

# Erleben und Umgang von Medizinstudierenden und Assistenzärzt\_innen mit ihren Erfahrungen mit Sterben und Tod und die resultierenden Auswirkungen

Carolin Helga Marianne Rossmanith

Vollständiger Abdruck der von der TUM School of Medicine and Health der  
Technischen Universität München zur Erlangung einer

**Doktorin der Medizin (Dr.med.)**

genehmigten Dissertation.

Vorsitz: Prof. Dr. Florian Eyer

Prüfende der Dissertation:

1. Prof. Dr. Pascal Berberat
2. Prof. Dr. Johanna Anneser

Die Dissertation wurde am 05.02.2024 bei der Technischen Universität München  
eingereicht und durch die TUM School of Medicine and Health am 08.05.2024  
angenommen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungen</b> .....	<b>4</b>
<b>Vorbemerkung</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
1.1 <i>Hinführung zum Thema</i> .....	6
1.2 <i>Stand und Limitationen der bisherigen Forschung</i> .....	8
1.3 <i>Forschungsfragen</i> .....	12
1.4 <i>Theoretischer Hintergrund</i> .....	13
<b>2 Material und Methoden</b> .....	<b>17</b>
2.1 <i>Methodischer Ansatz</i> .....	17
2.2 <i>Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner_innen</i> .....	17
2.3 <i>Datenerhebung mittels semistrukturierter Leitfadenterviews und Nachbereitung</i>	20
2.4 <i>Auswertung</i> .....	22
2.4.1 <i>Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Schreier</i> .....	22
2.4.2 <i>Praktische Anwendung</i> .....	23
<b>3 Ergebnisse</b> .....	<b>26</b>
3.1 <i>Erleben der Situation</i> .....	27
3.1.1 <i>Emotionales Erleben</i> .....	27
3.1.1.1 <i>Zufriedenheit</i> .....	27
3.1.1.2 <i>Betroffenheit</i> .....	30
3.1.1.3 <i>Angst</i> .....	32
3.1.1.4 <i>Hilflosigkeit</i> .....	36
3.1.1.5 <i>Bewunderung</i> .....	38
3.1.1.6 <i>Mitleid</i> .....	42
3.1.1.7 <i>Trauer</i> .....	45
3.1.1.8 <i>Wut</i> .....	46
3.1.1.9 <i>Schock</i> .....	48
3.1.1.10 <i>Überforderung</i> .....	49
3.1.1.11 <i>Wenig emotionale Teilnahme</i> .....	52
3.1.1.12 <i>Schuld</i> .....	53
3.1.1.13 <i>Sonstiges</i> .....	58
3.1.2 <i>Kognitives Erleben</i> .....	58
3.1.2.1 <i>Gedanken über Sterben und Tod</i> .....	59
3.1.2.2 <i>Frage der Kausalität</i> .....	62
3.1.2.3 <i>Projektion auf sich selbst</i> .....	64
3.1.2.4 <i>Perspektivenübernahme</i> .....	65
3.1.2.5 <i>Sonstiges</i> .....	67
3.1.3 <i>Körperliches Erleben</i> .....	68
3.2 <i>Umgang und Bewältigungsstrategien</i> .....	70
3.2.1 <i>Austausch</i> .....	70
<i>Diskussion</i> .....	70
<i>Erzählen</i> .....	73
3.2.2 <i>Vermeidung</i> .....	74
3.2.3 <i>Rationalisierung</i> .....	78
3.2.4 <i>Akzeptanz</i> .....	80
3.2.5 <i>Konfrontation</i> .....	81
3.2.6 <i>Sonstiges</i> .....	84
3.3 <i>Auswirkungen auf Einstellung und Verhalten</i> .....	86
3.3.1 <i>Sterbe- und Todesbild</i> .....	86

3.3.2	Wünsche für Sterben und Tod und Handlungsvorhaben.....	91
3.3.3	Sicht aufs Leben und Handlungsvorhaben.....	93
3.3.4	Arztrollenverständnis .....	95
3.3.4.1	Tod zulassen .....	95
3.3.4.2	Einen schönen Tod ermöglichen .....	102
3.3.4.3	Kommunikation .....	104
3.3.4.4	Distanzierung.....	110
3.3.4.5	Angehörigenbetreuung .....	115
3.3.4.6	Fürsorge .....	120
3.3.4.7	Fassung behalten .....	122
3.3.4.8	Entscheidungen treffen.....	126
3.3.4.9	Sonstiges.....	128
3.3.5	Verhalten im Privatleben.....	129
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>133</b>
4.1	<i>Erleben der Situation .....</i>	<i>134</i>
4.2	<i>Umgang und Bewältigungsstrategien.....</i>	<i>144</i>
4.3	<i>Auswirkungen .....</i>	<i>148</i>
4.4	<i>Stärken und Limitationen der Studie .....</i>	<i>161</i>
4.5	<i>Ausblick .....</i>	<i>162</i>
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>165</b>
<b>6</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>167</b>
<b>7</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>168</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>169</b>
<b>10</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>174</b>
10.1	<i>Interviewleitfaden.....</i>	<i>174</i>
10.2	<i>Kurzfragebögen .....</i>	<i>176</i>
10.3	<i>Information an die Teilnehmenden und Einverständniserklärung .....</i>	<i>180</i>
10.4	<i>Kodierleitfaden.....</i>	<i>182</i>
<b>11</b>	<b>Danksagung.....</b>	<b>193</b>

## Abkürzungen

d. h.	das heißt
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
o. g.	oben genannte_n/r/s
PJ	Praktisches Jahr
sog.	so genannte_r/n/s
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

## Vorbemerkung

Diese Arbeit ist der zweite Teil einer größeren Studie und basiert auf denselben Daten, die 2014 von Dr. Dagmara Srnová erhoben wurden. In ihrer Promotionsarbeit „Erfahrungen von Medizinstudierenden und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung mit Sterben und Tod“ hatte Frau Dr. Smová einen Teil der Daten 2021 analysiert. Darin wurden die objektivierbaren und nicht-objektivierbaren Faktoren herausgearbeitet, die Sterbeerfahrungen prägend machen. Dazu zählen etwa ein junges Alter der/des Sterbenden, besondere Todesumstände, die persönliche Beziehung zur sterbenden Person oder etwa die eigene Funktion im Sterbeprozess. Unter dem Titel “Medical trainees’ experiences with death and dying” (Jedlicska, N., Srnová, D., Scheide, L., Wijnen-Meijer, M., Gartmeier, M., Berberat, P. O.) wurden die Ergebnisse 2021 auch international publiziert.

In der hier vorliegenden Arbeit analysiere ich die schon durch Frau Dr. Smová erhobenen Daten erneut. Ich bedanke mich ausdrücklich bei Frau Dr. Smová für die freundliche Überlassung der Daten zur erneuten Analyse unter anderen Gesichtspunkten: In meiner Untersuchung stehen neben dem Erleben und der Bewältigung vor allem die langfristigen Auswirkungen dieser Erfahrungen auf die Einstellung und das Verhalten von angehenden und in Weiterbildung befindlichen Ärzt\_innen im Mittelpunkt der Untersuchung. Dadurch ergänzen sich die Analysen der Daten und die erhobenen Ergebnisse überschneiden sich nicht.

# 1 Einleitung

## 1.1 Hinführung zum Thema

Sterben und Tod von Patient\_innen sind Erfahrungen, die fast jede Ärztin/ jeder Arzt unterschiedlichster Fachrichtung irgendwann während ihrer/seiner Berufstätigkeit macht. Sterbebegleitung und Leiden zu lindern sind deshalb explizit als ärztliche Aufgaben in der ärztlichen Berufsordnung (§ 1) festgelegt.

Der Tod einer Patientin/eines Patienten kann dabei starke und langanhaltende emotionale Reaktionen bei Ärzt\_innen auslösen (Pessagno et al., 2013; Rhodes-Kropf et al., 2005; Whitehead, 2014; Williams et al., 2005). Diese Belastung kann wiederum in hohem seelischem Stress bis hin zu Depression und Burnout resultieren (Borasio, 2013, p. 140; Whitehead, 2014). Häufiges Erleben des Todes von Patient\_innen wurde mit größerem berufsbezogenem Stress assoziiert (Whippen & Canellos, 1991). Gemäß der Studie von Whippen und Canellos (1991) litten 56% der Onkolog\_innen unter Burnout, dem Gefühl zu versagen und Frustration. Medizinstudierende und Assistenzärzt\_innen in den ersten Ausbildungsjahren nehmen Erfahrungen mit sterbenden Patient\_innen als noch belastender wahr als erfahrene Kolleg\_innen (Batley et al., 2017; Jackson et al., 2005; Rhodes-Kropf et al., 2005). Oft wird das Erleben durch das eigene heroische Selbstbild erschwert, denn es entspricht dem sozial vermittelten Anspruch der Mediziner\_innen zu heilen und zu helfen (Whitehead, 2014). Der Tod einer/s anvertrauten Patientin/en wird deshalb oft als eigenes Versagen wahrgenommen (Pessagno et al., 2013; Talwalkar et al., 2019). Diesen Erfolgsdruck durch das ärztliche Selbstverständnis charakterisiert der frühere Chefarzt der Inneren Medizin am Kantonsspital Luzern und Literat Prof. Frank Nager mit folgender Aussage: „Von Berufs wegen ist er [der Tod] unser Feind – um nicht zu sagen unser Todfeind“ (Rüegger, 2013, p. 37). Dieses Bild wird Medizinstudierenden auch von Ärzt\_innen vermittelt (Rhodes-Kropf et al., 2005).

