anführungsstrichen in Ordnung geht“). Dies macht Sinn, angesichts des einschneidenden und potenziell stark die folgenden Lebensumstände verändernden Charakters einer Verlusterfahrung. Da die Angehörigen in der ersten Phase nach dem Tod möglicherweise in ihrer Planungs- und Organisationsfähigkeit eingeschränkt, gleichzeitig jedoch mit bisher unbekanntem und beängstigenden logistischen Aufgaben (Beerdigung organisieren etc.) konfrontiert sind, wird auch die orientierende Funktion (Beratung über weiteren Ablauf) des Respondenten zu einem relevanten Element in der Erstversorgung.

D.1.2. Überbrückende medikamentöse Hilfe im weiteren Trauerverlauf

Als einzige konkrete Unterstützung trauernder Angehöriger im weiteren Nachfeld des Todes erwähnt der Respondent das Verschreiben von Medikamenten, hier im Speziellen von „überbrückend[er]“ medikamentöser Hilfe bei Schlafstörungen (D, 10/11).

D.1.3. Rollen und Grenzen im Kontakt

Der Interviewer möchte wissen, wo der Respondent Grenzen seiner Verantwortung für trauernde Angehörige verortet: „Nein, also, die Verantwortung hört [nach dem Tod des Sterbenden] nicht auf“ (D, 29). Er hat jedoch nie erlebt, dass seine Hilfe in Bezug auf Trauer später als vier Wochen nach dem Tod noch benötigt wird (D, 34). Eine Ausnahme bilden Angehörige, welche er ohnehin als Patienten behandelt. In solchen Fällen wird der Verlust weiterhin gelegentlich angesprochen (D, 33).

Weiters interessiert sich der Interviewer dafür, ob und wenn ja, auf welche Art die ärztliche Rolle des Respondenten im Kontakt mit Trauernden unter verschiedenen sozialen Umständen (im Arztberuf, im Bekanntenkreis, in der Nachbarschaft, in seiner jüdischen Gemeinde oder in seiner Familie) von Bedeutung ist. Bei einer „privaten Bekanntschaft“ (D, 38) mit Sterbenden bzw. ihren Angehörigen „übernimmt man [zwar] NOCH mehr Verantwortung, [...] es ist NOCH mehr Einsatz [als wenn es ein rein beruflicher Kontakt ist; Anm. d. Verf.]“ (D, 39). Aber letztendlich geht „[die Arztrolle und meine Rollen in den unterschiedlichen sozialen Umständen] geh[en] ineinander über“ (D, 37).

Der Respondent scheint also Verantwortung für Angehörige auch nach dem Tod des Sterbenden nicht abzulegen und beschreibt seine trauerbezogene Haltung als grundsätzlich rollenübergreifend wirksam.

D.1.4. Spezialfall: Maximaler Einsatz im Vorfeld des Todes eines sterbenden Kindes

Der Respondent schildert im Zusammenhang mit dem Thema des verstärkten Engagements die vergangene Betreuung eines sterbenden Jugendlichen:

„[...] wenn es JUNGE MENSCHEN sind oder gar Jugendliche, also da springt sofort bei mir so ein Fall [sic!], wo ich SEHR stark involviert war, wo ein Abiturient dann kurz vor dem Abitur [...] in Folge eines malignen Hirntumors verstarb. Das war schon ein MAXIMALER [...] Einsatz. Hat schon sehr viel mehr gefordert,

als in den anderen Fällen, aber es hat dann auch damit zu tun, dass es so ein junger Mensch war. Wenn der Vater mit 85 oder noch älter stirbt, das ist naturgewollt und jeder weiß es. [...] der springende Punkt ist [...], dass es ein JUNGER Mensch ist, der [...] WEGGERISSEN wurde. Also, was gegen die Natur geht, nicht? Wenn die Eltern das Kind beerdigen und nicht das Kind die Eltern. [Dass] das Kind die Eltern beerdig[t], ist hart genug, aber so will's die Natur. Aber umgekehrt will's die Natur nicht. Das geht gegen die Natur.“ (D, 48-52, 66-70)

Der Respondent hebt als Hauptunterschied zwischen dem Verlust eines alten Vaters und eines Kindes bzw. Jugendlichen die „Natur“ hervor. Von dieser scheint in seinen Augen eine Art narrative Kraft auszugehen („jeder weiß es“), welche den Tod eines alten Menschen als Teil des beständigen Kommens und Vergehens der Lebensformen zeichnet. Der Tod eines Kindes bzw. Jugendlichen durchbricht diesen Rhythmus und stört damit den Lebenszyklus als „natürlichen“ Prozess. Das Narrativ wird dabei gar in gewisser Weise umgekehrt („[w]enn die Eltern das Kind beerdigen und nicht das Kind die Eltern“).

Unter solchen Umständen beschreibt der Respondent seine Betreuung als hochfrequent und um einen möglichst intimen und geschützten Rahmen bemüht:

„Also erstens ist es so, dass die Tage noch vor dem Tod, also wenn einer stirbt und man will es der Familie sozusagen... das Schönste ist, wenn jemand zuhause sterben kann oder darf und nicht so abgegeben wird. Wenn die Familie in der Lage ist, das zu kompensieren. Und dann ist man Tage noch davor jeden Tag dort und manchmal eine längere Zeit. Es entsteht dann eine sehr sehr starke Verbindung. Dass man auch MEHRMALS am Tag, als zwei oder drei Mal am Tag hingeht. Aber das betrifft wie gesagt so die [...] letzte Woche. Ja, also das ist sozusagen noch davor schon, dass man [...] die Trauerarbeit [...] beginnt, zu leisten.“ (D, 57-64)

Die mit dem Tod eines eigenen Kindes eingetretene Disruption des herkömmlichen Lebensnarrativs macht den Wunsch des Sterbenden und der

Angehörigen nach einem Abschied und die Vorbereitung auf einen solchen in vertrauter Umgebung nachvollziehbar.

D.I.5. Exkurs: Gläubige trauern nicht konfliktärmer als Atheisten

Die Frage nach erlebten Ansichten und Wertvorstellungen in Bezug auf Trauer bezieht der Respondent auf Erlebnissen während seiner Trauerbegleitungen. Dabei schildert er eine Beobachtung bezüglich der Religiosität Trauernder:

„Also ich kann nicht sagen, dass bei religiösen Menschen es irgendwie anders läuft, dass sie sozusagen das Ganze als gottgewollt hinnehmen und deshalb würde es denen leichter fallen, das zu verarbeiten. Das ist mir nicht aufgefallen. Also wenn es so um Ansichten geht, [...] es ist mir nicht aufgefallen, dass Menschen von verschiedenen Konfessionen das anders verarbeiten. [...] ich kann's nicht belegen [aber] ich würde [...] sagen, es ist fast einfacher bei Atheisten, als bei Gottgläubigen. Aber das kann ich nicht belegen. Es ist nur so ein Gedanke.“ (D, 74-77)

Der Respondent liefert hier zwar keine konkreten Begebenheiten und er verdeutlicht auch nicht, was er genau unter Gottgläubigkeit bzw. Religiosität (Was macht einen Menschen zu einem religiösen bzw. gottgläubigen Menschen?) versteht. Jedoch deutet dieser Eindruck einen Kontrapunkt zur teils suggerierten Annahme an, Religiosität bzw. Gottgläubigkeit würde die Trauerverarbeitung notwendigerweise erleichtern oder eine Konfession bzw. Religion könnte hier eine stabilere Stütze darstellen als die andere.

D.II. Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

D.II.1. Trauerbegleitungserfahrung als asymptotischer Lernprozess

Der Interviewer fragt den Respondenten nach einem potenziellen Einfluss eigener trauerbezogener Erfahrungen auf das eigene ärztliche Handeln im Umgang mit Angehörigen und Sterbenden. Dieser stimmt zu. Vor rund 30 Jahren

hat er noch keine derartige Routine im Umgang mit einem Todesfall gehabt, wie heute (D, 91/92). Dies ist ein Lernprozess, der nie ganz abgeschlossen wird: „[...] man lernt immer was dazu.“ Auch, wenn man irgendwann sagt, man habe „schon alles gesehen“ (D, 93). Jedoch fügt er hinzu, dass Erfahrung mit Trauer jedem im Umgang mit Trauernden hilft, unabhängig vom Beruf (D, 98).

D.II.2. Exkurs: Berufserfahrung als Ressource im Umgang mit eigenen Trauererlebnissen

Die obige Frage nach dem Einfluss von Trauererfahrungen auf die eigene Trauerbegleitung versteht der Respondent zunächst umgekehrt: Welchen Einfluss übt die berufliche Erfahrung als Arzt auf die Bearbeitung eigener Trauererfahrungen aus? Hierbei verweist er auf die hohe Mortalitätsrate seiner ehemaligen Fachrichtung, der Neurochirurgie:

„[...] da sind sehr viele Menschen verstorben – und weil ich so oft damit zu tun hatte, hatte ich dann, wo es in meinem persönlichen Umfeld, in meiner Familie, wo meine Eltern starben oder mein Bruder oder die Eltern von meiner Frau [...] meine berufliche Erfahrung hat mir sehr geholfen, mit solchen Trauerfällen [...] schneller und [...] geordneter fertig zu werden. Also ich konnte das sehr viel einfacher, leichter verarbeiten, als wenn ich diese berufliche Erfahrung nicht gehabt hätte.“ (D, 81-86)

Der Respondent schreibt seiner Vorerfahrung in der Neurochirurgie einen mehrfachen positiven Einfluss zu: auf der einen Seite suggeriert er hier ein strukturierteres („geordneter“) Vorgehen bei Todesfällen und andererseits eine einfachere (wahrscheinlich emotionale) Verarbeitung von Verlusten.

D.III. Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

Die Frage nach seiner Religiosität verneint der Respondent. Er ist „ungläubig“ und er lehnt „Dogmen“ ab (D, 101, 108/109). Jedoch empfindet er sich als „sehr traditionell“: „[...] hänge an Traditionen sehr, geben mir sehr viel“ (D, 102-104).

Hier zeigt sich, dass der Respondent aus seiner *emischen* Sicht Religiosität mit Dogmen und Glauben in Verbindung bringt, aber weniger mit dem Einhalten von Traditionen, obwohl beide durchaus aus *etischer* Perspektive zu einem religiösen Lebensstil gezählt werden können (vgl. „4.4.3 Religiosität und Spiritualität bzw. R/S“ auf Seite 36). Darüber hinaus wird der Begriff „Dogma“ im *etischen* Kontext und engeren Sinn meist für religiöse Verordnungen im Bereich *christlicher* und weniger jüdischer Theologie verwandt. Hier jedoch scheint sich der Respondent auf normative religiöse Lehrsätze im Allgemeinen zu beziehen.

Spiritualität erachtet er auch als Teil seines Lebens:

„Spiritualität ist wunderschön, [...] das Spirituelle liebe ich. Alles, was mit Nachdenken [zu tun hat?; Anm. d. Verf.] und dass man so seinen Geist mit allen möglichen Dingen würzt; ob's mit Musik ist oder ein Gespräch oder ein ‚you name it‘. Also alles. Das passt sehr gut in mein Lebenskonzept.“ (D, 110-115)

Wie hier bemerkbar ist, führt der Respondent für Spiritualität auf den ersten Blick Attribute (Nachdenken, Musik etc.) an, welche nicht der gängigen *etischen* Beschreibung entsprechen (siehe „4.4.3 Religiosität und Spiritualität bzw. R/S“ auf Seite 36). Allerdings können diese im weiteren Sinn bspw. auch als Weg zu einer Selbsttranszendenz (im Sinne eines Aus-sich-Heraustretens und Hinwendens an etwas, das größer ist, als man selbst) angesehen werden ([Stumm, 2000; S. 634](#)).

Zur Beschreibung seiner ärztlichen Trauerbegleitung verwendet er die Begriffe der Religiosität und Spiritualität jedoch nicht. Lediglich äußert er die Wahrnehmung, dass „Atheisten“ Trauer möglicherweise konfliktfreier verarbeiten als „Gottgläubige“ (D, 74-77)

6.6. Einzelauswertung Interviewpartner E

E Kategorienübersicht Interviewpartner E

E Interviewpartner E

E.I Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

E.I.1 Faktoren für intensiven Kontakt

E.I.1.1 Sympathie und familiäre Bindung durch lange Betreuungszeit

E.I.1.2 Jüdischsein der Angehörigen und Sterbenden

E.I.1.3 Judenfreundlichkeit

E.I.2 Faktoren für weniger intensiven Kontakt

E.I.2.1 Sporadische und triviale Konsultationen

E.I.2.2 Nicht-Jüdischsein der Angehörigen und Sterbenden

E.I.3 Kontaktinhalt

E.I.3.1 Möglicher Inhalt aller Kontakte

E.I.3.1.1 Anregung eines Realitäts-Checks (Universeller Traueraspekt)

E.I.3.1.2 Trauernden die „Beziehungstrauer“ überlassen (Individueller Traueraspekt)

E.I.3.1.3 Suizidalität seelisch instabil wirkender Hinterbliebener in Betracht ziehen

E.I.3.1.4 Logistische Hilfestellung bei jungen Hinterbliebenen

E.I.3.2 Möglicher Inhalt intensiver Kontakte

E.I.3.2.1 Gemeinsam die Spannung des Unerklärlichen aushalten

E.I.3.2.2 Trauerfreies, familiäres Ersatzumfeld bieten

E.I.3.2.3 Berührung bei jüdischen Hinterbliebenen

E.I.3.3 Möglicher Inhalt weniger intensiver Kontakte

E.I.3.3.1 Sachlichkeit in der Kondolenz als Begrenzung der Kontakttiefe

E.I.3.3.2 Ausschluss der Respondentin aus dem Trauerprozess der Hinterbliebenen

E.I.3.4 Rollen der Respondentin im Kontakt

E.I.3.4.1 Die kompetente und vertraute Freundin bei engen Trauerbegleitungen

E.I.3.4.2 Nicht-ärztlicher Anteil der (haus-)ärztlichen Funktion

E.I.3.4.3 Das jüdische Selbstempfinden im Kontakt

E.I.3.5 Grenzen des Kontaktes

E.II Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

E.II.1 Verlust des Vaters als Schulkind

E.II.1.1 Emotionale und logistische Überforderung

E.II.1.2 Fremdfürsorge als Selbstfürsorge

E.II.1.3 Aversion gegen die Schiwa (d.h. der Begegnung mit Hinterbliebenen)

E.II.2 Suizid zweier Ehepartner – eine mehrschichtige Trauer

E.II.2.1 Von außen „induzierte“ Trauer durch Mitgefühl mit Trauernden

E.II.2.2 Im emotionalen „Binnenraum“ entstehende Trauer

E.II.2.2.1 Trauer um plötzliche Inexistenz des Verstorbenen

E.II.2.2.2 Verlust des eigenen Bildes des Verstorbenen vor seinem Tod

E.II.2.2.3 Hadern mit dem eigenen Schicksal

E.II.2.3 Ablenkung als wirksame Coping-Strategie

E.II.3 Wie verändern sich Haltung und Verhalten durch Erfahrungen mit Trauer?

E.III Assoziation zwischen Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

E.I. Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

E.I.1. *Faktoren für intensiven Kontakt*

E.I.1.1. Sympathie und familiäre Bindung durch lange Betreuungszeit

Bereits in der Antwort auf die erste Frage des Interviewers stellt sich heraus, dass die Respondentin in ihrem Zugang zum Kontakt Sterbenden und ihren Angehörigen zwischen einer intensiven und einer weniger intensiven Form unterscheidet:

„[Es] kommt darauf an, in welcher Beziehung man mit dem Patienten oder den Angehörigen steht. Wenn das [...] Dauerpatienten sind, wo man schon eine familiäre Bindung aufgebaut hat, dann ist das [die Unterstützung?; Anm. d. Verf.] sehr sehr stark.“ (E, 3)

Die Respondentin suggeriert hier als Hauptursache für eine intensive Betreuung eine „familiäre Bindung“, welche wiederum sekundär durch eine fortschreitende Dauer des Verhältnisses begünstigt wird („schon“ kann hier auf eine Zeitabhängigkeit des Aufbaus einer Familiarität hindeuten). Dies würde auf ein Abhängigkeitsverhältnis der beiden Faktoren hinweisen, wobei Familiarität für eine intensive Betreuung notwendig und theoretisch auch ohne eine lange Betreuung hinreichend wäre. Letztere erfährt jedoch eine weitere Bekräftigung, da sie später abermals als Grundlage eines weiteren Faktors ins Spiel gebracht wird. Die Respondentin erzählt von einer aktuell bestehenden intensiven Betreuung eines trauernden Angehörigen, welcher gleichzeitig auch ihr Patient ist:

„[Die Betreuungsintensität der Trauerbegleitung; Anm. d. Verf.] hat aber ganz stark damit zu tun, welche Sympathien sich schon entwickelt hatten, während der Arzt-Patienten-Verhältnisse, die wir da seit zehn Jahren oder so hatten.“ (E, 25)

Das erweiterte Bild suggeriert: Sympathie und eine familiäre Bindung sind die letztendlichen Auslöser für eine intensive Betreuung, scheinen jedoch gehäuft im

Zusammenhang mit einer lang vorbestehenden Bindung zu den Sterbenden und Trauernden aufzutreten.

E.I.1.2. Jüdischsein der Angehörigen und Sterbenden

Der Interviewer verweist auf den Aspekt des Jüdischen in der Fragestellung der Studie. Darauf schildert die Respondentin ihre empfundene Intimität zu jüdischen im Vergleich zu nicht-jüdischen Trauernden:

„[...] wenn der PATIENT ein Jude ist, ist meine Nähe zu dem eine andere. Das ist VIEL näher, auch wenn ich ihn NICHT kenne. Ich habe ganz ganz viele russische Patienten, alte Russen, die eben hierhergekommen sind, vom Sozialamt leben und wo du einfach nur am Namen siehst, dass das jüdische Menschen sind. Da ist die Emotion eine andere. Und auch, wenn mir der X [Datenschutz; Anm. d. Verf.] jetzt erzählt, seine [Frau Y] ist gestorben, was wirklich eine Tatsache ist. Und wenn er kommt und sagt ‚Mane Y ist nischt mehr du [Jiddisch für ‚Meine Y ist nicht mehr da‘], dann krampft [es] sich bei mir.“ (E, 167-172)

Die hier geschilderte Nähe wird als unabhängig vom Bekanntschaftsgrad dargestellt. Dabei ist zusätzlich anzumerken, dass andere ethnische Merkmale (wie z.B. die aktuelle, bzw. ehemalige Nationalität) hier keine oder nur eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Auch beschreibt die Respondentin nicht, dass die gemeinsame Zugehörigkeit zum Judentum Inhalt des Austauschs ist (geschweige denn vom Angehörigen selbst eingebracht wird). Als interpersonelle Grundlage für die empfundene Nähe und das Verhalten der Respondentin scheinen hier lediglich ihre Beobachtungen („wo du einfach nur am Namen siehst, dass das jüdische Menschen sind“; „und wenn er sagt ‚Mane Y ist nischt mehr du‘“) zu sein. Potenzielle intrapersonelle Faktoren, welche dem obigen Gesprächsabschnitt vorangehen, werden unter dem Punkt „E.I.3.4.3 Das jüdische Selbstempfinden im Kontakt“ auf Seite 169 genauer untersucht.

E.I.1.3. Judenfreundlichkeit

Anhand der Beschreibung eines Sterbenden, welchen sie intensiv betreut hatte, schildert die Respondentin weitere Eigenschaften von Betreuten, welche einer Intimität zuträglich zu sein scheinen:

„Also ich hatte einen Patienten, das war ein Hüne von einem Mann. Weißt du, so ein: „Was kostet die Welt?“. Goldene Rolex mit Brillanten. Also wenn der reinkam, da war jemand präsent – Frau war dreißig Jahre jünger, war immer auf Marbella und Schiff und frag mich nicht und so weiter – [...] war aber sehr nett und sehr lustig immer und sehr sehr judenfreundlich, also das war dann auch schon diese Basis. Er ging immer ins jüdische Restaurant essen und hatte viele jüdische Bekannte und sein bester Freund war auch ein Jude, der im KZ gewesen ist. Den hat er immer mitgebracht, für den hat er die OPs bezahlt und so, weil er hier nicht versichert war. Also das war so ein bunter Mensch.“ (E, 63-69, 73-82)

Neben der sympathischen Art („sehr nett und sehr lustig“) bezeichnet die Respondentin die „Judenfreundlichkeit“ des Patienten als Grundlage der entstandenen Bindung zu diesem. Zwar geht sie nicht näher auf Hintergrund der Bedeutung dieser Eigenschaft ein, jedoch kann eine Vermutung über einen möglichen Zusammenhang mit der empfundenen Nähe zu Juden angestellt werden. Näheres in den Grundlagen unter dem Punkt „4.4.1.3 Subjektiv-emotionale Selbstdefinition“ auf Seite 33.

Da die Respondentin zu Beginn des Interviews eine starke Bindung zu Patienten (wie dem judenfreundlichen Patienten) als Grundlage einer intensiven Betreuung ihrer Hinterbliebenen darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass von ihrer Seite aus eine intensive Trauerbegleitung seiner zurückbleibenden Frau im Rahmen des Möglichen gelegen hätte. Dies kommt jedoch nicht zustande. Näher wird dieser Umstand unter dem Punkt „E.I.3.3.2 Ausschluss der Respondentin aus dem Trauerprozess der Hinterbliebenen“ auf Seite 167 untersucht.

E.1.2. *Faktoren für weniger intensiven Kontakt*

E.1.2.1. *Sporadische und triviale Konsultationen*

Bereits in der Antwort zur Einstiegsfrage des Interviews („Welche Unterstützung vermitteln Ärzte trauernden Angehörigen?“; E, 1) macht die Respondentin klar, dass ihre Reaktion auf den berichteten Trauerfall eines sporadischen Patienten deutlich zurückhaltender ausfällt:

„Wenn das Patienten sind, die ab und zu nur hereinschneien, nach einem Rezept oder so weiter [fragen; Anm. d. Verf.], ist das natürlich viel distanzierter. [...] was auch beim Arzt also jetzt keine bleibenden Eindrücke hinterlässt.“ (E, 7/8)

Hier lassen sich zwei Aspekte herausfiltern. Auf der einen Seite werden seltene Konsultation erwähnt. Dies wirkt verwandt zur Betreuungsdauer, da diese bei lediglich sporadischen Kontakten in Akkumulation gesamthaft gering ausfällt und selbst bei einem langen Betreuungszeitraum (z.B. über mehrere Jahrzehnte) durch die großen zeitlichen Lücken eine Konsistenz (durch z.B. Bezugnahme auf vergangene Kontakte) und damit Vertrautheit erschwert wird. Der zweite Aspekt kann im Konsultationsgrund gesehen. Das Verschreiben eines Rezeptes erfordert nicht zwangsläufig einen tiefgehenden Kontakt, besonders, wenn sich in der (medikamentösen) Therapie keine Änderungen ergeben und damit Austauschbedarf entsteht.

E.1.2.2. *Nicht-Jüdischsein der Angehörigen und Sterbenden*

Des Weiteren stellt die Respondentin heraus, dass bei ihr unbekanntem nicht-jüdischen, Angehörigen ein intimer Kontakt a priori unwahrscheinlicher ist:

„Und wenn (...) wenn eben so jemand ganz Normales kommt, den ich auch gar nicht kenne, obwohl ich die anderen [jüdischen Patienten bzw. Angehörigen; Anm. d. Verf.] auch nicht besser kenne, dann ist es für mich sachlich. Das ist dann die Info. Und dann sage ich ja: ‚Herzliches Beileid.‘“ (E, 173/174)

„Normal“ wird hier als ein gewöhnlicher, nicht-jüdischer Patient bzw. Angehöriger verstanden, welcher es meist ist, der in die Praxis kommt.

E.I.3. *Kontaktinhalt*

E.I.3.1. Möglicher Inhalt aller Kontakte

E.I.3.1.1. Anregung eines Realitäts-Checks (Universeller Traueraspekt)

Bestimmte Inhalte des Kontaktes ordnet die Respondentin nicht dezidiert den intensiven oder weniger intensiven Betreuungen zu. Einer davon betrifft ihre Haltung gegenüber Toden älterer Sterbender:

„[...] wenn mir jemand kommt und der ist einfach alt und da ist abzusehen, das dauert nicht mehr lange, dann empfinde ich, dass es [...] ganz normal und physiologisch [ist] und versuche, das dann auch den Angehörigen zu erklären: ‚Das ist halt so.‘ Und da bin ich dann auch ganz ganz lapidar und sage: ‚Mensch, der liebe Gott hat uns gemacht für, was weiß ich, vierzig Jahre. Es ist sowieso ein Wunder, was die Medizin kann und irgendwann geht’s halt nicht mehr. [...]‘ dass das jetzt Schicksalsschläge wären, in dem Alter, mit über Achtzig oder so, das versuche ich ihnen [...] ziemlich sachlich auszureden.“ (E, 133-137)

Obige Schilderung lässt sich auf der einen Seite als geführter Realitäts-Check verstehen, in welchem die Respondentin im Fall eines statistisch gesehen normalen Todesalters Hinterbliebene auf kognitiver Ebene anspricht. Auf der anderen Seite verdeutlicht sie damit die mittelfristige Unausweichlichkeit des Todes. Dieses „lapidar[e]“ bzw. trocken-sachliche Vorgehen kann den Trauernden ermuntern, über das Begreifen der objektiven Umstände, mit diesen schrittweise auch auf der emotionalen Ebene Frieden zu schließen, anstatt beispielsweise über alternative, vermeintlich mögliche, bessere Versionen der Realität zu grübeln.

E.I.3.1.2. Trauernden die „Beziehungstrauer“ überlassen (Individueller Traueraspekt)

Im selben Kontext bringt die Respondentin einen weiteren in Trauerbegleitungen kommunizierten und ihrer Haltung entsprechenden Aspekt ein:

„[...] und das ist der Weg, den wir alle gehen“, weiß aber genau, dass das Persönliche da nicht dabei ist und das Persönliche ist, ich sag: ‚Es ist MEINE Mama, es ist MEIN Vater‘, diese Trauer. Das muss der andere empfinden [...]“ (E, 138/139)

Sie beschreibt das Lebensereignis eines Verlusts aus zwei Perspektiven, der kollektiven und die individuellen. Als ihre trauerbegleitende Aufgabe sieht sie, Hinterbliebene an den kollektiven Aspekt von Verlusten zu erinnern („der Weg, den wir alle gehen“. Dies kommt einer beruhigenden Zusicherung gleich, auf einer abstrakten Ebene mit seinem Schicksal nicht allein, sondern im Gegenteil mit einem intrinsischen Aspekt menschlicher Biografien konfrontiert zu sein. Gleichzeitig sieht sie es als obligatorischen Weg eines jeden Hinterbliebenen an, die jeweiligen beziehungsspezifischen Trauergefühle zu durchleben.

E.I.3.1.3. Suizidalität seelisch instabil wirkender Hinterbliebener in Betracht ziehen

Der Verantwortungsbereich der Prävention von Suizidalität bei Trauernden realisiert sich sowohl in einer für das Thema vorgebahnten Aufmerksamkeit als auch in spezifischen Verhaltensweisen im Kontakt. Die persönliche Attribuierung ihrer erhöhten Sensitivität gegenüber Suizidalität wird unter dem Punkt „E.II.2 Suizid zweier Ehepartner – eine mehrschichtige Trauer“ auf Seite 174 näher untersucht:

„[...] bei Menschen, die ich so einschätze, dass sie nicht stabil sind in ihrem Leben, in ihrer Psyche, denke ich viel viel schneller an einen Suizid, als ich es vielleicht vor 15 Jahren getan hab, einfach weil die Erfahrung da ist. Das heißt, da bin ich viel vorsichtiger mit jemandem abwimmeln: ‚Ich habe jetzt keine Zeit für eine Gespräch‘, weil ich einfach sehe, hoppla, da muss man

aufpassen und dann eventuell [Hilfe] in [die] Wege leiten [...].“
(E, 147-152)

Die Respondentin realisiert ihre Vorsicht im Zugang zur Suizidalität in einer erhöhten Vigilanz. Dabei beschreibt sie die schlecht einschätzbare (nur auditiv) aber eventuell für die Zustandsentwicklung des Trauernden kritische Situation eines Telefonats in welcher sie die Risikoabwägung treffen muss, weitere Maßnahmen der Suizidprävention einzuleiten oder nicht.

E.I.3.1.4. Logistische Hilfestellung bei jungen Hinterbliebenen

Als besonders konkret beschreibt die Respondentin ihre Unterstützung im Kontakt mit jungen Trauernden, bei welchen sie verstärkt logistische Fragen aufkommen sieht:

„Hilfestellungen bei jungen Menschen, die jemanden verloren haben und einfach schwimmen und sagen: ‚Ich weiß jetzt gar nicht, was ich machen muss‘. Also wenn das Hilfestellung im Alltag sind. Also das heißt [...]: ‚Da musst du einen Anwalt anrufen. Da musst du auf das und das Amt gehen‘. Das ist einfach; weil ich das schon alles gemacht habe, kann ich das weitergeben.“ (E, 154-157)

Eine Untersuchung der genauen Ursachen für die Kenntnis der logistischen Aufgaben erfolgt unter dem Punkt „E.II.2 Suizid zweier Ehepartner – eine mehrschichtige Trauer“ auf Seite 174.

E.I.3.2. Möglicher Inhalt intensiver Kontakte

E.I.3.2.1. Gemeinsam die Spannung des Unerklärlichen aushalten

In Fall des unerwarteten, vorzeitigen Todes der Frau eines Patienten und ehemaligen Piloten schildert die Respondentin ihre Bemühung als die schwere Aufgabe, dem „[schockierten Hinterbliebenen; Anm. d. Verf.] beizustehen und [...] zu erklären, was nicht zu erklären ist [den für ihn unbegreiflichen Tod; Anm. d. Verf.]“ (E, 25). Hier zeigen sich die Elemente des Da-seins und des

gleichzeitigen Versuchs, das Geschehene (mgw. biografisch-symbolisch) zu plausibilisieren. Der Kontrast zwischen der suggerierten Vergeblichkeit dieses Vorhabens (einen vorzeitigen Tod zu erklären im Vergleich zu einem nicht-vorzeitigen) und der Entscheidung, trotz der durch diesen offensichtlichen Widerspruch zwischen der Bemühung und ihrer geringen Erfolgschance entstehenden Spannung dem Trauernden „beizustehen“ bzw. „dazubleiben“, wirkt charakteristisch für die Kategorie eines intensiven Kontaktes.

E.I.3.2.2. Trauerfreies familiäres Ersatzumfeld bieten

Innerhalb derselben Betreuungssituation wird deutlich, dass beim Trauernden ein Bedürfnis besteht, einen Kontakt zur Respondentin aufrecht zu erhalten. Dabei fluktuieren die aufkommenden Themen, gleichen einander vor allem in ihrer inhaltlichen Banalität:

„Also das läuft so weiter, dass er anruft, wenn er einfach mal reden will. Egal über was. Also auch raumlose Themen, also die mit dem Tod der Frau nichts zu tun haben. Da geht es, wie es dem Hund geht und dann fragt er, wie es bei uns geht, also einfach, um zu kommunizieren. [...] Er kommt auch oft rein [es wird hier von Besuchen in der Praxis ausgegangen, nicht bei der Respondentin zuhause; Anm. d. Verf.], weil er nebenan [neben der Praxis; Anm. d. Verf.] wohnt, einfach Hallo sagen Naja, Ersatzfamilie irgendwo hier.“ (E, 31/32, 37/38, 44, 46, 52)

Die Unterstützung der Respondentin liegt hier also auf der Metaebene der Gespräche, der Verbindung selbst. Sie nimmt sich die Zeit, um für die scheinbaren „Banalitäten“ ansprechbar zu sein, weil sie den Kontakt per se als helfendes Element begreift. In diesem Licht ähnelt dieser Aspekt des „Kontakt[es] um des Kontaktes Willen“ dem unter dem Punkt „E.I.3.2.1 Gemeinsam die Spannung des Unerklärlichen aushalten“ auf Seite 164 angesprochenen – Da-sein bzw. „Beistehen“ (E, 23). Der nonchalante, nachbarschaftlich anmutende Charakter der Besuche des Trauernden in der Praxis untermauert dabei die Selbstcharakterisierung der Respondentin als „Ersatzfamilie“, sofern bspw. unangekündigte Besuche als Teil eines Familienlebens angesehen werden.

Des Weiteren führt die Respondentin Konsultationen an, in welchen der Hinterbliebene in ärztlichen und auch Gewissensfragen Rat sucht:

„[...] um einfach die Entscheidung nicht allein zu tragen, obwohl die nicht von einer großen Tragweite sind, aber einfach diese Entscheidungen: ‚Soll ich mich jetzt operieren lassen? Zu welchem Arzt soll ich gehen? Ist das nicht blöd, wenn ich jetzt in Urlaub fahre? Was hätte meine Frau dazu gesagt?‘ (E, 47-51)

Auch hier hebt die Respondentin die eigentliche Substanzlosigkeit der Beratungsanlässe hervor. Dies kann darauf schließen lassen, dass sie diese ebenfalls auf ein grundsätzliches Kontaktbedürfnis zurückführt. Sie beschreibt darüber hinaus Verhaltensweisen des Trauernden als „Aktionismus“:

„[...] dass er sich jetzt behandeln lässt und Dinge, die er schon immer mal machen wollte und ein Karpaltunnel-Syndrom hat operieren lassen, einfach damit er weg ist von dem Trauerumfeld, das ihn umgibt, wenn er alleine zuhause ist.“ (E, 33-35)

Letztere Begründung lässt sich mit dem Bedürfnis nach Kontakt vereinbaren, da dieser dem Hinterbliebenen ebenfalls eine Möglichkeit bietet, sich zeitweise von seinen Verlustgefühlen abzulenken.

E.1.3.2.3. Berührung bei jüdischen Hinterbliebenen

In der Beschreibung ihres Kontaktes zu einem jüdischen Angehörigen macht die Respondentin deutlich, dass sie in der Betreuung von Juden anders fühlt und handelt, als bei Nicht-Juden:

„Und wenn [der jüdische Angehörige] kommt, und sagt ‚Mane Y [Datenschutz] ist nischt mehr du‘, dann krampft sich’s [sic!] bei mir. [...] Und den [Juden] nehme ich dann in den Arm oder den Opa streichele ich über die Hand. Das ist ein anderer Zugang auf jeden Fall“ (E, 175-177).

Hier lassen sich zwei für den Kontakt mit Juden spezifische Merkmale erkennen: das Mitleiden („da krampf sich’s [sic!] bei mir“) und die physische Komponente,

welche beide einen Kontrast zur sachlichen Kondolenz „Herzliches Beileid“ bei nicht-jüdischen Menschen erzeugen (E, 173/174).

E.I.3.3. Möglicher Inhalt weniger intensiver Kontakte

E.I.3.3.1. Sachlichkeit in der Kondolenz als Begrenzung der Kontakttiefe

Im unter den Punkt „E.I.2.2 Nicht-Jüdischsein der Angehörigen und “ auf Seite 161 dargestellten Gesprächsabschnitt legt die Respondentin nahe, dass sie bei einem nicht-jüdischen Hinterbliebenen die Mitteilung des Todesfalls auf einer sachlichen Ebene verstehen möchte. Emotionalität, welche als Grundlage für eine (die intensiven Betreuungen charakterisierende) enge Bindung zu Hinterbliebenen verstanden werden kann, scheint hier keine besondere Rolle zu spielen. Die Respondentin signalisiert ihren Zugang auf der Verhaltensebene, indem sie den Bericht mit einer formellen, gesellschaftlich normierten, aber akzeptierten Antwort („Herzliches Beileid“, E, 174) zur Kenntnis nimmt. Im Vergleich zu intensiven Betreuungen von Hinterbliebenen scheint die Respondentin die Tiefe des Kontakts dadurch aktiv zu begrenzen.

E.I.3.3.2. Ausschluss der Respondentin aus dem Trauerprozess der Hinterbliebenen

Wie bereits unter dem Punkt „E.I.1.3 Judenfreundlichkeit“ auf Seite 160 geschildert, ist es trotz der engen Bindung zwischen der Respondentin und dem judenfreundlichen Patienten nicht zu einer intensiven Betreuung seiner zurückbleibenden Frau gekommen:

„Und irgendwann hatte er dann auch ein Aneurysma und wurde operiert in der Klinik. [...] Und der hat mich dann über seine Frau eines Tages gebeten, ich möge doch ins Krankenhaus kommen, da war er auf der Intensivstation. Und da bin ich auch hingefahren, weil da eine Bindung war. Und, ja, einen Tag später war er dann gestorben. Und das war dann eigentlich Trauerarbeit für MICH. Also weil da so eine starke Bindung bestanden hat, mit dem Mensch [sic!]. Also die Frau, die hat mich nicht in die

Trauerarbeit mit einbezogen. Also die hat halt gesagt: ‚So, jetzt muss ich alles verwalten und jetzt habe ich den Ärger mit den zwei Söhnen‘, so auf die Tour. [...] Die ist nach wie vor Patientin [sowohl sie als auch der Verstorbene waren/sind Patienten der Respondentin; Anm. d. Verf.], aber da ist Distanz.“ (E, 92)

Wie sich hier zeigt, hängt es auch von den Hinterbliebenen ab, ob eine starke Bindung (und damit eine intensive Betreuung) zustande kommt. Dass eine enge Bindung zum Verstorbenen bestanden hat, wird deutlich anhand des Besuchs der Respondentin im Krankenhaus und deren eigener Trauer. Dies scheint aber nicht automatisch zu implizieren, dass die Hinterbliebenen eine intensive Betreuung grundsätzlich bevorzugen.