Als zusätzliche Herausforderung kommen Entwicklungen im Sterbeprozess hinzu: Früher starben Menschen oft „von selbst“ oder „natürlich“, während der Tod heutzutage oft nach einer Entscheidung der/s behandelnden Ärztin/Arztes eintritt (Rüegger, 2013, S. 37). Eine Studie aus der Schweiz zeigt, dass bei 51% der Todesfälle unter ärztlicher Begleitung die ärztliche Entscheidung vorausging, die/den Patientin/en sterben zu lassen (Rehmann-Sutter, 2011). Sterben wurde damit mehr zu

## Einleitung

einem von externen Entscheidungen beeinflussten Prozess als ein nicht veränderbarer Schicksalsschlag. Dies stellt Mediziner\_innen vor neue Herausforderungen. Hinzu kommen gesellschaftliche Vorstellungen und Idealbilder vom Sterben als möglichst schmerzfreier, friedlicher und autonomer Prozess. Dies kann zusätzlichen Druck auf Ärzt\_innen ausüben (Rüegger, 2013, S. 38).

Um mit dieser Belastung umgehen zu können, werden verschiedene Umgangsstrategien von jungen Mediziner\_innen angewandt, wie etwa Fokussierung auf die Arbeit, Ablenkung, Gespräche im Privaten und mit Kolleg\_innen, Weinen und Vermeidung (Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016).

Um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden, ist das Fach Palliativmedizin seit 2009 ein fester Bestandteil des Medizinstudiums. Hier soll den Studierenden durch die Vermittlung von Wissen, Haltungen und Fertigkeiten u.a. aufgezeigt werden, dass Sterbebegleitung genauso zu der ärztlichen Behandlung wie eine kurative Therapie gehört und sich Therapieziele im Behandlungsverlauf ändern können. Zudem werden Behandlungen vermittelt, die Schmerzen und andere Symptome lindern können. Eine ganzheitliche Betreuung von Patient\_innen und deren Angehörigen steht im Zentrum. Die Studierenden sollen ihre Einstellung zu Sterben, Tod und Trauer reflektieren und werden in Kommunikation geschult ((DGP), 2009). Emotionale Reaktionen sowie Copingstrategien und Einstellungen werden dabei häufig auch durch das „hidden curriculum“ geformt (Batley et al., 2017; Jaye et al., 2005; Smith-Han et al., 2016). Dieses Konzept besagt, dass abseits des Lernplans Einflüsse durch die Umgebung, wie etwa Verhalten und Wertevermittlung anderer Ärzt\_innen, einen großen Einfluss auf die Ausbildung der eigenen Werte, Arztrolle und Bewältigungsstrategien haben. Die Vermittlung geschieht meist unterbewusst und wird nicht offen kommuniziert, daher der Begriff „hidden“. Die Entwicklung des eigenen ärztlichen Rollenverständnisses ist somit ein Sozialisationsprozess, der von der Auseinandersetzung mit dem Erlebten geprägt ist. Das Bewusstsein der Klinikmitarbeiter\_innen darüber ist sehr variabel (Jaye et al., 2005).

Um u. a. ausbildenden Ärzt\_innen diese Verantwortung bewusst zu machen und die Möglichkeit von Verbesserungen zu geben, ist es wichtig, Sterbeerfahrungen wissenschaftlich zu untersuchen, einen aktuellen Status zu erheben und etwaige Missstände aufzudecken.

Hat sich die Wahrnehmung von Sterbeerfahrungen und der Umgang mit solchen Erlebnissen bei jungen und werdenden Ärzt\_innen verändert? Werden Sterbeerfahrungen weiterhin so belastend wahrgenommen? Die oben beschriebenen Inzidenzen von Burnout und Depression zeigen die große Relevanz von Sterbeerfahrungen für Mediziner\_innen auf.

### **1.2 Stand und Limitationen der bisherigen Forschung**

In dieser Arbeit erfolgte zunächst eine Standortbestimmung aus Ergebnissen der bisherigen Forschung. Es konnten Publikationen zu Sterbeerfahrungen von sowohl Ärzt\_innen (Bovero et al., 2018; French-O'Carroll et al., 2019; Jackson et al., 2005; Whitehead, 2014) als auch Studierenden (Batley et al., 2017; Boland et al., 2016; Kelly & Nisker, 2010; Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Rhodes-Kropf et al., 2005; Smith-Han et al., 2016; Talwalkar et al., 2019; Trivate et al., 2019; Williams et al., 2005) gefunden werden. Zum einen war erforscht worden, welche Faktoren und Todesumstände Sterbeerfahrungen so prägend machen. Zum anderen wurden die Reaktionen und Bewältigungsstrategien der Mediziner\_innen sowie die langfristigen Auswirkungen auf sie untersucht. In diesem Kapitel sollen die bisher erreichten Forschungsergebnisse vorgestellt werden.

Besonders der erste Kontakt mit einer/m sterbenden Patientin/en galt als besonders prägend für Mediziner\_innen (Batley et al., 2017; Jedlicska et al., 2021; Rhodes-Kropf et al., 2005; Trivate et al., 2019). Weitere prägende Todesumstände war ein unerwartet eingesetzter Tod (Batley et al., 2017; Jackson et al., 2005; Talwalkar et al., 2019; Trivate et al., 2019; Williams et al., 2005), Überbehandlung der/des Patientin/en (Jackson et al., 2005), ein einsamer Tod (Jedlicska et al., 2021), ein dramatischer, verstörender Tod (Batley et al., 2017; Jedlicska et al., 2021), ein schöner Tod (Jackson et al., 2005; Jedlicska et al., 2021) und der Tod junger Patient\_innen (Batley et al., 2017; Jedlicska et al., 2021; Williams et al., 2005). Einflussfaktoren auf das Erleben der Erfahrung waren die persönliche Beziehung zur/m Patientin/en (Batley et al., 2017; Jackson et al., 2005; Jedlicska et al., 2021; Ratanawongsa et al., 2005; Redinbaugh et al., 2003; Trivate et al., 2019), das Ausmaß an Interaktion mit der/dem Patient/in und deren/dessen Angehörigen (Batley et al., 2017), Identifikation mit der/dem Patientin/en und der Familie (Jackson et al., 2005) und die Wahrnehmung der eigenen Rolle in der Sterbeerfahrung (Jackson et al., 2005; Jedlicska et al., 2021; Pessagno et al., 2013)

Sowohl bei Medizinstudierenden als auch bei Ärzt\_innen wurde als Reaktion auf den Tod einer Patientin/ eines Patienten eine Bandbreite an negativen Emotionen beschrieben. Die am häufigsten genannte Emotion war **Traurigkeit** (Batley et al., 2017; Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Jackson et al., 2005; Keller, 2012; Kelly & Nisker, 2010; MacLeod, 2001; Moores et al., 2007; Pessagno et al., 2013; Talwalkar et al., 2019; Williams et al., 2005). Weitere häufig auftretende Emotionen waren **Trauer** (Batley et al., 2017; Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Redinbaugh et al., 2003; Williams et al., 2005), **Schock** (Batley et al., 2017; Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Jackson et al., 2005; Kelly & Nisker, 2010; Rhodes-Kropf et al., 2005; Talwalkar et al., 2019) und **Schuld** (Batley et al., 2017; Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Jackson et al., 2005; Moores et al., 2007; Pessagno et al., 2013; Talwalkar et al., 2019; Williams et al., 2005). Zudem konnten **Angst** (Batley et al., 2017; Kane, 1985-1986; Talwalkar et al., 2019), **Überraschung** (Batley et al., 2017; Talwalkar et al., 2019), **Überwältigung** (Batley et al., 2017), **Verwirrung** (Batley et al., 2017), **Taubheitsgefühl** (Batley et al., 2017; Moores et al., 2007) und **Traumatisierung** (Batley et al., 2017) beobachtet werden. Des Weiteren konnten **Enttäuschung** (Batley et al., 2017), **Frustration** (Batley et al., 2017; Talwalkar et al., 2019), und **Wut** (Batley et al., 2017; Moores et al., 2007), **Hilflosigkeit** (Batley et al., 2017; Ffrench-O'Carroll et al., 2019; MacLeod, 2001; Talwalkar et al., 2019), **Machtlosigkeit** (Batley et al., 2017), **Mitleid** (Batley et al., 2017; Ratanawongsa et al., 2005), **Hoffnungslosigkeit** (Talwalkar et al., 2019), **Irritation** (Batley et al., 2017) und **Distress** (Jackson et al., 2005) in Studien als emotionale Reaktionen identifiziert werden. Die Intensität der emotionalen Reaktion variierte dabei stark. Teilweise wurde auch **kaum oder keine emotionale Teilnahme** (Batley et al., 2017; Moores et al., 2007; Redinbaugh et al., 2003) beobachtet. Doch wurden auch in seltenen Fällen explizit positive Emotionen wie **Zufriedenheit** (Rhodes-Kropf et al., 2005), **Erleichterung** (Moores et al., 2007), **Bewunderung** (MacLeod, 2001) oder **Sympathie** (Batley et al., 2017) beschrieben. Die von der/dem behandelnden Mediziner/in verspürten Emotionen hatten auch Auswirkungen auf die Patientenversorgung, denn sie konnten zu Distress, vermindertem Engagement und einem eingeschränkten Urteilsvermögen bei der/dem Mediziner\_in führen (Meier et al., 2001). Mit zunehmender beruflicher Erfahrung – auch im Umgang mit Sterben und Tod von Patient\_innen – nahmen Mediziner\_innen Sterbeerfahrungen als weniger belastend wahr und die emotionale Beeinträchtigung hielt kürzer an (Jackson et al., 2005).

## Einleitung

Im Vergleich zu der Vielzahl an beschriebenen emotionalen Reaktionen auf Sterbeerfahrungen werden in der Literatur wenig kognitive Reaktionen erläutert, obwohl diese genauso durch Stresssituationen evoziert werden (Mardi J. Horowitz, 1971). Es wurden Gedanken über Sterben und Tod als wiederkehrendes Phänomen (Batley et al., 2017) sowie Reflexionen über die körperlichen Veränderungen der/s sterbenden Patientin/en (Talwalkar et al., 2019) beschrieben. Teilweise wurde die eigene Kompetenz in Frage gestellt (Jackson et al., 2005). Zudem evozierten Sterbeerfahrungen eine Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit und ggf. Existenzangst (Talwalkar et al., 2019). Zeitdruck und die hohe Arbeitsbelastung wurden als Gründe für eine mangelnde Reflexion angeführt (Ratanawongsa et al., 2005).

Als physische Reaktion wurden Weinen (Batley et al., 2017; Jackson et al., 2005; Pessagno et al., 2013; Zambrano et al., 2012), Kribbeln in den Händen (Batley et al., 2017) und Schlafprobleme (Batley et al., 2017; Jackson et al., 2005) beschrieben.

In einigen Arbeiten wurde über den Umgang und die Bewältigung von Sterbeerfahrungen durch Medizinstudierende und Ärztinnen und Ärzte berichtet (Batley et al., 2017; Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016).

Eine große Rolle spielten dabei Gespräche und Diskussionen (Batley et al., 2017; Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Jackson et al., 2005; Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Rhodes-Kropf et al., 2005; Smith-Han et al., 2016; Trivate et al., 2019) sowie die eigene Religion und Spiritualität (Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Granek et al., 2016; Granek et al., 2013; Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Talwalkar et al., 2019). Des Weiteren wurden Fokussierung auf die Arbeit (Pessagno et al., 2013; Rhodes-Kropf et al., 2005; Trivate et al., 2019), Ablenkung (Batley et al., 2017; Redinbaugh et al., 2003; Rhodes-Kropf et al., 2005; Smith-Han et al., 2016), Vermeidung der Angehörigen der/s Sterbenden (Granek et al., 2016), Distanzierung (Batley et al., 2017; Jackson et al., 2005) und Rationalisierung (Kelly & Nisker, 2010) beschrieben. Manche Mediziner\_innen verfolgten Hobbies (z. B. Sport, Musik, Kunst) (Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016), suchten psychotherapeutische Unterstützung (Ratanawongsa et al., 2005) oder nahmen an Ritualen für die Verstorbenen teil (Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005). Untersuchungen zeigten jedoch mehrfach, dass sich Medizinstudierende nicht ausreichend auf Situationen in Bezug auf Sterben und Tod vorbereitet fühlten oder

## Einleitung

Coping-Strategien nicht ausreichend erlernt hatten (Fraser et al., 2001; Jackson et al., 2005; Rhodes-Kropf et al., 2005).

Langfristige Auswirkungen von Sterbebefahrungen auf ausschließlich Mediziner\_innen wurden nicht sehr umfangreich untersucht. Eher wurden die Effekte auf multidisziplinäre Palliativteams untersucht (Sinclair, 2011; Slocum-Gori et al., 2013; Zambrano et al., 2012). In den Studien von Ratanawongsa et al. (2005) und Smith-Han et al. (2016) konnte gezeigt werden, dass sich Sterbebefahrungen auf die persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudierenden auswirken. Es konnten Veränderungen in der Einstellung zum ärztlichen Beruf, in der Wahrnehmung der eigenen Arztrolle sowie in Bezug auf das eigene Todesbild beobachtet werden. Mediziner\_innen wurden mit den Limitationen des kurativen Ansatzes konfrontiert. Das ärztliche Aufgabenspektrum wurde daher von Heilen um das Bewahren von Lebensqualität und der Minderung von Leid erweitert. Sterbebegleitung mit dem Ziel eines würdevollen Sterbens ohne Angst, möglichst entsprechend der Patientenwünsche, gehöre auch zu den ärztlichen Aufgaben (Maxwell et al., 2002; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016). Hierbei wurde die Bedeutung eines empathischen Auftretens (Maxwell et al., 2002) sowie die Schwierigkeit einer Balance aus emotionaler Involviertheit und Distanzierung als Selbstschutz betont (Boland et al., 2016; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016). Die eigenen Emotionen konnten teilweise kontrolliert werden (Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016); gleichzeitig rief dies die Angst hervor, einen Teil der eigenen Identität zu verlieren (Smith-Han et al., 2016). In der Ausbildung des eigenen Arztbildes wurde die Vorbildfunktion anderer Mediziner\_innen betont (Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016). Der Tod wurde als Teil des Lebens und tägliches Vorkommnis in der Klinik akzeptiert (Maxwell et al., 2002; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016) und in manchen Fällen als etwas Gutes betrachtet (Ratanawongsa et al., 2005).

Private und berufliche Sterbebefahrungen wurden meistens in separaten Studien betrachtet. Ratanawongsa et al. (2005) beschrieben in ihrer Untersuchung auch den Einfluss privater Sterbebefahrungen während Famulaturen. Erfahrungen aus dem privaten Umfeld haben in jedem Fall Einfluss auf die Wahrnehmung beruflicher Erfahrungen (Jackson et al., 2005) und prägen den Patientenumgang und die Angehörigenbetreuung mit (Supiano & Vaughn-Cole, 2011; Whyte et al., 2013). Eine Studie aus Mexiko zeigte, dass Ärzt\_innen ohne Sterbebefahrungen aus dem privaten

Umfeld dazu neigten, Patient\_innen nicht über ihren bevorstehenden Tod aufzuklären, obwohl sie sich selbst in dieser Situation eine ehrliche Aufklärung wünschen würden (Álvarez-Del-Río et al., 2013). Talwalker et al. (2019) berichten dagegen, dass Medizinstudent\_innen mit vorausgegangenen privaten Erfahrungen sterbende Patient\_innen eher mieden. Aufgrund des beschriebenen Einflusses sollten private Sterbeerfahrungen bei der Erfassung von Sterbeerfahrungen von Mediziner\_innen nicht unberücksichtigt bleiben.

Die meisten Studien zu Sterbeerfahrungen von Mediziner\_innen kommen aus dem englischsprachigen Raum. Die wenigen Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum sind Untersuchungen im Rahmen medizinischer Promotionsarbeiten (Lindner, 2005; Weber, 2010). Aufgrund des unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds und Verständnisses lassen sich Ergebnisse anglosächsischer Studien nur bedingt auf den deutschsprachigen Raum übertragen.

### **1.3 Forschungsfragen**

Die wenigen Studien aus dem deutschsprachigen Raum zum Thema Sterbeerfahrungen von Mediziner\_innen geben nicht die hohe Relevanz dieses Themas wieder. Die beschriebene hohe Belastung der Mediziner\_innen mit Auswirkungen auf die Patientenversorgung zeigt die große Bedeutung der Sterbeerfahrungen. Reaktionen, Umgangsstrategien und langfristigen Effekte scheinen noch nicht ausreichend erforscht. Die vorliegende Studie soll einen Beitrag dazu leisten, die aufgezeigte Forschungslücke zu schließen und Anstöße für Verbesserungen in der Lehre sowie unterstützende Konzepte in der ärztlichen Praxis liefern.