E.I.3.4. Rollen der Respondentin im Kontakt

E.I.3.4.1. Die kompetente und vertraute Freundin bei engen Trauerbegleitungen

Der Interviewer interessiert sich dafür, in welcher Rolle sich die Respondentin im Kontakt empfindet, insbesondere bei intensiven Betreuungen, dabei zeigt sich, dass sie ihr Handeln in Bezug auf Trauernde als die ärztliche Sphäre übersteigend wahrnimmt (E, 41): „Es geht in die Rolle der vertrauten Freundin hinein. Der kompetenten, vertrauten Freundin“ (E, 42). In dieser Formulierung stellt sie ihre ärztliche Rolle sowie die Vertrautheit als Eigenschaften ihrer Position als Freundin dar und nicht umgekehrt die freundschaftliche Konnotation als Bestandteil einer ärztlichen Betreuung. Letztere scheint in diesem Licht in den Hintergrund zu rücken. Allerdings muss offengelassen werden, ob die Respondentin sich selbst in dieser Rolle sehen möchte oder sich (zumindest anteilhaft) von Hinterbliebenen in jene hineingedrängt fühlt. Näheres hierzu unter dem Punkt „E.I.3.5 Grenzen des Kontaktes“ auf Seite 170.

E.I.3.4.2. Nicht-ärztlicher Anteil der (haus-)ärztlichen Funktion

Unter dem Punkt „E.I.3.1.4 Logistische Hilfestellung bei jungen Hinterbliebenen“ auf Seite 164 geht die Respondentin auf die Hilfe für von der Verlustsituation

überforderte Hinterbliebene ein, welchen sie nicht als klassisch ärztlich einschätzt:

„Das ist nicht unbedingt ärztliches Handeln, aber in der Praxis ist halt Hausarzt [sic!] und da passiert bestimmt 50 Prozent über [sic!] arztfremde Gespräche mit dem [trauernden; Anm. d. Verf.] Patienten.“ (E, 158/159)

Wie hier nachvollzogen werden kann, legt die Respondentin nahe, dass eine derartige Beratung für Trauernde in der hausärztlichen Praxis nicht „fachfremder“ ist, als ein großer Teil der sonstigen dort anfallenden Tätigkeiten. Dies suggeriert, dass sie hausärztliche Arbeit in der Praxis als a priori vielfältig erlebt und Trauerbegleitung auch „lediglich“ eine Manifestation dieser Eigenschaft darstellt.

E.I.3.4.3. Das jüdische Selbstempfinden im Kontakt

Der Interviewer erinnert noch einmal daran, dass die Studie *jüdische* Ärzte untersucht und möchte erörtern, ob „in den Kontaktsituationen mit Trauernden [...] das Jüdische in seiner ganzen Bandbreite [...]“ (E, 160) eine Rolle spielt:

„Auf jeden Fall. Erst einmal kann ich [das Jüdische] von mir nicht trennen, ich bin so wie ich bin. Und ich fühle mich zu hundert Prozent in allen Dingen, die ich tue, jüdisch, obwohl ich jetzt nicht religiös bin. Aber diese Art und Weise, Empfindungen zu haben, das empfinde ich schon sehr jüdisch an mir, dieses ‚Jiddische Mame‘ und jüdischer Humor und alles. [...] Deswegen kann ich nicht sagen, wenn ich auf jemanden so und so reagiere, das ist jetzt jüdisch reagiert, sondern das bin einfach ich. Ich kann das nicht von mir ausklammern.“ (E, 161-166)

Die Respondentin beschreibt ihr Jüdischsein als ausfüllend: Nicht als ein bei Bedarf verfügbares Paradigma bzw. Repertoire, sondern ihre gesamthafte („hundert Prozent“) und obligate („einfach ich“) Art und Weise, äußere und innere Vorgänge wahrzunehmen bzw. zu handeln. Dabei sieht sie ihr jüdisches Selbstempfinden als unabhängig von Maß ihrer (A-)Religiosität.

Zwar stellt die Respondentin keine direkte Kausalität zwischen ihrem jüdischen Selbstempfinden und ihrem ihrer Wahrnehmung von bzw. ihrem Umgang mit jüdischen Sterbenden und ihren Angehörigen her; jedoch lässt sich vermuten, dass Identifikation eine Rolle im Kontakt spielt. Dies spiegelt sich in ihrer Wiedergabe des Gesprächs mit dem russisch-jüdischen Witwer unter dem Punkt „E.I.1.2 Jüdischsein der Angehörigen und “ auf Seite 159 wider: „Und wenn er kommt und sagt ‘Mane Y ist nischt mehr du‘, dann krampft sich’s [sic!] bei mir“ (E, 172). Dass sie die Aussage des Mannes dabei auf Jiddisch (wie auch sie sich als „jiddische Mame“ fühlt) wiedergibt, verstärkt den Eindruck der Identifikation, der durch die Beschreibung des „Krampfens“ in ihr entsteht, abermals (vgl. 4.4.1 „Jüdischsein““ auf Seite 32).

E.I.3.5. Grenzen des Kontaktes

Unter dem Punkt „E.I.3.4.1 Die kompetente und vertraute Freundin bei engen Trauerbegleitungen“ auf der Seite 168 wurde bereits die Möglichkeit angesprochen, dass die Respondentin ihre Rolle als „kompetente, vertraute Freundin“ nicht per se als ihre eigene Wunschrolle darstellt, sondern sie mit dieser Bezeichnung primär ihre Rolle aus der Sicht von Patienten bzw. Hinterbliebenen in intensiven Betreuungen darstellt. Als Argument für letztere Gewichtung kann ihre Antwort auf die Frage nach persönlichen Grenzen im Kontakt mit Hinterbliebenen und Sterbenden herangezogen werden:

„Ja. Also es gibt die Grenze, wo man mich so integriert in die Trauerarbeit, dass sie A meine Zeit übermäßig beansprucht, mein Privatleben beeinflusst und (4) ja, impertinent [...], also maßlos wird. Also mit Anrufen, die täglich mehrmals [stattfinden]... das Verlangen der privaten Telefonnummer und so weiter und so fort. [...] Also inwieweit ich mich darauf einlasse, das möchte ich immer noch bestimmen.“ (E, 54-61)

In der Erläuterung ihrer Grenzen können drei Aspekte gefunden werden: die zeitliche Balance ihrer Lebenszeit zwischen Arbeit und Privatleben sowie die Trennung ihres Berufs von ihrem Privatleben.

Das „übermäßig[e] [B]eanspruch[en]“ ihrer Zeit ist wesensmäßig auch als Wunsch oder Tendenz von Hinterbliebenen bzw. Sterbenden verstehbar, welche, wenn die Respondentin ihnen nachgibt, in einer ungewollten Einteilung ihrer Lebenszeit zwischen Arbeit und Privatleben münden würde.

Ein weiteres Tabu ist für die Respondentin das Eindringen in ihr Privatleben. Wenn davon ausgegangen wird, dass für die Respondentin *Freundschaften* ein Teil ebendieses Privatlebens sind, müsste sie folglich mit der Rolle der „kompetenten, vertrauten *Freundin*“ (E, 42) eine *äußere* Zuschreibung von Hinterbliebenen oder Sterbenden meinen und nicht ihr eigenes Selbstempfinden; denn sie möchte, wie im obigen Gesprächsabschnitt erwähnt, ihr Privatleben von Trauerbegleitungen abgegrenzt sehen.

E.II. Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

E.II.1. *Verlust des Vaters als Schulkind*

Der Interviewer fragt die Respondentin nach eigenen Erfahrungen mit Trauer, dem Thema Trauer oder darauf bezogenen Ansichten bzw. Haltungen:

„[Es] sind viele Dinge in MEINEM Leben passiert, die mit Trauer zu tun haben, also mein Vater ist gestorben, als ich [im Schulkindalter; Datenschutz] war. Das ist schon mal der erste Einschnitt. Das heißt, da erlebst du als Kind eine Trauer, mit der du gar nicht weißt, ‚Was ist das, was mache ich da?‘ Du erlebst die Trauer der Mutter, du willst helfen, du bist aber selber traurig. Also, das ist schon für einen jungen Menschen schwierig. Und du hast es auch immer im Hinterkopf. Also, ich habe zum Beispiel gehasst, auf eine Schiwe [jiddisch für „Schiwa“; Anm. d. Verf.] zu gehen. Weil ich immer das Schuldgefühl hatte: ‚Da ist jemand gestorben und die sind traurig und ich marschiere da quietschlebig hinein. Also, ich bin bis ich, glaube ich, zwanzig war, nicht zum Schiwe-Sitzen [...] mitgegangen, weil ich das nicht wollte. Ich wollte die Konfrontation nicht. Also das hat mir

gereicht, dass ich damals selber diese Trauer erlebt habe. (E, 97-106)

Die Respondentin zeigt hier auf, wie der Tod ihres Vaters sie als Kind in mehrfacher Hinsicht vor Konflikte gestellt und ihr Erleben in Bezug auf Trauer nachhaltig verändert hat.

E.II.1.1. Emotionale und logistische Überforderung

Zum einen spricht sie die von dem Verlust ausgehende emotionale („Was ist das [...]?“) und kognitive („... was mache ich da?“) Überforderung an. Der Tod eines Verwandten ersten Grades in einem solch frühen Alter ist statistisch gesehen kein wahrscheinliches Ereignis in Regionen mit hoher Lebenserwartung. Dadurch ist die Bemühung, Kinder auf die Möglichkeit eines solchen vorzubereiten (weder emotional noch logistisch im Sinne von „Was muss jetzt nach dem Tod getan werden?“), kaum Teil ihrer Sozialisation (hier verstanden als die Verinnerlichung gesamtgesellschaftlich verankerter Denk- und Gefühlsmuster sowie solchen des Handelns).

E.II.1.2. Fremdfürsorge als Selbstfürsorge

Des Weiteren wird die Ambivalenz zwischen Selbst- und Fremdfürsorge angesprochen. Auf der einen Seite leidet die Respondentin selbst unter dem Verlust (und später seinen Folgen) und hat einen Bedarf an Zuwendung (Trost etc.) Auf der anderen Seite ist der Erhalt der psychischen Stabilität der Mutter aus Sicht der Respondentin in doppelter Hinsicht (zumindest subjektiv) ein lebenswichtiger Anker für das eigene Wohlergehen. Da die Mutter eines Grundschulkindes in einem großen Teil der Fälle zu dessen primären Bezugspersonen gehört, kann der Versuch der Respondentin, ihr zu „helfen“, dem Erhalt ihrer (pflegenden, ausbildenden, finanziellen und emotionalen etc.) Funktionen als Fürsorgende dienen. Zusätzlich kann auch der Anblick der leidenden Mutter (wie generell einem nahestehenden Menschen) ein außerordentlich belastendes Erlebnis sein, insbesondere für ein Kind, welches noch tendenziell limitierte Möglichkeiten besitzt, sich innerlich und äußerlich

abzugrenzen. Im Licht dieser Argumentation erscheint das Bedürfnis der Respondentin, der Mutter zu helfen ebenso als Selbstfürsorge.

E.II.1.3. Aversion gegen die Schiwa (d.h. der Begegnung mit Hinterbliebenen)

Auch beschreibt die Respondentin ihre dem Tod des Vaters folgende Aversion gegen das Schiwa-Sitzen. Sie begründet diese mit einem Schuldgefühl aufgrund der wahrgenommenen Diskrepanz zwischen den emotionalen Zuständen der Hinterbliebenen und ihrer „Unversehrtheit“ als Kondolierender. Sie geht nicht näher auf diese Wahrnehmung ein, jedoch lassen sich grundlegende Paradigmata in den Raum stellen, auf welchen ihr Schuldgefühl basieren könnte:

Mit der „Konfrontation“ könnte die Respondentin die eigene Konfrontation mit Trauernden und dem Thema Trauer meinen, welche schmerzhaft Erinnerungen an ihre eigenen Verluste wecken.

Ferner sei hier der Hohn angesprochen, welcher sich durch die Diskrepanz zwischen der lebenden („quietschlebig“) Respondentin und dem Toten situativ manifestiert. Diese Betrachtungsweise wird durch die Tönung des Begriffs „quietschlebig“ unterstrichen, da dieser kontextabhängig eine ironische, wenn nicht gar zynische Konnotation transportiert. Ein durch diese Wahrnehmung entstehender Schmerz, welcher von der Respondentin in den Hinterbliebenen antizipiert würde, könnte das angesprochene Schuldgefühl in ihr mitbedingen.

Mit „quietschlebig“ als durch die Hinterbliebenen wahrgenommene Grundstimmung (im Vergleich zu „am Leben sein“) interpretiert, könnte die Respondentin darüber hinaus auch suggerieren, dass Erstere sie aufgrund ihres divergenten Zustands als zu fern und nicht zu einem empathischen Nachvollziehen in der Lage sehen.

Da die Respondentin in ihren Ausführungen das Beiwohnen der Schiwa als Teil ihres gegenwärtigen Kontaktes mit Hinterbliebenen nicht erwähnt, lässt sich nur

schwer eine Aussage darüber treffen, ob die berichtete Aversion heute noch eine Rolle darin spielt.

E.II.2. Suizid zweier Ehepartner – eine mehrschichtige Trauer

Die Respondentin fährt mit der Schilderung zweier weiterer Verluste fort:

„[...] der Mann, von dem ich [mich] habe [...] scheiden lassen, der Vater meiner Kinder, hat sich vor ungefähr zwölf Jahren das Leben genommen. Das war eine Trauer, die, sagen wir mal [...] zweischichtig war. Einmal war das die Trauer meiner Kinder, mit denen mitzutauern. Und das zweite war meine eigene Trauer über einen Menschen, mit dem ich mal so lange zusammen war. Drei Jahre später hat sich mein zweiter Ehemann suizidiert. Das war aber/ sagen wir mal, da war sehr viel an psychischen Auffälligkeiten, Depression und so weiter der Grund, die ich miterlebt habe. Im ersten Fall habe ich es nicht miterlebt und da kam auch ein geschäftliches Fiasko dazu. Also [...] das sind so Sachen, [...] auf der einen Seite (4) bist du wahnsinnig traurig, weil es passiert ist. Das steht so für sich. Aber dann versetzt du dich in die Person rein, wie schlecht ist es denen gegangen, dass das hat sein müssen, dass er keinen Ausweg gefunden hat. Und dann kommt noch eine dritte Komponente – also jetzt für mich – dazu vor der ich manchmal selber vor mir Angst habe, weil ich sie relativ egoistisch empfinde: ‚Warum muss ich das alles in meinem Leben erleben und meinen Kindern vorsetzen?‘ Diese Komponente ist da noch dabei. Und ich denke, dass das etwas ist, was an mir fürchterlich nagt und dass ich das auch mit sehr viel, ja, Arbeit und Babysitten und müde-Sein einfach zuschüttele, um da nicht nachzugraben. Es ist genau das Gegenteil, was vielleicht da für [eine(n) PsychoanalytikerIn] wichtig wäre, aber so funktioniert’s.“ (E, 115-133)

E.II.2.1. Von außen „induzierte“ Trauer durch Mitgefühl mit Trauernden

Die erste „Schicht“ der Trauer um den Vater ihrer Kinder beschreibt die Respondentin als mit ihren „Kindern [...] mitzutauern“ (E, 117). Dies kann auch als „mitleiden“ verstanden werden: der Schmerz, der dadurch entsteht, dass es

einem nahestehenden Menschen schlecht geht. Hier kann eine Ähnlichkeit gesehen werden zur Konstellation mit ihrer eigenen Mutter nach dem Tod des eigenen Vaters. In beiden Fällen löst das Leid eines trauernden, nahestehenden Menschen einen Impuls bzw. eine Reaktion in der Respondentin aus (zu helfen bzw. mitzutruern).

E.II.2.2. Im emotionalen „Binnenraum“ entstehende Trauer

Die zweite „Schicht“ betrifft Trauergefühle, welche nicht mit noch lebenden Personen zu tun haben. Diese teilt die Respondentin wiederum in unterschiedliche Aspekte ein.

E.II.2.2.1. Trauer um plötzliche Inexistenz des Verstorbenen

Zunächst stellt sie die reine Trauer um den Verlust heraus, welche beispielsweise als Trauer um die (plötzliche) Inexistenz bzw. Unerreichbarkeit eines (insbesondere ehemals nahestehenden) Menschen angesehen werden kann („mit dem ich so lange zusammen war“; E, 118).

E.II.2.2.2. Verlust des eigenen Bildes des Verstorbenen vor seinem Tod

Ein weiterer Aspekt offenbart sich im Nachvollziehen des prä-mortalen Zustands des *Verstorbenen* („[...] dann versetzt du dich in die Person rein, wie schlecht ist es denen gegangen, dass das hat sein müssen[?]“ E, 126). Diese Frage kann als Frage an sich selbst verstanden werden. Dass sie *nach* dem Tod gestellt wird, scheint den Beginn einer Revision der eigenen Wahrnehmung des Zustands des Verstorbenen vor dessen Tod zu markieren. Hier kristallisiert sich eine Perplexität heraus, angesichts der Diskrepanz zwischen dem Ausmaß, in welchem man seine Kenntnis der anderen Person einschätzt und einer vormals unbekanntem Version derselben, die durch den Suizid offenbart wird (im Sinne von „Sein Innenleben sah anders aus, als es mir schien“).

E.II.2.2.3. Hadern mit dem eigenen Schicksal

„Warum muss ich das in meinem Leben erleben und meinen Kindern vorsetzen?“ (E, 127/128) kann als Hinwendung an eine nicht näher beschriebene Instanz (nicht zwangsläufig transzendent; vgl. „4.4.3 Religiosität und Spiritualität bzw. R/S“ auf Seite 36 in den Grundlagen) gesehen werden, von der sie keine direkte Antwort erwarten kann. Gleichzeitig schätzt sie diesen Missmut als kritisch ein („egoistisch“; E, 127/128).

E.II.2.3. Ablenkung als wirksame Coping-Strategie

Sie schickt hinterher, dass sich für sie „Arbeit und Babysitten [wahrscheinlich der Enkelkinder; Anm. d. Verf.] und müde-Sein“ als hilfreiche Methode herausgestellt hat, um den „nag[enden]“ Gefühlen nicht „nachzugraben“ (E, 130), obwohl dieses „[Z]uschütte[n]“ aus Sicht der Psychoanalyse (E, 131) wohl eher nicht bevorzugt würde (ein Konflikt-*aufdeckendes* Verfahren; Anm. d. Verf.)

E.II.3. *Wie verändern sich Haltung und Verhalten durch Erfahrungen mit Trauer?*

Dass ihre Erfahrungen mit Trauer ihren Umgang mit Hinterbliebenen und Sterbenden beeinflusst, bejaht die Respondentin klar und kann mehrere Einflüsse auf ihre Haltung und ihr Verhalten konkret benennen. Diese wurden bereits unter den Punkten „E.I.3.1.1 Anregung eines Realitäts-Checks (Universeller Traueraspekt)“ auf Seite 162, „E.I.3.1.2 Trauernden die „Beziehungstrauer“ überlassen (Individueller Traueraspekt)“ auf Seite 163, „E.I.3.1.3 Suizidalität seelisch instabil wirkender Hinterbliebener in Betracht ziehen“ auf Seite 163 und „E.I.3.1.4 Logistische Hilfestellung bei jungen Hinterbliebenen“ auf Seite 164 eingehend untersucht.

Die ersten beiden Punkte zeichnen Folgen ihrer eigenen Erfahrungen mit Trauer als einen stoischen und möglichst objektiven Umgang mit „zeitgemäßen“ Verlusten. Unter den zwei letzten Punkten wird hingegen gezeigt, dass die Geschichte der Respondentin Einfluss auf ihre Einstellung und Kompetenz

bezüglich der akuten Hilfe für „wahrhaftig“ Notleidende (junge Hinterbliebene und suizidale Menschen) ausübt.

E.III. Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

Die Frage nach der eigenen Religiosität oder Spiritualität beantwortet die Respondentin kurz und deutlich: „Nein. Überhaupt nicht“ (E,179). Diese Antwort sei ihrer Aussage gegenübergestellt, dass sie sich „zu hundert Prozent in allen Dingen, die ich tue, jüdisch“ (E, 163) fühlt. Dies zeigt, dass die Respondentin ihr Jüdischsein nicht an Religiosität oder Spiritualität gekoppelt sieht. Sie grenzt in ihrem *emischen* Verständnis diese zwei Begriffsfraktionen (Jüdischsein vs. Religiosität/Spiritualität) scharf voneinander ab. Obwohl nach dem Stand der Recherche dieser Studie „Jüdischsein“ aus medizinisch-wissenschaftlicher Perspektive bisher kaum untersucht wurde, können „Religiosität“ und „Spiritualität“ durchaus in einer *etischen* Betrachtungsweise des „Jüdischseins“ Bedeutung finden (siehe in den Grundlagen „4.4.1.1 Religiöse Definitionen“ auf Seite 32).

Explizit finden sich lediglich in Bezug auf ihre Kindheit und Jugend religiöse Elemente: die Schiwa für ihren Vater und ihre bis ins Erwachsenenalter anhaltende Weigerung, an weiteren Schiwa-Veranstaltungen teilzunehmen.

Implizit können in ihren Ausführungen weitere Spuren der Themen der Religiosität und Spiritualität ausgemacht werden: Zum einen in ihrer Art, Fragen nach dem Grund für ihre tragischen Verluste zu formulieren („Warum muss ich das in meinem Leben erleben und meinen Kindern vorsetzen?“ (E, 127/128), welche an die Frage der Theodizee erinnert, welche die Rechtfertigung Gottes für das Leid in der Welt problematisiert. Zum anderen in der Formulierung, mithilfe derer sie Hinterbliebenen den altersphysiologisch zeitgerechten Tod eines Elternteils als Schicksalsschlag auszureden („der liebe Gott hat uns gemacht für [...] vierzig Jahre [...]“; E, 137).

6.7. Einzelauswertung Interviewpartner F

F Kategorienübersicht Interviewpartner F

F Interviewpartner F

F.I Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

F.I.1 Wenig Kontakt zu Hinterbliebenen und Sterbenden

F.I.2 Erwartete vs. unerwartete Verluste

F.I.3 Angehörige nicht in der Trauer verharren lassen

F.I.4 Aktivierung der seelischen Widerstandskraft über den Appell an das Verantwortungsgefühl

F.I.5 Gebrauch von festgelegten Formulierungen

F.I.6 Überweisung in Psychotherapie bei kompetenzüberschreitendem Leid

F.I.7 Besuch Sterbender und ihrer Angehörigen im Krankenhaus

F.I.8 Weitervermitteln letzter Worte

F.I.9 Rationale Erklärung eines auch emotional erlebten Verlusts

F.I.10 Keine religiösen Inhalte

F.I.11 Jüdische Sterbende und Hinterbliebene – Trauerbegleitung als System

F.I.11.1 Juden und Nicht-Juden – Gleiches Leid, gleicher Trost

F.I.11.2 Ärztlich-psychologische Betreuung, gemeindliche Anteilnahme und religiöser Ritus ergänzen sich

F.II Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

F.II.1 Sensibilisierung für Verluste durch frühen Tod der Mutter

F.II.2 Sensibilisierung für Verluste durch Beschäftigung mit der Shoa

F.III Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

F.I. Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

F.I.1. *Wenig Kontakt zu Hinterbliebenen und Sterbenden*

Zu Beginn des Interviews schickt der Respondent voraus, dass er in den letzten Jahren seiner beruflichen Laufbahn keinen Sterbenden bzw. dessen Angehörige betreut hat und deswegen keinen neueren Fall vor Augen hat (F, 18). Aus diesem Grund sollen Aussagen zu seinem Verhalten im Kontakt (falls er keinen spezifischen Fall schildert) mehr als hypothetisch bzw. intendierend verstanden werden, denn als auf konkret erinnerten Begebenheiten (Anm. d. Verf.).

F.I.2. *Erwartete vs. unerwartete Verluste*

Der Erfahrung des Respondenten nach gestaltet sich die Betreuung trauernder Angehöriger umso schwieriger, je unerwarteter der Todesfall eintritt. Dabei zieht er das Beispiel eines „chronisch Kranke[n]“ (F, 14/15) mit infauster Prognose heran: Hier hat er mit den Angehörigen bereits vor dem Versterben des Patienten Kontakt und bereitet sie auf „den Fall [des Todes; Anm. d. Ver.]“ (F, 14) vor, wenn dieser für ihn „absehbar“ (F, 15) ist. Demgegenüber steht ein unerwarteter Trauerfall, welcher für die Angehörigen eine „schwerer zu verarbeitende[] Situation“ (F, 17) ist, wodurch sich der Kontakt mit diesen auch „schwieriger“ (F, 16) gestaltet. Inwiefern dies jedoch der Fall ist, beschreibt der Respondent nicht eingehender.

F.I.3. *Angehörige nicht in der Trauer verharren lassen*

F.I.4. *Aktivierung der seelischen Widerstandskraft über den Appell an das Verantwortungsgefühl*

F.I.5. *Gebrauch von festgelegten Formulierungen*

Ein zugrundeliegender Leitgedanke dieser Trostversuche scheint zu sein, dass die Beschäftigung mit dem drohenden oder (bereits geschehenen) Tod nicht zu lange andauern soll:

„[...] wenn es eben aufgrund der Krankheit [klar] war, [...], dass dieser Zeitpunkt [des Todes; Anm. d. Verf.] kommen musste – und [es ist] eben nicht für uns Mediziner möglich ist, jeden Menschen vor dem Tod zu bewahren, das ist ja logisch – [dann sage ich [d]en Hinterbliebenen [den Angehörigen, noch vor dem Tod; Anm. d. Verf.] oft: ‚Sie müssen jetzt stark sein‘, weil sie natürlich die Trauer und den Verlust spüren. Aber sie können darin nicht verharren. [...] ich gebrauche dann oft diese Wendung: ‚Sie müssen jetzt stark sein, weil Sie auch noch andere Verpflichtungen im Leben haben‘, also Kinder oder andere Angehörige, für die sie noch weitermachen müssen. [...] trotz des Todes des Mannes oder der Frau [haben] sie noch weiter im Leben Verantwortung [...]. Also in diese Richtung geht meist mein Trost, ja“ (F, 61, 65)

Auch wird hier deutlich, dass der „Trost“ für den Respondenten sowohl im Nach-, als auch im Vorfeld bedeutend ist und in Letzterem eine seelisch vorbereitende Funktion ausüben soll. Er beruht darin, das Verantwortungsgefühl der Hinterbliebenen (z.B. für ihre Mitmenschen) als Ressource zu aktivieren, sodass – in seinen Worten – „sie mit der Situation eines Sterbenden oder bereits schon [sic!] verschiedenen Menschen leichter umgehen können“ (F, 7).

Bemerkenswert erscheint auch, dass der Respondent den Wortlaut seiner Äußerungen semantisch festgelegt verstanden haben will. Darauf deutet hin, dass er einen Teil der Worte zweimal wiederholt („Sie müssen jetzt stark sein“) und erklärend selbst noch einmal auf diesen Umstand hindeutet („gebrauche dann oft diese Wendung“).

F.1.6. Überweisung in Psychotherapie bei kompetenzüberschreitendem Leid

Der Interviewer interessiert sich für etwaige Grenzen, welche der Respondent im Umgang mit Hinterbliebenen nicht überschritten sehen möchte:

„[...] eine solche Grenze habe ich mir nie gesetzt. [...] diese Frage hat sich auch nie ergeben; also wo ich hätte sagen müssen: ‚[...] Ich kann Ihnen jetzt nicht [mehr] weiterhelfen‘, [...] ‚Suchen Sie sich woanders Hilfe‘. Aber wenn ich sehe, dass

jemand zum Beispiel ÜBERHAUPT nicht fertig wird mit dem Verlust von jemandem, dann biete ich ihm natürlich psychotherapeutische Hilfe an. Da vermittele ich das weiter, das ist klar. Wenn ich sehe, dass meine [...] menschlich-ärztliche Teilnahme nichts mehr bringt, dann würde ich einen Psychotherapeuten [engagieren?; Anm. d. Verf.] aber ich würde niemandem sagen: ‚So jetzt hören Sie mal zu, ich kann jetzt auch nicht helfen. Schauen Sie weiter‘, also natürlich nicht.“ (F, 95-102)

Deutlich lässt sich hier erkennen, dass der Respondent diese Grenze als auf das Wohl des Betreuten bezogen verstanden haben möchte. Bisher ist er nicht in eine Situation gekommen, in welcher er einen Selbstschutz hätte erwägen müssen. Jedoch differenziert er den Fall heraus, in welchem seine Kompetenz als Trauerbegleiter nicht mehr ausreicht. Hier wird die Grenze zu einem Schutz für den Betreuten, als Übergang zu einer erweiterten, psychotherapeutischen Hilfe, welche der Respondent in die Wege leitet.

F.1.7. Besuch Sterbender und ihrer Angehörigen im Krankenhaus

F.1.8. Weitervermitteln letzter Worte

In der Schilderung der Betreuung eines sterbenden Freundes kristallisieren sich weitere Kontaktinhalte heraus:

„Mir fällt ein Fall ein von einem mir befreundeten Mann, [...] den ich auch in den letzten Stunden [...] im Krankenhaus [...] gesehen habe und auch die Frau dazu. Und es war klar, dass dieser Mann sterben wird. Ich habe mit diesem Mann, den ich [...] seit Kindheit kannte, [...] noch die Hand gegeben, bevor er starb, fest gedrückt [...] – er war [...] präkoma, er hat mich schon wahrgenommen und hat gemerkt, dass ich da bin – und habe noch von ihm zum Beispiel verlangt oder erwartet, dass er mir vielleicht noch was sagen wird, als Abschied, bevor er stirbt. Aber er blieb stumm. Also das hat mich zum Beispiel sehr beschäftigt, dass er mir auch nichts gesagt hat, was ich vielleicht auch an seine Angehörigen oder seine Kinder hätte weiter übermitteln können [...], was er als Verscheidender aus dem

Leben noch zu sagen hat. Er wusste ja Bescheid [dass er sterben würde; Anm. d. Verf.]“ (F, 34)

Der Respondent bezeichnet diese Konstellation eines Patienten und simultan Freundes später als „speziell“ und „selten“ (F, 48) und schlägt dem Interviewer vor, ihn aus diesem Grund weiter zu diesem Fall zu befragen. Daher kann vermutet werden, dass sich zumindest ein Teil der obig beschriebenen Kontaktinhalte (z.B. Besuch im Krankenhaus, Wunsch nach Abschiedsworten für Angehörige und sich selbst, Betroffenheit durch das Ausbleiben derselben etc.) nur in dieser Betreuung wiederfinden (bzw. hypothetisch in ähnlichen Konstellationen wieder auftreten würden). Dass der Respondent keine dieser Inhalte in einer anderen Schilderung wiedergibt, scheint diese Vermutung zu bestätigen.

F.1.9. Rationale Erklärung eines auch emotional erlebten Verlusts

Bei der Frage nach wahrgenommenen Bedürfnissen Trauernder spricht der Respondent ein Anliegen derselben an und wie er diesem begegnet:

„Naja, manchmal wollen sie [die Hinterbliebenen; Anm. d. Verf.] die medizinische Wahrheit, die wir als Arzt kennen und auch das Ableben begründen können: ‚Wie konnte das sein?‘ oder ‚Wieso ist das gewesen, dass er wegen [einem] Herzinfarkt oder Krebs oder irgendeine[r] andere[n] tödliche[n] Krankheit verstorben ist? [...] Man kann doch heute so viel bewirken als Arzt oder die Medizin allgemein.‘ Dann muss ich denen schon erklären, warum in dieser speziellen Situation keine Hilfe mehr möglich war. Also das kommt häufig, diese Frage: ‚Wie war das möglich?‘ oder ‚Warum musste das sein?‘“ (F, 72-79)

Diese Begebenheiten illustriert der Respondent mit dem Bericht der Betreuung der zurückbleibenden Frau eines verstorbenen Patienten:

„Der hatte ein Aneurysma der Bauchaorta und da war die Frage, so, wenn man nicht operiert, drohte das Aneurysma zu platzen und dann wäre er gestorben und wenn man operiert, dann ist das Operationsrisiko sehr hoch. Und leider ging das schlecht aus.“

Also der Mann hat die Operation nicht überlebt. Und naja, dann kam natürlich die Frage von der Frau [...] noch mal im Nachhinein: ‚Hätte man wirklich operieren müssen oder hätte man DOCH lieber nicht...?‘, so, solche Fragen kommen dann. Und dann muss man der Frau nochmal erklären: ‚Wir haben das ja gemacht, um den Mann zu retten, weil sonst wäre er unweigerlich auch in kürzester Zeit verstorben, aber leider ist es nicht gelungen.‘ Und dann sehen sie [die Hinterbliebenen; Anm. d. Verf.] es [...] schon ein auch, ja.“ (F, 90)

In diesen Dialogen wird der Wunsch der Hinterbliebenen nach einem Verstehen des Geschehenen deutlich. Auch lässt sich in deren Fragen eine Erwartung an die Potenz medizinischer Möglichkeiten erkennen („Man kann doch heute so viel bewirken als Arzt oder die Medizin allgemein“; F, 77), welche im Kontrast zur Wahrnehmung des Respondenten steht („dass das eben nicht für uns Mediziner möglich ist, jeden Menschen vor dem Tod zu bewahren – das ist ja logisch“; F, 62). Der Respondent versucht, den Hinterbliebenen die „medizinische Wahrheit“ (F, 72; hier verstanden, als die Faktenlage, welcher man sich durch naturwissenschaftliches Nachvollziehen nähern kann) durch eingehende Erklärungen verständlich zu machen, indem er z.B. Indikationen und Therapieentscheidungen anhand von Risikokonstellationen beleuchtet (F, 86-90).

Jedoch kann die Frage der Hinterbliebenen nach dem Grund des Todes auch als existenzphilosophische Äußerung verstanden werden. Der Respondent widmet sich diesem Aspekt später im Interview:

„Naja, und weil ich auch weiß, dass wir alle, also wir alle Menschen [...] dem Tod gegenüber eigentlich oder dem Verstehen von Tod machtlos sind.“ (F, 131)

„[...] weil der Mensch den Tod nicht begreifen kann, auch das Leben letztlich nicht begreifen kann, also die Sinnfrage. Die Sinnfrage und dann der Tod, das sind ja Letzttheitsfragen.“ (F, 146-148)

„[...] und letztlich ist das Sterben eines Menschen, denke ich, für uns alle nicht rational erfassbar. Es ist nur eine emotionale Sache. Und für mich als Arzt, denke ich, muss ich bei den hinterbliebenen Angehörigen versuchen, mit den Emotionen umzugehen und auch, wie weit es rational überhaupt erklärt werden kann, das [Erklären; Anm. d. Verf.] auch bewerkstelligen.“ (F, 136-139)

Die Frage der Hinterbliebenen nach dem Warum des Todes des Verlorenen stellt sich im Lichte dieses Paradigmas dar als die individuelle Manifestation der menschheitsimmanenten Frage nach dem Sinn der Existenz, welche die Auslöschung ihrer selbst miteinschließt.

Der Respondent scheint sich, wenn überhaupt (F, 139), nur in der Lage zu sehen, die Frage nach dem Warum des Todes auf rationaler, naturwissenschaftlicher und nicht auf der Bedeutungsebene einer persönlichen Sinnfrage zu erklären. Die „Letzttheitsfrage“ als „emotionale Sache“ jedes Menschen er hingegen unbeantwortet lassen. Aus diesem Grund bestehen die auf die Existenz bezogenen Verlustgefühle zumindest zu einem Teil weiter fort, mit welchen der Arzt dann „umgehen“ muss (mglw. durch Trost; siehe unter diesem Punkt; Anm. d. Verf).

Unter dem Punkt „F.I.11.2 Ärztlich-psychologische Betreuung, gemeindliche Anteilnahme und religiöser Ritus ergänzen sich“ auf Seite 185 wird weiter erörtert, inwiefern in den Augen des Respondenten Religionen der existenziellen Ebene von Verlusten widmet.

F.I.10. Keine religiösen Inhalte

Bezugnehmend auf den Titel der Studie („jüdische Ärzte“; F, 67) scheint der Respondent weiter seine Zurückhaltung in über die pragmatischen („Sie müssen jetzt stark sein, weil Sie auch noch andere Verpflichtungen im Leben haben“; F, 61) und rationalen („medizinische Wahrheit [erklären]“; F, 72) Aspekte hinausgehendem Trost zu bekräftigen:

„[...] also, dass ich da versuche, theologisch das Ganze zu erklären oder da Formeln aus den Gebeten oder der Bibel zu bringen, das mache ich nicht. Also ich bleibe dann schon, sagen wir mal, allgemeingültig [...]“ (F, 68-70)

F.I.11. *Jüdische Sterbende und Hinterbliebene – Trauerbegleitung als System*

F.I.11.1. *Juden und Nicht-Juden – Gleiches Leid, gleicher Trost*

Der Respondent beschreibt den Verlust eines nahestehenden Menschen für alle Menschen (Juden und Nicht-Juden) als gleichermaßen „schrecklich[es]“ (F, 126) und rational nicht vollkommen zu verstehendes (F, 131, 134) Lebensereignis. Er stellt klar heraus, dass er sich in der Pflicht sieht, zu versuchen, Hinterbliebene zu trösten; unabhängig davon, ob sie „jüdisch oder nicht-jüdisch“ (F, 54) sind.