Im Rahmen dieser Arbeit soll untersucht werden, wie prägende Sterbeerfahrungen in der entscheidenden Übergangsphase vom Studium zur Weiterbildung (PJ und Assistenzarztjahre) erlebt und verarbeitet werden und welche langfristigen Auswirkungen diese Erfahrungen auf die Einstellung und das Verhalten von PJ-Student\_innen und Ärzt\_innen in Weiterbildung haben. Es ergeben sich dabei folgende Fragestellungen:

- Wie wurden Schlüsselerlebnisse in Bezug auf Sterben und Tod von Medizinstudierenden und Assistenzärzt\_innen körperlich, emotional und kognitiv erlebt?
- Welche Möglichkeiten des Umgangs und der Bewältigung dieser Erfahrungen

schilderten die Mediziner\_innen?

- Wie veränderte sich die Einstellung in Bezug auf Leben, Sterben und Tod und das Verhalten im beruflichen und privaten Umfeld durch die Erfahrungen? Wie veränderte sich das Verständnis der Interviewten in Bezug auf ihre Rolle als Ärztin/in Arzt im Umgang mit sterbenden Patient\_innen und deren Angehörigen?

## 1.4 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden einige für die Beantwortung der Forschungsfragen relevante Theorien vorgestellt. Zum Verständnis der veränderten Arztrolle, also der letzten Forschungsfrage, hilft ein Blick auf die *Rollentheorie*. Hierbei handelt es sich um eine soziologische und sozialpsychologische Theorie, die erklärt, warum sich Menschen in Situationen rollengemäß verhalten. Eine Rolle ist ein „regelmäßig ablaufendes Verhalten, das in bestimmten Situationen von Mitgliedern der Gesellschaft erwartet wird“ (Miebach, 2014, p. 40). Dieses Verhalten kann tatsächlich durchgeführt oder nur erwartet worden sein (Haug, 1994, p. 25). Zwei zentrale Ansätze der Rollentheorie bilden zum einen die strukturell-funktionale und zum anderen die interaktionistische Theorie. Die strukturell-funktionale Theorie ist mit dem traditionellen Rollenkonzept verbunden und versucht institutionalisierte soziale Strukturen mit verschiedenen fixen Positionen und Funktionen zu erklären, also auch in der Klinik mit ihren hierarchischen Strukturen. Die/ der Rolleninhaber\_in, hier ein\_e PJ-Student\_in oder Assistenzärztin/-arzt, hat einen festen Status, vorgegebene Normen (situationsunabhängige Vorgaben) und Aufgaben. Wenn Erwartungen an eine Rolle von der Mehrheit einer Gesellschaft als verbindlich angesehen werden, so spricht man von institutionalisiert. Bei Einhaltung dieser Vorgaben wird er/sie belohnt und trägt zur Stabilität und Erhaltung des Systems bei. Die Rollenerwartungen sind somit sozial genormt und reduzieren die Komplexität der Reaktionsmöglichkeiten (Fischer & Wiswede, 2014, pp. 517-523; Keller, 2012, p. 105). Laut dem Interaktionismus sind Rollenerwartungen ein Katalog möglicher Verhaltensweisen für verschiedene Situationen. Sie wirken als Deutungsmuster der sozialen Realität und lassen Erscheinungsweisen als „typisch“ erkennen. Die eigene Rolle bedeutet, dass sich ein Mensch zu diesen Erwartungen in Beziehung setzt. Sie entsteht erst in Interaktionsprozessen und nach eigener Interpretation der Situation. Rollen werden hier als dynamisches Phänomen gesehen und sind gestalt- und veränderbar (Schwinger, 2007). Copingstrategien können dabei als Bewältigung von Rollenüberlastung gesehen werden. Beide Rollentheorien

## Einleitung

bedingen sich gegenseitig: Der strukturell-funktionale Ansatz räumt den Strukturen jedoch mehr Raum ein, während beim interaktionistischen Ansatz die Rollengestaltung durch die Individuen stärker beeinflusst wird (Miebach, 2014, p. 48). Diese Studie geht von dem interaktionistischen Ansatz aus: Die Interviewten deuten und gestalten ihre Rollen individuell in Interaktionen, zudem können typische Rollenerwartungen an Ärzt\_innen aufgedeckt werden.

Interaktionismus ist Teil des interpretativen Paradigmas, der Überbegriff soziologischer Theorien, die dem Grundsatz folgen, dass Menschen danach handeln, wie sie eine Situation deuten, nicht wie sie real ist. Dieser Arbeit gilt dieses Paradigma in der Auswertung als Grundlage, d.h. Interaktionen werden als interpretative Prozesse angesehen und von außen zu deuten versucht, etwa durch qualitative Fallanalysen (Miebach, 2014, pp. 24-27). Dadurch lassen sich zum einen allgemeine Rollenerwartungen an die Probanden identifizieren, zum anderen liegt der Fokus auf der individuellen Gestaltung der Arztrolle durch die interviewten Mediziner\_innen. Damit liegt folgendes Motto dieser Untersuchung zugrunde:

„Sie [Menschen] deuten (interpretieren) die Welt, in der sie sich bewegen, und die entsprechende Soziologie deutet (interpretiert) ihrerseits dieses Tun.“ (Keller, 2012, p. 5)

In der Sozialpsychologie wurde gezeigt, wie Rollen Druck (objektive Belastung) und Stress (subjektive Belastung) auslösen können, etwa wenn die soziale Rolle und das Selbstkonzept unverträglich sind (Rollen-Selbst-Konflikt) (Fischer & Wiswede, 2014, pp. 528-531). Doch können Stressoren (Stressauslöser) auch anderer Natur sein. Ihnen ist nur gemeinsam, dass sie die Anpassungsfähigkeit einer Person beanspruchen oder übersteigen. Stress ist das Resultat davon, nämlich Reaktionen auf psychische Belastungen (Reisenzein et al., 2003, p. 65). Von Stressoren allein lässt sich nicht auf das Ausmaß an Stress (negative Emotionen) schließen; dies ist laut Lazarus immer eine Frage der Situationsdeutung sowie von Persönlichkeitsmerkmalen (Lazarus, 1966).

Die *Theorie der Stresseemotionen* (Lazarus & Launier, 1978) ist das bekannteste Stress-Modell und besagt, dass kein lineares Ursache-Wirkungsprinzip besteht, sondern zwischen Person und Umweltvariablen zusätzlich Wechselwirkungen bestehen. Dieses Modell ist die Grundlage zur Beantwortung meiner Forschungsfragen. Die verschiedenen stress-auslösenden Situationen (in diesem Fall

## Einleitung

die Merkmale prägender Sterbe- und Todeserfahrungen) wurden in Dr. Dagmara Srnovás Promotionsarbeit bereits untersucht (Srnová, 2021).

Laut Lazarus' Modell (1978) erfolgt zunächst eine primäre Einschätzung der Situation: Sie wird definiert und bewertet. Hier haben individuelle Faktoren wie Vorwissen, Erfahrung und Motive einen großen Einfluss. In einem primären Einschätzungsprozess wird die Situation eingeordnet: Als motivirrelevant, günstig-positiv, bedrohlich, Schaden-Verlust oder Herausforderung. In einer sekundären Einschätzung wird geprüft, ob die Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten ausreichen. Stress entsteht nur, falls dies nicht der Fall ist. Es folgt nun eine Bewältigungshandlung (Coping), die entweder kognitive Prozesse beinhaltet wie Aufmerksamkeitsablenkung und Neueinschätzung (reappraisal), um negative Emotionen abzubauen (emotionsorientiert) oder es folgt eine Bewältigung der Situation (problemorientiert). Im Falle einer Neueinschätzung wird so evtl. aus der Bewertung als Bedrohung eine Herausforderung. Die Einschätzungsprozesse können mehrfach durchlaufen und müssen nicht bewusst wahrgenommen werden. Sie sind daher auch nicht mit einer rationalen Entscheidung gleichzusetzen (Lazarus & Launier, 1978; Reizenzein et al., 2003, pp. 67-68). Der Theorie von Lazarus (1978) folgend untersucht diese Arbeit die Resultate der Einschätzungsprozesse der Interviewten („Erleben“), deren Bewältigungshandlungen („Umgang und Bewältigungsstrategien“) sowie deren Neueinschätzungen („Auswirkungen auf Verhalten und Einstellung“). Die folgende Darstellung verdeutlicht diesen Prozess:

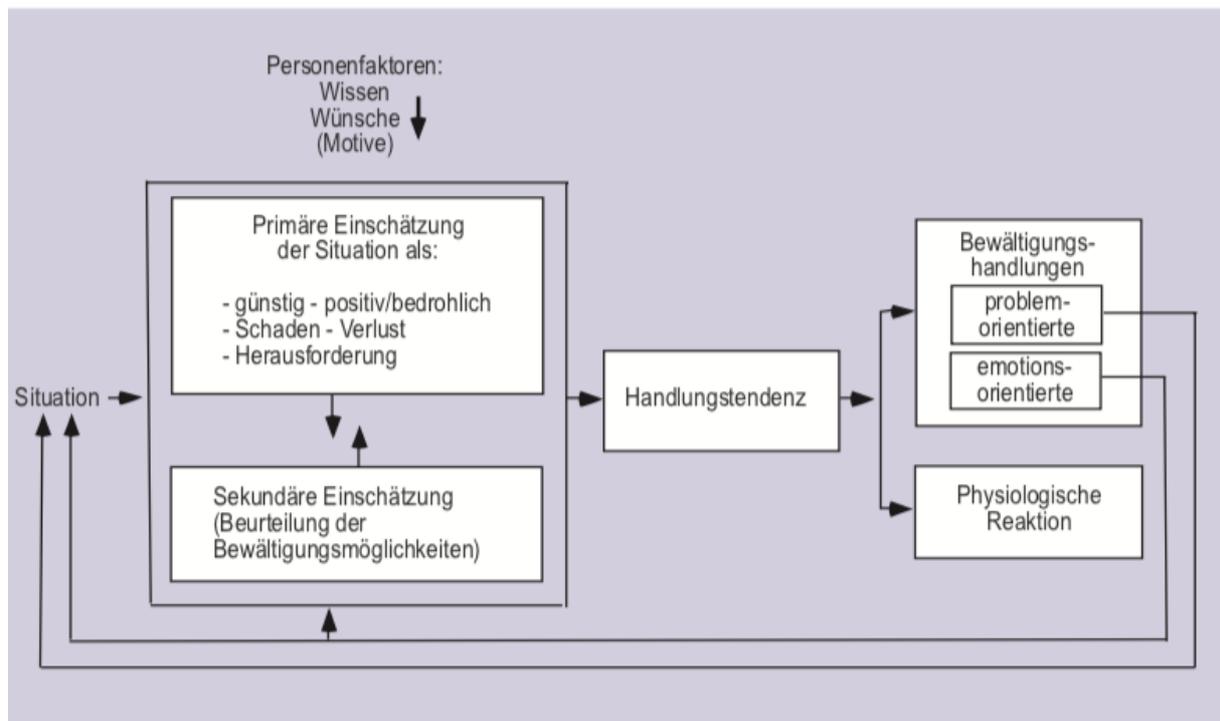


Abbildung 1: Der Prozess der Emotionsentstehung in Lazarus' Theorie der Stresseemotionen (Reisenzein et al., 2003, p. 71)

Emotionen sind in diesem Modell das Resultat der Einschätzungsprozesse und somit Resultat von Kognitionen. Emotionen weisen vier Merkmale auf: Qualität, Objektausrichtung, Intensität und Dauer. Insgesamt gibt es nach der Theorie 15 Qualitäten von Emotionen: Ärger, Angst, Furcht, Schuld, Scham, Trauer, Neid, Eifersucht, Ekel, Glück, Stolz, Erleichterung, Hoffnung, Liebe, Mitgefühl.

Lazarus' Emotionstheorie entwickelte sich aus seiner Stresstheorie (Lazarus, 1991). Laut Lazarus sind Emotionen nicht nur Gefühlszustände, sondern beinhalten folgende Komponenten:

- Kognitiver Aspekt (Bewertung), Kognition ist Ursache und Bestandteil der Reaktion
- Erlebensaspekt (Gefühlsqualitäten)
- Verhaltensaspekt (zielgerichtete Handlungen)
- Expressiver Aspekt (nonverbale Kommunikation)
- Physiologischer Aspekt (körperliche Reaktion)

(Fischer & Wiswede, 2014, pp. 133-150; Höfer, 2013; Lazarus, 1991)

Auch diese Studie unterteilt das Erleben in Emotionen, Kognitionen und körperliche Reaktion.

## **2 Material und Methoden**

In den folgenden Kapiteln wird der methodische Hintergrund der Studie, die Auswahl und Rekrutierung der Studienteilnehmer\_innen sowie die Datenerhebung und -auswertung vorgestellt und begründet.

### **2.1 Methodischer Ansatz**

Für die Beantwortung der genannten Fragestellungen wurde ein qualitativer Ansatz in Form einer Interviewstudie gewählt. Die Entscheidung für einen qualitativen Forschungsansatz erfolgte, um die subjektiven Perspektiven der Mediziner\_innen möglichst offen, flexibel und explorativ erkunden und verstehen zu können. Ziel der qualitativen Forschung ist es, komplexe Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben und zu einem besseren Verständnis sozialer und persönlicher Wirklichkeiten beizutragen. Während standardisierte objektivistische Methoden für das Erstellen ihrer Erhebungsinstrumente (z. B. ein Fragebogen) feste Vorstellungen von der zu untersuchenden Thematik haben müssen, ist der Reiz qualitativer Forschung die Offenheit für Erfahrungswelten und das „Unbekannte im scheinbar Bekannten“ (Flick et al., 2008, p. 17). Qualitative Forschung hat einen explorativen Charakter und sollte daher v. a. zum Ziel der Entdeckung angewandt werden, während quantitative Forschung zur Prüfung einer Hypothese bevorzugt werden sollte (Fischer & Wiswede, 2014). Im Gegensatz zur quantitativen Analyse werden in der qualitativen Forschung weder zahlenmäßige Zusammenhänge erstellt noch ein Anspruch auf Repräsentation der Allgemeinheit erhoben. Vielmehr ist es der Reiz, eine Thematik tiefgreifend zu beschreiben und eine subjektive Sichtweise in ihrer Komplexität zu erfassen (Mayring, 1994). Die hier vorliegende Studie legt den Grundstein für Folgestudien repräsentativer quantitativer Natur: Zuerst mussten jedoch die unterschiedlichen Aspekte der Thematik dafür explorativ aufgedeckt werden, um dann entsprechende quantitative Instrumente entwickeln zu können.

### **2.2 Auswahl und Rekrutierung der Interviewpartner\_innen**

Es sei eingangs erneut betont, dass die Datenerhebung für diese Arbeit von Dr. Dagmara Srnová durchgeführt wurde. Sie erstellte den Interviewleitfaden, das Informationsblatt, die Einverständniserklärung und den Kurzfragebogen, außerdem wählte sie das befragte Kollektiv aus und führte die Interviews durch. Die Analyse der erhobenen Daten führte dagegen ich selbst durch.

Beide Gruppen – die der Medizinstudent\_innen und die der Ärzt\_innen – wurden bisher meist getrennt voneinander betrachtet. Die Übergangsphase vom Ende des Studiums zum Berufsbeginn, also das Praktische Jahr und die Assistenzarztjahre, wurde bisher nicht ausreichend untersucht. Hier finden jedoch die meisten beruflich prägenden Sterbeerfahrungen statt. Die Literatur bestätigt dies: Die Studie von Whitehead betont, dass die meisten prägenden Erfahrungen zu Beginn der Berufstätigkeit auftreten (Whitehead, 2014). Es ist daher lohnenswert diese beiden Gruppen wie bereits bei Sullivan et al. (Sullivan et al., 2003) gemeinsam zu untersuchen. PJ-Student\_innen übernehmen im Vergleich zum vorherigen Studium mehr praktische Tätigkeiten und haben dadurch mehr Patientenkontakte; dadurch nimmt auch der Umgang mit sterbenden Menschen zu. Die Sozialisierung als Ärztin/Arzt beginnt besonders mit Beginn des PJs, wenn die praktische Tätigkeit stark zunimmt. Assistenzärzt\_innen wiederum besitzen mehr Entscheidungsmacht und übernehmen dadurch mehr Verantwortung in Sterbeprozessen. Es wurden daher PJ-Student\_innen und Assistenzärzt\_innen in fortgeschrittenen Weiterbildungsjahren als Stichprobe ausgewählt, um die Entwicklung im Erleben und Umgang mit Sterbeerfahrungen mit zunehmender Berufserfahrung abbilden zu können.

Es wurde bewusst eine heterogene Stichprobe ausgewählt, die in Größe und Vielfalt so gestaltet wurde, dass Datenerhebung und aufwändige Datenanalyse zu bewältigen waren und dennoch vielfältige Erfahrungen gesammelt werden konnten. In der Annahme, dass in jedem Fachbereich die Erfahrungen verschiedene Merkmale aufweisen, wurden die Fachbereiche entsprechend ausgewählt, um eine Bandbreite an Erfahrungen generieren zu können.