F.I.11.2. *Ärztlich-psychologische Betreuung, gemeindliche Anteilnahme und religiöser Ritus ergänzen sich*

An anderer Stelle jedoch lässt sich erkennen, dass der Respondent bei Juden innerhalb ihrer Gemeinde untereinander durchaus eine Verbundenheit beobachtet, besonders, wenn es um das Thema Verlust geht:

„Also jetzt nicht nur Ärzte, sondern auch andere jüdische Leute, wie ich sie kenne, nehmen immer viel Anteil an [jüdischen; Anm. d. Verf.] Hinterbliebenen. Das erlebe ich auch immer wieder. Wenn ich auf den Friedhof gehe, wenn da eine Beerdigung ist, wie groß die Beteiligung der jüdischen Gemeinschaft ist. Also da spielt natürlich auch die Minderheitsgemeinde oder -gemeinschaft eine Rolle, deren Zusammenhalt sich an solchen Stätten, wie [einem] Friedhof bei der Beerdigung besonders formiert. Also die Anteilnahme und auch die Verbundenheit der Leute untereinander kommt dann nochmal besonders zum Vorschein. Also kleinere Gemeinden, also ich kann mir es vorstellen, auch dörfischen Gemeinden, also nicht-jüdische, [da] ist der Anteil der Bekannten oder Freunde oder Nachbarn größer als in der Großstadt, wenn jemand anonym stirbt, ja?“ (F, 186-193)

Auch, wenn der Respondent bei seiner Trauerbegleitung nicht davon spricht, zwischen Juden und Nicht-Juden zu unterscheiden, wird hier deutlich, dass er bei jüdischen Gemeindemitgliedern untereinander eine besondere gegenseitige Unterstützung beobachtet.

Als der Interviewer gezielt danach fragt, welche Rolle „das Jüdische“ in der Trauerbegleitung des Respondenten spielt, beginnt dieser zunächst mit der Analyse einer in seinen Augen grundlegenden Aufgabe von Religionen, bevor er sich dem Judentum im Speziellen widmet:

„Naja, [...] soweit ich [einen] Überblick habe, haben ja alle Religionen [...] meiner Meinung nach [...] ihre Begründung [...] immer gerade [im] Tod, weil der Mensch den Tod nicht begreifen kann, auch das Leben letztlich nicht begreifen kann, also die Sinnfrage. Die Sinnfrage und dann der Tod, das sind ja Letzttheitsfragen, die die Religionen versuchen – jede anders – zu erklären und zu beantworten und haben eben auch aufgrund der Ohnmacht eigentlich, die besteht, bei der Beantwortung dieser Fragen, [...] irgendwelche Erklärungen anzubieten und an die sie sich immer festhalten und mit diesen Erklärungen sind auch Riten eingeführt, die glaube ich, bei jeder Religion diese beschriebene Hilflosigkeit bei den Einzelnen mindern können.“
(F, 145-154)

Der Respondent führt hier die bereits unter dem Punkt „F.I.9 Rationale Erklärung eines auch emotional erlebten Verlusts“ auf Seite 182 angeschnittene existentielle Ebene von Verlusten (als eine Form der „Letzttheits-“ bzw. „Sinnfragen“ der (menschlichen) Existenz) an und nennt als Beispiele für die religiöse Herangehensweisen an diese asiatische „Familien- und Dorffeste“, bei welchen die Toten nach bestimmten Riten verbrannt werden sowie den christlichen „Leichenschmaus“ im Nachfeld einer Beerdigung (F, 150-162). Daraufhin geht er näher auf sein Verständnis der „jüdischen“ Trauerbegleitung ein:

„[...] bei uns Juden gibt es [...] diese sieben Tage Trauersitzen und das finde ich, ist [...] von der Zeit her, und [...] von der Art,

wie er abläuft, eine große Hilfe für die [...] Trauernden, weil in dieser Zeit man doch schon über [...] das Größte des Trauerns hinwegkommen kann und in den Alltag wieder hineinflindet. Auch durch die Gespräche der Anwesenden. Man serviert ja auch [ein bisschen] was zu Essen und Trinken. Also die alltäglichen Verrichtungen, die dabei auch ablaufen, helfen den Trauernden auch. Und was auch wichtig ist [...] dass [es in den] ersten dreißig Tage[n], also diese Schloschim [...] nach Beerdigung [...] nicht gestattet ist, dass ein Hinterbliebener auf den Friedhof geht [...] um ihn zu distanzieren von dem Trauerfall. [Es] schützt ihn doch vor [...] irrationalen Handlungen. Man weiß ja nicht, was ein Angehöriger auf dem Friedhof [machen würde]: Sich auf den Boden [...] werfen oder versuchen, [den Verstorbenen] auszugraben [...]. Also deshalb finde ich, ist der jüdische Ritus, weil ich den am besten kenne, [...] sehr sinnvoll.“ (F, 163-176)

Dieser Schilderung folgend möchte der Interviewte wissen, inwiefern die jüdische Art der Trauerbegleitung im Kontakt des Respondenten mit Hinterbliebenen eine Rolle spielt. Statt jedoch direkt auf sich selbst zu beziehen, verweist dieser auf Juden insgesamt als eine durch ihre Geschichte und ihre überschaubare Anzahl miteinander identifizierte Bevölkerungsgruppe, deren Teil er selbst ist:

„[...] das jüdische Schicksal [...] mit dem Holocaust und auch die jüdischen Riten, glaube ich, spielen bei jedem jüdischen Menschen – als Arzt natürlich besonders – schon eine Rolle im Umgang mit den Angehörigen. [...] jüdische Leute, wie ich sie kenne, nehmen immer viel Anteil an Hinterbliebenen. Das erlebe ich auch immer wieder, wenn ich auf den Friedhof gehe, wenn da eine Beerdigung ist, wie groß die Beteiligung der jüdischen Gemeinschaft ist. Also da spielt natürlich auch die Minderheitsgemeinde oder -Gemeinschaft eine Rolle, deren Zusammenhalt sich an solchen Stätten wie Friedhof bei der Beerdigung besonders formiert.“ (F, 182-189)

In Zusammenschau mit der Argumentation unter den Punkten „F.I.9 Rationale Erklärung eines auch emotional erlebten Verlusts“ auf Seite 182 und „F.I.6 Überweisung in Psychotherapie bei kompetenzüberschreitendem Leid“ auf Seite 180 ergibt aus der Perspektive des Respondenten (besonders im Hinblick auf

jüdische Hinterbliebene) ein sich ergänzendes System der Trauerbegleitung. Innerhalb des Kompetenzbereiches des Respondenten steht die „ärztlich-menschliche Teilnahme“ (F, 100) sowie rationale Vermittlung der „medizinischen Wahrheit“ (F, 72) mit der Möglichkeit der Vermittlung psychotherapeutischer Hilfe. Auf der anderen Seite findet sich soziale Unterstützung, welche ermöglicht und geformt wird durch die ethnische Geschichte, soziale Beschaffenheit und den Kultus des (jüdischen oder auch jedes anderen religiösen) Kollektivs.

Darüber hinaus befindet sich der Respondent im Fall jüdischer Hinterbliebener sowohl in der Rolle eines Vertreters der medizinischen Gesundheitsversorgung als auch des jüdischen Kollektivs bzw. potenziell gar derselben jüdischen Gemeinde. Man kann vermuten, dass sich im Erleben jüdischer Hinterbliebener die ärztliche Trauerbegleitung des Respondenten mit der ihrer Gemeinde (Beerdigung, jüdische Traueritten etc.) ineinander verschränkt, wenn der Respondent am gemeindlichen Trauerkultus mitwirkt

F.II. Potenzielle biografische Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

Der Interviewer möchte wissen, ob es Erfahrungen mit Trauer oder erlebte Ansichten oder Werte in Bezug auf Trauer und Verlust gibt, welche sich im Respondenten niedergeschlagen haben. Zunächst stellt dieser klar, dass für jeden „Arzt oder Menschen [im Allgemeinen; Anm. d. Verf.]“ (F, 106) eigene Erfahrungen mit dem Tod „und wie [man] damit selber [...] empathisch umging, wichtig für das Umgehen mit [...] anderen Menschen“ (F, 107) ist.

F.II.1. *Sensibilisierung für Verluste durch frühen Tod der Mutter*

F.II.2. *Sensibilisierung für Verluste durch Beschäftigung mit der Shoa*

Jedoch, so vermutet der Respondent, ist es bei ihm

„[...] sicherlich ein besonderer Fall, dass ich meine Mutter, als ich zehn Jahre war, nach schwerer Krankheit [...] verloren habe [...] wir wohnten damals in einem jüdischen Flüchtlingslager [...]

– wie [mein Vater] plötzlich, ein starker Mann, gebrochen war durch den Tod seiner Frau. Er war ganz blass, kreideweiß und hat uns das erzählt [...] das ist mir auch jetzt noch lebhaft vor Augen [...]. [...] bei der Beerdigung meiner Mutter [...] habe [ich] gesehen, wie sie ins Grab gesenkt wurde. Und dann habe ich ein Jahr Kaddisch gesagt und es war für mich [...] natürlich ein Einschnitt in meinem Leben, weil ich da aus der Schule fernbleiben musste in der Früh [wahrsch. um Kaddisch zu sagen zu können; Anm. d. Verf]. Also ich habe da schon früh eine Begegnung mit dem Leid, was der Tod eines Menschen ausmachen kann, erlebt. Und ich glaube, dieses Erlebnis [...] macht mich natürlich schon sensibel für solche Fälle, klar.“ (F, 110-121)

Der Tod der Mutter wird hier als ein Ereignis gezeichnet, welches über seine direkte Auswirkung auf den Respondenten (Verlust selbst) hinaus auch durch das Durchbrechen des Lebensrhythmus (Fernbleiben von der Schule wg. Kaddisch) die Erfahrung des Verlusts beeinflusst. Außerdem schildert er sein Erleben der Betroffenheit des Vaters („ein starker Mann, gebrochen“, „ganz blass, kreideweiß“) als „lebhaft vor Augen“. Die kann darauf hindeuten, dass ebenso die Reaktion des sonstigen Umfelds einen Teil der Wirkung ausmachen, die ein Verlust auf Hinterbliebene hat.

Insgesamt bezeichnet der Respondent den frühen Tod seiner Mutter als sensibilisierend „für solche Fälle“. Wie spezifisch er dies jedoch meint („solche Fälle“ im Sinn von Verlusten im Allgemeinen oder spezifischer des frühen Verlusts eines Elternteils etc.) bleibt hier unklar.

Nach der Schilderung des Todes seiner Mutter fährt der Respondent direkt fort:

„Und natürlich auch das Wissen um die Shoa, um das Morden an Millionen von Juden, die gestorben sind [machen ihn „sensibel für solche Fälle“, F, 121; Anm. d. Verf.]. Also die Beschäftigung mit dem Tod, die habe ich auch von DER Seite. Und dass das eben was Schreckliches ist und auch für die Angehörigen jeweils immer was Schreckliches sein muss, wenn sie jemanden verlieren.“ (F, 124-126)

Er spricht zu Beginn die ethnische Spezifität des Pogroms an („Morden an Millionen von Juden“). Als Locus der Sensibilisierung als Folge dieser „Beschäftigung mit dem Tod“ markiert er jedoch die individuelle, persönliche und allgemeingültige Ebene des Verlusts zu („für die Angehörigen [z.B. nicht nur die von Opfern der Shoa; Anm. d. Verf.] immer was Schreckliches sein muss“).

Abschließend resümiert der Respondent, wie er die Sensibilisierung erlebt:

Und das [...] Erlebnis mit meiner Mutter und seit ich Kind bin [die] Begegnung [mit den] Shoa-Geschichten, [dadurch] ist die Beschäftigung mit dem Tod für mich schon eine wichtige, ja, Erfahrung und die Begegnung mit diesen Menschen [wahrsch. Angehörige; Anm. d. Ver.], lässt mich [bei mir] immer wieder [...] aufkommen, was ich erlebt habe.“

Hier zeigt er deutlich auf, dass er die Sensibilisierung über Assoziation mit eigenen Erfahrungen (und den damit verbundenen Emotionen) im Kontakt mit Hinterbliebenen entstehen sieht.

F.III. Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten

Das einjährige Rezitieren des Kaddisch-Gebets nach dem frühen Tod seiner Mutter kann als ein religiöses Element in der Kindheit des Respondenten ausgemacht werden.

Heutzutage empfindet sich der Respondent „auf alle Fälle“ (F, 199) als spirituell. Als religiös ebenfalls, jedoch nicht auf „form[elle]“ (F, 200) Art. Mit diesem Attribut sind womöglich die religiösen Ge- und Verbote gemeint, welche auf konkreten Handlungen beruhen (Einhaltung der Feiertage oder der religiösen Speisegesetze etc.).

Mit den halachisch festgesetzten Trauerperioden zeigt er sich vertraut. Im Kontakt mit jüdischen als auch nicht-jüdischen Hinterbliebenen möchte er allgemeingültig bleiben und verzichtet deshalb auf Bibelzitate, Gebete etc. (F, 67-

70). Er überlässt transzendente Erklärungsversuche für „Letztheitsfragen“ (Sinnfragen) Religionen, welche es sich jeweils zur Aufgabe gemacht haben, diese zu beantworten und lindernde Rituale zu schaffen (F, 149, 153). Als seine Funktion im Kontakt mit Trauernden sieht er die Klärung der medizinischen Sachlage (z.B. Entscheidungen im Therapieverlauf; F, 86) und seine „menschlich-ärztliche Teilnahme“ (F, 100).

7. Übergreifende Auswertung

Die übergreifende Interviewauswertung hat zum Ziel, die in den Einzelauswertungen erarbeiteten Kategorien im Hinblick auf Verwandtschaften, musterhafte Divergenzen oder anderweitig hervorstechende Eigenschaften zu beleuchten. Die fallinterne Integrität und biografische Individualität der einzelnen Interviews sind hier von sekundärer Bedeutung.

Die Anzahl der Interviews, in welchen spezifische Themen aufkamen oder die Intensität der Auseinandersetzung mit diesen geben *allein keinen* Aufschluss über die ihnen durch die Respondenten beigemessene Bedeutung. Dies liegt daran, dass nicht alle Inhalte bei jedem Interview vom Interviewer gleich deutlich angesprochen bzw. gleich intensiv verfolgt wurden. Welche Themen jeweils den größten Raum im Gespräch eingenommen haben, war Ergebnis der Interaktionsdynamik der jeweiligen Respondenten-Interviewer-Dyade.

Es soll primär ein Verständnis dafür geschaffen werden, welche Themen im Gespräch mit Ärzten dieser speziellen Kohorte relevant wurden, Vermutungen darüber angestellt, inwiefern die Inhalte der Interviews miteinander korrespondieren und zuletzt, inwiefern sie Aufschluss über A) die Natur der angesprochenen Themen und B) die Eigenschaften der Kohorte geben können.

G Kategorienübersicht Gesamtauswertung

G Alle Respondenten

G.I Kontakt mit Trauernden und sterbenden Angehörigen

G.I.1 Einflussfaktoren auf die Intensität der Trauerbegleitung

G.I.1.1 (Nicht-)Jüdischsein der Betreuten bzw. ihre Nähe zum Judentum

G.I.1.2 Gelegenheit zur Ausbildung bzw. Aufrechterhaltung einer intensiven Beziehung

G.I.1.2.1 Lang bestehender Kontakt

G.I.1.2.2 Vorbestehende private bzw. enge Verbindung

G.I.1.2.3 Erhöhter Kommunikationsbedarf

G.I.1.2.4 Anwesenheit während der Sterbephase

G.I.1.3 Belastungspotenzial des Verlusts

G.I.1.4 Gegenseitige Sympathie

G.I.1.5 Spezialisierungsgrad des betreuenden Arztes

G.I.2 Konzepte und Ansätze ärztlicher Trauerbegleitung

G.I.2.1 Klärung von Sachlage und Prozedere

G.I.2.2 Gespräche über Sterbehilfe

G.I.2.3 Den innerfamiliären Rollenwechsel begleiten

G.I.2.4 Haus- und Krankenhausbesuche

G.I.2.5 Telefonische und schriftliche Korrespondenz

G.I.2.6 Vermittlung bei und zu Mitbehandlern

G.I.2.7 Vermittlung zwischen Angehörigen und Sterbenden

G.I.2.8 Organisatorische Unterstützung nach dem Tod

G.I.2.9 Medikamente bei trauerassoziierten somatischen Beschwerden

G.I.2.10 Suizidalität abklären

G.I.2.11 Semantische und argumentative Muster im Gespräch mit Hinterbliebenen

G.I.2.12 Mitgefühl

G.I.2.12.1 Induziertes vs. fantasierendes Mitgefühl

G.I.2.12.2 Mitgefühl ausdrücken vs. (evtl. sondierend)
Gefühlsraum öffnen

G.I.2.12.3 Authentisches Mitgefühl und seine Grenzen
(Universalität vs. Individualität)

G.I.2.12.4 Mitgefühl als Zweck, Mittel und Motivator der
Trauerbegleitung

G.I.2.13 Da sein

G.I.2.13.1 Abrufbar sein

G.I.2.13.2 Übergangsobjekt sein

G.I.2.13.3 Spiegel der Bedeutung des Geschehenen sein

G.I.2.13.4 Im Kontakt bleiben

G.I.2.13.5 Konkret Gesellschaft leisten vs. das Gefühl vermitteln,
nicht allein gelassen zu werden

G.I.2.13.6 Als vertraute Instanz erhalten bleiben

G.I.2.13.7 Sich gemeinsam der existenziellen Paradoxie des
Verlusts stellen

G.I.2.13.8 Trauerfreies familiäres Ersatzumfeld bieten

G.I.2.14 Kleine Freuden machen

G.I.2.15 Verlusterleben ausdrücken lassen, verstehen und entwickeln

G.I.2.15.1 Intrinsischen Gefühlsausdruck ermöglichen

G.I.2.15.2 Untersuchen des Verlusterlebens unter
psychodynamischen Gesichtspunkten

G.I.2.15.3 „Realitäts-Check“

G.I.2.16 Körperliche Berührung

G.I.2.17 Mittrauern

G.I.2.18 Re-Evaluation

G.I.2.19 Teilnahme am jüdischen Trauerritus

G.I.3 Vorstellungen über Trauer, Verlust, den Tod und die eigene
Trauerbegleitung

G.I.3.1 Verantwortlichkeit und Rollenvorstellungen

G.I.3.1.1 Ärztliche Professionalität vs. familiäre Hingabe

G.I.3.1.2 Alltagsmäßige vs. psychoanalytische Rolle

G.I.3.1.3 Von der Medizin zur Nächstenliebe

G.I.3.1.4 Keine Grenze – kurzer Bedarf

G.I.3.1.5 Hausärztliche Rundumbetreuung

G.I.3.1.6 Menschlich-ärztliche Teilnahme

G.I.3.2 Der Trauerbegriff – eine missverständliche Mehrdeutigkeit

G.I.3.3 Ein Verlust beinhaltet multiple Verluste

G.I.3.4 Universalität und Individualität von Trauer

G.I.3.5 Der Trauerprozess – Ablauf, Physio- und Pathologie

G.I.3.6 Mögliche Konstellationen einer Trauerbegleitung

G.I.3.7 Trauernde Gläubige vs. trauernde Atheisten

G.II Potenzielle Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

G.II.1 Diffuse vs. konkrete Einflüsse

G.II.2 Berufliche Erfahrung

G.II.3 Eigene Verluste

G.II.4 Prägung durch das Leid in der jüdischen Geschichte

G.II.4.1 Zulassen bzw. spüren von Nähe zu Trauernden – Juden vs. Nicht-Juden

G.II.4.2 Leid – Zugang vs. Übersättigung

G.II.5 Proaktive Auseinandersetzung mit jüdischer Ethik

G.II.6 Jüdischer Trauerritus

G.II.6.1 Die zweite trauerbegleitende Rolle bei jüdischen Hinterbliebenen

G.II.6.2 Psychologische Interpretation des jüdischen Trauerritus

G.II.7 Gegenentwurf – Inhärente Humanität

G.III Assoziation der Religiosität und Spiritualität der Respondenten mit dem Kontakt und ihren trauerbezogenen Ansichten

G.I. Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen

G.I.1. Einflussfaktoren auf die Intensität der Trauerbegleitung

Es ergibt sich der Eindruck, dass verschiedene Faktoren Einfluss auf die Intensität der Trauerbegleitungen haben können. „Intensität“ soll hier als das Maß dafür verstanden werden, wie emotional und „dicht“ die Trauerbegleitung von den Respondenten, Hinterbliebenen und Sterbenden erlebt und gestaltet wird. Von einer *intensiven* Betreuung soll eine *private* Kontaktfärbung unterschieden werden. Diese bezieht sich auf einen freundschaftlichen oder familiären Charakter der Verbindung. Jedoch ist es möglich, dass eine intensiv erlebte bzw. gestaltete Trauerbegleitung zu freundschaftlichen oder (quasi-) familiären Verhältnissen zwischen Betreuenden und Betreuten führt, mit solchen einhergeht oder diese schon vorbestanden haben.

G.I.1.1. (Nicht-)Jüdischsein der Betreuten bzw. ihre Nähe zum Judentum

Bei der Trauerbegleitung des Respondenten A tritt ein Aspekt prägnant hervor: Er beschreibt die Intensität und damit auch die Inhalte seiner Trauerbegleitung als klar dadurch bestimmt, ob die Betreuten jüdisch sind oder nicht. Angesichts der Deutlichkeit seiner Ausführungen diesbezüglich achtet der Interviewer bei den folgenden Interviews auf die Thematik der fallabhängigen Kontaktgestaltung, insbesondere bezogen auf das Jüdischsein oder nicht-Jüdischsein der Betreuten sowie auf das Identitätsbewusstsein der Respondenten. Er greift den Sachverhalt auf, falls er von den Respondenten explizit oder indirekt angeschnitten wird. Dabei stellt sich heraus, dass die Identität der Angehörigen bzw. Sterbenden häufig eine gewisse Rolle in der Kontaktgestaltung spielt, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung.

Am deutlichsten zeigt sich die Unterscheidung beim Respondenten A. Dieser charakterisiert in seinen ersten Ausführungen betreute Angehörigen und Sterbende stets als jüdisch und Letztere der Generation der Shoa-Verfolgten zugehörig. Als der Interviewer anmerkt, dass die Fragestellung der Studie sich

auf Betreute jeder Religion beziehen soll, spricht der Respondent die Unterscheidung „Jüdisch – Nicht-Jüdisch“ explizit an und differenziert diese Dichotomie durch weitere Erläuterungen der Hintergründe seiner Haltung im Verlauf. Es wird deutlich, dass für ihn einerseits der Faktor der Identifikation mit den Shoa-Verfolgten, der Generation seiner Eltern, diese Unterscheidung bedingt (Judentum in seiner Facette als Familien- und Volksgeschichte). Auf der anderen Seite schildert der Respondent seine Erziehung und Sozialisation als von einer „israelischen“ Perspektive (Judentum aus einer Perspektive der Nationalität) gegenüber Deutschland und den Deutschen („die Mörder deiner Großeltern“; A, 214) beeinflusst. Judentum und das „Jüdischsein“, wird insbesondere aus emischer Perspektive als ein Konvolut sich überschneidender Kristallisationspunkte einer Identifikation wahrgenommen. Dieser Umstand wurde bereits in den Grundlagen unter „4.4.1 „Jüdischsein““ auf Seite 32 ausführlich beleuchtet.

Auch im Gespräch mit Respondentin E wird deutlich, dass sie im Kontakt mit jüdischen Hinterbliebenen eine starke emotionale „Nähe“ (E, 167) verspürt, obwohl sie von keiner vorbestehenden privaten Bekanntschaft mit diesen berichtet. Es scheint jedoch eine Identifikation mit Juden zu bestehen, deren Verluste ihr nahegehen („wenn er kommt und sagt ‚Mane Y ist nischt mehr du‘, [...] dann krampft sich’s bei mir“; E, 172). Bei nicht-jüdischen Angehörigen, insbesondere ihr unbekannt, bleibt sie sachlich und an der gesellschaftlichen Norm des „herzliche[n] Beileid[s]“ (E, 174) orientiert, während sie bei jüdischen Hinterbliebenen durch Körperlichkeit („dem Opa streichle ich über die Hand“; E, 176) die zwischenmenschliche Distanz zu überwinden sucht. Eine spezifische Ausnahme scheint bei nicht-jüdischen Menschen mit einer Nähe zu Juden zu gelten, wie beim „judenfreundlichen [...] Hünen“ (E, 63, 75) oder bei bereits lange bestehenden und von gegenseitiger Sympathie geprägten Arzt-Patienten-Beziehungen, wie der mit dem verwitweten Ex-Piloten (E, 25).

Respondent B beschreibt auf die Frage nach prägenden Ansichten und Werten ein von ihm beobachteten Zynismus unter Juden (nicht nur der z.B. in der Shoa

Verfolgten und eventuell auch bei ihm selbst), welchen er mit „Komm, erzähl mir nichts vom Tod, wir haben so viel erlitten“ (B, 219) bebildert. Diese wie ein Vergleich anmutende Haltung, welche er als „partielle Verweigerung einer [tieferen emotionalen] Teilnahme [am Verlustschmerz derer, die nicht Verfolgungsoffer waren bzw. deren Nachkommen; Anm. d. Verf.] versteht, deutet er als „Abwehr [gegenüber dem Verlustleben als solchem; Anm. d. Verf.“]. Er hält es für möglich, dass dieses Phänomen eine hintergründige, „mitbedingende“ Rolle in seinem Kontakt mit trauernden Nicht-Juden spielt. Er verortet bei sich tatsächlich „Abgrenzungswünsche“, „Hilflosigkeit“ und „eine Art Unwillen“ gegenüber der Auseinandersetzung mit dem Verlustleben seiner nicht-jüdischen Betreuten, „tut [es] dann [aber] natürlich trotzdem“ (B, 211-241). Im Fall des zweiten Respondenten scheint hier durchaus eine innere Unterscheidung zwischen trauernden Juden und Nicht-Juden stattzufinden. Jedoch besteht hier nicht die Absicht, diese in der Kontaktgestaltung zur Geltung kommen zu lassen, wie bei den obig beschriebenen Respondenten.

Im Fall des Respondenten C wird der Unterscheidung zwischen jüdischen und nicht-jüdischen Hinterbliebenen und Sterbenden in der Intensität der Trauerbegleitung „bewusst [...] gar keine Rolle“ zugeschrieben (C, 184).

Jedoch scheint sich der Respondent zu fragen, wie Nicht-Juden – auch nicht-jüdische Ärzte – sein Jüdischsein (und die Art und Weise, wie er es nach außen wahrnehmbar lebt) vor dem Hintergrund seiner individuellen Persönlichkeit wahrnehmen („Sehen die anderen mich als den jüdischen Arzt oder sehen sie mich als Arzt, der [auch] Jude ist?“; C, 176) und inwiefern diese Wahrnehmung seine Lebenswirklichkeit (z.B. interpersonelle Dynamiken) oder sein Handeln beeinflusst. Diese Fragestellung wirkt passend angesichts des vom Respondenten berichteten starken jugendlichen Interesses an seiner jüdischen Identität und deren Bedeutung für sein Handeln (siehe „C.II.2 Proaktive Auseinandersetzung mit Nächstenliebe in der jüdischen Religion“ auf Seite 142).

Respondent F äußert ebenfalls explizit, dass er sich „verpflichtet“ (F, 54) fühlt, Hinterbliebene zu trösten, unabhängig davon, ob es sich um Juden oder

Nichtjuden handelt. Auch in Bezug auf den Inhalt bleibt er bei allen Trauernden „allgemeingültig“, er bezieht sich stets nicht auf religiöse Inhalte, gleich welcher Richtung (F, 70). Auch auf abstrakterer, existenzphilosophischer Ebene betrachtet er jüdische und nicht-jüdische Trauernde als dem Tod bzw. seiner individuellen Bedeutung gleichermaßen ausgeliefert und bedürftig nach Trost, weshalb Religionen es sich zur Aufgabe gemacht haben, mit Riten und transzendenten Erklärungen das urpersönliche, durch die Sinnfragen des Lebens ausgelöste Leid zu mindern (F, 145-155).

Beim Respondent D fällt das Thema jüdisch vs. nicht-jüdisch überhaupt nicht, weshalb der Interviewer auch nicht diesbezüglich sondiert.

G.I.1.2. Gelegenheit zur Ausbildung bzw. Aufrechterhaltung einer intensiven Beziehung

G.I.1.2.1. Lang bestehender Kontakt

Die Wahrscheinlichkeit einer intensiven Trauerbegleitung scheint sich bei viel gemeinsam verbrachter Zeit zu erhöhen, beispielsweise, wenn vor dem Todeseintritt bereits eine längere Arzt-Patienten-Beziehung zum Sterbenden und/oder seinen Angehörigen (D, 9; E, 3, 25) bestanden hat. Respondentin E gibt den gegenteiligen Fall sporadischer, trivialer Arztkontakte wieder, welche eine intensive Trauerbegleitung unwahrscheinlich erscheinen lassen (E, 7/8).

G.I.1.2.2. Vorbestehende private bzw. enge Verbindung

Eine (evtl. vorbestehende) private bzw. engere Verbindung zum Respondenten in Form einer Freundschaft oder Bekanntschaft (A, 4, 35, 68, 77, 192; B, 88-90, 93, 95; C, 43; D, 38-41; E, 3) scheint ebenfalls förderlich für eine enge Betreuung im Trauerfall zu sein.

G.I.1.2.3. Erhöhter Kommunikationsbedarf

Ein erhöhter Kommunikationsbedarf im Rahmen schwerer chronischer Erkrankungen verlängert die gemeinsam verbrachte Zeit häufig weiter, während

sporadische und medizinisch triviale ärztliche Kontakte (z.B. Rezept abholen) eine intensivierete Trauerbegleitung hingegen nicht (E, 8) fördern.

G.I.1.2.4. Anwesenheit während der Sterbephase

Die Anwesenheit der Respondenten um die Zeit des Todes des Sterbenden geht in Erzählungen des ersten (A, 37), vierten (D, 57-64) und sechsten (F, 30, 35) Respondenten mit einer engeren Betreuung der Hinterbliebenen einher. Zwar finden sich bei allen drei Erzählungen weitere für einen engen Kontakt prädisponierende Faktoren (bei A jüdische Sterbende/Hinterbliebene, bei D ein sterbender Jugendlicher [siehe „G.I.1.3 Belastungspotential des Verlusts“ auf Seite 201], bei F ein sterbender Freund), jedoch kann ein gewisser kausaler Zusammenhang zwischen der Betreuung durch den Respondenten während der Sterbephase nicht ausgeschlossen werden, da der Kontakt in dieser Zeit aufgrund der seelischen Vulnerabilität und Bedürftigkeit der Betreuten nach Intimität besonders persönlich und damit verbindend wirken könnte.

Respondent A beschreibt Fälle gegenteiliger Art, in welchen eine solch enge Trauerbegleitung gar nicht erst zustande kommt und er von den (in diesem Fall nicht-jüdischen) Angehörigen erst einige Zeit später über den Tod seines Patienten benachrichtigt wird (A, 97).

Neben der Förderung der Intimität könnte eine Anwesenheit der Respondenten in der Zeit des Versterbens auch die Schwelle für die Hinterbliebenen erniedrigen, den Kontakt zu den Respondenten zu erhalten, anstatt sich jemandem zuzuwenden, der die belastenden Situationen nicht miterlebt hat. Dies würde eine Erklärung dafür liefern, warum Respondent A einen Rückgang der engen Betreuungen nach seiner Zeit als Intensivmediziner berichtet (A, 11): In der Intensivmedizin werden häufiger Tode direkt durch das medizinische Personal miterlebt, als in der niedergelassenen urologischen Praxis des Respondenten. Dies wird jedoch von den Respondenten nicht direkt angesprochen und ist eine Vermutung des Verfassers.

G.I.1.3. Belastungspotential des Verlusts

Erzählungen der Respondenten über enge Kontakte mit Hinterbliebenen handeln wiederholt von Trauerfällen, welche als besonders schwer anzunehmen sind, wie der Tod des eigenen Kindes.

Respondent D berichtet von der Trauerbegleitung hinterbliebener Eltern eines verstorbenen Jugendlichen als einer besonders fordernden Situation, welche von ihm gerade in der Sterbephase „sehr viel mehr Einsatz“ (D, 55) gefordert hat, als es bspw. bei einem alten Vater (D, 51) der Fall sein würde.

Auch Respondent A erzählt von der sich im Anschluss an die Trauerbegleitung entwickelnden Freundschaft zu einer hinterbliebenen Frau, deren Kinder und Ehemann er zuvor ärztlich bis zum Tod betreut hat (A, 250-254).

G.I.1.4. Gegenseitige Sympathie

Als letztes sei der Faktor der gegenseitigen Sympathie genannt, die in den obig beschriebenen Arzt-Sterbenden-Angehörigen-Beziehungen ebenfalls eine Rolle gespielt haben dürfte und von Respondentin E explizit als ursächliche Komponente der engen Bindung zum verstorbenen „judenfreundlichen Hünen“ genannt wird (E, 25). Im Gegensatz hierzu kam es (wahrscheinlich auch aufgrund fehlender gegenseitiger Sympathie) bei der Witwe desselben zu einem Ausschluss der Respondentin aus dem Trauerprozess (E, 92).

G.I.1.5. Spezialisierungsgrad des betreuenden Arztes

Respondent A vermutet, dass sich „praxisfremde“ Hinterbliebene nach einem Verlust eher an einen breiter gefächert arbeitenden Facharzt (z.B. einen Internisten) wenden würden, als an ihn, einen Urologen (A, 109), da Ersterer sich vermeintlich (aus der Sicht der Hinterbliebenen) für eine fortgesetzte und trauerspezifische Betreuung besser eignen könnte. Damit erklärt er sich, warum solche Fälle bei ihm nicht auftreten.

G.I.2. Konzepte und Ansätze ärztlicher Trauerbegleitung

G.I.2.1. Klärung von Sachlage und Prozedere

Ein wiederholt angesprochener Bereich der ärztlichen Trauerbegleitung, welcher gleichzeitig einen Teil der palliativen Behandlung darstellt, sind Gespräche mit dem Ziel, die Betreuten auf einen vergleichbaren Wissensstand zu bringen, wie die Behandelnden.

Respondent A spricht die Themen des möglichen medizinischen Prozederes für den Sterbenden Patienten und dessen Prognose an (A, 93). Auch Respondent C erwähnt ersteren Punkt (C, 12/13) und streift hinzukommend die ärztliche Aufgabe der Übermittlung schlechter Nachrichten, wie der des Todes eines Angehörigen (C, 19).

Im Nachfeld des Todes, so Respondent F, kommen bei den Hinterbliebenen teils Zweifel an der Legitimität von Behandlungsentscheidungen auf, sodass die Notwendigkeit entsteht, diese nochmals zu erörtern und in ihren Einzelheiten logisch begründend darzustellen (F, 86, 89).

G.I.2.2. Gespräche über Sterbehilfe

Lediglich Respondent A spricht das Thema der aktiven Sterbehilfe an und macht deutlich, dass er seine Beteiligung hierbei deutlich ablehnt, insbesondere bei jüdischen Sterbenden, da diese im Judentum verboten ist (genauere Informationen über Sterbehilfe im Judentum unter „4.4.2 Sterbehilfe im jüdischen Diskurs“ auf Seite 34. Auch weist er auf das Konfliktpotential bei der Ablehnung entsprechender Anfragen hin, sodass hier eine besondere „Feinfühligkeit“ (A, 149) seinerseits gefragt ist.

G.I.2.3. Den innerfamiliären Rollenwechsel begleiten

Respondent C beschreibt es als trauerbegleitende Aufgabe, die gruppodynamischen Veränderungen innerhalb der Familie während des Krankheits- und Sterbeprozesses zu begleiten. Dabei geht er auf Belastung der

beteiligten Angehörigen durch den krankheitsbedingten Rollenwechsel ein (C, 28/29). Das (Selbst-)Bild des Sterbenden im Familiengefüge muss von allen Familienmitgliedern an die Realität adaptiert werden. All dies scheint also innerhalb der Arzt-Angehörigen-Sterbenden-Beziehung stattzufinden.

G.I.2.4. Haus- und Krankenhausbesuche

Besonders stark unterscheidet die Respondenten in die Herangehensweise an ihre Trauerbegleitung zwischen engen und weniger engen Fällen in der Frage der praxisfernen Begleitung.

Respondent A besucht grundsätzlich eigene jüdische Patienten mit ihren Familien im Krankenhaus und im Fall einer palliativen Entwicklung auch zuhause. Im Nachfeld des Todes erkundigt er sich außerdem persönlich bei den Hinterbliebenen im Rahmen von Hausbesuchen außerhalb seiner Praxiszeit wiederholt nach ihrem Befinden. (A, 57, 157-160). Bei schwerkranken nicht-jüdischen hospitalisierten Patienten sichert er den Angehörigen telefonisch Unterstützung durch sein Praxisteam zu, sieht jedoch von persönlichen Besuchen ab (A, 159, 164).

Krankenhausbesuche bei Patienten und ihren Angehörigen finden auch bei den Respondenten E und F statt. In diesen Fällen handelt es sich um einen „judenfreundlichen“ sterbenden Patienten (E, 75, 83) und einen Freund (F, 46/47).

G.I.2.5. Telefonische und schriftliche Korrespondenz

Respondent C berichtet vom engen Kontakt mit einer Hinterbliebenen im Nachfeld des Todes eines Patienten, der auf persönlichen Treffen, Telefonaten, und schriftlicher Korrespondenz (Postkarten) beruht (C, 46, 49-51).

Respondent A hingegen nutzt insbesondere bei nicht-jüdischen Familien Telefonate, um im Fall einer Hospitalisierung eines Patienten sein Mitgefühl auszudrücken und die Hilfsbereitschaft seines Praxisteam versichern (A, 159).

G.I.2.6. Vermittlung bei und zu Mitbehandlern

Auch im Rahmen ihrer Trauerbegleitung ist die Überweisung an kompetente Weiterbetreuung eine gelegentlich eine angezeigte Option, wie bei Respondent A im Kontakt mit über ihre hausärztliche Weiterbetreuung im Nachfeld des Verlusts unzufriedenen Hinterbliebenen. Respondentin E erwägt diese Vorgehensweise insbesondere im Umgang mit potenziell suizidalen Hinterbliebenen (E, 153), ebenso wie Respondent F im Fall Trauernder, deren psychische Belastungsreaktion seine Fähigkeiten zu übersteigen scheinen (F, 98).

Komplexer scheint die Funktion des Respondenten A bei besonders intensiven Trauerbegleitungen zu sein. Er erhält in diesen Fällen durch die Familie und Mitbehandler regelmäßige Updates über den Zustand des sterbenden Patienten. Dies erscheint insbesondere in Trauerfällen möglich zu sein, welche innerhalb der gemeinsamen „jüdischen Kreise[]“ (A, 100) vorkommen. Besonders in Bezug auf weitere ärztliche Behandler kommt dem Respondenten dann eine zentrale Rolle als „Autorität“ (A, 199) mit Deutungshoheit zu, da er sowohl um Arztempfehlungen gebeten wird als auch über den Austausch mit der Familie das gemeinsame medizinische Prozedere beratend mitsteuert (A, 123, 195-198). Bei seinen Krankenhausbesuchen fällt ihm die Aufgabe zu, bei Konflikten zwischen der Familie und dem Krankenhauspersonal zu vermitteln (A, 162).

G.I.2.7. Vermittlung zwischen Angehörigen und Sterbenden

Auch bei ungelösten Konflikten innerhalb des engsten Kreises zwischen Sterbenden und ihren Angehörigen kam ihm wiederholt eine diplomatische Funktion zu (A, 266) oder er fungierte als Übermittler letzter Worte oder gar Geheimnisse der Sterbenden vor ihren Angehörigen (A, 126-133).

Von der Übermittlung letzter Worte berichtet auch Respondent F in seiner Erzählung über einen sterbenden Freund (F, 34).

G.I.2.8. Organisatorische Unterstützung nach dem Tod

Drei der Respondenten geben an, Hinterbliebenen nach dem Todesfall bei etwaigen anfallenden organisatorischen Fragestellungen beiseitezustehen. Genannt wird von Respondent A (im Fall jüdischer Verstorbener) Leichenüberführungen nach Israel (A, 52), an welchen er sich bereits beteiligt hat. Respondent D spricht von der Beratung bezüglich des Umgangs mit Beerdigungsinstituten sowie dem Unterschreiben der Todesbescheinigung (D, 15, 18) und Respondentin E nennt die Hilfestellung im Alltag junger Hinterbliebener bezüglich etwaiger Behördengänge und Rechtsangelegenheiten (E, 155/156).

G.I.2.9. Medikamente bei trauerassozierten somatischen Beschwerden

Auch die medikamentöse Behandlung trauerassoziierter körperlicher Beschwerden wird genannt: Respondent D zählt beispielhaft die „überbrückende“ Unterstützung Hinterbliebener im Fall von Schlafstörungen auf (D, 11), Respondent fügt neben dieser die Behandlung gastrointestinaler Beschwerden an (A, 151).

G.I.2.10. Suizidalität abklären

Respondentin E spricht ihre besondere Vorsicht und Geistesgegenwart gegenüber der einer möglichen suizidalen Gefährdung von Hinterbliebenen an (E, 149). Im Kontext ihrer eigenen Erfahrungen mit Suizid erscheint eine besondere Sensitivität der Interviewten gegenüber dem Risiko einer Selbstgefährdung schwer trauernder Hinterbliebener sinnfällig.

Respondent B, der im Rahmen seiner ehemals psychiatrischen Tätigkeit Suizidalität als Teil seines Arbeitsalltags erlebt hat, spricht diese im Interview nicht an (B, 273). Es kann folglich vermutet werden, dass er hier kein derart relevantes Risiko vermutet, wie Respondentin E.

G.I.2.11. Semantische und argumentative Muster im Gespräch mit Hinterbliebenen

Im Kontakt mit Trauernden scheinen die Respondenten teils auf semantisch im Vorhinein festgelegte Formulierungen oder Argumentationsmuster zurückzugreifen. Respondentin E erklärt hierzu: „[...] und [ich] sag: ‚Der liebe Gott hat uns gemacht für [...] vierzig Jahre. Es ist sowieso ein Wunder, was die Medizin kann und irgendwann geht’s halt nicht mehr. [...] das ist der Weg, den wir alle gehen‘“ (E, 137). Noch deutlicher beschreibt sie ihre grundsätzliche Reaktion auf den Bericht von Todesfällen durch ihr kaum bekannte Patienten: „Und dann sage ich [...]: ‚Herzliches Beileid‘“ (E, 173/174). Respondent F weist folgende Formulierung gar explizit als prototypisch aus: „[...] gebrauchte dann oft diese Wendung ‚Sie müssen jetzt stark sein!‘“ (F, 61).

G.I.2.12. Mitgefühl

Aus den Ausführungen der Respondenten B und C lassen sich Konzeptualisierungen über das herausarbeiten, was annähernd dem gemeinhin als „Mitgefühl“ bekannten Phänomen entspricht und den Platz, den dieses in der Begegnung mit Hinterbliebenen einnimmt.

Gemeinsam hat das Verständnis beider Respondenten, dass im Mitfühlenden ein authentisch empfundener Abdruck der Gefühlslage des Hinterbliebenen entsteht, welcher dazu verhilft, auf diesen positiv einzuwirken.

G.I.2.12.1. Induziertes vs. fantasierendes Mitgefühl

Respondent B stellt zwei Arten heraus, wie der obig beschriebene Abdruck entstehen kann:

Zum einen als unmittelbares, affektiv-induktives Mitschwingen mit den Gefühlsäußerungen des Gegenübers („[...] [sich vom] Schmerz erreichen [lassen]“; B, 304). Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die Gefühlslage überhaupt sinnlich wahrnehmbar ist.

Zum anderen kann sich Mitgefühl über die Vorstellung der Situation des anderen (B, 318-320) entwickeln: Über die entstehenden Fantasien und die von diesen evozierte eigene emotionale Reaktion kann versucht werden, die mögliche Gefühlslage des anderen indirekt nachzuempfinden. Respondent C suggeriert eine Version dieses Prinzips mit der selbstinquisitiven Frage: „Wie würde es dir [mir; Anm. d. Verf.] gehen in dieser Situation?“ (C, 15).

Respondent B stellt einen aus seiner Sicht problematischen Fall vor in welchem das Nachvollziehen des Schmerzes eines anderen, anstatt zu „Mit-Leid“ zu führen einen *eigenen* inneren Konflikt anregt und sich die so entstehende emotionale Reaktion mehr aus eigenem Leid speist, also nicht mehr angemessen an das des Gegenübers sein kann (B, 306-316).

G.I.2.12.2. Mitgefühl ausdrücken vs. (evtl. sondierend) Gefühlsraum öffnen

Weiterhin unterscheidet Respondent B zwischen dem (Nach-)Empfinden und dem Ausdrücken von Mitgefühl, „[...] [ob] man diesen Schmerz (oder auch ein anderes Gefühl; Anm. d. Verf.) mitfühlen [...] und [...] – das ist nochmal der nächste Schritt – [...] auch zum Ausdruck bringen kann“ (B, 320/321). Er unterscheidet den *rezeptiven* Aspekt des Mitfühls vom *expressiven*. Letzterer stellt eine eigene, notwendige Komponente dar, die erst ermöglicht, Einfluss auf den „primär Fühlenden“ zu nehmen.

Es zeigt sich jedoch, dass Respondent B den Ausdruck von Mitgefühl nicht in jedem Fall als adäquate Reaktion auf eine Verlustnachricht betrachtet. Die Mitteilung einer Analysandin des Respondenten über den Tod ihrer Großmutter (B, 34-42) repräsentiert ein entsprechendes Szenario. Der Respondent weiß jedoch aus früheren Berichten der Patienten über die von ambivalenten Gefühlen geprägte Natur der Beziehung Bescheid und vermutet, dass der Verlust in erster Linie andere, eventuell sozial unerwünschte Gefühle als Trauer ausgelöst haben könnte (z.B. Erleichterung, Genugtuung etc). Aus diesem Grund beschließt er, sich zunächst einer Reaktion (z.B. eine Beileidsbekundung) zu enthalten, um der Patientin nicht zu suggerieren, sie „müsse“ auf eine bestimmte

Art reagieren (z.B. trauernd), um etwaigen Erwartungen ihres Umfelds zu entsprechen. Auf diese Weise öffnet er für sie einen urteilsfreien Raum, in welchem sie „unpassende“ Gefühle angstfrei teilen, gemeinsam mit ihm untersuchen und verarbeiten kann. Diese Situation findet im psychoanalytischen Rahmen statt, der Respondent fügt hinzu, in einer privaten Situation tendenziell weniger zurückhaltend zu reagieren (B, 43). Dennoch wird dieses Vorgehen hier auch als Variante einer alltagsmäßigen, nicht-analytischen Reaktion vorgeschlagen.

Im Fall der Bemerkung einer Mutter über den kürzlich stattgehabten Tod ihres Sohnes berichtet Respondent B, keine klassische Trauerreaktion wahrgenommen zu haben (B, 342-370). Auch hier fokussiert er sich primär darauf, die Umstände des Verlusts und der psychischen Situation der Frau zu verstehen, lässt sie erzählen und sondiert bei Bedarf behutsam, sofern es dem emotionalen Nachempfinden (siehe „G.I.2.12.1 Induziertes vs. fantasierendes Mitgefühl“ auf Seite 206) dient und nicht lediglich einer Neugier. Im Vergleich zur obig beschriebenen, analytischen Situation, versucht er nicht, seine eigene Reaktion (Sprach- bzw. Fassungslosigkeit über die Tragik des Verlusts und des scheinbar zuwiderlaufenden unberührten Eindrucks der Mutter) zu verbergen. Diese Reaktion, so schildert der Respondent, „wie sich dann herausstellte, vermittelte der Person auch etwas“ (B, 353). Weitere Überlegungen über dieses Phänomen finden sich unter „G.I.2.13.3 Spiegel der Bedeutung des Geschehenen sein“ auf Seite 211.

G.I.2.12.3. Authentisches Mitgefühl und seine Grenzen (Universalität vs. Individualität)

Respondent C geht näher auf die Frage ein, inwieweit sich Gefühl (z.B. Trauer beim Hinterbliebenen) und Mitgefühl (Rezeption und Reaktion durch das Gegenüber) entsprechen können und inwiefern sie es müssen, um als Intervention wirksam zu sein.

Seine Ausführungen lassen auf die Annahme schließen, dass gewisse universelle „Kategorien“ an Empfindungen in jedem Menschen angelegt (d.h. *universell*) sind, ihre Erscheinung als Geistesphänomen jedoch *individuell* (abhängig z.B. vom auslösenden Ereignis und den Vorerfahrungen des Fühlenden) geformt bzw. ausgeprägt ist. Er folgert, dass Mitgefühl lediglich eine dem Mitfühlenden eigene, idiosynkratische Version des Gefühls des „primär Fühlenden“ (in diesem Fall Trauer) sein kann.

Darüber hinaus äußert er die Überzeugung, dass Mitgefühl beim Leidenden nur wirksam werden kann, sofern es authentisch ist und somit derart wahrgenommen wird. Es muss dem Mitfühlenden also wortwörtlich „Leid [an]tu[n]“ (C, 124) und kann nicht erfolgreich vorgespielt werden.

Eine exakte Kopie des Leids des primär Fühlenden zu evozieren, erscheint im Licht dieser Argumentation also weder möglich noch notwendig, um eine Wirkung auf Hinterbliebene auszuüben.

Auch in den Ausführungen der Respondentin E findet sich ein Verständnis von (in diesem Fall spezifisch) Trauer als universelles (zum menschlichen Leben dazugehörendes) und gleichzeitig individuelles (abhängig von der Beziehung zum Verlorenen) Gefühl (siehe „E.I.3.1.1 „Anregung eines Realitäts-Checks (Universeller Traueraspekt)“ auf Seite 162 und „E.I.3.1.2 Trauernden die „Beziehungstrauer“ überlassen (Individueller Traueraspekt)“ auf Seite 163. Mehr zu diesem Vergleich unter „G.I.3.4 Universalität und Individualität von Trauer“ auf Seite 224.

G.I.2.12.4. Mitgefühl als Zweck, Mittel und Motivator der Trauerbegleitung

Was Mitgefühl beim „primär Fühlenden“ bzw. dem Hinterbliebenen konkret bewirkt, spricht der Respondent im obigen Kontext nicht direkt an. An anderen Stellen finden sich jedoch Aussagen, die in diesem Sinne interpretiert werden können. Hierzu beschreibt er das Mitgefühl einer Mutter gegenüber ihrem an einem grippalen Infekt o.Ä. erkrankten Kind. Dieses, so der Respondent, hat

gleich im doppelten Sinne eine positive Auswirkung. Zum einen erfüllt es den Wunsch des Kindes, in seinem Leid gesehen zu werden. Zum anderen hilft es der Mutter, etwaige Bedürfnisse des Kindes zu erspüren und (wenn möglich und als sinnvoll erachtet), zu erfüllen, wie das Bedürfnis nach einer „kleinen Freude“ in Form eines der geliebten Heftchen im oben aufgeführten Beispiel (C, 68-77). Darüber hinaus weist der Respondent auf die durch das Mitgefühl für die betroffenen Patienten entstehende emotionale Bindung hin, welche ihn dazu motiviert, sich auch nach deren Tod für ihre Hinterbliebenen zu engagieren (C, 125/126).

G.I.2.13. Da sein

In den Interviews fällt immer wieder die Redewendung „für jemanden da sein“. Oder die Respondenten berichten von ihrem Kontakt mit Familien derart, dass er auf diese Weise umschrieben werden könnte. Je nach Situation nimmt das Phänomen des „Da-seins“ jedoch unterschiedliche Bedeutungen für die Beteiligten an. Diese sollen im Folgenden explizit herausgearbeitet werden.

G.I.2.13.1. Abrufbar sein

Im Kontakt mit nicht-jüdischen Angehörigen und Sterbenden gibt Respondent A an, ihnen bei einem Krankenhausaufenthalt eines schwerkranken Patienten telefonisch zu versichern, dass er und sein „ganzes Team [...] für sie da sind, wenn sie uns brauchen sollten“ (A, 159). Hier scheint das „da-sein“ für eine Art „Standby“-Zustand zu stehen, eine verfügbare Anlaufstelle, welche sich jedoch ansonsten passiv verhält.

G.I.2.13.2. Übergangsobjekt sein

Dem gegenüber beschreibt Respondent A seinen Kontakt mit jüdischen Sterbenden und Hinterbliebenen als einen ihn stark integrierenden Prozess, in welchem angesichts des nahenden Todes biografische (Erinnerungen) bzw. emotionale (Ängste, Trauer, Nostalgie etc.) Anknüpfungspunkte an die Beziehung zum Sterbenden rekrutiert und dem Respondenten präsentiert

werden (A, 45/46, 78, 112-115). Er wirkt hier wie ein als Übergangsobjekt dienender Zeuge der bald verlorenen Beziehung. Bestätigend wirkt das Bedürfnis der Angehörigen, sicherzustellen, dass der Respondent den Patienten nach dessen Tod als gesamte Persönlichkeit (und nicht nur als Patient) kennenlernt und im Gedächtnis behält (A, 136).

G.I.2.13.3. Spiegel der Bedeutung des Geschehenen sein

Weniger integrierend auf Respondent B wirkt die hinterbliebene Mutter eines erst kürzlich verstorbenen Sohnes im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung. Allerdings erscheint die Funktion des Respondenten im Kontakt ebenfalls die eines Zeugen zu sein, diesmal jedoch eines Zeugen eines derart belastenden Lebensereignisses. Sie bindet den Respondenten unvermittelt über einen neutral wirkenden, fast beiläufigen Bericht des Todes in ihre seelischen Prozesse ein. Er beobachtet eine Vielzahl analoger Interaktionen im Verlauf der Veranstaltung, wobei der Mutter, wie es scheint, teils unbeholfene, teils schockierte Reaktionen entgegengebracht werden. Respondent B, wie alle anderen Interaktionspartner auch, wirkt mit seiner Sprachlosigkeit wie ein Spiegel für besondere Tragik des Lebensereignisses der Mutter. Es hinterlässt den Eindruck, als ob sie, wie ritualisiert, ihren Bericht erstattet, um sich selbst adäquatere Reaktionen auf ihren Verlust vorzuführen, zu welchem sie (noch) nicht fähig ist. Die ist jedoch lediglich eine Interpretation des Verfassers (B, 342-364).

G.I.2.13.4. Im Kontakt bleiben

Innerhalb desselben Gesprächs kann das „für jemanden da sein“ auch im Versuch des Respondenten gesehen werden, mit der Mutter „im Kontakt zu bleiben“ (B, 365). Er scheint zu befürchten, ihr durch eine unangepasste Resonanz auf ihren Bericht nicht die interaktionelle Antwort zuteilwerden zu lassen, die sie sucht, sodass sie das Gespräch mit ihm nicht abbricht. In diesem Licht wäre „für jemanden da sein“ synonym zu, „in der Wahrnehmung des Gegenübers die eigene Bedeutung in Bezug auf die Trauerverarbeitung zu er- bzw. behalten und nicht für diesen als „hilfreiches Objekt“ aus dem Gesichtsfeld

zu „verschwinden“. In diese Betrachtungsweise des Verhaltens des Respondenten passt auch seine Absicht, den Unglücksfall lediglich insoweit zu erfragen, als es ihr überhaupt „gut [tut], darüber zu reden“ und sich von Anteilnahme, anstatt von Neugier leiten zu lassen (B, 362-364).

G.I.2.13.5. Konkret Gesellschaft leisten vs. das Gefühl vermitteln, nicht allein gelassen zu werden

Eine subtile Unterscheidung lässt sich bei der Formulierung des Respondenten C vornehmen, Trauernde „nicht allein[] zu lassen“ (C, 52). Entweder kann das Szenario dahinterstehen, ihnen *konkret und durchgängig* Gesellschaft zu leisten oder aber ihnen primär das *Gefühl* vermitteln zu wollen, mit „der Angelegenheit“ ihrer Trauer nicht alleingelassen zu sein. Dies müsste nicht zwangsläufig mit einer konkreten Anwesenheit einhergehen, sondern könnte z.B. auch mit regelmäßigen telefonischen Erkundigungen erreicht werden.

G.I.2.13.6. Als vertraute Instanz erhalten bleiben

Mit „in der vertrauten Zone bleiben“ (D, 16) bezeichnet Respondent D das Bedürfnis Hinterbliebener, ihn nach dem Tod als ehemals behandelnden und bekannten Arzt an ihrer Seite zu wissen, wenn es darum geht, aus der emotional stark belastenden Phase des Wartens auf den Tod in eine von einer Vielzahl an Lebensveränderungen und organisatorischen Anforderungen geprägte Zeitspanne einzutreten. Der Respondent erwähnt hier das Ausfüllen der Todesbescheinigung, welche sowohl konkret als auch sinnbildlich als sichergestellte Kontinuität der Betreuung des Sterbenden und damit auch der Angehörigen verstanden werden kann. Hier zeigt sich das „da-Sein“ als „da-Bleiben“ in einer Zeit der emotionalen Desorientierung. Eine ähnliche Konnotation scheint mit der Formulierung der Respondentin E einherzugehen, sie würde Hinterbliebene würden nach dem Verlust „führen“ (D, 4), wie ein „Hindurchführen“ oder „-leiten“ durch eine dunkle Zeit.

G.I.2.13.7. Sich gemeinsam der existenziellen Paradoxie des Verlusts stellen

Die besondere Anforderung an ihre Trauerbegleitung im Fall eines unerwarteten, einer Ehefrau umschreibt die Respondentin E mit „erklären, was nicht zu erklären ist“ (E, 24). Sie schildert hier eine paradoxe, weil ihrer Definition nach unmögliche Aufgabe, der sie sich als Bezugsperson für den Hinterbliebenen trotzdem stellt. Wird vorausgesetzt, dass sie sich trotz der scheinbaren Aussichtslosigkeit des Unterfangens etwas Positives von ihrem Verhalten verspricht, muss es vom Akt der gemeinsamen Auseinandersetzung mit der Paradoxie des Verlusts selbst ausgehen. Auf der Interaktionsebene bleibt die Respondentin trotz ihrer Unfähigkeit, das Geschehene in einen biografischen oder existenziellen Sinnzusammenhang bringen zu können, beim Hinterbliebenen und stellt sich mit ihm zusammen dieser Ohnmacht.

Ähnlich umschreibt Respondent B seine Trauerbegleitung einer vom Tod ihres Vaters emotional überwältigten Patientin: „[...] ich versuchte da zu sein für sie. Aber auch im Gefühl, dass das ein Tropfen auf den heißen Stein ist...“ (B, 64/65).

Auch bei Respondent F klingt das Thema der Vergeblichkeit in seiner Trauerbegleitung an, wenn er deutlich macht, dass sein Trösten nur einen „Versuch“ (F, 56-58, 138) darstellt. Doch darüber hinaus scheint er diese unlösbare Aufgabe hingegen auch als Aufgabe der Religionen zu sehen: sich in tröstlicher Absicht solchen „Letztheitsfragen“ zu widmen (F, 148-150).

G.I.2.13.8. Trauerfreies familiäres Ersatzumfeld bieten

Die Interaktionen mit dem bereits obig beschriebenen hinterbliebenen Ehemann beschreibt Respondentin E als „raumlos“; Anrufe und Besuche in ihrer Praxis, welche sich primär um alltägliche, belanglose Themen drehen, wie sie in einer freundschaftlichen Beziehung oder unter Nachbarn üblich sein könnten, z.B. „wie es dem Hund geht [...] einfach ‚Hallo‘ sagen.“ (E, 31). Der Tod der Ehefrau scheint als Thema in den Hintergrund zu rücken. Respondentin E sieht hier ein

Bedürfnis, aus dem „Trauerumfeld“ herauszukommen nach „Ersatzfamilie“ (E, 36, 39). In dem sie „da ist“, bietet sie ihm dieses.

G.I.2.14. Kleine Freuden machen

Mit einer prototypischen Kindheitsanekdote (siehe „G.I.2.12.4 Mitgefühl als Zweck, Mittel und Motivator der Trauerbegleitung“ auf Seite 209) stellt Respondent C heraus, wie einer Mutter ihr eigenes Mitgefühl dazu verhilft, die Bedürftigkeit ihres grippal erkrankten Sohnes nach einer „haltgebenden“ „Positivität“ (C, 76/77) bzw. einer „kleinen Freude“ in seinem Leid zu erkennen und zu erfüllen. Diese Einwirkung stellt für sich eine eigene, wirksame Art und Weise dar, die Konfrontation mit belastenden Umständen emotional zu entzerren, indem die Aufmerksamkeit des „Beschenkten“ zeitweise auf erheiternde Inhalte gelenkt wird. Gleichzeitig wird die leidende Person Zeuge einer realen Manifestation des Mitleids, welches ihr zeigt, im eigenen Leid gesehen und anerkannt zu werden.

G.I.2.15. Verlusterleben ausdrücken lassen, verstehen und entwickeln

Ein differenziertes Handlungsfeld eröffnen mehrere der Respondenten durch ihre Hinwendung zur Art und Weise, wie Verluste bewusst oder unbewusst von Hinterbliebenen im Kontext ihrer Biografie wahrgenommen und bewertet werden.

G.I.2.15.1. Intrinsischen Gefühlsausdruck ermöglichen

Insbesondere Respondent B berichtet von Hinterbliebenen bei welchen in Antwort auf ihren Verlust (mglw. zunächst) keine „klassische“ Trauerreaktion im Vordergrund steht. In diesen Fällen versucht er, seine Reaktion auf ihre Verlustnachricht derart zu gestalten, dass sie ungezwungen darüber entscheiden können, wie sie ihr Verlusterleben ihm gegenüber ausdrücken.

Dabei versucht er, sich in der Interaktion führen zu lassen, sich „auf das Richtige einzustellen [...]“. Hierin kann der inhaltliche und emotionale Pfad gemeint sein, welchen Hinterbliebene mit ihrem Verhalten im Kontakt abstecken.

Der initiale Verzicht auf suggestives Verhalten (z.B. eine Beileidsbekundung) in Reaktion auf eine Todesnachricht kann hierzu ein hilfreiches Mittel sein. Wenn sozial unerwünschte Gefühle gegenüber dem Verstorbenen vermutet werden (z.B. bei Patienten, mit diesbezüglich bekannter Vorgeschichte), kann diese „Pause“ Hinterbliebenem den Raum und das Vertrauen geben, sich authentisch auszudrücken (z.B. Erleichterung, Wut, Indifferenz etc).

Ein behutsames Nachfragen kann dem Zweck des freien Ausdrucks ebenfalls dienlich sein und darüber hinaus dabei helfen, das eigene emotionale Verständnis der Lage des Hinterbliebenen nachzuvollziehen. Dies alles, vorausgesetzt, die Erzählaufforderung wird bereitwillig angenommen.

G.I.2.15.2. Untersuchen des Verlusterlebens unter psychodynamischen Gesichtspunkten

Respondent B widmet sich dem Verlusterleben seiner Patienten auch vor dem Hintergrund ihrer Grund- und Beziehungskonflikte (B, 86/87), aufgrund welcher sie bei ihm in Behandlung sind. So betrachtet er die ambivalenten Gefühle einer Patientin in Reaktion auf den Tod ihrer Großmutter auch im Zusammenhang mit der konflikthaft bekannten Beziehung (B, 52-54), welche wiederum ein relevantes Thema im analytischen Prozess und damit in der Gesamtentwicklung der Patientin darzustellen scheint (B, 36).

An anderer Stelle im Interview beschreibt der Respondent, wie ein Verlust für einen Hinterbliebenen bspw. als besonders tragisch erlebt werden kann, weil Verluste bereits durch vergangene Erfahrungen mit subjektiven, auf die eigene Identität bezogenen Bedeutungsbeschreibungen aufgeladen sind, z.B. „es ist mein Schicksal, zurückzubleiben“ oder „ich habe einfach immer Pech“ (B, 74-76).

Ziel des Respondenten als Psychoanalytiker kann es nun sein, den Einfluss derartiger Beziehungs- und Lebenskonzepte auf ihr Verlusterleben aufzudecken und damit einen bewussten Umgang mit ihnen zu ermöglichen.

In den Ausführungen des Respondenten B über diesen gemeinsamen Verstehensprozess lassen sich inhärent psychoanalytische Konzepte finden, wie z.B. die therapeutische Abstinenz (hier verstanden als Zurückhaltung des Analytikers darin, Patienten in ihrem Konflikterleben emotional zu stützen, um ihren Antrieb zu innerem Wachstum nicht zu zerstreuen). Bei besonders krisenhaften Situationen (z.B. der überwältigenden Trauerreaktion eines Patienten) steht der Respondent vor der Entscheidung, zeitweise stärker stützend aufzutreten, um eine gewisse emotionale Stabilität und damit Handlungsfähigkeit zu gewährleisten. Auch in der fest eingehaltenen zeitlichen Begrenzung analytischer Stunden sowie dem tendenziellen Verzicht auf körperliche Berührung (außer bei der Begrüßung und Verabschiedung) kann die Abstinenz als therapeutisches Element wiedererkannt werden.

G.I.2.15.3. „Realitäts-Check“

Auch die Respondenten E und F nehmen subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen als relevanten Faktor in der Verlustbearbeitung wahr, scheinen im Vergleich zu Respondent B jedoch verstärkt selbst Vorstellungen einzubringen, die Hinterbliebenen dabei helfen sollen, eine konstruktive Haltung zu ihren Verlusten entwickeln.

Respondentin E versucht, gemäß einem „Realitäts-Check“, Hinterbliebenen bei zeitgemäßen Todesfällen alter Angehöriger aufzuzeigen, dass neben der Tragik des individuellen Trennungsschmerzes der Verlust zumindest angesichts der durchschnittlichen menschlichen Lebenserwartung kein Unglück, sondern eine existenzielle Aufgabe deren Bewältigung zum Leben dazugehört (E, 134-140).

Eine andere Form des „Realitäts-Checks“ begegnet dem Interviewer bei Respondent F. Dieser weist Angehörige Sterbender auf ihre Verantwortung gegenüber anderen Menschen in ihrem Leben hin, wie beispielsweise eigenen Kindern („sie müssen jetzt stark sein“; F, 61). Hierdurch stellt er die verbleibenden Beziehungen der verlorengelassenen als sinngebende Lebenselemente relativierend gegenüber. Gleichzeitig zeichnet er, wie Respondentin E das Leben

mit Verlusten als inhärente menschliche Aufgabe, welche es auszuhalten und zu bewältigen gilt.

G.I.2.16. Körperliche Berührung

Körperlichkeit, wie eine Umarmung, bei der Trauerfall-Nachricht von Betroffenen, wird von Respondent B grundsätzlich als „spontan[e] und instinktiv[e]“ Reaktion beschrieben, unabhängig vom Grad der Bekanntschaft mit dem Trauernden. Diese Äußerung steht im Kontext des „allgemein [H]uman[en]“ (B, 298, 330/331), welches er als primären Kondensationspunkt seiner trauerbegleitenden Handlungen sieht. Dem gegenüber steht (wie unter „G.I.2.15.2 Untersuchen des Verlusterlebens unter psychodynamischen Gesichtspunkten“ auf Seite 215 bereits erwähnt) jedoch seine Arbeit und Funktion als Psychoanalytiker, innerhalb welcher er abwägen muss, ob er den therapeutischen Rahmen (welcher derartige Berührungen tendenziell ausschließt) wahren oder verlassen möchte, um „alltagsmäßiger“ (B, 49) zu reagieren.

Für Respondentin E unterliegt Berührung hingegen der Unterscheidung zwischen ihr emotional nahestehenden Trauernden und solchen, die es nicht sind. Sie umschreibt die Körperlichkeit in ihrem Kontakt mit „in den Arm [nehmen]“ und „über den Arm [streicheln]“ (E, 175/176).

G.I.2.17. Mittrauern

Mitunter berichten die Respondenten von eigenem Trauererleben im Kontakt mit Hinterbliebenen eigener Patienten. Respondent A erzählt von jüdischen, ihm vorbekannten Patienten, bei deren Tod er schließlich selbst „wie ein Familienmitglied“ mitgetrauert hat (A, 48). Respondent C beschreibt den Kontakt mit der zurückbleibenden Ehefrau eines verstorbenen Patienten als Teil der eigenen Trauerarbeit um diesen, innerhalb welcher beide ihr Leid „teilten“ (C, 45, 52), wodurch er der Trauerbegleitung im Sinne des Mittrauerns eine symbiotische Komponente hinzufügt. In beiden Fällen wurde die Beziehung zu den Verstorbenen als eng charakterisiert.

G.I.2.18. Re-Evaluation

Respondent A schildert Momente der Re-Evaluation. Insbesondere im Rahmen seiner Teilnahme an der Schiwa Verstorbener nimmt er sich Zeit, die Adäquanz seiner bisherigen Betreuung der Familie zu überdenken (A, 237).

G.I.2.19. Teilnahme am jüdischen Trauerritus

Die Respondenten geben zwar teils an, religiösen Trauerritten, (insbesondere der Schiwa) beizuwohnen (A, 239, B, 250, 259) oder es liegt im Gesamtkontext nahe (C, 45-54,113/114, E, 104, F, 38-44). Jedoch scheint dies primär in der Rolle als Mitglied der jüdischen Gemeinde zu geschehen, die sich um die Hinterbliebenen kümmert. Als inhärenten Teil der Arzt-Angehörigen-Beziehung beschreibt dies lediglich Respondent A.

G.I.3. *Vorstellungen über Trauer, Verlust, den Tod und die eigene Trauerbegleitung*

G.I.3.1. Verantwortungs- und Rollenverständnis

G.I.3.1.1. Ärztliche Professionalität vs. familiäre Hingabe

Respondenten A positioniert die Grenzen seines Handlungsfelds insbesondere in Abhängigkeit vom jüdisch-/nicht-Jüdischsein der Betreuten. Seine Haltung gegenüber nicht-jüdischen Angehörigen und Sterbenden beschreibt er als die traditionelle behandelnde sowie ärztlich-menschliche Funktion voll ausfüllend (z.B. Anrufe bei Angehörigen, wenn Patient im Krankenhaus ist; Behandlung trauer-assoziiertes körperlicher Beschwerden, Überweisungen etc.; A, 151, 159), jedoch den professionellen Rahmen nicht überschreitend, um nicht das Risiko einzugehen, in einem intimeren Kontakt mit der rechten Vergangenheit deutscher Sterbender konfrontiert zu werden (A, 165). Dies steht im Gegensatz zu seiner sehr persönlichen Beziehungsgestaltung mit jüdischen Sterbenden und ihren Angehörigen. Bisher scheint in einem Teil der Betreuungen zur Zeit des Todes bereits eine private Beziehung bestanden zu haben. Hier kamen ihm bisher

neben der ärztlich-begleitenden eine Reihe an zusätzlichen Funktionen zu: die eines Vermittlers zwischen Familie und Krankenhaus (A, 162), zwischen Sterbenden und Angehörigen (A, 266), eines Behandlungsmanagers (A, 123, 196) und nach dem Tod, die eines seelsorgenden Sterbebegleiters (A, 78), der mittrauernden Quasi-Familie (A, 199), eines Beerdigungsorganisators (A, 52), sowie eines kondolierenden jüdischen Gemeindemitglieds.

G.I.3.1.2. Alltagsmäßige vs. psychoanalytische Rolle

Früher während seiner Tätigkeit als Psychiater ist Respondent B dem dort häufig vorkommenden Thema der Suizidalität in seiner ärztlichen Rolle entgegengetreten. Heute, nach über zwanzig Jahren psychoanalytischer Tätigkeit „erleb[t]“ er Trauerbegleitung weniger aus „ärztlich[er]“ Sicht (B, 276).

Innerhalb seiner psychoanalytischen Stunden muss der Respondent entscheiden, ob er im Fall des Berichts eines Trauerfalls durch einen Patienten seine eher zurückhaltende, auf die Therapie der Grundkonflikte des Patienten ausgerichtete analytische Geisteshaltung („Abstinenz“) beibehält oder vom gesamttherapeutischen Ziel zeitweise abrückt, in eine allgemein humane Rolle wechselt und sich „alltagsmäßiger“, d.h. stärker stützend (B, 49; z.B. Mitgefühl ausdrücken, Beistand versichern, Tröstende Worte etc.; Anm. d. Verf.) verhält.

Im nicht-beruflichen, d.h. privaten Rahmen jedoch beschreibt er seine Rolle im Kontakt mit Trauernden als weniger von analytischem Denken geprägt und zeitlich offen: „Da ist man da, solange man kann“ (B, 95).

G.I.3.1.3. Von der Medizin zur Nächstenliebe

Aus den Ausführungen des Respondenten C wird deutlich, dass dieser Trauerbegleitung zwar nicht als Teil seiner ärztlichen Verantwortung empfindet. Allerdings sieht er sich selbst nach dem Tod eines Patienten einen Rollenwechsel vom behandelnden „Arzt“ zum „Teilhabenden“, „Freund“, „Angehörigen“ (C, 56-59) vollziehen. Die primär ärztliche Pflicht gegenüber kranken Patienten, die er mit „Leben retten“ oder zumindest „Lebensqualität

verbessern“ (C, 62/63) verbindet, geht in eine rein mitmenschliche Aufgabe über, sich um trauernde Hinterbliebene zu kümmern. Medizinisches Wissen spielt für ihn in dieser Phase nur noch eine hintergründige Rolle. Gleichzeitig sieht er Mitmenschlichkeit im Sinne der Nächstenliebe als transzendente bzw. religiöse Tugend. Mitmenschlichkeit im ärztlichen Beruf wird dadurch im Sinne der Seelsorge zu einem Synergismus zwischen hippokratischer und religiöser Rolle.

G.I.3.1.4. Keine Grenze – kurzer Bedarf

Respondent D gibt an, sich im Kontakt mit Sterbenden und ihren Familien keine zeitlichen Grenzen zu setzen „die Verantwortung hört [nach dem Tod des Patienten; Anm. d. Verf.] nicht auf“. Allerdings fügt er hinzu, dass seine Hilfe bisher nie länger als vier Wochen nach dem Todesfall gefragt war (D, 29-34). Eine Ausnahme bilden zurückbleibende *Patienten*, bei welchen der Verlust in der weiteren Betreuung gelegentlich Thema der Sprechstunde wird (D, 33). Insbesondere bei einer privaten Beziehung mit Sterbenden und ihren Angehörigen, sieht er seine „kompetente“ Arztrolle mit der des Freundes verschmelzen, was diesen ein besonderes Sicherheitsgefühl vermittelt (D, 40/41).

G.I.3.1.5. Hausärztliche Rundumbetreuung

Respondentin E führt in ihrer hausärztlichen Funktion „bestimmt [zu] 50% [...] arztfremde Gespräche“ (E, 159), zu welchen sie auch die „E.I.3.1.4 Logistische Hilfestellung bei jungen Hinterbliebenen“ auf Seite 164 zählt. Trauerbegleitung scheint für sie folglich zumindest zum Teil keine inhärent ärztliche Aufgabe zu sein, welcher sie sich trotzdem widmet, da Patienten sie in dieser Funktion aufsuchen. In Bezug auf ihr nahestehende Hinterbliebene stellt Respondentin E heraus, dass sie sich auf deren Trauerbegleitung bis zu dem Punkt einlässt, an welchem entweder ihr Privatleben in Mitleidenschaft gezogen wird oder sie zum Schluss gelangt, deren Forderung nach Aufmerksamkeit verlässt einen adäquaten Zeit- bzw. Intensitätsrahmen (E, 54-56). Bis zu diesem Punkt sieht sie sich als Ärztin, wobei „es [auch] in die Rolle der [...] der kompetenten, vertrauten

Freundin [hineingeht]“ (E, 42). Sie macht zudem deutlich, dass ihr Jüdischsein einen relevanten Teil ihres Selbstgefühls ausmacht (E, 161-166). Dies deutet darauf hin, dass Identifikation einen relevanten Faktor in der tendenziell engeren Betreuung *jüdischer* Trauernder (im Vergleich zu nicht-jüdischen) darstellt.