Die Rekrutierung erfolgte auf freiwilliger Basis. Per Fakultätsverteiler in Form von Emails wurden die Studierenden über die Möglichkeit einer Teilnahme informiert und dazu eingeladen. Die Assistenzärzt\_innen wurden persönlich durch ihre\_n Betreuer\_in oder über Drittpersonen kontaktiert. Es erfolgte eine Aufwandsentschädigung in Form eines Büchergutscheins. Das Projekt wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Medizin der TU München genehmigt (Projektnummer 42/14).

Die Interviews wurden mit 9 Assistenzärzt\_innen des 2.-6. Weiterbildungsjahres und 9 PJ-Student\_innen im 2. oder 3. Tertial durchgeführt. 33% Prozent der Interviewten waren männlich, 67% weiblich. Der Altersdurchschnitt war 28 Jahre, bei einem Bereich von 24 bis 34 Jahren. Die Assistenzärzt\_innen kamen aus den Fachbereichen der Inneren Medizin, Chirurgie, Pädiatrie und Anästhesie bzw. Notfallmedizin. Die

folgenden Tabellen beinhalten die demographischen Daten sowie den Aus- bzw. Weiterbildungsstatus der Interviewten:

Tabelle 1: Demographische Daten der Interviewten

	Student_innen	Ärzt_innen	Gesamte Stichprobe
<b>Geschlecht</b>			
Männlich, Anzahl	2	4	6 (33,3%)
Weiblich, Anzahl	7	5	12 (66,7%)
<b>Alter</b>			
Altersdurchschnitt in Jahren	25	31	28
Altersbereich in Jahren	24 – 29	26 - 34	24 - 34

Tabelle 2: Ausbildungsstand und Anzahl der absolvierten PJ-Tertiale der Medizinstudierenden zum Erhebungszeitpunkt

	Anzahl der Student_innen
<b>Aktuelles PJ – Tertial</b>	
2. Tertial	6
3. Tertial	3
<b>Bisher absolvierte PJ – Tertiale</b>	
Tertial innere Medizin	8
Tertial Chirurgie	6
Tertial Wahlfach*	7

\*Genannte Wahlfächer: Anästhesie & Intensivmedizin (4), Allgemeinmedizin (2), Gynäkologie (1)

Tabelle 3: Weiterbildungsstand und Tätigkeitsbereich der Assistenzärzt\_innen zum Erhebungszeitpunkt

	Anzahl der Ärzt_innen
<b>Aktueller Stand in der Weiterbildung</b>	
2. Jahr	1
3. Jahr	0
4. Jahr	2
5. Jahr	2
6. Jahr	4
<b>Tätigkeitsbereich</b>	
Kardiologie	2
Gastroenterologie & Onkologie	1
Viszeralchirurgie	2
Urologie	1
Pädiatrie	2
Anästhesie & Intensivmedizin	1

## **2.3 Datenerhebung mittels semistrukturierter Leitfadeninterviews und Nachbereitung**

Die Forschungsfragen zielen darauf ab subjektive Perspektiven und soziale Zusammenhänge zu verstehen. Um neue Impulse zu generieren und authentische Erfahrungen zu erhalten, wurden Leitfadeninterviews in verbaler Form gewählt. Leitfadengestützte Interviews verbinden dabei ein hohes Maß an Offenheit und Nicht-Direktivität mit Konkretion und der Erfassung detaillierter Information. Teil-strukturierte Leitfadeninterviews folgen einem induktiv-deduktiven Konzept, d. h. das unvermeidbare theoretische Vorwissen dient den Frageideen und einer vorformulierten Frage zum Gesprächsbeginn (Deduktion). Dagegen werden induktiv (von den Antworten der/dem Interviewpartner\_in ausgehend) die Daten im Kommunikationsprozess erhoben. Gleichzeitig sollten zur Vergleichbarkeit innerhalb der Interviews einige Fragen als Eckpfeiler dienen (Hopf, 2008). Unter den verschiedenen Formen der Leitfadeninterviews wurde das problemzentrierte Interview nach Witzel (Witzel, 1985) ausgewählt, was häufig Anwendung in gesellschaftlichen und biographischen Themen findet. Hier kommen die Befragten möglichst frei zu Wort, die/der Interviewleiter\_in lenkt die/den Gesprächspartner\_in jedoch immer wieder zurück zur Problemstellung (Kurz et al., 2009). Aufgrund dieser teilweisen Standardisierung sind die Interviews untereinander vergleichbar, dennoch können individuelle Handlungen und Wahrnehmung möglichst unvoreingenommen erfasst werden. Der Interviewleitfaden ist dabei nicht starr, sondern kann modifiziert werden und dient nur als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen (Witzel, 1985). Die Reihenfolge der Fragen wird während des Interviews aus dem Zusammenhang heraus festgelegt, außerdem werden die Fragen passend zum Kontext und zum Gegenüber entsprechend formuliert. Es können zusätzlich Themen aufgegriffen werden, die nicht im Fragekatalog gelistet sind, sondern die sich aus dem Gespräch ergeben. So bleibt eine große Offenheit in der Fragetechnik erhalten (Döring & Bortz, 2016). Eine vorformulierte Einleitungsfrage ist ein mögliches Mittel der Zentrierung auf das zu untersuchende Problem und sollte bewusst so offen wie möglich gehalten werden (Witzel, 1985).

Die Interviews wurden im Zeitraum von Dezember 2013 bis April 2014 von Dr. Dagmara Srnová durchgeführt und dauerten jeweils circa 60 Minuten.

Zu Beginn wurden zwei Pilotinterviews durchgeführt – eines mit einer/m Studierenden und eins mit einer/m Assistenzärztin/arzt. Diese erfolgten in Anwesenheit einer

Expertin für Leitfadeninterviews mit anschließender Beratung zur Durchführung. Das Ergebnis der Pilotgespräche wurde mit dem Betreuer Prof. Berberat diskutiert und gemeinsam Schritte zur Verbesserung der Gesprächsführung vereinbart, z. B. durch Benutzung einer Check-Liste. Da die Qualität der Pilotgespräche als ausreichend erachtet wurde, sind diese im tatsächlichen Datensatz erhalten und auch ausgewertet. Die Mehrheit der Interviews fand im Lern- und Trainingszentrum des Klinikums rechts der Isar statt, um möglichst ungestört zu sein und eine intime Atmosphäre zu schaffen. Dieses Setting wurde immer vorgeschlagen, auf Wunsch mancher Teilnehmer\_innen wurden auch Interviews an deren Arbeitsplatz während des Dienstes, im Café oder telefonisch durchgeführt. Hier herrschte jedoch eine weniger ruhige Atmosphäre, und zudem litt die Tonqualität unter Hintergrundgeräuschen.

Zuerst wurden die Teilnehmer\_innen mündlich über den Hintergrund, die Ziele und den Ablauf aufgeklärt, dies erfolgte auch schriftlich mittels Informationsblatts (Vgl. im Anhang S. 166). Im Anschluss unterzeichneten die Teilnehmer\_innen eine Einverständniserklärung zur Aufzeichnung des Interviews und zur Verwendung der Daten für wissenschaftliche Zwecke (Vgl. im Anhang S. 167). Ebenso füllten sie einen Kurzfragebogen zu Erhebung der Sozialdaten, aktuellen Aus- bzw. Weiterbildungsstatus und der bisher praktizierten und angestrebten medizinischen Tätigkeitsbereiche aus (Vgl. im Anhang S. 162-165). Dieses Vorgehen wurde so auch von Witzel vorgeschlagen (Witzel, 1985). Im Anschluss wurde das Interview entsprechend der oben beschriebenen Richtlinien und dem Interviewleitfaden (Vgl. im Anhang S. 160-161) durchgeführt. Der Interviewleitfaden war folgendermaßen aufgebaut:

In der Eröffnungsfrage wurden die Interviewpartner\_innen dazu aufgefordert von ihren prägenden Erfahrungen in Bezug auf Sterben und Tod zu berichten. Die Einstiegsfrage wurde bewusst offengehalten, um die Erzählung der Gesprächspartner\_innen nicht zu beeinflussen. Im Gegensatz zu den aufgezeigten bisherigen Untersuchungen wurden die Interviewten in der Auswahl ihrer prägenden Sterbeerfahrungen weder durch den Zeitpunkt der Erfahrung noch durch das Setting oder den Ausbildungsstand eingeschränkt. Die Interviewten wurden ermutigt möglichst detailliert die Erfahrung zu beschreiben. Auf die Antworten der/des Interviewpartnerin/s wurde aus dem Kontext heraus mit optionalen Ergänzungsfragen auf die Forschungsfragen fokussiert. In den Ergänzungsfragen ging es zu einen um die Gedanken und Emotionen, die die Erfahrung provozierte, sowie den Lerneffekt aus der Erfahrung. Des Weiteren wurde

nach Auswirkungen auf die persönliche Einstellung zu Sterben und Tod und nach einem veränderten Rollenverständnis als Ärztin/Arzt in Bezug auf Sterben und Tod gefragt. Eine weitere Zusatzfrage bezog sich auf die Auswirkungen auf das Verhalten gegenüber sterbenden Patient\_innen und deren Angehörigen. Zusätzlich wurde nach Vorschlägen zur Verbesserung der Lehre hinsichtlich des Umgangs mit anspruchsvollen Erfahrungen am Arbeitsplatz gefragt. Die Interviews wurden in Form von Audiodateien aufgezeichnet und genauso wie die Kurzfragebögen mit einem Anonymisierungscode versehen und gespeichert. Die Interviews wurden von einem externen Transkriptionsservice professionell transkribiert (verschriftlicht). Die Namen der Interviewten sowie die Namen von in den Interviews beschriebenen Personen wurden zum Zwecke der Anonymität pseudonymisiert. Die Pseudonyme entsprechen fiktiven Vor- und Nachnamen, um die Lesbarkeit der Arbeit zu vereinfachen.