G.I.3.1.6. Menschlich-ärztliche Teilnahme

Respondent F stellt in seiner Trauerbegleitung neben der Aufgabe, die „medizinische Wahrheit“ darzustellen (F, 72), die „menschlich-ärztliche[r] Teilnahme“ (F, 100) heraus. Wenn diese allein zur psychischen Stabilisierung der Hinterbliebenen nicht ausreicht, vermittelt er psychotherapeutische Betreuung. Zur Behandlung existenzphilosophischer Aspekte des Verlusts Hinterbliebener, welche er „Sinn-“ bzw. „Letztheitsfragen“ nennt, sieht er Religionen in der Pflicht. Insbesondere im Fall jüdischer Hinterbliebener stellt die gemeindliche Anteilnahme sowie der jüdische Trauerkult (Trauerphasen, Schiwa, Kaddisch, Jiskor etc.) für ihn neben seiner primär naturwissenschaftlich orientierten ärztlich-psychologischen Betreuung eine Unterstützungsvariante dar, Hinterbliebene in einer sozialen Gemeinschaft aufzufangen und ihren spirituellen Bedürfnissen zu begegnen.

G.I.3.2. Der Trauerbegriff – eine missverständliche Mehrdeutigkeit

Insbesondere Respondent B macht in seinem Interview deutlich, welche Bedeutungen mit dem Begriff Trauer in Verbindung gebracht werden können. Er unterscheidet Trauer als gesellschaftlich festgelegten Zustand einer Person, die einen Todesfall erlebt hat („in Trauer sein“) von der Verwendung des Begriffs für die psychische Verarbeitungsform von Verlustschmerz. Außerdem kann aus seinen Erzählungen über den Kontakt mit Hinterbliebenen eine weitere Betrachtungsweise konzeptualisiert werden: Trauer als äußerlich durch andere wahrnehmbare Gefühlsäußerung (siehe B.I.1.2.3 Trauer als menschliche Ausdrucksweise“ auf Seite 109).

Insbesondere die Unterscheidung zwischen Trauer als Verarbeitungsmechanismus und Trauer als kommunikativ wirksame Gefühlsäußerung gewinnt an Bedeutung, wenn man die Berichte des Respondenten unter diesem Aspekt miteinander in Bezug setzt – denn beide gehen nicht immer miteinander einher:

Im Beispiel der überwältigenden Trauerreaktion der Patientin angesichts ihres verstorbenen Vaters (B, 59) scheint ein Trauerprozess im Gange zu sein *und* dieser wird als emotionale Äußerung leicht bemerkt.

Letztere kann aber auch fehlen bzw. nur schwer zu erkennen sein, obwohl innerlich ein Leidensdruck *besteht* und verhandelt wird. Dies wird bebildert durch das Beispiel der hinterbliebenen Mutter (B, 342-370), welche scheinbar unberührt, jedoch in zwanghaft-repetitiver Manier über den Verlust ihres Sohnes sprechen muss.

Darüber hinaus beschreibt Respondent B einen Zustand, in welchem eine *vorhandene* Trauerreaktion durch andere widrige Gefühl gegenüber der verstorbenen Person „übertüncht“ wird, wie im hypothetischen Beispiel eines an einem tödlichen Lungenkarzinom verstorbenen, welchem man gegenüber nach dessen Tod primär Wut empfindet, da man ihn zuvor unzählige Male darum gebeten hatte, mit dem Rauchen aufzuhören (B, 145).

Dem anfügen lässt sich die Anforderung an den Respondenten A, den Tod seines Vaters gleichzeitig mit der Hochzeit seiner Tochter zu erleben (A, 186-188). Auch hier findet sich eine Koexistenz zweier konträrer Gefühle (Freude und Trauer), welche sich in ihrer wahrnehmbaren Äußerung gegenseitig überlagern können und somit möglicherweise für Außenstehende nicht eindeutig lesbar sind.

Auch kann der Verlust einer familiär gesehen nahestehenden Person (d.h. enge Verwandte) ganz ohne verlustbezogene Gefühle erlebt werden (B, 54), wenn z.B. zur verstorbenen Person keine enge Bindung bestanden hat.

Einen Sonderfall stellt Trauer nach einer Beziehungstrennung dar. Hier kann Trauer als Gefühlsäußerung *und* als verarbeitender seelischer Prozess bestehen, obwohl dies gesellschaftlich nicht als „klassischer“ Trauerfall (Verlust durch Todesfall) angesehen wird (B, 147-150).

G.I.3.3. Ein Verlust beinhaltet multiple Verluste

In den Ausführungen der Respondenten A und E zeigt sich, dass in vielen Trauerfällen Hinterbliebene nicht nur einen persönlichen Verlust zu betrauern haben:

Respondentin E beschreibt den vielleicht am intuitivsten erfassbaren Schmerz um den Verlust *der verstorbenen Person selbst* (E, 118).

In der Schilderung des Respondenten F über den frühen Tod seiner Mutter wird darüber hinaus der „funktionelle“ Verlust Mittrauernder deutlich. Er beschreibt seinen Vater im Angesicht der Situation als wie ausgewechselt („[zuvor] ein starker Mann, [nun] gebrochen [...] vom Tod seiner Frau“; F, 112), wodurch er als emotionaler und realer Hafen für die Kinder (zumindest vorübergehend) verloren zu gehen scheint.

Der Respondent fährt mit den Veränderungen des Lebensalltags bis zu dessen Unkenntlichkeit fort, welche der Tod seiner Mutter nach sich zieht. Ebenso, wie die von ihrer eigenen Reaktion in Anspruch genommenen Mittrauernden geht auch die gewohnte Lebensstruktur als haltgebendes Element verloren und bietet so dem subjektiven Trauerleben einen weiteren Kristallisationspunkt (F, 118-122).

Auch in der Trauer der Mutter von Respondentin E selbst zeigen sich diese Arten des Verlusts! Für das junge Mädchen wird die Mutter als tröstgebende Instanz nicht nur unzuverlässig. Es scheint gar eine Rollenumkehr stattzufinden: Die Respondentin fühlt sich zerrissen zwischen den Aufgaben, ihre Mutter zu emotional und real zu stützen und sich ihrem eigenen Trauerschmerz zu widmen. Diese „Parentifizierung“ kann aus der Sicht des Kindes als einzig wahrnehmbare

Chance interpretiert werden, sowohl die Elternfunktion der Mutter langfristig wiederzubeleben als auch die konkrete Lebenssituation vor dem Verfall ins Chaos zu bewahren (E, 96-100; siehe „E.II.1.1 Emotionale und logistische Überforderung“ auf Seite 172 und „E.II.1.2 Fremdfürsorge als Selbstfürsorge“ auf Seite 172).

Respondentin E erzählt, sich jeweils nach dem Suizid ihrer beiden Partner gefragt zu haben, wie schlimm es diesen vor ihrem Tod wohl gegangen sein muss, dass das „hat sein müssen“ (E, 126). Aus dieser Frage lässt sich eine Perplexität herauslesen angesichts der Bedrohung des eigenen Bildes des Verlorenen: „Sah sein Innenleben in der letzten Zeit seines Lebens vielleicht anders aus, als ich es mir vorgestellt hatte?“. Dieser Verlust des ehemaligen, „intakteren“ inneren Objektes des Verstorbenen (als „nicht-suizidaler Mensch“) muss möglicherweise ebenfalls betrauert werden, um realitätsadaptiert rekonstruiert werden zu können.

Eine ähnliche Revision lässt sich in der Schilderung des Respondenten A über die Tochter eines verstorbenen Patienten antizipieren. Erst durch den Respondenten als Übermittler eines „letzten Geheimnisses“ desselben erfährt die Tochter vom Auslandsvermögen ihres Vaters, dessen Existenz er bis zuletzt für sich behalten hat. Damit erhält sie jedoch nicht nur Zugang zu diesem, sondern auch zu einer möglicherweise schmerzvollen Facette, welche das ehemalige „heilere“ Bild ihres Vaters in Frage stellen (im Sinne von „Er hat es mir bis zuletzt vorenthalten“ o.Ä) und ihr damit als hilfreiches inneres Objekt schwerer zugänglich könnte.

G.I.3.4. Universalität und Individualität von Trauer

Die Respondenten C und E machen auf unterschiedliche Art und Weise klar, dass sie ihrer Trauerbegleitung Grenzen gesetzt sehen. Für Respondent C (wie schon unter „G.I.2.12.3 Authentisches Mitgefühl und seine Grenzen (Universalität vs. Individualität)“ auf Seite 208 dargestellt) stellt sich diese Grenze in der prinzipiellen Unmöglichkeit dar, emotional exakt den inneren Zustand eines

Gegenübers nachzuvollziehen. Solange jedoch die jeweilig eigene *individuelle* (von der Biografie etc. geprägten) Version eines grundlegenden, *universellen* Gefühlsdimension (z.B. Leid) tatsächlich, d.h. *authentisch* fühlt, kann Mitgefühl beim „primär fühlenden“ Gegenüber wirksam werden. Respondentin E hingegen unterscheidet (wie bereits unter „E.I.3.1.1 Anregung eines Realitäts-Checks (Universeller Traueraspekt)“ auf Seite 162 und „E.I.3.1.2 Trauernden die „Beziehungstrauer“ überlassen (Individueller Traueraspekt)“ auf Seite 163 dargestellt) zwischen der *Universalität* von Trauer, da Verluste Teil Bestandteil der meisten Biografien werden und der *Individualität* der Trauer um die verlorene, individuelle Beziehung, welche nur vom Trauernden durchlebt wird und werden muss.

G.I.3.5. Der Trauerprozess – Ablauf, Physio- und Pathologie

Als wie langwierig die Respondenten die Trauerreaktionen der von ihnen betreuten Hinterbliebenen erleben, differiert von „[bisher] nicht [...] länger [...] als [...] vier Wochen, [bis] meine Hilfe nicht mehr gefragt [...] und [die] Trauer abgearbeitet [ist]“ (D, 34) beim Respondenten D bis zu „sehr sehr lange, bis sie das überwunden hat“ (F, 66) im Fall einer besonders stark unter dem Verlust ihres Vaters leidenden Analysandin des Respondenten B.

Lediglich die Ausführungen von zwei der sechs Respondenten weisen auf eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen „normalen“ und „pathologischen“ Trauerprozessen hin. Respondent B spricht in Anlehnung an Freuds Perspektive von einer „melancholischen Perpetuierung“ desselben, wenn Verlustschmerz nicht konfrontiert wird (B, 125-129). Ein Verständnis von Trauer als im „physiologischen“ Fall vorübergehender Zustand zeigt Respondent F, indem er darauf hinweist, dass Trauernde in ihrer Trauer „nicht verharren [sollen]“ (F, 64).

Respondentin E, welche ihren Vater als Kind und später zwei Ehepartner durch Suizid verloren hat, beschreibt Ablenkung („sehr viel Arbeit und Babysitten [Enkel; Anm. d. Verf.] und müde-Sein“) als für sie hilfreiche Bewältigungsstrategie gegen die „nag[enden]“ Gefühle. Dabei ist sie sich dessen bewusst, dass diese

Art des Umgangs mit Verlustgefühlen aus psychodynamischer Sicht empfohlen wird (E, 129-131).

Die seelische Verarbeitung eines Todesfalls kann bereits vor dessen Eintreten beginnen. Zu diesem Schluss scheinen zumindest die Respondenten A und F gekommen zu sein. Während Letzterer bemerkt, dass in seinem Erleben *erwartete* Verluste durch Angehörige grundsätzlich leichter zu verarbeiten sind, weil Zeit zur Verfügung steht, sich mit diesem im Vorfeld auseinanderzusetzen (F, 16/17). Respondent A stellt dagegen heraus, dass eine ausgedehnte Auseinandersetzung seiner betreuten Hinterbliebenen mit dem Versterben teils für alle Beteiligten als besonders intensiv und konfliktbehaftet erlebt hat (A, 274).

G.I.3.6. Mögliche Konstellationen einer Trauerbegleitung

Respondent B geht darauf ein, dass der Kontakt mit Hinterbliebenen in verschiedenen Konstellationen und Settings stattfinden kann. Dabei unterscheidet er zum einen zwischen Kontakten im professionellen (z.B. Patienten) und privaten Bereich (z.B. Nachbar, Freund, Kollege) Bereich. Später differenziert er zwischen spontanen Berichten von Todesfällen durch Hinterbliebene und solchen bei den eine Vorbereitung auf die Interaktion möglich ist, z.B. ein aktives Zugehen auf Trauernde nach vorheriger Benachrichtigung durch Dritte. Erstere zeichnen sich für ihn dadurch aus, dass man als Gegenüber möglicherweise zusätzlich mit der eigenen Fassungslosigkeit konfrontiert ist (B, 336-339).

G.I.3.7. Trauernde Gläubige vs. trauernde Atheisten

Respondent D äußert die erfahrungsgemäße Einschätzung, dass der Glaube an Gott (z.B. mediiert durch eine bereitwilligere Akzeptanz) den Trauerprozess nicht erleichtert und Hinterbliebene verschiedener Religionen sich in ihrer Verarbeitung von Verlusten nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Darüber hinaus mutmaßt er, dass Atheisten sich möglicherweise besser an Verluste adaptieren (D, 74-76).

G.II. Potenzielle Einflüsse auf die Trauerbegleitung und trauerbezogene Ansichten

Teil des Forschungsinteresses war, eine Vorstellung davon zu generieren, welche eigenen Erfahrungen die Respondenten zur Entwicklung ihrer Ansichten gegenüber trauerbezogenen Themen und Verhaltensweisen im Kontakt mit Trauernden geführt und wenn ersichtlich, wie sich diese Erfahrungen genau auf diese ausgewirkt haben. Dabei lassen sich mehrere Ursprünge und Motive entwickeln, welche im Folgenden vorgestellt werden.

G.II.1. *Diffuse vs. konkrete Einflüsse*

Zunächst soll jedoch vorangestellt werden, dass grundsätzlich zwei Vorstellungen davon hervorstachen, inwiefern die eigene Biografie Einfluss auf bestimmte Teile der Trauerbegleitung der Respondenten ausüben kann.

Respondentin E stellt einen ausgesprochen linearen Zusammenhang zwischen ihren persönlichen Erfahrungen mit Suizid und ihrem heutigen Problembewusstsein gegenüber dem Suizidrisiko emotional stark belasteter Menschen her. Ebenso spezifisch stellt ihre Erfahrungen mit dem frühen Verlust ihres Vaters als motivationale Grundlage für ihre heutigen Bemühungen heraus, jungen Hinterbliebenen bei organisatorischen Fragen im Nachfeld des Todes zur Seite zu stehen.

Respondent A beschreibt derlei Zusammenhänge hingegen als multimodal und gibt sich zurückhaltend darin, spezifische Anteile seines Verhaltens und seiner Ansichten im Kontakt mit Hinterbliebenen auf einzelne prägende Lebensereignisse oder -umstände zurückzuführen. Gleichzeitig ist bemerkenswert, dass er durchaus markante Lebensereignisse wiedergibt, die sich klar seinen heutigen Ansichten und der Gestaltung seiner Trauerbegleitung zuordnen lassen. Beispielsweise kann zwischen seinem Aufwachsen mit der Betrachtungsweise Deutscher als „Mörder [d]einer Großeltern“ (A, 214) und seinem späteren Widerstreben, sich dem Risiko auszusetzen, mit der

Vergangenheit sterbender deutscher, nicht-jüdischer Zeitgenossen seiner Großeltern konfrontiert zu werden, ein deutlicher Zusammenhang interpretiert werden.)

G.II.2. Berufliche Erfahrung

Respondent C spricht bereits zu Beginn des Interviews sein Bedauern darüber aus, dass das Grundcurriculum seines Medizinstudiums ihm kaum Möglichkeit dazu geboten hat, sich im Bereich der Trauerbegleitung weiterzubilden. Erst in der assistenzärztlichen Arbeit konnte er durch „Learning by Doing“ und ohne wesentliche Supervision Kompetenz entwickeln (C, 2-5, 19/20). Dies steht im Kontrast zu seiner späteren Tätigkeit in der Urologie bzw. Uroonkologie, in welcher der Kontakt mit Sterbenden und Hinterbliebenen ein „Dauerbrenner“ (C, 7), Trauerbegleitung also ein häufiger Bestandteil seines Arbeitsalltags ist.

Respondent D sieht seine praktische Erfahrung („Routine“, D, 91; „schon alles [mal] gesehen“, D, 93) in trauerbegleitender Funktion als maßgeblich an, wenn darum, geht wie er zu seiner heutigen Kompetenz gekommen ist. Doch gibt er an, immer noch stets Dinge dazuzulernen (D, 94). Seine Zeit in der Neurochirurgie, sieht er aufgrund der dort häufig vorkommenden Patiententode als besonders lernintensiv an und meint, durch diese sogar in Bezug auf den Umgang mit eigenen Trauerfällen profitiert zu haben (D, 81-83).

Respondent F stellt heraus, dass er in den letzten Jahren seiner ärztlichen Tätigkeit als Internist keine Todesfälle erlebt hat, berichtet im Interview also stets von früheren beruflichen Erfahrungen.

Neben der spezifisch trauerbegleitenden Erfahrung wird durch die Respondenten A (233, 235), E (133-137) und F (62) die ärztliche Erkenntnis angesprochen, nicht jeden Patienten vor dem Tod bewahren zu können. Es kann vermutet werden, dass dieses Wissen im Kontakt mit Trauernden zu einer gewissen inneren Ruhe und Stabilität beiträgt, da die seelische Energie der emotional-haltenden Funktion

dienen kann und weniger durch Zweifel daran abgezogen wird, ob man alles in seiner Macht Stehende für das Wohl seiner Patienten getan hat.

G.II.3. Eigene Verluste

Neben der beruflichen Erfahrung scheinen auch persönliche Verluste den eigenen Umgang mit Hinterbliebenen zu prägen. Insbesondere die Respondenten E und F gehen genauer darauf dieses Verhältnis ein:

Respondent F, welcher in Kindesalter seine Mutter durch Krankheit verloren hat, bezeichnet diese Erfahrung als unter anderem (siehe „4.4.1 „Jüdischsein““ auf Seite 32) als initiale Auseinandersetzung mit dem Thema des Todes, welche ihn für Verluste sensibilisiert, indem sie heutzutage in der Begegnung mit Hinterbliebenen anklingt und ihn daran erinnert, „dass das [...] für die Angehörigen [...] immer was Schreckliches sein muss [jemanden zu verlieren; Anm. d. Verf.]“ (F, 126).

Besonders konkret scheinen der frühe Tod ihres Vaters und die späteren Verluste ihrer zwei Ehepartner Respondentin E zu Anpassungen ihrer begleitenden Funktion veranlasst zu haben: Eine erhöhte Vigilanz gegenüber der Suizidgefahr emotional belasteter Patienten (und damit auch potenziell Hinterbliebener) und zweitens ihre Bemühung, jungen Hinterbliebenen mit organisatorischer Beratung im Nachfeld ihres Verlusts beizustehen (E, 149-157).

Darüber hinaus gibt Respondentin E an, nach dem Verlust ihres Vaters bis ins junge Erwachsenenalter Schiwa-Veranstaltungen gemieden zu haben, weil sie die „Konfrontation nicht [wollte]“ (E, 105). Es kann vermutet werden, dass sie hier insbesondere die Konfrontation Tod und Trauergefühlen in den Raum stellt. Ob diese Aversion heute immer noch besteht und damit eventuell die Trauerbegleitung jüdischer Hinterbliebener beeinflusst, wurde von der Respondentin nicht angesprochen.

G.II.4. *Prägung durch das Leid in der jüdischen Geschichte*

Immer wieder nehmen die Respondenten Bezug auf den Abdruck des Leids in der Psyche jüdischer Menschen. Im Folgenden wird auf unterschiedliche angesprochene Aspekte desselben eingegangen und nachvollzogen, wie diese sich auf die Trauerbegleitung der Respondenten auswirken könnten.

G.II.4.1. Zulassen bzw. spüren von Nähe zu Trauernden – Juden vs. Nicht-Juden

Die Respondenten A und E beschreiben ihren Kontakt mit jüdischen Angehörigen und Sterbenden als grundsätzlich näher als bei nicht-jüdischen.

Respondent A macht deutlich, dass neben dem gemeinsamen kulturellen „Background“ (A, 67) und der häufig einhergehenden vorbestehenden Vernetzung innerhalb der jüdischen Gemeinde insbesondere die „traurige [...] ergreifende Geschichte“ der Sterbenden („Autoritäten“ aus der Zeit der Shoa und die Generation seiner eigenen Eltern; A, 77) zu der großen Nähe in der Trauerbegleitung beiträgt, mit welcher er sich identifiziert.

Diese Identifikation mit dem Schicksal der Verfolgten scheint mit dem Wunsch einherzugehen, nicht mit den „Verfolgern“ konfrontiert zu werden. Respondent A beschreibt seinen Verzicht auf engen Kontakt mit nicht-jüdischen Sterbenden und ihren Angehörigen als „Schutzverhalten, nicht [in die Lebensgeschichte deutscher Zeitgenossen seiner Eltern und Großeltern] involviert zu werden.“ (A, 172). Als besonders prägend sieht er die „israelische [...] Sozialisation“ und Erziehung während seiner Kindheit an, in welcher Deutschland als das „Land der [...] Mörder [s]einer Großeltern“ (A, 214) bezeichnet wurde.

Er engagiert sich bei sterbenden nicht-jüdischen Patienten und ihren Familien stets im Rahmen „intensive[r] Beratungsgespräche und therapeutische[r] Gespräche, die sich primär um die Behandlung des PATIENTEN drehen“ (A, 93), berichtet jedoch auch von teils schwerkranken Patienten, denen er eine

Behandlung verweigert hat, weil er „annehmen musste, dass sie [im Krieg] in schreckliche Dinge[] involviert [gewesen] waren“ (A, 83, 85).

Gleichzeitig hat sich Respondent A entschlossen, in Deutschland als Arzt zu praktizieren und damit eine gewisse innere Nähe zu seiner Bevölkerung zuzulassen. Möglicherweise steht diese Entscheidung im Zusammenhang mit versöhnenden Erlebnissen, wie der Inobhutnahme und Förderung durch einen deutschen Volksschullehrer, welcher ihm dabei geholfen hat, einen Platz in seiner Klassengemeinschaft und später in der deutschen Gesellschaft und Kultur zu finden (A, 221-230).

Respondentin E beschreibt im Kontakt mit jüdischen Patienten bzw. Angehörigen eine „[andere] Nähe“, unabhängig vom Bekanntschaftsgrad (E, 167/168). Dass sich diese Bezogenheit nicht zuletzt am Thema der Verfolgung kristallisiert, kann daran nachvollzogen werden, wie sie ihre enge Beziehung zum nicht-jüdischen, jedoch „judenfreundlichen“ Patienten erklärt: „[...] er [...] war [...] sehr sehr judenfreundlich, also das war dann auch schon diese Basis. [...] und sein bester Freund war [...] auch ein Jude, der im KZ gewesen ist. Den hat er immer mitgebracht, für den hat er die OPs bezahlt und so, weil er hier nicht versichert war“ (E, 75-81). Das „jüdische“ Leid durch die Shoa und dessen Würdigung durch Andere scheinen die Schwelle zu einer engen Betreuung zu senken. Ein biografischer Bezug zu diesem Empfinden der Respondentin kam im Interview nicht zur Sprache.

G.II.4.2. Leid – Zugang vs. Übersättigung

In den Interviews mit den Respondenten B und C wird deutlich, dass das „jüdische“ Leid einen emotionalen Zugang zu dieser Gefühlskategorie geschaffen hat. Jedoch wird sowohl der „Modus“ des Erlebens als auch die Natur des Zugangs zu Leid unterschiedlich geschildert. Diese Differenzierung ist Subjekt der folgenden Ausführung.

Respondent B vermittelt sein Aufwachsen als Nachkriegskind in der überlebenden Familie und jüdischen Gemeinschaft als von einer Atmosphäre unumwundener Verluste geprägt. Er zeichnet seine Wahrnehmung dieser Umwelt als gesättigt vom Eindruck ubiquitärer Symbolik des Verlusts und des Todes, welche sich in unterschiedlichen Lebensbereichen aufzudrängen schien: die „fast [...] greif[bare]“ (B, 159), kollektive Trauer während dem synagogalen zum Kaddisch- oder Jiskor-Gebet für die umgekommenen Familienmitglieder, die symbolisch eingefasste Tragik der großelterlichen Biografie in episodischen Familienerzählungen und deren Wiederhall durch die Generationen (B, 201), die enigmatische Aura elterlicher Gedenk-Paraphernalien (B, 169-172) oder die Präsenz des personifizierten Todes in den Ruinen der KZ-Maschinerie (B, 187).

Dass diese Eindrücke ihn in Bezug auf einen „einzelnen Trauerfall“ sensibilisiert oder empathischer gemacht haben, glaubt Respondent B nicht. Er kann allerdings nicht ausschließen, dass ihm das Thema des Todes „im Allgemeinen“ so zugänglich wurde (B, 234/235). Darüber hinaus beobachtet er bei Juden generationsübergreifend und möglicherweise auch bei sich selbst eine „Art Zynismus“, die er mit der Äußerung „Komm‘, erzähl mir nichts vom Tod, wir [Juden] haben so viel erlitten“ (B, 218-220) veranschaulicht. Er deutet diesen (verm. primär innerlich stattfindenden und nicht ausagierten; Anm. d. Verf.) Wunsch, die eigene emotionale „Teilnahme [...] am Schmerz des anderen [zu verweigern]“ (B, 222,227) aus psychodynamischer Perspektive als Abwehrmechanismus (verm. gegenüber der Konfrontation mit weiterem Verlustschmerz; Anm. d. Verf.).

Der Eindruck der mit den Themen Tod, Verlust und Trauer gesättigten Kindheitserinnerungen plausibilisiert die obig geschilderten „Abgrenzungswünsche“, den „Unwillen“ und die „Hilflosigkeit“ des Respondenten in Bezug auf die Auseinandersetzung mit weiterem Leid (und Trauer im Speziellen) zusätzlich (B, 238-240).

Der Respondent schildert eine Möglichkeit, wie das transgenerationale Trauma der jüdischen Verfolgung gleichzeitig einen emotionalen Zugang zu als auch eine

Übersättigung mit den existenziellen Themen des Todes, des Verlusts und der Trauer schaffen kann, jedoch nicht unbedingt eine empathische Sensibilisierung dem Leid des „individuellen Einzelfall“ (B, 236) gegenüber. Hier gilt es, eine Entscheidung darüber zu treffen, ob man sich, wie Respondent B, dem Leid Trauernder „natürlich trotzdem“ (B, 241) widmet.

Auch Respondent C schildert seine Kindheit als geprägt vom „jüdischen“ Leid, welches er als „große[n] Bestandteil des Daseins im Judentum“ (C, 95) bezeichnet. Feste, Riten (z.B. Schiwa) und Erziehung widmen sich dem jüdischen Leid (Diaspora, Pogrome, Tempelzerstörung etc.) und begünstigen dadurch eine Auseinandersetzung mit und eine Verringerung der Berührungängste vor diesem Thema (C, 101/102). Darüber hinaus schuf der frühe Dialog mit seinen überlebenden Großeltern über ihre umgekommenen Familienangehörigen für ihn als Teil der dritten Post-Shoa-Generation einen Zugang zu ihrem erlebten Leid (C, 114-120).

Im Vergleich zum Respondenten B geht C nicht auf das Phänomen etwaiger widriger Gefühle gegenüber den Themen Tod, Trauer und Verlust ein.

Während die frühen Einsichten des Respondenten B über das „jüdische“ Leid vor allem über das Erleben interpersoneller Dynamiken und situationsbezogener Symbolik entstanden zu sein scheinen, schildert Respondent C seinen damaligen Zugang mehr als Ergebnis eines bewusst angeleiteten Lernprozesses über die geschichtlichen, religiösen, kulturellen und gesellschaftlichen Dimensionen des Judentums.

Dies könnte unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass Ersterer in der Nachkriegszeit als Kind der Shoa-Generation Zeuge eines weniger verarbeiteten kollektiven Verlusterlebens war und sich dieses dadurch im Lebensumfeld des Kindes vorwiegend in der zwischenmenschlichen, weniger verbalisierten als symbolisierten Sphäre manifestierte. Respondent C hingegen, geboren als Enkel von Shoa-Verfolgten, wuchs zu einer Zeit auf, in welcher sich das Erleben der Zeitzeugen bereits gesellschaftlich, bildungspolitisch, künstlerisch, in Erziehung

und Erinnerungskultur niedergeschlagen hat, formuliert, diskutiert und ethisch verhandelt wurde. Dies lieferte dem jungen Respondenten neben dem direkten Kontakt mit seinen Großeltern möglicherweise eine stärker auf bewusster Ebene begreifbare und damit eine weniger ohnmächtige Ausgangslage des Verstehens, in welcher fremdes Leid nicht derart abgewehrt werden muss. Dies ist jedoch eine Mutmaßung des Autors.

Auch Respondent F nennt die Shoa als relevanten Einfluss auf seine heutige Wahrnehmung Hinterbliebener. Neben dem frühen Verlust seiner Mutter werden auch seine Erinnerungen an Begegnungen mit Shoa-Geschichten ehemals Verfolgter im Kontakt mit Trauernden heutzutage wieder wachgerufen und erinnern ihn daran, dass es „für die Angehörigen jeweils immer etwas Schreckliches sein muss, wenn sie jemanden verlieren“ (F, 128). Respondent F spricht den von Respondent B beschriebenen Abgrenzungswunsch nicht an.

G.II.5. Proaktive Auseinandersetzung mit jüdischer Ethik

Respondent C legt einen weiteren Ursprung seiner heutigen Haltung offen, welcher durch die Konfrontation mit einer Frage nach seinem Identitätsgefühl angestoßen wurde: „Was macht dich zum Juden?“ (C, 141). Die Suche nach der Essenz seiner jüdischen Identität bewegte ihn im Rahmen eines vorübergehenden religiösen Lebensstilwandels zur ausgedehnten und proaktiven Auseinandersetzung mit jüdischer Weltsicht. Hierbei fand er insbesondere Zugang zu den alttestamentlichen Motiven der Nächstenliebe und des Mitgefühls sowie ihrer Bedeutung für das Verhältnis zu Gott. Diese, so stellt er heraus, begleiten ihn bis heute als persönliches Leitbild für mitmenschliches Verhalten (C, 151, 153, 158). Auch sieht er dieses als Teil der ärztlichen Seelsorge (Spiritual Care) im hippokratischen Ethos eingelassen (C, 154). Es wirkt, als ob er seine Identifikation mit *beiden* Kodizes (religiös-ethisch und ärztlich-ethisch) synergistisch als Motivation zu mitmenschlichem Verhalten nutzen kann.

G.II.6. Jüdischer Trauerritus

Wiederholt schneiden die Respondenten den jüdischen Trauerritus und dessen Bedeutung für jüdische Hinterbliebene an. Im Folgenden wird beleuchtet, inwiefern er in Bezug auf deren Trauerbegleitung als relevant beschrieben wird ist bzw. sein könnte.

G.II.6.1. Die zweite trauerbegleitende Rolle bei jüdischen Hinterbliebenen

Die Respondenten A und B sprechen an, dass sie sich speziell bei jüdischen Hinterbliebenen neben ihrer Trauerbegleitung im Rahmen ihres Arztseins auch in eine *liturgisch* angeleitete und *gemeinschaftlich* orchestrierte Seelsorge integrieren – diesmal primär in der Funktion eines jüdischen Gemeindemitglieds.

Der Respondent A gibt an, sich bei betreuten jüdischen Verstorbenen und ihren Angehörigen wiederholt in die Abläufe des folgend eingeleiteten Trauerritus zu integrieren bzw. dahingehend involviert zu werden (A, 15). Konkret spricht er von Besuchen während der Schiwa, bei welchen die männlichen Kondolierenden zu einem „Minjan“ (A, 242) zusammenkommen (im orthodoxen Judentum zehn religiös mündige Juden als kleinstmögliche Betgemeinschaft, durch welche ein vollständiger jüdischer Gottesdienst inkl. Kaddisch abgehalten werden kann; Anm. d. Verf.), welchen er darüber hinaus nutzt, um den Hinterbliebenen seiner Hilfsbereitschaft zu versichern (A, 245) sowie seine bisherige Betreuung derselben selbstkritisch zu reflektieren (A, 237).

Auch Respondent B sieht den „vertrauten“ (B, 258) gemeindlichen Trauerritus als Teil seiner betreuenden Funktion *jüdischer* Hinterbliebener. Hier ist es möglich, dass er während der Schiwa als Gemeindemitglied in eine entsprechende Funktion gerät, z.B. in die eines der zehn Männer eines Minjan.

Die Respondenten C (113), E (104) und F (39) erwähnen die Schiwa als Teil des jüdischen Trauerritus ebenfalls. Im Gespräch mit diesen wird allerdings nicht explizit klar, dass sie sich bei betreuten jüdischen Hinterbliebenen an diesen auch beteiligen, sodass dies offengelassen werden muss.

G.II.6.2. Psychologische Interpretation des jüdischen Trauerritus

Neben der trauerbegleitenden Funktion in der Rolle eines Gemeindemitglieds wird auch über den persönlichen Eindruck und psychologische Aspekte des jüdischen Trauerritus gesprochen.

Respondent A nennt die Schiwa ein „ritualisiertes Schauspiel“ (A, 240) mit „garantierte[r] Öffentlichkeit“ in welchem durch das stete Ein- und Ausgehen der Besucher kaum ein privates Gespräch mit den Hinterbliebenen möglich ist. Durch die starke Vernetzung innerhalb der Gemeinde ist oft bereits bekannt, als wie belastend der Verlust von den Hinterbliebenen erlebt wird. Auch können Schiwa-Besucher am bekannten Freundeskreis derselben abschätzen, wen sie dort antreffen. Die Beschreibung des Respondenten zeichnet die Schiwa als eine Zeremonie, in welcher die Gemeinde die Hinterbliebenen in ihre Mitte nimmt und als eigene Instanz agiert. Die die individuellen Kondolierenden und ihre Beziehung zu den Trauernden rücken zu hier in den Hintergrund.

Respondent C beschreibt die Schiwa als Instanz, in welcher versucht wird, die Trauer um den Verlorenen „gemeinschaftlich“ (C, 113) zu verarbeiten. Speziell letzteres Attribut integriert sich gut die Ausführungen über seine Trauerbegleitung, in welcher er sich als „Freund, Angehöriger, Teilhabender“ (C, 57-59) sieht, welcher das Leid mit den Hinterbliebenen „teilt“ (C, 52) und mitunter auch eigene Trauer um die verstorbenen Patienten empfindet (C, 45). Er zeichnet das Bild eines Mitmenschen, der sich auf eine emotionale Ebene mit dem Trauernden begibt und somit das Leid des Verlusts mitträgt.

Insbesondere Respondent F bezieht sich auf die phasenbasierte Zeitstruktur der jüdisch-rituellen Trauerbegleitung, welche er als „große Hilfe“ (F, 164) für Trauernde erlebt hat (F, 44). In der Zeit der Schiwa sieht er es als möglich an, über „das Größte des Trauerns“ hinwegzukommen und wieder in den „Alltag [...] hinein[zufinden]“ (F, 164/165), insbesondere durch die „Gespräche“ mit den Anwesenden und deren Unterstützung bei „alltäglichen Verrichtungen“ (F, 167/168).

Als einziger widmet er sich im Gespräch auch der darauffolgenden Phase, den „Schloshim“, den dem Tod folgenden 30 Tagen, in welchen es dem Trauernden verboten ist, den Friedhof zu besuchen. Diese Maßnahme sieht er als sinnvoll an, um die Hinterbliebenen vor „irrationalen Handlungen“ (F, 170) zu bewahren, wie beispielsweise zu versuchen, den Verstorbenen „auszugraben“ (F, 173).

G.II.7. *Gegenentwurf – Inhärente Humanität*

Trauerbegleitung wird jedoch nicht nur als Ergebnis äußerer Einflüsse gesehen, sondern als Manifestation der *humanen Natur* des Menschen. Respondent B beschreibt sein Selbstverständnis im Kontakt mit Hinterbliebenen als „allgemein human“, „was die meisten Menschen zur Verfügung stellen können“ (B, 298, 301). Respondent C führt das Beispiel eines Menschen in Not an: „es hat mehr was mit einer ganz [...] menschlichen Art zu tun [...] wie wenn du auf der Straße jemanden hast [...] der am Boden liegt und Hilfe braucht und du hilfst“ (C, 135).

G.III. *Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität der Respondenten und ihrer Trauerbegleitung bzw. ihren trauerbezogenen Ansichten*

Darüber hinaus fragte der Interviewer jedoch nicht konkret, inwiefern die Respondenten ihrer Religiosität bzw. Spiritualität (insofern vorhanden) einen Einfluss auf ihre Trauerbegleitung bzw. ihre trauerbezogenen Ansichten einräumen.

Es offenbarte sich, dass das individuelle, teils *emisch* geprägte Verständnis der Begriffe Religiosität und Spiritualität unter den Respondenten differiert: Respondent C legt dar, dass für ihn Religiosität die formale Befolgung der Halacha voraussetzt. Aus diesem Grund sieht er sich heutzutage als *nicht-religiös*, da er diese nicht befolgt. Respondent F unterscheidet „formal[e]“ (F, 200) Religiosität von nicht-formaler Religiosität (es wird davon ausgegangen, dass er sich mit „formal“ ebenfalls auf die halachische Regelbefolgung bezieht), wobei er sich Letzterer zuordnet. Dies würde bedeuten, dass beide Respondenten in der Befolgung der religionsgesetzlichen Regeln eine definierende Trennlinie

verorten, deren Deutungshoheit über den Terminus „Religiosität“ jedoch unterschiedlich einschätzen. Respondent F bringt Spiritualität mit alltäglichen Bestandteilen des Lebens in Verbindung, wie z.B. der Musik oder dem Gespräch und zeichnet sie als „Würze des Geistes“. Dagegen bringt Respondent C als Beispiele im spirituellen Kontext Meditation und das Gebet an. Weitere Definitionen werden von den anderen Respondenten nicht angebracht, wobei davon ausgegangen werden kann, dass diese von „Spiritualität“ ebenfalls ein jeweils eigenes Verständnis haben.

Trotz der Heterogenität der Fragestellung des Interviewers sowie der starken Variabilität möglicher Konzepte von Religiosität und Spiritualität werden im Folgenden auffallende Merkmalskombinationen der Respondenten angeführt:

Respondent A gibt an, religiös zu sein (A, 139), nimmt am Schiwa-Ritus jüdischer Verstorbener teil (z.B. Gebete innerhalb des Minjan) und begründet seiner Weigerung zur Sterbehilfe mit dem diesbezüglichen Verbot im Judentum (A, 148/149).

Respondent B äußert sich zu seiner Religiosität nicht und tut dies ebenfalls (B, 174).

Respondent C bezeichnet sich heutzutage als areligiös (im Sinne der Einhaltung Halachischer Gesetze), sieht jedoch Mitmenschlichkeit (welche er selbst versucht, im Arztberuf zu verwirklichen) als eine (quasi-)religiöse bzw. spirituelle Handlung an.

Respondent D, hängt sehr an religiösen Traditionen, ist jedoch nicht gottgläubig (D, 101/102) und berichtet auch nicht von religiösen Inhalten in seinem Kontakt mit Sterbenden und ihren Angehörigen.

Obwohl Respondentin E klar zu verstehen gibt, areligios und unspirituell zu sein, finden sich ihren Ausführungen Aussagen gegenüber Hinterbliebenen, die einen Gott („der liebe Gott hat uns gemacht für [...] vierzig Jahre [...]“; E, 137) zum

Subjekt haben (siehe „E.III Assoziation zwischen der Religiosität/Spiritualität und der Trauerbegleitung/trauerbezogenen Ansichten“ auf Seite 177).

Respondent F sieht sich sowohl als religiös als auch als spirituell, positioniert seine ärztlich-menschliches Engagement am Leid Hinterbliebener jedoch klar *außerhalb* der religiösen Sphäre. Für die Beantwortung existenzieller, auf den Tod bezogener Sinnfragen („Letztheitsfragen“) der Hinterbliebenen sieht dieser Religionen und ihre Riten verantwortlich (F, 149, 153).

Obig zeigt sich, dass keine Aussagen über feste Assoziationen (normal oder invers) einer Religiosität oder Spiritualität der Respondenten mit religiösen oder spirituellen Verhaltensweisen bzw. Inhalten oder Haltungen bzw. Ansichten getroffen werden können. Dies liegt daran, dass jeder Teilnehmer, der über diese Begriffe spricht, diesen individuelle, möglicherweise durch emische Faktoren (vgl. „4.4 Emisch und etisch relevante Begriffe in vorliegender Arbeit“ auf Seite 32) geprägte Definitionen verleiht, sodass die auf sie bezogenen Aussagen zwar nebeneinander dargestellt werden können, aber nicht unter der Prämisse eines identischen Verständnisses direkt verglichen werden sollten.

8. Diskussion

8.1. Ergebnisse – Beantwortung der Forschungsfragen

Im Folgenden werden die drei Forschungsfragen der Studie vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse zusammengefasst (31):

1. Wie gestaltet sich die Trauerbegleitung der Respondenten?
2. Inwiefern können in den Ausführungen der Respondenten Einflüsse auf ihre Trauerbegleitung und trauerbezogenen Ansichten ausgemacht werden?
3. Inwiefern können Assoziationen zwischen der selbsteingeschätzten Religiosität und Spiritualität der Respondenten und ihrer Trauerbegleitung sowie ihren trauerbezogenen Ansichten gefunden werden?

8.1.1. Wie gestaltet sich die Trauerbegleitung der Respondenten?

Es zeigt sich, dass der Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen *unterschiedlich intensiv* (zur Begriffsdefinition siehe „G.I.1 Einflussfaktoren auf die Intensität der Trauerbegleitung“ auf Seite 196) erlebt und gestaltet werden kann.

Teilweise scheint hierbei die *jüdische Abstammung* eine wesentliche Rolle zu spielen. Im Kontakt zu betreuten Juden wird dann eine besondere Nähe empfunden, die den gesamten Prozess der Sterbe- und Trauerbegleitung intensiviert. Gemieden wird hingegen eine solche Intimität in der Betreuung von Nicht-Juden. Ein substanzieller Kristallisationspunkt dieser Unterscheidung scheint eine Identifikation mit dem von seiner Verfolgungsgeschichte geprägten jüdischen Lebensgefühl zu sein.

Darüber hinaus werden für die Betreuungsintensität *allgemeine Faktoren* als relevant erachtet, welche mit der Betreuungskonstellation (Setting, Erkrankung des Sterbenden, fachliche Spezialisierung etc.), der Verlustsituation der Angehörigen (angenommene Belastung der Trauernden etc.) und der Beziehung

zwischen Betreuendem und Betreuten (Sympathie etc.) im Zusammenhang stehen.

In Bezug auf die von den Respondenten beschriebenen Konzepte und Ansätze ihrer Betreuung stellt sich heraus, dass bereits die Zeit vor dem Tod des Sterbenden von besonderer Relevanz für die Trauerbegleitung ist. Zum einen beginnt die emotionale Bearbeitung des bevorstehenden Verlusts zu dieser Zeit, auch der anderen Seite lässt sich die Betreuung der Angehörigen hier nicht ohne die Sterbebegleitung des Patienten betrachten, da ein beträchtlicher Teil der Interaktionen in Anwesenheit aller drei Parteien stattfindet und sich auf diese Weise interaktionelle Verflechtungen ergeben, die im Zusammenhang miteinander betrachtet werden müssen, um nachvollzogen werden zu können. Aufgrund dessen finden sich die Respondenten insbesondere bei intensiveren Betreuungen häufig in komplexen Rollen, welche ebenfalls erst im Kontext der Gesamtkonstellation aller Beteiligten verständlich werden (z.B. als Vermittler bei Konflikten zwischen Angehörigen und Sterbenden bzw. zwischen der Familie und anderen Behandlern, in einer die medizinische, psychologische und organisatorische Betreuung der gesamten Familie überwachenden Funktionen mit einem besonderen Verantwortungsgehalt oder in der Funktion als mittrauerndes jüdisches Gemeindemitglied bei jüdischen Verstorbenen).

Es werden hauptsächlich drei Interaktionswege mit den Betreuten erwähnt: Direkter Kontakt, entweder im beruflichen Arbeitsumfeld oder bei Treffen mit der Familie außerhalb dieses Kontextes, z.B. bei (Kranken-)Hausbesuchen oder bei der Teilnahme an Trauerveranstaltungen im Nachfeld des Todes (z.B. Schiwa bei jüdischen Angehörigen). Außerdem wird telefonischer und schriftlicher Kontakt (z.B. Postkarten, Briefe) mit Angehörigen vor und nach dem Tod des Sterbenden erwähnt.

Ein fester und von einem Großteil der Respondenten angesprochener Aspekt ihrer Trauerbegleitung besteht in „klassisch ärztlichen“ Inhalten, wie der medizinischen Aufklärung der Betreuten über die gesundheitliche Situation des Sterbenden, seine Prognose, Gespräche über die Möglichkeit der Sterbehilfe, die

pharmakologische Behandlung trauerassoziierter psychischer und körperlicher Beschwerden, die Abklärung einer suizidalen Neigung und ihre potenzielle Weitervermittlung an weitergehende Betreuung.

Auch organisatorische Hilfestellungen im Kontakt mit Trauernden werden geschildert, beispielsweise die Beratung bezüglich des Umgangs mit Beerdigungsinstituten nach dem Eintritt des Todes, das Unterschreiben der Todesbescheinigung durch den behandelnden Arzt, die informatorische Unterstützung bei Behördengängen und Rechtsangelegenheiten im weiteren Nachfeld des Ablebens oder im Falle jüdischer Familien eventuell die Organisation der Überführung des Leichnams nach Israel.

Darüber hinaus wird ein zwischenmenschliches Betreuungsrepertoire angesprochen, welches als Trauerbegleitung im engeren Sinne erachtet werden kann.

Zwei Respondenten kommen auf das Phänomen des Mitgefühls zu sprechen. Aus ihren Erörterungen lassen sich zwei miteinander überlappende und sich ergänzende Konzepte desselben strukturieren, welche dabei helfen, zu verstehen, welche Rolle dieses zwischenmenschlich als epistemisches und therapeutisches Mittel einnehmen kann, wie diese Funktionen sich äußern und vom Mitfühlenden erlebt werden sowie welche Auswirkungen, Möglichkeiten und Grenzen es hat.

Neben Mitgefühl kristallisiert sich ein Betreuungsinhalt heraus, welcher divers umschrieben wird, jedoch übergreifend als „für jemanden da sein“ betitelt werden kann. Obwohl „Da-Sein“ sich semantisch-konkretistisch als „Anwesenheit“ darstellt, erhält der Begriff kontextabhängig eine Vielzahl unterschiedlicher Bedeutungen und Konnotationen im Kontext der Trauerbegleitung der Respondenten. Diese entstehen entweder aus der Perspektive des Trauerbegleitenden oder der Begleiteten selbst.

Eine weitere Kerngedankenfolge aus den Zugängen der Respondenten zu ihrem Umgang mit Hinterbliebenen lässt sich als „Ausdrücken-lassen, Verstehen und Entwickeln des Verlusterlebens“ synthetisieren. Kann der erste Schritt im Kontakt mit dem Betreuenden stattfinden, manifestiert er sich möglicherweise sowohl als entlastende Katharsis der inneren Vorgänge als auch als Einstiegspunkt für die weitere Zusammenarbeit mit dem Betreuenden. Ausgehend von einem analytischen Standpunkt kann jetzt gemeinsam versucht werden, das Verlusterleben im Kontext der eigenen Biografie und Beziehung zum Verstorbenen zu verstehen. Daraus können sich neue Bedeutungen und Sinnzusammenhänge ergeben, welche das Potenzial haben, konflikthaft-neurotische Komponenten der Verlustreaktion bewusst handhabbar und damit mit der Zeit erträglicher zu machen. Möchte sich der Betreuende in einem kognitiv-behavioralen Sinn stärker als impulsgebende positionieren, kann er eigene, emotional stabilisierende Perspektiven in Bezug auf den Verlust und das Erleben Hinterbliebener darlegen.

Aus den Ausführungen der Respondenten können auf der Metaebene der Gespräche semantische und argumentative Muster erkannt werden, d.h. die Respondenten haben teils vorphrasierte Argumentationen oder Erklärungen, welche ihnen in der Interaktion mit Hinterbliebenen und Sterbenden helfen, sich gezielt und wirksam auszudrücken. Teilweise wird auf diesen Umstand konkret und unter Darlegung spezifischer Beispiele eingegangen.

Eher von alltäglichen, nicht-ärztlichen Verhaltensweisen bekannt, wird jedoch auch von den Respondenten beschrieben, wie „kleine Freuden“ oder „Aufmerksamkeiten“ den Konfrontationsprozess der Trauernden mit ihrem Verlust entzerren können, indem die Aufmerksamkeit zeitweise auf solche erheiternden, möglicherweise lustvoll erlebten Inhalte gelenkt wird.

Als klassischerweise nicht-ärztliche Verhaltensweise kann auch körperliche Berührung gesehen werden. Ob und in welchem Umfang diese in der Beziehung zu Hinterbliebenen Platz findet, zeigt sich in den Gesprächen abhängig von der persönlichen Verbundenheit, die ihnen gegenüber empfunden wird. Wenn ein

psychoanalytischer Kontext besteht, stellt sich zusätzlich die Frage, ob auf diese Weise vorübergehend von der Regel der therapeutischen Abstinenz abgewichen werden soll, wodurch jedoch der analytische Prozess unterbrochen wird.

Insbesondere im Kontext eines besonders engen Kontaktes mit jüdischen Familien wird berichtet, dass Respondenten selbst als Trauernde und jüdisches Gemeindemitglied bei jüdischen Trauerritualen, wie der Schiwa teilgenommen haben. Auch hier kann von einem für den ärztlichen Kontakt eher untypischen Verhalten gesprochen werden.

Das Thema Selbstreflexion wird von den Respondenten ebenfalls aufgeworfen. Es findet sich in Form einer regelmäßigen Re-Evaluation des eigenen Umgangs mit Angehörigen im Rahmen des Schiwa-Besuchs oder auch als eine stetiges Beobachten und miteinbeziehen der eigenen emotionalen Reaktionsweise auf das Verlusterleben Trauernder, um adäquat und bezogen reagieren zu können.

Es kristallisiert sich heraus, dass alle Respondenten Trauerbegleitung grundsätzlich und zumindest teilweise in ihrem Verantwortungsbereich verorten. Jedoch werden unterschiedliche Vorstellungen darüber geäußert, welcher Dimension der eigenen Person dieses Verantwortungsgefühl entspringt und wo diese jeweils endet, bzw. in den Verantwortungsbereich anderer Instanzen fällt. Eine besondere Beachtung findet hier die Dichotomie der ärztlichen und mitmenschlichen Verantwortung für Trauernde. Eine konkrete Grenzziehung in der eigenen trauerbegleitenden Funktion wird entweder mit dem grundsätzlichen Verständnis der Zuständigkeitsverteilung, der eigenen Qualifikation oder Motiven der Abgrenzung zum persönlichen Schutz begründet.

In Zusammenschau der berichteten Verhaltensweisen, Ansichten sowie des konkret beschriebenen Selbst- und Fremdbilds der Respondenten im Kontakt mit Hinterbliebenen und Sterbenden lassen sich darüber hinaus Rollenvorstellungen synthetisieren, aus welchen heraus die Respondenten ihre Trauerbegleitung gestalten, bzw. in welchen sie von den Betreuten wahrgenommen werden. Hier lassen sich die *klassisch-professionelle* (ärztliche oder psychoanalytische), und

freundschaftlich-familiäre Rolle finden, welche insbesondere in Kombination in der Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen eine starke Vertrauensbasis schaffen können, da sie für eine besondere Verbindlichkeit und fachliche Erfahrung stehen. Darüber hinaus wird ein „*allgemein humanes*“ bzw. „*mitmenschliches*“ Selbstverständnis in der Trauerbegleitung angesprochen. Die Begriffe des „Humanen“ und „Mitmenschlichen“ beschreiben hier eine dem Menschen (zumindest im Ansatz) innewohnende emotionale Zugewandtheit und Intuition im Kontakt mit *jedem* Leidenden (Trauernde selbstverständlich eingeschlossen). Im Rahmen der Betreuung jüdischer Familien findet sich überdies die Rolle des *jüdischen Gemeindemitglieds*, welches im Rahmen der liturgischen Trauerfeierlichkeiten die gemeinschaftliche Trauerhilfe mitträgt.

Es wird des Weiteren dargelegt, dass der Begriff der Trauer auf unterschiedliche Arten verstanden werden kann und somit möglicherweise Missverständnisse provoziert. Unterschieden wird Trauer als gesellschaftlich attribuiertem Zustand von Trauer als intrapsychischem Vorgang und derselben als äußerlich wahrnehmbarer Gefühlsäußerung. Auch muss weder jeder Todesfall durch Trauer verarbeitet werden (z.B. bei fehlender enger Beziehung zum Verstorbenen), noch eine Trauerverarbeitung äußerlich bemerkbar sein. Trauer kann darüber hinaus – z.B. aufgrund einer ambivalenten Beziehung mit dem Verstorbenen – *neben* anderen Gefühlen (z.B. Wut, Erleichterung) zurücktreten. Auch *äußere* Umstände können konkurrierende Emotionen wachrufen, z.B. bei Koinzidenz eines belastenden Todesfalls und einer freudigen Hochzeit. Beziehungstrennungen werden als ein Beispiel angeführt, in welchem ein ebenso intensives Verlusterleben bestehen können, wie bei einem Todesfall, jedoch möglicherweise ohne dieselbe gesellschaftliche Anerkennung.

Es findet sich die Vorstellung, dass Trauer einen jedem Menschen zugänglichen (universellen) und einen nur dem Fühlenden erfahrbaren (individuellen) Aspekt vorweist. So wird dargelegt, dass man sich Trauernden zwar emotional nähern kann, da man eine eigene mehr oder weniger adäquate emotionale Referenz zum Vergleich hat, jedoch nie exakt mitfühlen kann. Der primär Fühlende kennt

sein Leid in allen Einzelheiten nur selbst. Gleichzeitig wird Authentizität im Mitfühlenden als gewichtiger angesehen als emotionale Akkuratessse, wenn es darum geht, einem Trauernden auf hilfreiche Art zu begegnen. Für Hinterbliebene kann der Hinweis tröstlich sein, dass Verluste ein die meisten Menschen vereinigendes Ereignis ist und somit „zum Leben dazugehört“ (Universalität). Gleichzeitig stellt es einsame Aufgabe dar, die *individuelle* Beziehung zum Verlorenen zu betrauern (Individualität), welche eine ärztliche Trauerbegleitung nicht abnehmen kann.

Ein Todesfall wird in den Ausführungen der Respondenten als potenziell mehrdimensionales Verlusterleben gezeichnet, welches über die Adaptation an die plötzliche Inexistenz der verstorbenen Person hinausgeht. So ist es möglich, dass die Hinterbliebenen einander als stützende Bezugsperson zumindest zeitweise verloren gehen, wenn jeder in seiner individuellen Trauer gefangen ist. Die durch den Tod eintretende Veränderung der Lebensumstände kann ebenfalls einen gravierenden seelischen Verlust für Trauernde darstellen. Ein weiterer Kondensationspunkt der Trauer kann entstehen, wenn die innere Repräsentation des Verstorbenen in den Hinterbliebenen nach dessen Tod aufgrund neuer, möglicherweise erschütternder Erkenntnisse rekonstruiert werden muss und das alte „heilere“ Bild damit als innere Stütze verloren geht.

Die von den Respondenten begleiteten Trauerprozesse erstrecken sich von wenigen Wochen bis hin zu Jahren. Nur zwei Respondenten sprechen eine Unterscheidung zwischen physiologischen und pathologischen Trauerprozessen an, wobei hierzu auch ein Verständnis aus psychoanalytischer Perspektive beschrieben wird. Zwei der Respondenten sehen Trauer als einen Prozess an, welcher bereits vor dem Tod beginnen kann. Dabei findet sich sowohl die Vermutung, dass *erwartete* Verluste durch die Möglichkeit der inneren Vorbereitung insgesamt leichter zu verarbeiten sind als auch, dass eine Auseinandersetzung mit dem Versterben des Angehörigen im Vorfeld des Todes besonders belastend für alle Beteiligten sein kann. Ein Respondent stellt die

Vermutung an, dass seiner beruflichen Erfahrung nach atheistische Trauernde ihren Verlust teils konfliktärmer verarbeiten als gottgläubige.

Es werden Konstellationen angesprochen, in welchen man mit Hinterbliebenen in Kontakt kommen kann. Unterschieden wird hierbei zwischen dem Kontakt mit Trauernden im professionellen von einem solchen im privaten Umfeld. Des Weiteren werden spontane Konfrontationen mit Todesnachrichten geplanten Begegnungen gegenübergestellt, bei welchen eine Vorbereitung möglich ist.

8.1.2. Inwiefern können in den Ausführungen der Respondenten Einflüsse auf ihre Trauerbegleitung und trauerbezogenen Ansichten ausgemacht werden?

Es zeigt sich, dass unter den Respondenten teilweise sehr konkrete Lebensereignisse als Grundlage für bestimmte heutige Ansichten und Verhaltensweisen im Kontext ihrer Trauerbegleitung gesehen werden, teils jedoch auch Zurückhaltung darin geübt wird, kausale Verbindungen zu ziehen.

Konsens scheint zu herrschen bezüglich der hervorstechenden Rolle der Berufserfahrung im Lernprozess über die eigene Praxis der Trauerbegleitung. Mehr als die Erkenntnisse aus dem Medizinstudium scheint das handlungsbasierte Lernen im Berufsalltag zur angeeigneten Expertise geführt zu haben. Gleichzeitig fördert die fortgeführte praktische Beschäftigung mit Familien Sterbender auch später im Berufsleben noch immer neue Erkenntnisse über das eigene Tun zutage. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Respondenten fachbedingt unterschiedlich häufig mit Hinterbliebenen konfrontiert sind. Eine Erkenntnis der ärztlichen Erfahrung wird wiederholt durch die Respondenten aufgebracht: Nicht jeder Patient kann vor dem Tod gerettet werden. Dieser Gedanke scheint im Kontakt mit Hinterbliebenen zu einer gewissen Gelassenheit beizutragen.

In allen sechs Interviews wird auch von engen familiären Verlusten erzählt. Zwei der Respondenten gehen explizit darauf ein, wie diese Todesfälle entweder das

grundsätzliche Bewusstsein für die Belastung geschärft haben, die Todesfälle mit sich bringen können oder den Sinn für spezielle Bedürfnisse Hinterbliebener.

Wiederkehrend wird von den Respondenten das „*jüdische Leid*“ als bedeutender Einflussfaktor auf verschiedene Aspekte ihrer Wahrnehmung von Trauer und Trauernden angesprochen. So wird von zwei der Respondenten eine enge Kontaktgestaltung zu jüdischen oder dem Judentum nahestehenden Betreuten und eine gleichzeitige Zurückhaltung gegenüber nicht-jüdischen Sterbenden und ihren Angehörigen mit der An-/ bzw. Abwesenheit einer emotionalen Nähe begründet. Erklärt wird dies beispielsweise durch eine Identifikation mit dem gemeinsamen gesellschaftlichen, kulturellen Hintergrund und der durch die Schrecken der Shoa gezeichneten Familiengeschichte sowie einer von Argwohn geprägten Wahrnehmung der „Deutschen“ als Täter. Im selben Zusammenhang wird das Beispiel einer emotional nahen Betreuung eines „judenfreundlichen“, aber nicht-jüdischen sterbenden Patienten angebracht. Die detaillierte Schilderung der Freundschaft dieses Patienten zu und Wohltätigkeit gegenüber einem ehemaligen jüdischen KZ-Häftling suggeriert, dass die Würdigung des „jüdischen“ Leids auf nicht-jüdischer Seite einen positiven Eindruck auf der Seite des Betreuenden hinterlässt.

Auch lässt sich in den Ausführungen der Respondenten erkennen, wie sich das „jüdische Leid“ auf die Wahrnehmung von Leid in der *eigenen Lebenswelt* als jüdischer Mensch auswirken kann:

Sowohl die zweite als auch die dritte jüdische Generation nach der Shoa weisen Berührungspunkte mit der jüdischen Leidensgeschichte auf, welche zu einer Vertrautheit mit den Themen des Todes, des Verlusts und der Trauer geführt haben. Die zweite Generation nach der Shoa erlebte in ihren prägenden Kinderjahren die frühen, von Verzweiflung und Ohnmacht geprägten, kollektiven Bewältigungsversuche der verfolgten Elterngeneration und waren Zeugen einer Atmosphäre und Symbolik unbewältigter Trauer. Innerhalb dieser Generation wird eine vage Wahrnehmung geäußert, dass teils ein kaum verbalisierter, von zynischem Unwillen geprägter Wunsch besteht, sich vom Leid trauernder Nicht-

Juden abzugrenzen. Die dritte Generation hingegen wuchs zu einer Zeit auf, in welcher sowohl auf der individuellen als auch gesamtgesellschaftlichen Ebene die Schrecken der Shoa bereits mehrere Jahrzehnte verarbeitet und in die deutsche Erinnerungskultur eingebettet worden waren. Möglicherweise hat diese Veränderung der äußeren Bedingungen dazu beigetragen, die subjektive Unmittelbarkeit des ehemals rohen, traumatisierenden Verlusterlebens zu mildern, sodass sich Mitglieder der dritten Generation den Themen Tod, Verlust und Trauer ohne die von der zweiten Generation beschriebenen Abgrenzungswünsche widmen kann. Hier wird der obig beschriebene Unwillen nicht geäußert. Innerhalb der Zeitzeugengeneration („erste Generation“) wird bekundet, dass die Begegnung mit Trauernden heutzutage einen immerwährenden Anknüpfungspunkt darstellt, sich an eigene Begegnungen mit den von Verlust geprägten Geschichten ehemals Verfolgter zu erinnern, sodass das Gefühl für die existenzielle Belastungssituation durch persönliche Verluste eines jeden Menschen nicht verlorengeht. Auch hier wird ein Abgrenzungswunsch nicht beschrieben. Deutlich soll hinzugefügt werden, dass obige Darlegungen und Interpretationen nicht verallgemeinert werden können. Sie sollen einen Impuls für vertiefende Untersuchungen darstellen.

Weiterhin wird eine intensive Auseinandersetzung mit jüdischer Ethik im Rahmen eines zeitweisen Lebenswandels hin zur Frömmigkeit während der Jugendzeit als Quelle eines heutigen Leidbilds der Nächstenliebe und Mitmenschlichkeit beschrieben. Ärztliche Nächstenliebe im Rahmen der „Spiritual Care“ scheint in diesem Fall eine motivierende Synergie zwischen hippokratischer und jüdisch-religiöser Ethik darzustellen.

Fast alle Respondenten sprechen in ihrem Interview über den jüdischen Trauerritus. Dabei wird deutlich, dass die trauerbegleitende Funktion als Gemeindemitglied im Rahmen der rituellen Seelsorge für Hinterbliebene eine in den Respondenten verankerte, weil wiederkehrende Lebensbestandteil darstellt. Die Schiwa stellt sich in den Darstellungen der Respondenten auf der einen Seite als Veranstaltung dar, in welcher die Anteilnahme und pragmatische Hilfe jedes

Besuchers die Last des Verlusts der Hinterbliebenen etwas mittragen soll. Auf der anderen Seite wird sie als Zeremoniell beschrieben, in welchem die Beziehungen der einzelnen Gemeindemitglieder zu den Angehörigen hinter der Gesamtinstanz der Gemeinde zurücktreten. Die darauffolgenden 30 Tage („Schloshim“) werden unter anderem als Mittel beschrieben, um eine emotionale Distanz zum Verstorbenen zu schaffen und Hinterbliebene dabei zu unterstützen, sich an die Realität des Verlusts zu gewöhnen.

Trauerbegleitung wird von den Respondenten jedoch nicht nur als Ergebnis der in diesem Kapitel zusammengefassten Einflüsse gezeichnet, sondern auch als eine dem Menschen innewohnende Motivation.

8.1.3. Inwiefern können Assoziationen zwischen der selbsteingeschätzten Religiosität und Spiritualität der Respondenten und ihrer Trauerbegleitung sowie ihren trauerbezogenen Ansichten ausgemacht werden?

Es zeigt sich, dass Religiosität und Spiritualität weder von den Respondenten einheitlich definiert wird, noch, dass der „R/S-Status“ mit spezifischen Verhaltensweisen, Inhalten oder Haltungen im Kontakt in Verbindung steht.

8.2. Studienerkenntnisse im Kontext bisheriger Forschung und Theorien

Interviewstudien über ärztliche Trauerbegleitungspraxis sind rar. Insbesondere jüdische Ärzte in Deutschland wurden der Recherche für diese Arbeit nach noch nicht über ihren Kontakt mit Hinterbliebenen befragt.

Im Folgenden werden Gesichtspunkte aufgezählt, in welchen die Erkenntnisse dieser Studie mit denen vorangegangener Untersuchungen korrelieren oder auf besondere Art abweichen. Darüber hinaus werden noch einmal die Inhalte hervorgehoben, welche bisher nicht derart beschrieben worden sind.

8.2.1. Welche ärztlichen Herangehensweisen an den Kontakt mit Trauernden gibt es?

Die Respondenten berichten von einer Vielzahl an Kontaktinhalten, welche auch in den Ergebnissen zahlreicher vorangegangener Studien bei unterschiedlichen Kohorten dargelegt wurden. Dazu zählen die eher „klassischen“ ärztliche Funktionen, wie das Verschreiben von Medikamenten, das Überweisen an spezialisierte Betreuung oder persönliche bzw. indirekte (schriftlich, telefonisch etc.) Kondolenz aber auch die Teilnahme an Veranstaltung zu Ehren des Verstorbenen ([Kim et al., 2019](#); [Kusano et al., 2012](#)).

Darüber hinaus zeigt sich, dass sich die Betreuung sterbender Patienten mit der Trauerbegleitung ihrer Angehörigen des Öfteren überlappen, wodurch beide Prozesse stark miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Dass die Qualität der Sterbebetreuung („Pre-Bereavement Care“) den Trauerprozess der Hinterbliebenen beeinflussen kann, konnten bereits [Field et al. \(2006\)](#) zeigen.

Auch inhaltlich – in Gesprächen und Schriftverkehr – zeigten sich Ähnlichkeiten zu den Erkenntnissen vergangener Studien ([Collins-Tracey et al., 2009](#); [Lemkau et al., 2000](#)), z.B. beim Mitgefühl ausdrücken, Beistand versichern, nach Umständen des Verlusts fragen, zum Ausdruck der Gefühle ermutigen, Trauer als normalen Prozess darstellen, über den Trauerprozess informieren, persönliche Erfahrungen mit Verstorbenem reflektieren etc).

Von religiösen Inhalten berichten die Respondenten dieser Studie kaum, mit Ausnahme des Besuchs der Schiwa der Angehörigen jüdischer Verstorbener, auch die Weiterleitung an geistliche Unterstützung wurde nicht erwähnt ([Lemkau et al., 2000](#)).

Keine der recherchierten Studien untersuchte etwaige Einflüsse auf die Intensität von Trauerbegleitungen. In dieser Studie kristallisierte sich im Verlauf heraus, dass sich ein Teil der Respondenten in bestimmten Fällen (z.B. bei jüdischen

Familien, freundschaftlich gefärbten oder langjährigen Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehungen) besonders stark engagiert.

Auch zeigten sich in dieser Studie mögliche Aspekte und Details einer Trauerbegleitung, welche die Literaturrecherche in der hier zu findenden Tiefe nicht zutage fördern konnte. Dazu gehört die diplomatische Funktion innerhalb der Familie des Sterbenden oder in der Interaktion der Angehörigen mit weiterem klinischem Personal, das Begleiten von Rollenverschiebungen innerhalb der Familie aufgrund des gesundheitlichen Verfalls des Sterbenden, die Rolle des Übermittlers letzter Worte oder Geheimnisse an Hinterbliebene, die Bedeutung des Unterschreibens der Todesbescheinigung durch den ehemaligen ärztlichen Behandler und Sterbebegleiter als symbolischer Abschluss, organisatorische Hilfe bei Leichenüberführungen, Behördengängen oder dem Tod folgenden juristischen Angelegenheiten und der Besuch der Schiwa bei jüdischen Verstorbenen oder die regelmäßige Reflexion der eigenen Betreuungsqualität. Auch konnte gezeigt werden, welchen Platz körperliche Berührungen, semantische bzw. argumentative Muster oder „kleine Freuden“ in der Interaktion mit Trauernden einnehmen können.

Detailreich untersucht wurde außerdem, wie die Respondenten die Phänomene des Mitgefühls und des „Da-Seins“ wahrnehmen und interpretieren. Auch kristallisierte sich ein gemeinsamer Prozess des „Ausdrückens, Verstehens und Entwickelns des Trauererlebens“ heraus, welcher sowohl im psychoanalytischen als auch im nicht-psychoanalytischen Kontext von den Respondenten initiiert wird.

Einzelne der obigen Aspekte, wurden aus der Sicht ärztlicher Trauerbegleiter bereits in anderen Studien beschrieben ([Collins-Tracey et al., 2009](#); [Lemkau et al., 2000](#)). Es konnte keine Studie gefunden werden, welche sich mit diesen Phänomenen und ihrer Wahrnehmung durch ärztliche Trauerbegleitende in der hier zu findenden Tiefe und Kontextualisierung auseinandersetzt.

Therapeutische Verfahren spielten in den Interviews mit Ausnahme eines bestehenden beruflichen psychoanalytischen Hintergrunds in den Interviews keine Rolle. Diagnostische Tools, wie der „Inventory of Complicated Grief“ oder der „Prolonged Grief Disorder-13“ sowie wie die „Anhaltende Trauerstörung“ nach ICD-11 wurden in den Gesprächen nicht erwähnt.

8.2.2. Trauerbegleitung als ärztliche Domäne – sinnvoll?

8.2.2.1. *Arztberuf in günstiger Position für Trauerbegleitung*

In dieser Studie bestätigt sich, dass die haus- und familien- ([Wadland et al., 1988](#)) sowie sterbebegleitend-ärztliche ([Field et al., 2006](#); [Lichtenthal et al., 2011b](#); [Milberg et al., 2008](#); [Trevino et al., 2015](#); [Yamaguchi et al., 2017](#)) Position jeweils privilegierte Ausgangslagen aufweisen, um auf einer bestehenden Vertrauensbasis eine familienübergreifende, langfristige und kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten.

8.2.2.2. *Ärztliche Trauerbegleitung kann helfen*

Die bisherige, eher dünne Studienlage über die Effektivität ärztlicher Trauerbegleitung zeigt sich ambivalent ([Ghesquiere et al., 2013](#); [Kentish-Barnes et al., 2017a](#); [Kentish-Barnes et al., 2017b](#); [Kentish-Barnes et al., 2015](#); [Kock et al., 2014](#); [LeBrocq et al., 2003](#); [Main, 2000](#); [Milberg et al., 2008](#)). Vorliegende Erhebung kann keinen wesentlichen Beitrag zu dieser Erkenntnislage leisten, da hier eher die *Art und Weise* als die Wirksamkeit der eigenen Praxis im Zentrum des Interesses steht.

8.2.2.3. *Kompetenzförderung in ärztlicher Trauerbegleitung – Potenziell effektiv, rückständig, kaum erforscht*

Bekräftigt wird hingegen der Eindruck, dass der praktische Kompetenzerwerb in Trauerbegleitung im Medizinstudium wenig Platz findet und dadurch erst mit der Berufstätigkeit, zum Beispiel durch Handlungslernen im realen trauerbegleitenden Kontakt oder über singuläre, freiwillige

Weiterbildungsmaßnahmen ([Efstathiou et al., 2019](#); [Sikstrom et al., 2019](#)) stattfindet.

8.2.2.4. *Barrieren und Wünsche zur ärztlichen Trauerbegleitung*

In bisherigen Studien gefundene Faktoren, die die ärztliche Trauerbegleitungspraxis erschweren, werden teils auch hier berichtet. Dazu gehört etwa das Gefühl unzureichender Vorbereitung (z.B. während dem Medizinstudium) auf die Anforderungen der Trauerbegleitung ([Kusano et al., 2012](#); [Low et al., 2006](#); [Naef et al., 2020](#)) oder der Mangel an institutioneller Hilfe im Krankenhaussetting ([Ellison & Ptacek, 2002](#); [Kusano et al., 2012](#); [Naef et al., 2020](#)). Allerdings werden sie hier zwar als Belastung, jedoch nicht als Hindernis dargestellt.

Häufig beklagte Hindernisse zur eigenen Trauerbegleitungspraxis, wie der Zeitmangel im klinischen Alltag ([Chau et al., 2009](#); [Corn et al., 2010](#); [Granot et al., 2016](#); [Kusano et al., 2012](#); [Naef et al., 2020](#)) die Angst vor psychischer Überlastung ([Corn et al., 2010](#); [Granot et al., 2016](#)) oder die gesamthafte Ablehnung von Trauerbegleitung als Teil der eigenen Rolle ([Corn et al., 2010](#); [Naef et al., 2020](#)) sind bei den hier interviewten Respondenten nicht zu auszumachen.

8.2.2.5. *Subjektive Motivationen zu ärztlicher Trauerbegleitung*

Das in bisherigen Untersuchungen vorgefundene Verständnis, dass die trauerbegleitende Betreuung von Patienten eine bedeutende *ärztliche* ([Granot et al., 2016](#)) und insbesondere *allgemein- bzw. familienärztliche* ([Lemkau et al., 2000](#); [Saunderson & Ridsdale, 1999](#)) Funktion darstellen kann, manifestiert sich insbesondere im Gespräch mit zwei der Respondenten.

Auch die Realisation der auf *einzigartige Weise zur Hilfe befähigten Position als ärztlicher Behandler* des Sterbenden kann als Motivation und Imperativ dazu dienen, Hinterbliebenen im Nachfeld des Todes – zum Beispiel bei der Beerdigung – als Gesprächspartner zur Verfügung zu stehen. Zwei Aspekte

dieser Einzigartigkeit werden auch von den Respondenten angesprochen: Zum einen kann die Kenntnis des medizinischen Falls des Patienten dazu dienen, z.B. nachträgliche Zweifel an der Richtigkeit von kurativen bzw. palliativen Behandlungsentscheidungen auszuräumen ([Irvine, 1985](#)). Auch kann sich im Kontakt mit Hinterbliebenen vermitteln, dass der Verlust den Behandler auf mitmenschlicher Ebene erreicht und damit eine intersubjektive Dimension des Verlusts schaffen, welche dabei helfen kann, diesen emotional besser zu fassen ([Irvine, 1985](#)).

[Markowitz \(1990\)](#) beschreibt Trauerbegleitung (hier die Beerdigung im Speziellen) als *geheiligte*, ehrenhafte Erweiterung der ärztlichen Rolle, während [Saunderson und Ridsdale \(1999\)](#) sie als Übergang in die Rolle des *Mitmenschen* darstellen. Eine Vorstellung von ärztlicher Trauerbegleitung als mitmenschliche bzw. quasi-religiöse Handlung findet sich bei einem der Respondenten.