## **2.4 Auswertung**

### **2.4.1 Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Schreier**

Die Bedeutung des entstandenen verbalen Materials war nicht gleich ersichtlich, sondern bedurfte nach einer Verschriftlichung einer Exploration. Qualitative Inhaltsanalyse ist eine Standardmethode der Textanalyse in der Sozialforschung – mit dem Ziel eine systematische Ordnung mittels Kategorien im qualitativen Material herzustellen, um so dessen Bedeutung erschließen zu können. Das Material stammt hierbei aus einem Kommunikationsmedium, z. B. aus Interviews, Debatten oder Fernsehbeiträgen (Mayring, 1994). Diese Analyseform hilft verschiedene Aspekte aufzudecken, diese tiefgründig zu behandeln und Zusammenhänge aufzuzeigen. Dabei steht stets die Sicht der Interviewten in ihrer Komplexität im Vordergrund. Die Wahl der Analyseform fiel auf die Methode nach Schreier, da ihr Vorgehen systematisch, flexibel und induktiv (vom Material und nicht von der Literatur und Vorwissen ausgehend) ist, sodass die Komplexität des Materials zur Geltung kommt, subjektive Ansichten beschrieben werden können und auch bisher unentdeckte Thematiken aufgedeckt werden können (Schreier, 2012). Es werden anhand des Materials inhaltliche Aspekte identifiziert und konzeptualisiert. Die unterschiedlichen Aspekte werden im Anschluss als Kategorien eines Kategoriensystems abgebildet. In dieser Methode werden so viele Unterkategorien wie nötig geschaffen, sodass entsprechend viele Aspekte aufgedeckt werden können und die ganze Komplexität des Materials abgebildet wird (Schreier, 2014a, p. 5).

## 2.4.2 Praktische Anwendung

Methodisch ging ich vor, wie von Schreier in ihrem Lehrbuch „Qualitative Content Analysis in Practice“ beschrieben wurde (Schreier, 2012, p. 6; 2014a, pp. 5-6): Durch mehrfaches Lesen des Materials machte ich mich mit den Interviews vertraut, verschaffte mir einen Überblick und lernte spannende Aspekte des Materials kennen. Im nächsten Schritt bildete ich Auswertungskategorien, die die inhaltlichen Aussagen der Interviewten abbildeten. Dies geschah teils theorieorientiert (auf Basis wissenschaftlichen Wissens und Hypothesen), teils induktiv (vom Material ausgehend). Die Hauptkategorien waren theoriegeleitet und bezogen sich auf die Forschungsfragen, während die Unterkategorien und die darunter untergeordneten Kategorien (in dieser Arbeit als Subkategorie bezeichnet) durch das Arbeiten mit dem Material induktiv entstanden und die verschiedenen Ausprägungen der Hauptkategorien im Text abbildeten. Diese Auswertungskategorien wurden während des Prozesses des sog. offenen Kodierens, also einer ersten Zuordnung von Textpassagen zu Thematiken, immer wieder modifiziert und letztendlich zu einer ersten Fassung des sog. Kodierleitfadens zusammengestellt. Der Kodierleitfaden ist ein System, das wie ein Baum aus Haupt-, Unter- und Subkategorien hierarchisch aufgebaut ist und für jede Kategorie einen Namen, eine Definition und ein eindeutiges Textbeispiel aufweist. Der Kodierleitfaden stellt das zentrale Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse dar und bildet die Grundlage für die Entschlüsselung des gesamten Materials. Er sollte so eindeutig und trennscharf konzipiert sein, dass jede\_r unabhängige\_r Forscher\_in ihn anwenden kann. Die Hauptkategorien wurden entsprechend der Forschungsfragen „Erleben der Situation“, „Umgang und Bewältigungsstrategien“ und „Auswirkungen“ aufgestellt. Bei der Durchsicht des Materials wurde für jeden neuen inhaltlichen Aspekt eine neue Unter- oder Subkategorie gebildet, sich wiederholende Aspekte wurden nicht erneut erwähnt. Ein Beispiel veranschaulicht die Untergliederung der Hauptkategorie „Erleben“ in „emotional“, „kognitiv“ und „körperlich“ als Unterkategorien. „Emotionales Erleben“ weist wiederum die Subkategorien „Schuld“, „Mitleid“, „Wut“ u. a. auf. Bei der Namensgebung achtete ich darauf, die Kategoriennamen möglichst präzise und selbsterklärend zu wählen, damit die Zuordnung von Textstellen möglichst leicht und eindeutig gelingen konnte. Jede Hauptkategorie enthielt auch die Subkategorie „Sonstiges“ für Aspekte, deren genaue Zuordnung nicht möglich war. Textpassagen ohne Relevanz für unsere Forschungsfragen wurden der Kategorie „irrelevant“

zugeordnet.

Im nächsten Schritt begann die Pilotphase des Kodierleitfadens. Die Analyse des Materials erfolgte mithilfe des Auswertungsprogramms MAXQDA 12. Dies ist eine Software zur computergestützten qualitativen Datenanalyse. Im ersten Schritt wurden die transkribierten Interviews sowie der Kodierleitfaden inklusive der Kategorienbeschreibungen in das Programm eingespeist. Im nächsten Schritt erfolgte das „Kodieren“: Das Material wurde in solche Segmente eingeteilt, dass diese thematisch einer Subkategorie des Kodierleitfadens zugewiesen werden konnten. Der Kodierleitfaden wurde an vier zufällig ausgewählten Interviews (zwei Interviews mit PJ-Student\_innen und zwei mit Assistenzärzt\_innen) getestet. Bei Unstimmigkeiten wurden im Anschluss Anpassungen vollzogen. Dabei wurde darauf geachtet, dass alle Themen aus den Interviews durch Subkategorien repräsentiert waren sowie dass alle Kategorien trennscharf waren, wodurch eine eindeutige Zuordnung möglich war. Im Anschluss ergänzte ich den Kodierleitfaden entsprechend durch Zusammenschluss einiger Subkategorien und Trennung anderer. Außerdem veränderte ich manche Namen oder Definitionen von Unter- oder Subkategorien, falls diese nicht selbsterklärend und prägnant genug waren. Der neue Kodierleitfaden wurde im Anschluss bei zwei weiteren, zufällig ausgewählten Interviews angewandt (ein Interview mit einer/m PJ-Studentin/en und eins mit einer/m Assistenzärztin/arzt). Anschließend wurden erneute Anpassungen entsprechend der ersten Runde der Pilotphase vollzogen. Da sich in dieser zweiten Testrunde wenige Veränderungen ergaben, wurde von weiteren Testrunden abgesehen. Alle Kodierungen der Pilotphase wurden von zwei unabhängigen Beurteilerinnen (Nana Jedlicska und mir) vorgenommen. Dabei wurden unterschiedliche Ergebnisse bis zu einem gemeinsamen Konsens diskutiert (Intercoderreliabilität) (Mayring, 2015, pp. 124-126). Den überarbeiteten Kodierleitfaden wandte ich im nächsten Schritt am gesamten Material an. Jede Textstelle der Interviews musste kodiert sein, zudem durften die Textpassagen keine Doppelmarkierungen innerhalb einer Hauptkategorie aufweisen. Wenn für eine Textpassage mehrere Subkategorien innerhalb einer Hauptkategorie zugeteilt werden konnten, wurde diejenige zugeteilt, die dominant war. Subkategorien, die bei weniger als fünf Interviewten identifiziert wurden, wurden in die Kategorie „Sonstiges“ verschoben und damit als nicht relevant genug für die Ergebnispräsentation erachtet. Der finale Kodierleitfaden befindet sich im Anhang auf S. 168-178.