Der weitergeführte Kontakt mit Hinterbliebenen im Nachfeld des Todes kann für Ärzte als Mittel zur *Selbstfürsorge* dienen ([Zambrano et al., 2017](#)). Dies wird auch von den Respondenten berichtet: Er eröffnet einen Raum für eigene Trauer ([Markowitz, 1990](#)), insbesondere bei tiefergehenden Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehungen ([Saunderson & Ridsdale, 1999](#))

Ebenfalls kann die Teilnahme am Trauerprozess der Hinterbliebenen als Chance wahrgenommen werden, sich persönlich und professionell *weiterzuentwickeln*, z.B. indem die Themen des Todes und des Verlusts reflektiert werden oder die eigene Betreuung bzw. soziale Kompetenz re-evaluiert wird ([Morris, 2009](#); [Zambrano et al., 2014](#)). Der zwischenmenschliche Kontakt kann darüber hinaus allen Beteiligten dabei helfen, zumindest im Nachhinein die möglicherweise als steril erlebte medizinische Sphäre im Kontext der gesamthaften, vielfältigen, „humanen“ Lebens- und Beziehungswelt wiederzuerkennen und damit zu relativieren ([Irvine, 1985](#); [Srivastava, 2009](#)).

8.2.3. Medizinisch-psychologische Trauerkonzepte

Von den im Grundlagenkapitel vorgestellten Trauerkonzepten wurde lediglich ein an die Vorstellungen von Sigmund Freud angelehntes Verständnis von Trauer als Verarbeitungsprozess von Verlustschmerz explizit angesprochen, welcher in Gang kommen muss und als pathologisch gilt, wenn er sich „melancholisch perpetuiert“.

Weitere konkrete Anschauungen zu den im Grundlagenteil besprochenen Trauerkonzepten (z.B. Verlust- vs. Restaurationsorientiertes Coping, Relinquishing vs. Continuing Bonds, der Bindungsstil oder auch Mentale Repräsentationen) wurden nicht geäußert. Dennoch finden sich in den Erzählungen der Respondenten wiederholt Szenarien, in welchen eine Manifestation obiger Konzepte erkannt werden kann:

Diese Überlegung, dass durch die Beschäftigung mit kognitiv und emotional fordernden Aufgaben negative Emotionen minimiert werden können, findet sich ebenfalls unter den Respondenten. Sie kann auch in der Konzeptualisierung eines adäquaten Trauerprozesses nach ([Bonanno & Kaltman, 1999](#)) wiedergefunden werden oder im Sinne einer Restaurationsorientierung im Dualen Prozess-Modell nach ([Schut, 1999](#)). Diese Funktion einer Ablenkung wird auch in der trauerbegleitenden Strategie des „jemandem-eine-Freude-machens“ realisiert, welche in den Interviews erwähnt wird.

Geschichten, die vor dem Tod des Sterbenden oder während der Schiwa-Periode mit den Hinterbliebenen geteilt werden können als erster Schritt zu oder Bereicherung mentaler Repräsentationen im Sinne einer „Sekundären Kontrolle“ nach ([Boerner & Heckhausen, 2003](#)) gesehen werden, die den Trauernden z.B. als tröstliches oder orientierendes Mittel im Leben dienen und dabei helfen können, die ehemals reale, gelebte in eine innere Beziehung zu transformieren.

Im Verbot, während der ersten 30 Tage nach dem Verlust („Schloshim“) den Friedhof zu besuchen, wird ein zeitlicher Puffer erkannt, der verhindern kann,

dass die Hinterbliebenen aus Verzweiflung und der Unfähigkeit heraus, den Tod emotional zu fassen, den Toten bspw. ausgraben, um ihn „ins Leben zurückzuholen“. Dieser Akt kann als illusionärer Versuch gewertet werden, im Sinne der „Theorie Mentaler Repräsentationen“ „primäre Kontrolle“ über den Tod auszuüben oder auch als „Hyperaktivierung“ des Bindungssystems während der zweiten Phase des Bowlby'schen Prozesses zur Lösung zwischenmenschlicher Bindungen ([Stroebe et al., 2019](#)).

Mentale Repräsentationen des Verstorbenen können sich in ihrer Färbung bzw. emotionalen Funktionalität möglicherweise postum noch verändern, z.B. wenn neue Informationen über das Leben des oder die Beziehung der Hinterbliebenen zum Verstorbenen offenbar werden. Hier können dann zweifelnde Fragen entstehen, wie: „Warum hat er es mir nie erzählt?“. Auch ein überraschender Suizid kann zu nachträglichen Zweifeln führen, inwieweit die man inneren Zustände der so verschiedenen Person tatsächlich gekannt hat (gemäß: „Wie schlecht ist es ihm/ihr wirklich gegangen, sodass sie nur noch diesen Ausweg gefunden hat?“) und somit die mentale Repräsentanz derselben verändern.

Auch können Interaktionen im Licht von Konzeptualisierungen traumatischer Trauer betrachtet werden ([Neimeyer et al., 2006](#); [Stroebe et al., 2019](#)). So generiert sich aus den Interviews eine Vorstellung, wie von einem schweren Verlust betroffene Hinterbliebene möglicherweise versuchen können, einen schwerwiegenden persönlichen Verlust emotional „zu fassen zu bekommen“: Das stete Wiedergeben der Geschichte des Verlusts könnte dazu dienen, über das Erleben des Reaktionsverhaltens der jeweiligen Gesprächspartner (als „Spiegel“ des Geschehenen) die tiefgreifende Bedeutung des Verlusts vor sich selbst zu manifestieren und sie sich somit emotional im Sinne eines „Meaning Making“ zu „erarbeiten“

„Trauer davor war manchmal anstrengender als die Trauer nach dem Tod“. Diese Aussage eines der Respondenten kann als Bezugnahme auf das Phänomen einer dem Tod vorausgehenden Trauerreaktion verstanden werden, dem „Preloss Grief“ ([Nielsen et al., 2016](#)).

Die Diagnose der Anhaltende Trauerstörung nach ICD-11 wird von keinem der Respondenten erwähnt.

8.2.4. Trauer aus halachischer Sicht & psychologische Rezeption

Die Einsichten zweier Respondenten (gemäß: „Man kann grob einschätzen, wie sich Trauer für einen anderen anfühlt (Universalität), aber man kann Trauer unterschiedlicher Menschen nicht gleichsetzen (Individualität)“ und „Das Erleben von Verlusten gehört zum Leben dazu (Universalität), aber die Trauer um die individuelle Beziehung zum Verstorbenen ist trotzdem eine einsame Angelegenheit (Individualität)“) über die gleichzeitige Universalität und Individualität von Trauer manifestieren sich in der zwischenmenschlichen Dynamik auch beim Kaddisch- bzw. Jiskor-Ritual. Hinterbliebene stehen im „Minjan“ (Betgemeinschaft) beisammen, in der Absicht, der Verstorbenen der Gemeinde zu gedenken. Dennoch verweilt innerlich jeder bei der Trauer um seine eigenen verstorbenen Angehörigen. Eine solche Dualität kann auch im Trostspruch der Kondolierenden während der Schiwa erkannt werden: „Hamakom yenachem etchem betoch scha'ar avelay tziyon viyruschalayim“ (המקום ינחם אתכם בתוך שאר אבלי ציון וירושלים) – „Der Ewige tröste dich inmitten der Übrigen, die um Zion und Jerusalem trauern“.

8.3. Limitationen der Studie

8.3.1. Keine stichhaltigen quantitativen Aussagen möglich

Zur Beurteilung der wissenschaftlichen Güte dieser Studie wurden Kriterien zugrunde gelegt, welche sich für *qualitative* Ansätze eignen. Hierzu gehören keine methodischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Stichhaltigkeit *quantitativer* Aussagen. Jegliche Darlegung über eine mögliche quantitative Verteilung der in den Interviews beschriebenen Verhaltensweisen, Ansichten und Erfahrungen in der Grundgesamtheit der untersuchten Personengruppe (in München arbeitende, jüdische Ärzte) soll als Vermutung des Autors gelten.

8.3.2. Durch Stichprobenhomogenität begünstigte Homogenität der Erhebungsdaten

Das Schneeballprinzip, welches zur Stichprobenakquisition angewandt wurde, beruht auf bestehenden Bekanntschaftsverhältnissen ausgehend vom Studiendurchführenden. Gemeinsamkeiten innerhalb eines solchen Netzwerks können dazu führen, dass die erhobenen Informationen eine gewisse Homogenität aufweisen, die von der Verteilung in der Gesamtkohorte abweicht. Dieser Effekt kann darüber hinaus dadurch verstärkt werden, dass die alle Respondenten aktuell niedergelassen arbeiten, Mitglied derselben jüdischen Gemeinde und Zeitzeugen der Shoa oder Nachkommen derselben in zweiter und dritter Generation sind.

Da man sich zugunsten einer tiefergehenden Analyse der Erhebungsdaten für ein *kleines* Sample von sechs Respondenten entschieden hat, ist davon auszugehen, dass sich der Homogenitätseffekt nur eine untergeordnete Rolle spielt. Dies spiegelt sich in den Auswertungsprozess wider, bei welchem keine Datensättigung wahrgenommen wurde. Folglich wurde auch keine konzeptuelle Repräsentativität erreicht. Stattdessen werfen die Interviewerkenntnisse kontrastreiche, explorative Schlaglichter auf die innere und Lebenswelt der Respondenten.

8.3.3. Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit des Studienthemas

Bei Erhebungen zu Themen, welche gesellschaftlichen Normen unterworfen sind, besteht die Gefahr systematischer Ergebnisverzerrungen. Potenzielle Probanden bzw. Interviewpartner, die sich in Bezug auf ein untersuchtes Verhalten nicht gemäß der sozialen Erwünschtheit verhalten, lehnen eine Teilnahme an derartigen Studien möglicherweise eher ab und von Teilnehmenden werden die Fragen eventuell eher in Richtung des sozial angeseheneren Verhaltens beantwortet („Bias der sozialen Erwünschtheit“). Trauerbegleitung ist sozial erwünscht, jedoch auch auf mannigfaltige Art für Begleitende herausfordernd. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich

Ärzte eher zu einer Teilnahme an derartigen Studien bereit erklären, wenn sie Trauerbegleitung als Teil des ärztlichen Berufsbildes unterstützen und praktizieren. In den Erhebungen selbst bietet es sich an, sich selbst entsprechend der vermuteten sozialen Erwünschtheit darzustellen. Dies kann dazu führen, dass die Studienergebnisse möglicherweise stärker in eine solche Richtung tendieren, als es der tatsächlichen durchschnittlichen Haltung der untersuchten Kohorte entspricht ([Tourangeau & Yan, 2007](#)). Vorliegende Studie lässt beide Wege der Verzerrung hin zu sozialen erwünschten Ergebnissen zu, sodass eine derartige Einflussnahme nicht ausgeschlossen werden kann. Jedoch stehen dem eine Vertrauensbasis zwischen den Respondenten und dem Interviewer durch ihren gemeinsamen jüdischen Hintergrund sowie eine vorbestehende freundschaftliche Verbundenheit bzw. Bekanntschaft aus der gemeinsamen jüdischen Gemeinde gegenüber, welche authentische Äußerungen fördern kann.

8.3.4. Inkonsistenzen in der Interviewführung

Als Erzählstimulus zu Beginn des Gesprächs nutzte der Interviewer die derzeitige Version des Studientitels: „*Welche* Unterstützung vermitteln Ärzte trauernden Angehörigen? Qualitative Interviews mit jüdischen Ärzten. Was fällt Ihnen dazu sein?“. Dass (z.B. anstatt „inwiefern“) die Formulierung „welche“ genutzt wurde, könnte eine Erwartung bzw. Erwünschtheit dahingehend suggeriert haben, dass Ärzte Trauernde begleiten *sollen* und gar nicht erst eruiert werden müsse, ob Trauerbegleitung *überhaupt* vom jeweiligen Respondenten als ärztliche Aufgabe erachtet wird.

Die Eingangsfrage zu Beginn des Interviews sollte stets den Arbeitstitel der Studie enthalten: „*Welche* Unterstützung vermitteln Ärzte *trauernden Angehörigen*? Qualitative Interviews mit jüdischen Ärzten“. Daraufhin sollte gefragt werden, was den Respondenten zu diesem Titel einfällt. Im ersten Interview formulierte der Interviewer den Titel jedoch versehentlich anders: „*Welche* Unterstützung vermitteln Ärzte *Angehörigen verstorbener Patienten*? Qualitative Interviews mit jüdischen Ärzten“ (A, 1). Diese Frage vernachlässigt

Konstellationen, in welchen der Versterbende bzw. Verstorbene *kein* Patient des Respondenten ist/war. Später im Gespräch erweiterte der Interviewer den Begriff des Betreuten auf jegliche Trauernden. Es ist jedoch möglich, dass der Respondent solche Konstellationen in seinen Ausführungen zunächst nachrangig behandelt.

In den ersten zwei Interviews (Respondenten A und B) erfragte der Interviewer des Weiteren nicht explizit die selbsteingeschätzte Religiosität und Spiritualität, weshalb sich Erkenntnisse über diese, wenn überhaupt nur aus den Aussagen im dahingehend gelenkten Gesprächsverlauf ergeben haben.

Auch wurde bei keinem der Respondenten konkret erfragt, inwiefern die einen Zusammenhang zwischen der eigenen Spiritualität bzw. Religiosität und der Trauerbegleitung bzw. den trauerbezogenen Ansichten vermutet wird. Jegliche Interpretationen in Bezug auf dieser Frage leistet der Autor auf der Grundlage des Gesamtinhalts der jeweiligen Interviews.

8.3.5. Passung von Methodik und Auswertungsgegenstand

Wie im Kapitel „5.2.2.2.1.5 Gegenstandangemessenheit der Methodenwahl“ auf Seite 64 bereits dargelegt wurde, hätte möglicherweise die Verwendung einer weniger systematischen Auswertungsmethode (wenn gar schwerer nachvollziehbar) unter einem geringeren Aufwand und mit einem möglicherweise geringeren Risiko für Flüchtigkeitsfehler zu ähnlichen Erkenntnissen geführt. Dasselbe gilt für die Verwendung der MaxQDA-Software, welche zwar durch ihren stärker strukturierten Aufbau weniger Freiheitsgrade erlaubt als eine tabellenbasierte Software, jedoch potente Werkzeuge bietet, mit welchen der Auswertungsdurchsatz deutlich erhöht werden kann.

8.4. Stärken der Studie

8.4.1. Originalität von Fragestellung und Stichprobe

Bei vorliegender Arbeit handelt es sich nach den Erkenntnissen der Literaturrecherche um die erste ihrer Art: Interviews mit jüdisch-deutschen Ärzten über Verlust, Trauer und ärztliche Trauerbegleitung.

8.4.2. Ermöglichen des Zusammenspiels von Emik und Etik

Vorliegende Studie vereint auf mehreren Ebenen die emische mit der etischen Perspektive. So wirkt sich ein Teil der soziodemografischen Merkmale des Forschers förderlich auf die *emische* Perspektive der Studie aus, da sie sich mit denen der Respondenten überschneiden. Hierzu zählt zum einen der gemeinsame jüdische Lebenskontext (die kulturelle und liturgische Prägung, die von der Shoa beeinflusste Familiengeschichte, die Mitgliedschaft in derselben Gemeinde) sowie der medizinische Hintergrund. Die Vertrauensbasis durch den gemeinsamen Lebenskontext der Respondenten und des Interviewers sowie ihrer vorbestehenden Bekanntschaft hat so möglicherweise nicht nur zu einer Entscheidung Ersterer geführt, *authentische* Aussagen zu tätigen (vgl. soziale Erwünschtheit), sondern möglicherweise auch zu einer insgesamt größeren Offenheit – z.B. durch im Form der Offenlegung mehr persönlicher und damit *emischer* Sachverhalte – geführt haben, als es bei einander unbekanntem Interviewpartnern unterschiedlicher soziodemografischer Merkmale der Fall gewesen wäre. Diese könnten auch dazu beigetragen haben, dass jeder der Respondenten sich mit Begeisterung am Erkenntnisprozess beteiligte.

Da sich der Forscher in den Interviews jedoch nicht nur mit diesen Merkmalen präsentiert, sondern auch als qualitativer Wissenschaftler mit Außenperspektive und Generalisierungsauftrag auftritt, bringt er in der intersubjektiven Wahrnehmung und darauf basierenden Interaktionsdynamik zwischen ihm und den Respondenten auch eine *etische* Komponente ein, sodass diese

möglicherweise dazu angeregt wurden, diese Perspektive ebenfalls in ihren Ausführungen zu berücksichtigen.

Auch in der Analyse der Erhebungsdaten findet sich die Verschmelzung der emischen und etischen Herangehensweise wieder. Denn auch die durch die Auswertung der Interviews entstehende Kategorienhierarchie wird sowohl deduktiv, d.h. aus dem externen Forschungsinteresse und der Denksystematik der zugehörigen medizinischen Forschung heraus und mit vergleichender bzw. universalisierender Intention (entspricht der etischen Perspektive) als auch induktiv, d.h. ausgehend von der inneren Logik der Erzählungen und Argumentation der Respondenten (entspricht der emischen Betrachtungsweise) erschlossen. Die Strukturierung der Arbeit in Einzelinterviews mit Fokus auf die jeweils eigene narrative Kohärenz der Erzählungen der Respondenten (emisch), welche in der Gesamtauswertung mit dem Versuch des Autors komplettiert wird, durch medizinische, psychologische, soziologische und philosophische etc. Überlegungen Zusammenhänge im Geflecht der Darlegungen der Respondenten zu finden (etisch), folgt dieser Logik.

Wie für eine wissenschaftliche Untersuchung üblich, besteht auch bei vorliegender Arbeit im Makrokontext der umgebenden Forschungslandschaft die Intention eines etischen Vergleichs unterschiedlicher Kohorten. Dieser soll mittelfristig durch eine Schwesterstudie mit einer Stichprobe von Ärzten anderer religiöser Ausrichtung realisiert werden.

8.5. Inwiefern das Forschungsinteresse befriedigt wurde

Die Erhebung brachte Erkenntnisse hervor, welche sowohl das Verständnis jüdisch-deutsch-ärztlicher Perspektiven auf Trauerbegleitung und das Thema Trauer als auch den diesbezüglichen klinischen Diskurs bereichern können:

Es zeigte sich, dass die Intensität des Engagements Trauerbegleitender variiert und einer Vielzahl an Einflüssen unterliegt. Bei emotional besonders engem Kontakt mit (Sterbenden und ihren) trauernden Angehörigen ergeben sich

möglicherweise in besonderer Weise herausfordernde Konstellationen, trauerbegleitenden Funktionen und emotionalen Verflechtungen.

Auch enthält die Aufgabe der Trauerbegleitung interaktionelle Phänomene zwischen Begleitenden und Begleiteten, welche bis heute hauptsächlich durch historisch gewachsene und wenig „medizinalisierte“ Begriffe beschrieben werden, wie z.B. „Mitgefühl“, „für jemanden da sein“, „jemandem eine Freude machen“. In den hier geführten Interviews zeigt sich, dass diese Begrifflichkeiten einen tieferen Bedeutungsraum für sich beanspruchen, sowohl aus der Perspektive der Empfänger als auch der der „Praktizierenden“.

Es wurden des Weiteren Muster im Verhalten der Trauerbegleitenden offenbar, aus welchen das Modell des „Ausdrücken-lassens, gemeinsamen-Verstehens und Entwickeln des Verlusterlebens“ Trauernder synthetisiert werden konnte. Hier finden sich teils bekannte Herangehensweisen an die Interaktion mit Hinterbliebenen wieder, jedoch in einer konzeptualisiert in einer kompakten und miteinander assoziierten Form.

Auch die Vorstellungen der Respondenten über das Konzept und den Begriff der Trauer selbst zeigen auf, inwiefern dieses aus verschiedenen Perspektiven (medizinisch, psychologisch, philosophisch, religiös, soziologisch etc.) verstanden, erörtert und diskutiert werden kann. Dasselbe gilt für Rollenverständnisse und Verantwortlichkeitsgrenzen, innerhalb welcher ärztliche Trauerbegleitung praktiziert werden kann.

Die Respondenten konnten durch ihre Darlegungen einen Einblick darüber geben, inwiefern sich ihre Lebenserfahrungen in ihrer Trauerbegleitungspraxis und ihren trauerbezogenen Haltungen niedergeschlagen haben könnte: Neben der Bedeutung privater und beruflicher Erfahrungen mit Trauer und Verlusten sowie der aktiven, immersiven Beschäftigung mit religionsethischen Fragen lässt sich auch eine bedeutende Assoziation zur jüdischen Verfolgungsgeschichte bis zur Shoa erkennen, welche auf unterschiedlichen Wegen das trauerbezogene Handeln, Denken und Fühlen der Respondenten prägt.

8.6. Fragestellungen für künftige Forschung

Die vorliegende Studie konnte mit der detaillierten Untersuchung einer kleinen Gruppe jüdisch-deutscher Ärzte erste Erkenntnisse über ihr Verhältnis zu ärztlicher Trauerbegleitung und Trauer offenbaren. Diese schlaglichtartige Exploration kann als Grundstein für validierende und vergleichende Folgestudien gesehen werden:

Erhebungen mit einer größeren Stichprobe könnten Hinweise darüber liefern, welche statistische Relevanz die hier aufgetretenen Themen in Bezug auf die Grundgesamtheit der Kohorte haben und wie weit entfernt man sich in dieser Studie von einer Datensättigung befindet. Zur weiteren Quantifizierung dieser Daten können schriftliche Erhebungen mittels Ratingskalen dienen.

Um das in dieser Arbeit angestrebte Forschungsinteresse eines interkulturellen Vergleichs weiter zu verfolgen, könnten Befragungen mit Ärzten anderer ethno-religiöser Hintergründe durchgeführt werden. Auch bietet es sich an, Verhaltens- und Haltungsunterschiede in Bezug auf Trauerbegleitung unter verschiedenen jüdisch-religiösen Strömungen (z.B. orthodox, liberal, traditionell etc. in Bezug auf die Relevanz religiöser/spiritueller Inhalte), deutschen Juden unterschiedlicher Generationen (z.B. Zeitzeugen, zweite, dritte und vierte Generation nach der Shoa in Bezug auf die Relevanz verfolgungsbezogener Erfahrungen) oder der hier untersuchten Kohorte Ärzte weiterer Bevölkerungsgruppen gegenüberzustellen, welche (oder deren Vorfahren) Opfer traumatischer Verfolgung gewesen sind.

Es wäre darüber hinaus interessant, ärztlichen Betrachtungsweisen mit Perspektiven Hinterbliebener und Sterbender zu vergleichen. Insbesondere Fragestellungen rund um die Wahrnehmung ärztlichen Verhaltens und die Zufriedenheit Betroffener mit dieser würden zur Validierung der Trauerbegleitung dieser Kohorte beitragen. Im Rahmen von Fokusgruppen könnten diese Perspektiven gar simultan im Rahmen eines gegenseitigen Austauschs untersucht werden.

8.7. Konklusion

Mit dieser Untersuchung wurden drei persönliche Anliegen des Interviewers, Auswerters und Autors manifest:

Die Frage nach „*guter*“ *Trauerbegleitung*,

die Frage nach der *Essenz* „*jüdischer*“ *Trauerbegleitung*

und die Frage nach dem *Ursprung* „*jüdischer* *Trauerbegleitung*“.

Sie können jedoch auch verstanden werden als

die Frage nach dem *richtigen Tun*,

die Frage nach der *eigenen* *Essenz*

und die Frage nach dem *eigenen* *Ursprung*.

Ob sich letztere drei Fragen für den Autor mit dieser Untersuchung beantworten, muss offengelassen werden.

Jedoch besteht die Hoffnung, dass die Mühe aller am Entstehen dieser Arbeit beteiligten Individuen dazu beiträgt, jüdisch-ärztliche Trauerbegleitung in ihren Eigenheiten und Besonderheiten zu beleuchten, ihre Entstehung nachzuvollziehen und aus ihrem Zugang hilfreiche Ansätze für den fachlichen Diskurs zu gewinnen.

9. Literaturverzeichnis

- Bedell, S. E., Cadenhead, K. & Graboys, T. B. (2001). The doctor's letter of condolence: Mass Medical Soc.
- Belkin, D. (2017). *Jüdische Kontingentflüchtlinge und Russlanddeutsche*. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdosiers/252561/juedische-kontingentfluechtlinge-und-russlanddeutsche> [Zugriff: 06/01/2022].
- Berry, J. W. (1999). Emics and Etics: A Symbiotic Conception. *Culture & Psychology*, 5(2), 165-171.
- Birmpilis, A. (2007). Why don't the doctors attend the funerals of their patients who die? *MedGenMed*, 9(3), 49.
- Boerner, K. & Heckhausen, J. (2003). To have and have not: Adaptive bereavement by transforming mental ties to the deceased. *Death Stud.*, 27(3), 199-226.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: eine praxisorientierte Einführung*: Springer-Verlag.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychol. Bull.*, 125(6), 760-776.
- Casarett, D., Kutner, J. S., Abrahm, J. & End-of-Life Care Consensus, P. (2001). Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann. Intern. Med.*, 134(3), 208-215.
- Chau, N. G., Zimmermann, C., Ma, C., Taback, N. & Krzyzanowska, M. K. (2009). Bereavement practices of physicians in oncology and palliative care. *Arch. Intern. Med.*, 169(10), 963-971.
- Collins-Tracey, S., Clayton, J. M., Kirsten, L., Butow, P. N., Tattersall, M. H. & Chye, R. (2009). Contacting bereaved relatives: the views and practices of palliative care and oncology health care professionals. *J. Pain Symptom Manage.*, 37(5), 807-822.
- Corn, B. W., Shabtai, E., Merimsky, O., Inbar, M., Rosenbaum, E., Meirovitz, A. et al. (2010). Do oncologists engage in bereavement practices? A survey of the Israeli Society of Clinical Oncology and Radiation Therapy (ISCORT). *Oncologist*, 15(3), 317-326.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A. & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychol. Bull.*, 134(5), 648-661.

- Doering, B. & Rosner, R. (2018). Behandlung der anhaltenden Trauerstörung. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 20(11), 38-43.
- Dresing, T. & Pehl, T. J. A. u. R. f. r. q. F. (2013). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. 5, 813-829.
- Eckensberger, L. H. (2015). Integrating the Emic (Indigenous) with the Etic (Universal)—A Case of Squaring the Circle or for Adopting a Culture Inclusive Action Theory Perspective. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 45(1), 108-140.
- Efstathiou, N., Walker, W., Metcalfe, A. & Vanderspank-Wright, B. (2019). The state of bereavement support in adult intensive care: A systematic review and narrative synthesis. *J. Crit. Care*, 50, 177-187.
- Ellison, N. M. & Ptacek, J. T. (2002). Physician interactions with families and caregivers after a patient's death: current practices and proposed changes. *J. Palliat. Med.*, 5(1), 49-55.
- Field, D., Reid, D., Payne, S. & Relf, M. (2006). Adult bereavement in five English hospices: participants, organisations and pre-bereavement support. *Int. J. Palliat. Nurs.*, 12(7), 320-327.
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (1995). Qualitative Forschung. *Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt, 227.
- Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In *Gesammelte Werke* (Bd. 8, S. 376-387).
- Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzissmus. In *Gesammelte Werke* (Bd. 10, S. 137-170).
- Freud, S. (1917e [1915]). Trauer und Melancholie. In *Gesammelte Werke* (Bd. 10, S. 428-446).
- Freud, S. (1975). Schriften zur Behandlungstechnik. In *Studienausgabe*.
- Freund, H., Böhringer, S., Utsch, M. & Hauth, I. (2018). Religiosität und Spiritualität in der Facharztweiterbildung. *Der Nervenarzt*, 89(5), 539-545.
- Frick, E. (2009). Freud on Death: Does the Work of Mourning Entail the Breaking or Maintaining of Attachment? *Rev. Port. Filosof.*, 65, 1219-1233.
- Frick, E. (2018). Emisch / etisch. *Spiritual Care*, 7(1), 99-100.
- Ghesquiere, A., Shear, M. K. & Duan, N. (2013). Outcomes of bereavement care among widowed older adults with complicated grief and depression. *J. Prim. Care Community Health*, 4(4), 256-264.

- Gläser, J. & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*: Springer-Verlag.
- Granot, T., Gordon, N., Perry, S., Rizel, S. & Stemmer, S. M. (2016). Factors Affecting Communication Patterns between Oncology Staff and Family Members of Deceased Patients: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*, *11*(9), e0162813.
- Guldin, M. B., Vedsted, P., Jensen, A. B., Olesen, F. & Zachariae, R. (2013). Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. *Fam. Pract.*, *30*(2), 134-141.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychol. Rev.*, *102*(2), 284-304.
- Helfrich, H. (1999). Beyond the Dilemma of Cross-Cultural Psychology: Resolving the Tension between Etic and Emic Approaches. *Culture & Psychology*, *5*(2), 131-153.
- Irvine, P. (1985). The attending at the funeral. *N. Engl. J. Med.*, *312*(26), 1704-1705.
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I. & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Affect. Disord.*, *253*, 69-86.
- Jung, C., G. (1911). Wandlungen und Symbole der Libido: Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Denkens. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung*, *3*(1), 120-227.
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Champigneulle, B., Thirion, M., Souppart, V., Gilbert, M. et al. (2017a). Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial. *Intensive Care Med.*, *43*(4), 473-484.
- Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Souppart, V., Galon, M., Champigneulle, B., Thirion, M. et al. (2017b). "It was the only thing I could hold onto, but...": receiving a letter of condolence after loss of a loved one in the ICU: a qualitative study of bereaved relatives' experience. *Crit. Care Med.*, *45*(12), 1965-1971.
- Kentish-Barnes, N., McAdam, J. L., Kouki, S., Cohen-Solal, Z., Chaize, M., Galon, M. et al. (2015). Research Participation for Bereaved Family Members: Experience and Insights From a Qualitative Study. *Crit. Care Med.*, *43*(9), 1839-1845.

- Kim, K., Churilov, L., Huang, A. & Weinberg, L. (2019). Bereavement practices employed by hospitals and medical practitioners toward attending funeral of patients: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*, 98(36), e16692.
- Klass, D. (2006). Continuing Conversation about Continuing Bonds. *Death Stud.*, 30(9), 843-858.
- Kock, M., Berntsson, C. & Bengtsson, A. (2014). A follow-up meeting post death is appreciated by family members of deceased patients. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 58(7), 891-896.
- Kusano, A. S., Kenworthy-Heinige, T. & Thomas, C. R., Jr. (2012). Survey of bereavement practices of cancer care and palliative care physicians in the Pacific Northwest United States. *J. Oncol. Pract.*, 8(5), 275-281.
- Lamm, M. (2000). *The Jewish way in death and mourning*. Middle Village, NY: Jonathan David Publishers.
- Landau, S. E. (2007). Why don't the doctors attend the funerals of their patients who die? *MedGenMed*, 9(3), 49.
- LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T. & Buchanan, M. (2003). Establishing a bereavement program: caring for bereaved families and staff in the emergency department. *Accid. Emerg. Nurs.*, 11(2), 85-90.
- Lemkau, J. P., Mann, B., Little, D., Whitecar, P., Hershberger, P. & Schumm, J. A. (2000). A questionnaire survey of family practice physicians' perceptions of bereavement care. *Arch. Fam. Med.*, 9(9), 822-829.
- Lichtenthal, W. G., Clark, M. E. & Prigerson, H. G. (2011a). 59 - Bereavement care. In M. P. Davis, P. C. Feyer, P. Ortner & C. Zimmermann (Hrsg.), *Supportive Oncology* (S. 624-634). Saint Louis: W.B. Saunders.
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Kissane, D. W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E. C. et al. (2011b). Underutilization of Mental Health Services Among Bereaved Caregivers With Prolonged Grief Disorder. *Psychiatr. Serv.*, 62(10), 1225-1229.
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. 1944. *Am. J. Psychiatry*, 151(6 Suppl), 155-160.
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Stud.*, 34(8), 673-698.
- Low, J., Cloherty, M., Wilkinson, S., Barclay, S. & Hibble, A. (2006). A UK-wide postal survey to evaluate palliative care education amongst General Practice Registrars. *Palliat. Med.*, 20(4), 463-469.

- Lumbeck, G., Brandstätter, M. & Geissner, E. (2012). Erstvalidierung der deutschen Version des „Inventory of Complicated Grief“ (ICG-D). *Z. Klin. Psychol. Psychother.*, 41(4), 243-248.
- Main, J. (2000). Improving management of bereavement in general practice based on a survey of recently bereaved subjects in a single general practice. *Br. J. Gen. Pract.*, 50(460), 863-866.
- Markowitz, J. C. (1990). Attending the funeral of a patient who commits suicide. *Am. J. Psychiatry*, 147(1), 122-123.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*: Beltz.
- McDonnell, M., Cullen, A., Kiberd, B., Mehanni, M. & Matthews, T. (1999). A national model of care service for professionals dealing with sudden infant death. *Ir. J. Med. Sci.*, 168(4), 237-241.
- Meichsner, F., O'Connor, M., Skritskaya, N. & Shear, M. K. (2020). Grief Before and After Bereavement in the Elderly: An Approach to Care. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 28(5), 560-569.
- Milberg, A., Olsson, E. C., Jakobsson, M., Olsson, M. & Friedrichsen, M. (2008). Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *J. Pain Symptom Manage.*, 35(1), 58-69.
- Morris, D. J. (2009). Medical oncologists' experience in attending a funeral and communicating condolences. *Arch. Intern. Med.*, 169(19), 1811; author reply 1811-1812.
- Naef, R., Peng-Keller, S., Rettke, H., Rufer, M. & Petry, H. (2020). Hospital-based bereavement care provision: A cross-sectional survey with health professionals. *Palliat. Med.*, 34(4), 547-552.
- Neimeyer, R., Baldwin, S. & Gillies, J. (2006). Continuing Bonds and Reconstructing Meaning: Mitigating Complications in Bereavement. *Death Stud.*, 30, 715-738.
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F. & Guldin, M.-B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clin. Psychol. Rev.*, 44, 75-93.
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F. & Guldin, M. B. (2017). Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. *J. Pain Symptom Manage.*, 53(3), 540-550.

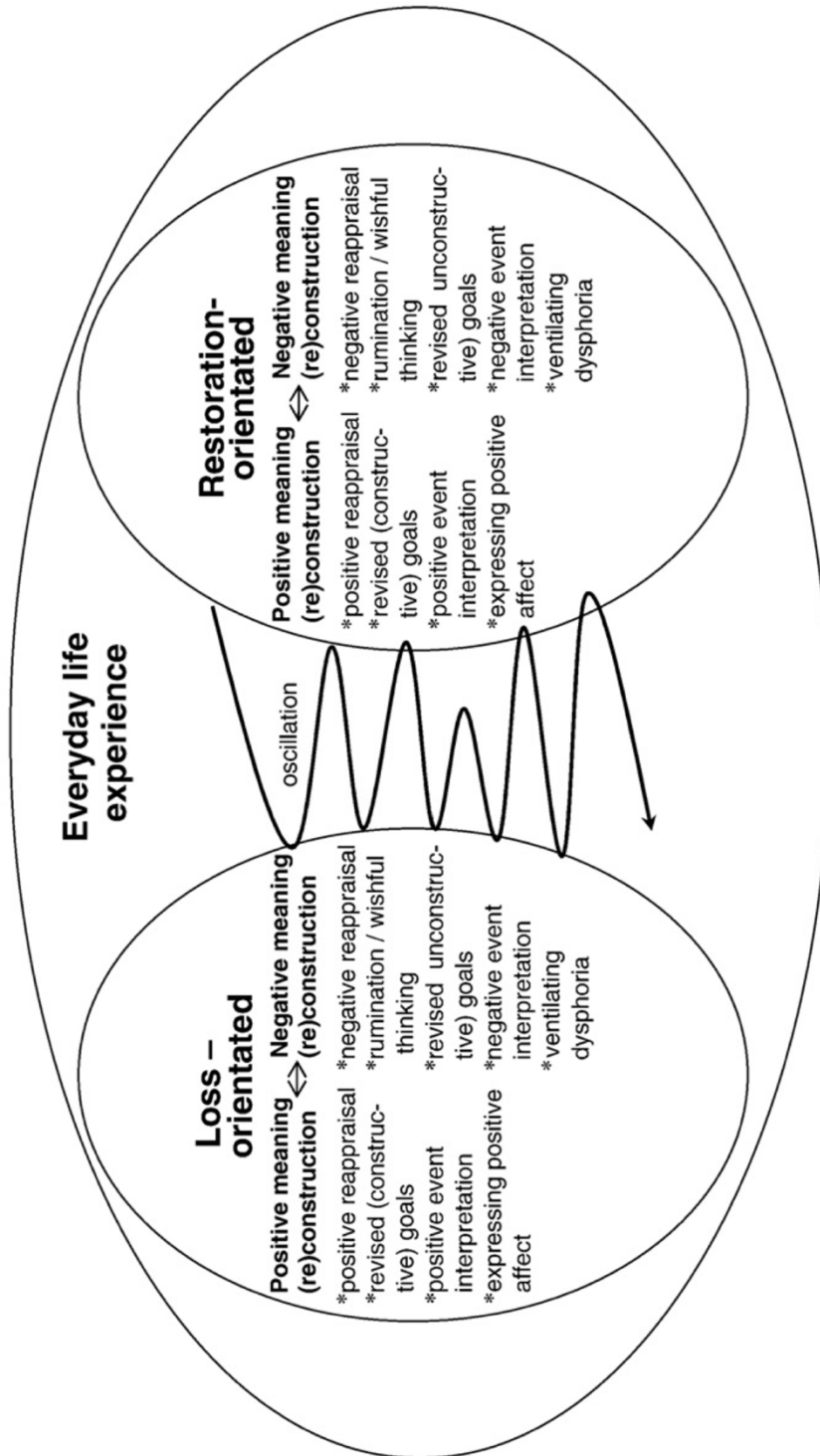
- Pex, J. (o.J.). *Erlangung der Staatsbürgerschaft oder eines Status in Israel – Wie kann man ins Heilige Land einwandern?* Verfügbar unter: <https://lawoffice.org.il/de/einwandern-nach-israel/#> [Zugriff: 06/01/2022].
- Pike, K. L. (1967). *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior* (Bd. 2): Mouton.
- Preiser, C. (2017). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Verfügbar unter: <https://quasus.ph-freiburg.de/qualitative-inhaltsanalyse/> [Zugriff: 04/05/2021].
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V. & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
- Probst, S. & Kucera, T. (2015). *End-of-Life: Jewish Perspectives* (Hrsg. v. Stephan Probst und Tom Kucera).
- Roberts, K. E., Walsh, L. E., Saracino, R. M., Fogarty, J., Coats, T., Goldberg, J. et al. (2019). A Systematic Review of Treatment Options for Grieving Older Adults. *Curr Treat Options Psychiatry*, 6(4), 422-449.
- Rolls, L. & Relf, M. (2006). Bracketing interviews: addressing methodological challenges in qualitative interviewing in bereavement and palliative care. *Mortality*, 11(3), 286-305.
- Saunderson, E. M. & Ridsdale, L. (1999). General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ*, 319(7205), 293-296.
- Schmidt, H. & Schischkoff, G. (1991). *Philosophisches Wörterbuch*: Kröner.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*: Sage Publications.
- Schreier, M. (2014). *Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten*. Paper presented at the Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.
- Schut, M. S., Henk. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Stud.*, 23(3), 197-224.
- Sealey, M., Breen, L. J., O'Connor, M. & Aoun, S. M. (2015). A scoping review of bereavement risk assessment measures: Implications for palliative care. *Palliat. Med.*, 29(7), 577-589.
- Seiler, A., von Känel, R. & Slavich, G. M. (2020). The Psychobiology of Bereavement and Health: A Conceptual Review From the Perspective of Social Signal Transduction Theory of Depression. *Front Psychiatry*, 11, 565239.

- Senthil, K., Serwint, J. R. & Dawood, F. S. (2016). Patient End-of-Life Experiences for Pediatric Trainees: Spanning the Educational Continuum. *Clin. Pediatr. (Phila.)*, 55(9), 811-818.
- Sikstrom, L., Saikaly, R., Ferguson, G., Mosher, P. J., Bonato, S. & Soklaridis, S. (2019). Being there: A scoping review of grief support training in medical education. *PLoS One*, 14(11), e0224325.
- Silverman, P. R., Klass, D. & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis.
- Slochower, J. (2007). Beyond the consulting room: Ritual, mourning and memory. In *On deaths and endings* (S. 96-112): Routledge.
- Slochower, J. (2011). Out of the Analytic Shadow: On the Dynamics of Commemorative Ritual. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(6), 676-690.
- Slochower, J. A. (1996). *Holding and psychoanalysis: A relational perspective*. Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc.
- Srivastava, R. (2009). The service. *N. Engl. J. Med.*, 361(20), 1922-1923.
- Stamann, C., Janssen, M. & Schreier, M. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse-Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung*. Paper presented at the Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2005). To continue or relinquish bonds: a review of consequences for the bereaved. *Death Stud.*, 29(6), 477-494.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport)*, 61(4), 273-289.
- Stroebe, M., Schut, H. & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clin. Psychol. Rev.*, 30(2), 259-268.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2005). Attachment in Coping with Bereavement: A Theoretical Integration. *Rev. Gen. Psychol.*, 9(1), 48-66.
- Stroebe, M. s., Stroebe, W. & Schut, H. A. W. (2019). *Theories of grief and grieving*.
- Stumm, G. (2000). Psychotherapie. In *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 569-570): Springer.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care*, 19(6), 349-357.

- Tourangeau, R. & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychol. Bull.*, 133(5), 859-883.
- Trevino, K. M., Maciejewski, P. K., Epstein, A. S. & Prigerson, H. G. (2015). The lasting impact of the therapeutic alliance: Patient-oncologist alliance as a predictor of caregiver bereavement adjustment. *Cancer*, 121(19), 3534-3542.
- Tufford, L. & Newman, P. (2010). Bracketing in Qualitative Research. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 11(1), 80-96.
- Utsch, M., Anderssen-Reuster, U., Frick, E., Gross, W., Murken, S., Schouler-Ocak, M. et al. (2017). Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spiritual Care*, 6(1), 141-146.
- Wadland, W. C., Keller, B., Jones, W. & Chapados, J. (1988). Sudden, unexpected death and the role of the family physician. *Fam. Syst. Med.*, 6(2), 176-187.
- Werren, S. (2014). *Bioethik und Judentum*. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/bioethik/197720/bioethik-und-judentum#:~:text=Das%20Reformjudentum%2C%20f%C3%BCr%20das%20die,nutzt%20diese%20aber%20lediglich%20optional.> [Zugriff: 12/01/2022].
- Winnicott, D. W. (1964). The importance of the setting in meeting regression in psycho-analysis. *Psycho-analytic explorations*, 96-102.
- Winnicott, D. W. (1971). The use of an object and relating through identifications. *Playing and reality*.
- World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Zugriff: 04/03/2021].
- Yamaguchi, T., Maeda, I., Hatano, Y., Mori, M., Shima, Y., Tsuneto, S. et al. (2017). Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *J. Pain Symptom Manage.*, 54(1), 17-26 e11.
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A. & Crawford, G. B. (2014). The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliat Support Care*, 12(4), 309-316.
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A. & Crawford, G. B. (2017). Attending patient funerals: Practices and attitudes of Australian medical practitioners. *Death Stud.*, 41(2), 78-86.

10. Anhang

10.1. Duales Prozess-Modell der Trauer nach Schut et al.



10.2. Integratives Modell der Trauer nach Stroebe et al.

Attachment theory		Dual Process Model		Mental Representation Theory		Continuing/relinquishing bonds	
A. Style & self/other representations	B. Hyper-/deactivation	C. Orientation	D. Grief reactions	E. Positive & negative appraisal processes	F. Control disposition	G. Processes	H. Adaptiveness
Secure: Self + Other +	Lo hyper-/lo deactivation	LO & RO oscillation	Normal grief	Pos. & neg. oscillation LO & RO	– Balance between primary and secondary control striving	– Transforms mental tie to deceased – Substitution – Connection & disengagement – Little transformation – Little or no substitution (but idealization, sanctification)	CB adaptive: retained but relocated
Insecure-preoccupied: Self – Other +	Hi hyper-/lo deactivation	LO	Chronic grief	Pos. & mostly neg. LO	– Rigid retention of blocked goal	– More connection than disengagement – Little transformation – Devaluation of deceased – Lo substitution	CB maladaptive: need to loosen
Insecure-dismissing: Self + Other –	Lo hyper-/hi deactivation	RO	Absent, inhibited grief	Pos. & neg. RO	– Excessive secondary control disposition	– More disengagement than connection – Confusion re. mental tie/ blocked goal- – Substitution difficult – Disturbed process of connection & disengagement	CB relinquished, maladaptive: denial of bond, need to confront & continue
Insecure-fearful: Self – Other –	Hi hyper-/hi deactivation	LO & RO disturbed oscillation	Complications in grief assimilating/ associated with PTSD	Pos. & mostly neg. disturbed oscillation LO & RO	– Confused control striving (uncoordinated/ imbalanced/ inconsistent)		CB confusion, maladaptive: need to confront, continue, find coherence & then relocate

Self/other – = negative representation of self/other.

Self/other + = positive representation of self/other.

LO = Loss orientation.

RO = Restoration orientation.

CB = Continued bond.

PTSD = Posttraumatic Stress Disorder.

10.3. Interviewleitfaden

Kernfragen	Wichtige Aspekte	Aufrechterhaltung
<p>Das Thema der Studie heißt „Welche Unterstützung vermitteln Ärzte trauernden Angehörigen?“. Was fällt Ihnen dazu ein?</p>	<p>In welchen Situationen kommen Sie mit trauernden Angehörigen in Kontakt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie dies bildlich / näher beschreiben? • Fahren Sie fort!
	<p>Was passiert da zwischen Ihnen?</p>	
	<p>Welche Bedürfnisse oder Anliegen nehmen Sie bei Angehörigen wahr?</p>	
	<p>Inwiefern empfinden Sie es als ärztliche Aufgabe, mit diesen umzugehen?</p>	
<p>Haben Sie prägende Erfahrungen mit (dem Thema) Trauer gemacht?</p>	<p>Mit welchen Werten oder Ansichten bezüglich des Themas Trauer sind Sie in Ihrem Leben in Berührung gekommen?</p>	
	<p>Gibt es Erfahrungen mit Trauer, die Sie als prägend empfinden?</p>	
	<p>Welche Rolle spielt das „Jüdische“ hierbei?</p>	
<p>Inwiefern prägen Sie diese in Ihrem heutigen Umgang mit Trauer(-rnden)?</p>		
<p>Sehen Sie sich als religiös/spirituell?</p>		
<p>Fallen Ihnen noch erwähnenswerte Aspekte ein?</p>		

10.4. Transkriptionsregeln

10.4.1. Grundsätzliches

- Transkription auf Wortsinn-Ebene (nicht lautsprachlich, nicht zusammenfassend)
- Benennung der Interviewpartner: „Interviewer“ und „Befragter“/„Respondent“/„Interviewter“
- Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze mit freien Zeilen dazwischen und mit Zeitmarken
- Speicherung des Transkripts als Rich-Text-Format-Datei (RTF) und Benennung „Transkript Befragter X“

10.4.2. Sprachvariationen

- Wörtliche Rede in Anführungszeichen setzen (z.B. Ich sagte dann „Na schauen wir mal.“)
- Betonte Wörter → GROß
- Unterbrechung durch den Interviewpartner oder eigene sinnverändernde Reformulierung mit („/“) transkribieren
- Bei grammatikalischer, nicht-sinnverändernder Reformulierung nur die Verbesserung transkribieren
- Wortwiederholungen transkribieren, wenn zur Gewichtung der Aussage genutzt
- Pausen von 3 Sekunden Länge mit „(...)“, Pausen von >3 Sekunden Länge mit Sekundenanzahl in Klammern transkribieren: z.B. „(7)“

- Emotionale nonverbale Äußerungen, wie z.B. „(lacht)“, „(atmet hörbar ein)“, etc. transkribieren
- Dialekt und Idiolekt transkribieren
- Redewendungen/Idiome transkribieren („übers Ohr hauen“ statt „über das...“)
- Wortverkürzungen („mal“ statt „einmal“) transkribieren
- Sprachliche Fehler transkribieren → „[sic! → Verbesserung]“
- Wortverschleifungen durch undeutliches Sprechen ans Schriftdeutsch anpassen
- Fülllaute („ähm“ etc.) nicht transkribieren
- Stottern nicht transkribieren

10.4.3. Interaktion

- Alle Verständnissignale des Interviewpartners (z.B. „Mhm.“, „Aha.“) transkribieren, wenn durch sie der Redefluss unterbrochen wird oder wenn sie den Beginn eines Sprecherwechsels darstellen.
- Non-verbale(s) Bejahung/Verneinung/Frage/Nachdenken in Form des „Mhm“ („Mhm.“ (= „Ich verstehe“); „Mhm. (bejahend)“; „Mhm. (verneinend)“; „Mhm? (fragend)“, „Mhm. (nachdenklich)“) transkribieren
- Mit Schweigen angedeutete Aussagen/Teile eines Satzes („...“)
- Bei Sprechüberlappungen den eingeworfenen Teil des Interviewpartners mit „//“ am Anfang und am Ende im Satz des hauptsächlich Sprechenden kennzeichnen. Sprechüberlappungen durch Verständnissignale nur transkribieren, wenn diese in Form von Worten – z.B. „korrekt“; kein „mhm“. Keine überlappenden Verständnissignale transkribieren.

- Störungen des Interviews in Klammern in Klammern transkribieren, wenn dadurch der Redefluss unterbrochen wird: „(Telefon klingelt)“, „(Person öffnet Tür zum Arztzimmer)“

10.4.4. Verständnisschwierigkeiten

- Unverständliche Wörter: „(unv.)“
- Unverständliche Passage: „(unv., „Grund für Unverständlichkeit“)“
- Schlecht verständliche Wörter/Sätze: „(„Wort“?)“

10.4.5. Einheitliche Schreibweisen

- Interpunktion verwenden, um Sinneinheiten nicht zu verfälschen, auch wenn gleichförmig gesprochen wird.
- Abkürzungen („Prozent“ statt „%“, „Meter“ statt „m“)
- Gesprochene Einzelbuchstaben großschreiben („V wie Vogel“)
- Aufzählungen mit großen Buchstaben ohne Klammer („A kann ich nicht, B will ich nicht“)
- Englische Begriffe nach deutschen Rechtschreibregeln behandeln („googeln“ anstatt „googlen“)
- Anredepronomen: „du“ und „ihr“ klein, bei Höflichkeitsanrede „Sie“ und „Ihnen“ groß
- Zahlen
 - Null bis zwölf mit Namen, größere Zahlen in Ziffern, jedoch größere Zahlen mit kurzem Namen transkribieren („zwanzig“ etc.)
 - Mathematische Gleichungen und Dezimalzahlen in Ziffern („1+1=2“ und „1,3“)

- Ungefähre Zahlenangaben als Zahlennamen transkribieren („so um die fünfzigtausend Mann“)
- Konventionen: Straßennamen, Seitenzahlen, Telefonnummern, Datum etc. in Zahlen transkribieren

10.5. Werkzeugkastenmodell nach Margrit Schreier

Im Folgenden dargestellt sind **Schritte** (fett) einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, in welchen sich Fragen (unterstrichen) darüber stellen, welche inhaltsanalytischen *Werkzeuge/Optionen* (kursiv) zur Verfügung stehen.

- **Festlegen der Forschungsfrage**
- **Auswahl des Materials**
 - Welches Material?
Visuell, verbal, Hypertextstruktur, Dokumente, Interviews, Fokusgruppen, Webseiten usw.
 - Welche Auswahlstrategie?
Absichtsvoll, Zufallsverfahren, Ad-hoc-Auswahl
- **Erstellen des Kategoriensystems**
 - Welche Basisstrategie?
Deduktiv, induktiv, deduktiv-induktiv
 - Wenn induktiv – welche Strategie?
Subsumtion, Zusammenfassung, offenes Kodieren, Kontrastierung
 - Welche Aspekte des Materials?
Inhalte allgemein, Handlungen, Emotionen, Werte, Formaspekte allgemein, Elemente von Erzählungen usw.
 - Wie viele Personen?
ForscherIn allein, gemeinsam mit anderen
 - Wie viel Material wird einbezogen?
Spektrum von wenigen Prozent bis 100%

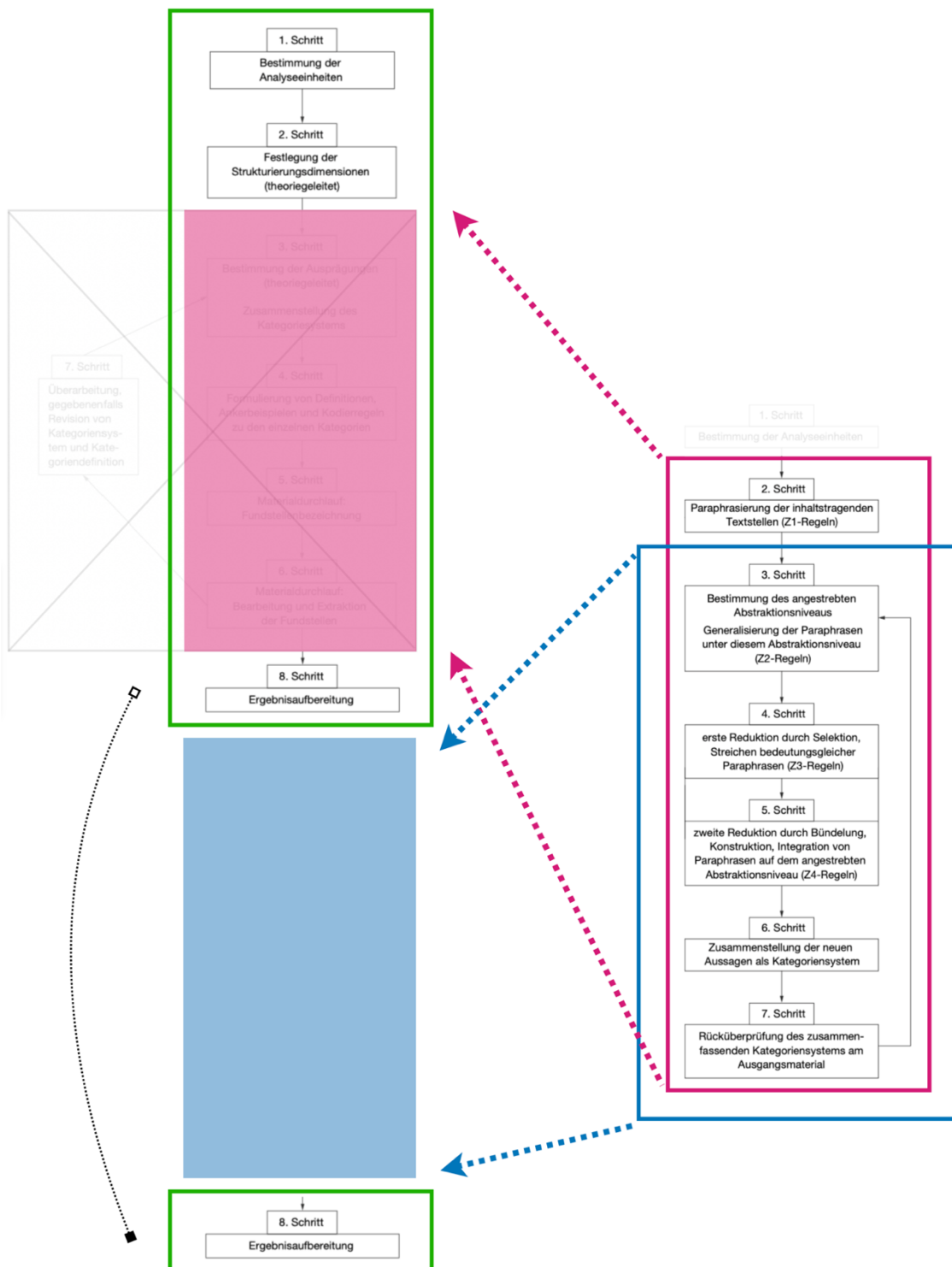
- Abbruchkriterium
Vorher festgelegt, Sättigung
- **Unterteilung des Materials in Einheiten**
 - Welche Einheiten?
Kodiereinheiten, Kontexteinheiten
 - Wie systematisch?
Explizites Markieren, Markieren und Kodieren in einem Schritt
 - Wie viele Personen?
ForscherIn allein, zwei Personen gemeinsam, zwei Personen unabhängig voneinander
 - Wie groß ist die Kodiereinheit?
Spektrum von einzelnen Wörtern bis hin zum gesamten Text
- **Probekodierung**
 - Durchführung einer Probekodierung?
Ja / Nein
 - Wenn ja: Wie viele Personen?
ForscherIn allein, zwei Personen gemeinsam, zwei Personen unabhängig voneinander
- **Evaluation und Modifikation des Kategoriensystems**
 - Art des Kodiervergleichs?
Kodierbesprechung, Berechnung eines Interrater-Koeffizienten (welcher?), beides
- **Hauptkodierung**

- Wie viele Personen?
ForscherIn allein, zwei Personen gemeinsam, zwei Personen unabhängig voneinander
 - Wenn zwei Personen: Aufteilung des Materials?
Beide kodieren alles, beide kodieren unterschiedliche Teile und einen kleineren gemeinsamen Teil
 - Wenn zwei Personen: Umgang mit unterschiedlichen Kodierungen bei unterschiedlichem Textverständnis:
Auslassen der betroffenen Kodiereinheiten, Rücksprache mit dritter Person
 - Wenn zwei Personen: Berechnung eines (weiteren) Interrater-Koeffizienten?
Ja/Nein

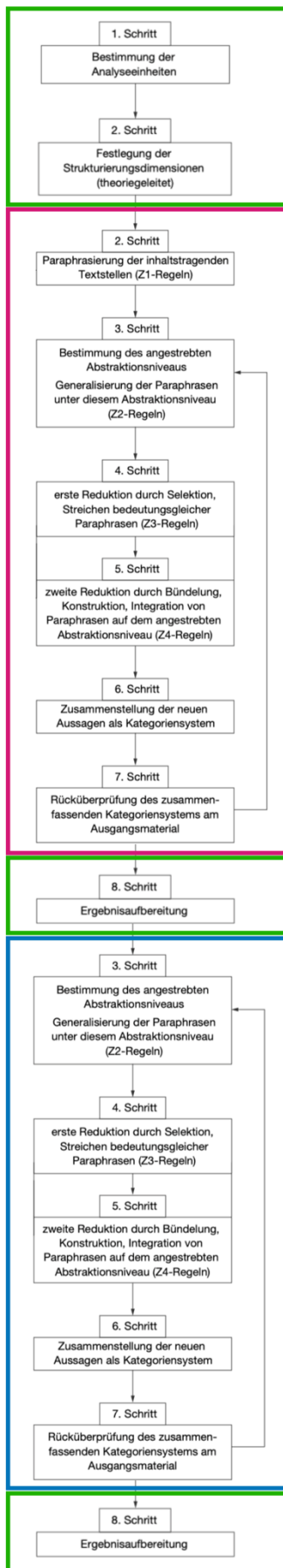
- **Weitere Auswertung und Ergebnisdarstellung**

- Was geschieht mit den Kodierungen?
Anfertigen von Fallbeschreibungen, beschreibende Darstellung des Kategoriensystems, Kombination mit Typenbildung, Kombination mit der Herausarbeitung von Zusammenhängen, Kombination mit Einzelfallanalyse usw.

10.6. Strukturierende Inhaltsanalyse & Zusammenfassung – Ablaufschema



4 Modulare Analysestruktur, Teil 1
(grün: Strukturierende Inhaltsanalyse, pink/blau: Zusammenfassung)



10.7. Kodierleitfaden

Nr.	Hauptkategorien	Definition	Ankerbeispiel	Entscheidungsregel
1	Der Kontakt mit Trauernden und ihren sterbenden Angehörigen	<p>Aussagen über äußere (z.B. Handlungen) und (vermutete) innere (z.B. Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen) Vorgänge der drei betrachteten Parteien innerhalb eines hypothetischen oder tatsächlich stattgehabten Kontaktes zwischen dem Respondenten, Hinterbliebenen bzw. Sterbenden in jedwedem Kontext, in welchem die ärztlichen bzw. helfenden Rolle eine Bedeutung zukommt.</p> <p>Aussagen, die zum Verständnis des Kontaktes beitragen könnten.</p>	<p><u>Äußere Vorgänge:</u> Handlungen, Vorkommnisse etc.</p> <p><u>Innere Vorgänge:</u> Gedanken, Gefühle, Wahrnehmung en etc.</p>	<p>Wenn die untersuchte Sinneinheit nur fraglich und/oder erst im weiteren Kontext Relevanz für diese Hauptkategorie vorweist könnte, soll sie dennoch als diese kodiert werden.</p> <p>Eine Mehrfachkodierung ist möglich.</p>
2	Potenzielle biografische Einflüsse auf den Kontakt und trauerbezogene Ansichten	<p>Aussagen über eigene Erfahrungen mit Trauer und trauerbezogenen Themen und den vermuteten Einfluss derselben auf den Kontakt des Respondenten mit Hinterbliebenen und Sterbenden.</p> <p>Aussagen, die zum Verständnis der lebensgeschichtlichen Einflüsse auf den Kontakt beitragen könnten.</p>	<p><u>Erfahrungen mit Trauer:</u> eigene Trauerfälle, bei Todesfällen im beruflichen Kontext etc.</p> <p><u>Erfahrungen mit trauerbezogenen Themen:</u> Umgang mit dem Thema Trauer in der Kindheit oder im beruflichen Umfeld, Trauer in Religion,</p>	<p>Wenn die untersuchte Sinneinheit nur fraglich und/oder erst im weiteren Kontext Relevanz für diese Hauptkategorie vorweist könnte, soll sie dennoch als diese kodiert werden.</p> <p>Eine Mehrfachkodierung ist möglich.</p>

			Glaube, Gemeinschaft, persönlicher Philosophie etc.	
3	Religiosität und Spiritualität und potenzielle Assoziationen zu ihrer Trauerbegleitung und ihren trauerbezogenen Ansichten	Aussagen über die eigene Religiosität und Spiritualität. Aussagen, die zur Einschätzung der Religiosität und Spiritualität der Respondenten beitragen.	Bejahung oder Verneinung von Religiosität bzw. Spiritualität Beschreibung des Verständnisses der eigenen Religiosität bzw. Spiritualität Biografische Erzählungen, die Hinweise auf religiöse oder spirituelle Elemente und ihre Bedeutung im heutigen Leben der Respondenten liefern.	Wenn die untersuchte Sinneinheit nur fraglich und/oder erst im weiteren Kontext Relevanz für diese Hauptkategorie vorweist könnte, soll sie dennoch als diese kodiert werden. Eine Mehrfachkodierung ist möglich.

10.8. Z-Regeln der Zusammenfassung mit Makrooperatoren nach Philipp Mayring

Z1: Paraphrasierung

- Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

- Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

- Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

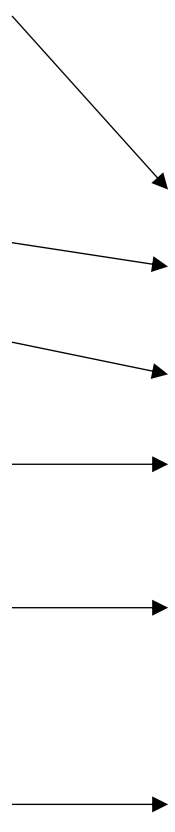
- Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

7 Z-Regeln nach Philipp Mayring

10.9. Paraphrasierung (Z1)

So, dann fangen wir mal an. Also das Thema der Studie heißt „**Welche Unterstützung vermitteln Ärzte Angehörigen verstorbener Patienten? Qualitative Interviews mit jüdischen Ärzten.**“ Fällt dir irgendwas spontan dazu ein? „Welche Unterstützung vermitteln Ärzte Angehörigen verstorbener Patienten? Qualit/ #00:00:29-1#

Also im spezifischen Sinne kann man nichts Feststehendes äußern im Sinne von, es gibt einen gewissen **Zugang zum Thema** oder es gibt ein gewisses **Repertoire an Betreuung**, sondern es ist individuell sehr unterschiedlich. Es gibt ja **Patienten**, die man sehr sehr **lange betreut** und die einem auch fast **freundschaftlich am Herzen liegen** oder wo man auch die **Familie**, die ganze **Umgebung** kennt. Vielleicht auch **mit dieser Familie ne längere Zeit näher befreundet** war, vorher, **bevor** dann ein **Mitglied Patient wurde**. Also es gibt ja gewisse soziale und psychologische Verbindungen. Dann ist eine **Beteiligung** auch bei der **Trauerzeit** oder bei der **Begleitung** in der Trauerzeit viel **intensiver**, als wenn man **Patienten nur ganz oberflächlich kennt** und sie **nicht allzu lange betreut hat**. (...) Ich hatte als **jüdischer Arzt des häufigen ältere Patienten** – die waren in der **Generation meiner Eltern** – als **Anästhesist** kennen gelernt; ich war früher Facharzt für



Paraphrasen
Welche Unterstützung vermitteln Ärzte Angehörigen verstorbener Patienten?
Kein gewisser Zugang zum Thema
Kein gewisses Repertoire an Betreuung
Gibt lang betreute Patienten mit freundschaftlicher Beziehung, bekannter/befreundeter Familie und bekannter Umgebung
Dann Beteiligung/Begleitung bei Trauerzeit intensiver, als bei oberflächlich bekannten und kurz betreuten Patienten
Enge Betreuungen früher und heute
Früher als jüdischer Anästhesist und Intensivmediziner Patienten der Elterngeneration auf Intensivstation kennengelernt und betreut bis zum Ableben
Dort enger Kontakt zu Angehörigen

8 Interviewtext links, paraphrasierte Sinnabschnitte rechts

10.10. Implizierter Zwischenschritt – Nummerierung der Sinnabschnitte und Narrative

Paraphrasen	Interview Nr.	Interview-Absatz Nr.	Interviewer / Befragter	Paraphrase/Generalisierung Nr.	Narrativ Nr. Erzählung von spezifischen Personen bzw. Ausführungen unter Bezug auf (vorhergehende) Narrative
Welche Unterstützung vermitteln Ärzte Angehörigen verstorbener Patienten?	1	1	I	1	
Kein gewisser Zugang zum Thema	1	2	B	2	
Kein gewisses Repertoire an Betreuung	1	2	B	3	
Gibt lang betreute Patienten mit freundschaftlicher Beziehung, bekannter/befreundeter Familie und bekannter Umgebung	1	2	B	4	
Dann Beteiligung/Begleitung bei Trauerzeit intensiver, als bei oberflächlich bekannten und kurz betreuten Patienten	1	2	B	5	
Enge Betreuungen früher und heute	1	2	B	5,1	N0
Früher als jüdischer Anästhesist und Intensivmediziner Patienten der Elterngeneration auf Intensivstation kennengelernt und betreut bis zum Ableben Dort enger Kontakt zu Angehörigen	1	2	B	6	N0

9 Nummerierung der Sinnabschnitte und Narrative



10.11. Generalisierung (Z2)

Paraphrasen	Inter view ter Nr.	Inter view- Absatz Nr.	Interviuwer / Befragter	Paraphrase/ Generalisierung Nr.	Narrativ Nr.	Generalisierungen
Welche Unterstützung vermitteln Ärzte Angehörigen verstorbener Patienten?	1	1	I	1	Narrativ Nr. Erzählung von spezifischen Personen bzw. Ausführungen unter Bezug auf (vorhergehende) Narrative	Unterstützung, die Ärzte Angehörigen verstorbener Patienten vermitteln?
Kein gewisser Zugang zum Thema	1	2	B	2		Zugang zum Thema der ärztlichen Unterstützung für Angehörige verstorbener Patienten ist individuell
Kein gewisses Repertoire an Betreuung	1	2	B	3		Betreuungsrepertoire für Angehörige verstorbener Patienten ist individuell
Gibt lang betreute Patienten mit freundschaftlicher Beziehung, bekannter/befreundeter Familie und bekannter Umgebung	1	2	B	4		Beteiligung bei Trauerzeit intensiver bei folgendem Patienten-Typ: lange Betreuungszeit, freundschaftliche Beziehung, Freundschaft mit Familie, bekannte soziale Umgebung
Dann Beteiligung/Begleitung bei Trauerzeit intensiver, als bei oberflächlich bekannten und kurz betreuten Patienten	1	2	B	5		Beteiligung bei Trauerzeit weniger intensiv bei kurz betreuten Patienten mit nur oberflächlicher Bekanntheit

10 Generalisierung der Paraphrasen

10.12. Reduktionen (Z3 und Z4) inkl. Wiederholung und Zusammenstellung als Kategoriensystem

		1. Reduktion		2. Reduktion		3. Reduktion	
		Unterstützungsrepertoire/ Kontakt bei Angehörigen und Patienten		Kontakt mit Angehörigen und Patienten		Kontakt mit Angehörigen und Patienten (+ Bedürfnisse)	
Inter- view Nr.	Inter- view- Absat- z Nr.	Intervi- ewer/ Befrag- ter	Parap- hrase/ Gener- alisier- ung Nr.	Generalisierungen	Anpassung einer Hauptkategorie im Verlauf		
				Konstellation der engen Beziehung nur mit jüdischen Patienten und Angehörigen.			
1	16	B	66	Beziehung mit jüdischen Patienten (und Angehörigen?) ist vollkommen anders	Den Kontakt beeinflussende Faktoren	Den Kontakt beeinflussende Faktoren	Den Kontakt beeinflussende Faktoren
1	42	B	156	Gestaltungsraum und Grenzen abhängig davon, ob jüdisch oder nicht-jüdisch	Intensive Betreuung jüdischer Patienten der eigenen Elterngeneration und ihrer Angehörigen	Intensive Betreuung jüdischer Patienten der eigenen Elterngeneration und ihrer Angehörigen	Intensive Betreuung jüdischer Patienten der eigenen Elterngeneration und ihrer Angehörigen
1	10	B	35	Interviewer war mit Sohn (auch Mediziner) des Patienten befreundet	Autoritäten aus Shoa-Zeiten	Autoritäten aus Shoa-Zeiten	Autoritäten aus Shoa-Zeiten
1	4	B	18	Kontaktintensität (zu den Patienten und trauernden Angehörigen nach dem Tod des Patienten?) abhängig von vorbestehender Bekanntschaft mit Familie	Identifikation mit „jüdischen traurigen Lebensgeschichten“	Identifikation mit „jüdischen traurigen Lebensgeschichten“	Identifikation mit „jüdischen traurigen Lebensgeschichten“
1	4	B	19	Kontaktintensität (zu den Patienten und trauernden Angehörigen nach dem Tod des Patienten?) abhängig von Entwicklung der Beziehung mit Familie	Jüdisch-sein der Patienten und Angehörigen als Grundvoraussetzung für intensiven Kontakt:	Jüdisch-sein der Patienten und Angehörigen als Grundvoraussetzung für intensiven Kontakt:	Jüdisch-sein der Patienten und Angehörigen als Grundvoraussetzung für intensiven Kontakt:
1	2	B	4	Beteiligung bei Trauerzeit intensiver bei folgendem Patienten-Typ: lange Betreuungszeit, freundschaftliche Beziehung, Freundschaft mit Familie, bekannte soziale Umgebung	Gemeinsamer kultureller Hintergrund	Gemeinsamer kultureller Hintergrund	Gemeinsamer kultureller Hintergrund
1	16	B	68	Meist kommen jüdische Patienten auf Empfehlung zum Interviewen als Arzt, nach dem schon Vernetzungen aus der Zeit vor der Arzt-Patienten-Beziehung entstanden sind (z.B. Kennenlernen in der Synagoge, bei Hochzeiten etc.)	Bekannt-/Freundschaft zu Patient, Familie und Vernetzung im gemeinsamen sozialen Umfeld (jüdische Gemeinde, Hochzeiten, Synagoge)	Bekannt-/Freundschaft zu Patient, Familie und Vernetzung im gemeinsamen sozialen Umfeld (jüdische Gemeinde, Hochzeiten, Synagoge)	Bekannt-/Freundschaft zu Patient, Familie und Vernetzung im gemeinsamen sozialen Umfeld (jüdische Gemeinde, Hochzeiten, Synagoge)
1	10	B	36	Interviewer behandelte den älteren Mann zehn Jahre bis zu seinem Tod	Meidung einer intensiven Betreuung nicht-jüdischer Patienten und Angehörigen	Meidung einer intensiven Betreuung nicht-jüdischer Patienten und Angehörigen	Meidung einer intensiven Betreuung nicht-jüdischer Patienten und Angehörigen
1	32	B	120	Lange urologisch betreuter Holocaust-Überlebender mit Tochter	Weil Distanz spürbar, keine Identifikation im Ggs. zu Patienten der Elterngeneration	Weil Distanz spürbar, keine Identifikation im Ggs. zu Patienten der Elterngeneration	Weil Distanz spürbar, keine Identifikation im Ggs. zu Patienten der Elterngeneration
1	2	B	4	Beteiligung bei Trauerzeit intensiver bei folgendem Patienten-Typ: lange Betreuungszeit, freundschaftliche Beziehung, Freundschaft mit Familie, bekannte soziale Umgebung	Weil kein Wunsch nach potentieller Konfrontation mit Sicht auf/Lebensgeschichten aus Shoa-Zeit aus der Sicht nicht-jüdischer Patienten – obwohl relativ geringe Chance auf Erlebnis dieser Art heutzutage	Weil kein Wunsch nach potentieller Konfrontation mit Sicht auf/Lebensgeschichten aus Shoa-Zeit aus der Sicht nicht-jüdischer Patienten – obwohl relativ geringe Chance auf Erlebnis dieser Art heutzutage	Weil kein Wunsch nach potentieller Konfrontation mit Sicht auf/Lebensgeschichten aus Shoa-Zeit aus der Sicht nicht-jüdischer Patienten – obwohl relativ geringe Chance auf Erlebnis dieser Art heutzutage
1	10	B	27	Kontaktinhalt mit Angehörigen	Allgemeine die Auftretenswahrscheinlichkeit intensiver Kontakte bzw. die Kontaktintensität zu jüdischen Patienten und ihren Angehörigen beeinflussende Faktoren	Allgemeine die Auftretenswahrscheinlichkeit intensiver Kontakte bzw. die Kontaktintensität zu jüdischen Patienten und ihren Angehörigen beeinflussende Faktoren	Allgemeine die Auftretenswahrscheinlichkeit intensiver Kontakte bzw. die Kontaktintensität zu jüdischen Patienten und ihren Angehörigen beeinflussende Faktoren

11 Reduktionen (Z3 und Z4) und Zusammenstellung als Kategoriensystem

10.13. Strukturelle Übersicht über den Gesamtprozess der Kategorienerstellung

The diagram illustrates the process of category creation through three stages:

- Left:** Original text from an interview, with some words highlighted in green.
- Middle:** A table showing the paraphrasing and generalization of the original text. The table has columns for 'Kontext', 'Kontext mit Angehörigen und Patienten', and 'Kontext mit Angehörigen und Patienten in Beziehung'. The text is summarized and rephrased.
- Right:** A table showing the reduction and category creation. The text is further condensed into key points, which are then organized into categories.

12 Links Text eines Interviewabschnitts, Mitte Paraphrasierung und Generalisierung, rechts Reduktionen und Kategorienerstellung