Zur Erfüllung der Validität versuchte ich alle relevanten Bedeutungsaspekte der Interviews zu erfassen. Zur Sicherung der Qualität las Nana Jedlicska alle Kodierungen Korrektur; unterschiedliche Textinterpretationen und Meinungen wurden diskutiert, wobei wir uns immer auf eine Version einigten. Dabei ist die unabhängige Kodierung laut Schreier in dieser Phase nicht mehr nötig, da der Kodierleitfaden schon evaluiert und getestet wurde.

Im abschließenden Schritt erfolgte eine vertiefende interpretative Analyse des kodierten Materials. Mithilfe der sog. Retrieval-Funktion von MAXQDA können alle Textsegmente eingesehen werden, die einer Subkategorie zugeordnet sind (*MAXQDA 2020 Manual* 2019, pp. 26-27). Nach mehrfachem Lesen dieser Passagen verfasste ich zu jeder Subkategorie eine tiefergehende Analyse. Dabei versuchte ich alle Themen aus den Textstellen aufzugreifen und mögliche Zusammenhänge mit anderen Subkategorien aufzuzeigen. Ziel war es ein möglichst ganzheitliches Bild jeder Subkategorie abzubilden (Schreier, 2012, pp. 219-222). Bei der Aufarbeitung jeder Kategorie versuchte ich mithilfe der zugehörigen Textstellen zuerst Kernaussagen und dann deren Teilaspekte herauszuarbeiten. Hierbei wurde auch auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Aussagen der Interviewpartner\_innen eingegangen. Ausgewählte Zitate aus den Interviewtranskripten unterstreichen hierbei die getroffenen Aussagen. Abweichend von Schreiers Methode erfolgte zu jeder Subkategorie die Angabe, wie viele Interviewten die jeweilige Subkategorie thematisiert hatten und ob diese zur Gruppe der Studierenden oder der Assistenzärzt\_innen gehörten, um einen quantitativen Aspekt hinzuzufügen.

### 3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung anhand der einzelnen Haupt-, Unter- und Subkategorien und den mit ihnen im Zusammenhang stehenden Aussagen der Interviewten vorgestellt und erörtert. Die Subkategorien werden innerhalb ihrer Unterkategorie in absteigender Reihenfolge aufgeführt. Die erste Hauptkategorie stellt das Erleben von Sterbeerfahrungen dar. Die zweite Hauptkategorie bilden Umgangs- und Bewältigungsstrategien, die von den Gesprächspartner\_innen nach den Sterbeerfahrungen angewandt wurden. Die letzte Hauptkategorie umfasst Auswirkungen der Sterbeerfahrungen auf die Einstellungen und das Verhalten der Interviewten. Abbildung 2 stellt eine Übersicht über alle Kategorien dar.



Abbildung 2 Übersicht über alle Kategorien

### **3.1 Erleben der Situation**

In ihren Erzählungen beschrieben die Interviewten die unmittelbaren und später folgenden Reaktionen auf die geschilderten Erfahrungen in Zusammenhang mit Sterben und Tod.

Die beschriebenen Reaktionen wurden in emotionales, kognitives und körperliches Erleben unterteilt. Auf alle Formen des Erlebens hatten die Todesumstände, der Erfahrungsumfang der Interviewten mit Sterben und Tod und die persönliche Beziehung und Sympathie zur/m Sterbenden großen Einfluss. Dies galt sowohl für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens wie für die Intensität der Ausprägung. Die in den Erzählungen beschriebenen unterschiedlichen Todesumstände wurden von Dagmara Srnová in ihrer Promotionsarbeit herausgearbeitet. Dazu zählen u. a. ein „schöner Tod“ (begleitetes Sterben in Abwesenheit von körperlichem und geistigem Leiden, am besten vom Familienkreis umgeben) und im Gegensatz dazu „qualvoller Tod“ (körperliches und seelisches Leiden) sowie „einsamer Tod“ (sozialer Aspekt des Verlassenseins). Weitere beschriebene Todesumstände sind der „junge Tod“ (junges Alter der Sterbenden), „überraschender Tod“ (mit unerwartetem Eintritt) und „dramatischer Tod“ (äußere dramatische Erscheinung des Todes).

#### **3.1.1 Emotionales Erleben**

Die Interviewten reagierten mit einer Bandbreite an Gefühlen auf ihre Sterbeerfahrungen. Die am häufigsten beschriebene Emotion war positiver Natur - Zufriedenheit. Ein weiteres positives Erleben war Bewunderung. In den Interviews beschriebene negative Gefühle waren Hilflosigkeit, Angst, Wut, Schock und Schuld. Während manche Interviewte mit großer Betroffenheit, Trauer oder Mitleid reagierten, so zeigten andere wenig emotionale Teilnahme. In den folgenden Abschnitten möchte ich die beschriebenen Emotionen im Detail vorstellen und erläutern.

##### **3.1.1.1 Zufriedenheit**

Die Subkategorie „Zufriedenheit“ umfasst das erfüllende Gefühl der Interviewten, das durch das Miterleben eines „schönen Todes“ entstand, dem sie entweder passiv beiwohnten oder den sie aktiv durch ihr eigenes Handeln positiv beeinflussten. Weiterhin trat das Gefühl auf, wenn die Interviewten mit ihrer fachlichen Arbeit zufrieden waren, d. h. mit ihren Kenntnissen und Fertigkeiten. Diese Emotion wurde von 78% (14 von 18) der Interviewten angesprochen und ist damit die am häufigsten

## Ergebnisse

beschriebene emotionale Reaktion in den Interviews. Zufriedenheit wurde gleichermaßen von Assistenzärzt\_innen wie von PJler\_innen beschrieben.

Ein zentraler Grund, der in den beschriebenen Erlebnissen zur Zufriedenheit der Interviewpartner\_innen führte, stellt das Beiwohnen eines „schönen Todes“ dar, sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext. Die Interviewten adressierten verschiedene Aspekte, die für sie ein „schönes Sterben“ ausmachen: Am häufigsten wurde damit ein friedlicher Tod in Abwesenheit von Schmerzen gemeint. Zum friedlichen Sterben zähle zum einen ein sanftes Sterben ohne Todeskampf, eine ruhige Umgebung, aber auch eine den Tod akzeptierende Haltung der/s Sterbenden ohne Angst vor dem Tod. Ein „schöner Tod“ sei laut den Interviewten auch ein Versterben ohne lebensverlängernde Maßnahmen, die aussichtslos sind und nur eine Verlängerung von Leid bedeuten. Zudem könne der Tod auch Erlösung von körperlichem Leiden bedeuten. Als wünschenswert wurde auch ein Versterben im Beisein der Familie nach Abschiednahme sowie emotionaler und praktischer Vorbereitung beschrieben. Der Tod nach einem erfüllten, langen Leben wurde als erstrebenswert angesehen. Das Miterleben eines solchen Tod löste bei den Gesprächspartner\_innen ein „schönes, erfüllendes Gefühl“ (Lukas H., Z.170) aus. Als Beispiel für das Erleben eines „schönen Todes“ und damit einer positiven Sterbeerfahrung sei hier angeführt, wie Lisa R. das Sterben ihres Großvaters erlebte:

„Ja, es war einfach, ich war nicht mehr so traurig. Ich habe mich eigentlich eher für ihn gefreut, muss ich ehrlich sagen und das haben die anderen auch gemerkt, dass man da positiv raus gehen kann und sagen kann, es ist in Ordnung, dass das jetzt alles so ist.“  
(Lisa R., Z. 244-246)

Zu wissen, dass der Großvater den Tod akzeptiert hatte und weder Schmerzen noch Angst empfand, beeinflusste das Erleben der Interviewpartnerin positiv und minderte ihre Trauer – [...] er lag da ganz friedlich und es war richtig schön [...]“ (Z. 221).

Ein weiterer wichtiger Aspekt war das aktive Mitgestalten eines „schönen Todes“, was v. a. im beruflichen Bereich als Komponente hinzukam. Zum einen ging es in den Interviews um Zwischenmenschliches wie offene, ehrliche Kommunikation, das Ermöglichen einer Abschiednahme und das Regeln ungeklärter Angelegenheiten. Hinzu zählte sich bewusst Zeit für die/den Sterbenden zu nehmen und ihr/ihm Zuwendung zu schenken. Zum anderen ging es um medizinische Handlungen, wie Schmerzen und andere Leiden zu mindern und einen Todeskampf zu ersparen. Einen

## Ergebnisse

aktiven Beitrag am Sterbeprozess leisten zu können und diesen zu verbessern, wurde von den Interviewten als sinnbringend und erfüllend wahrgenommen. Immer wieder wurde vom „guten Gefühl“ des Helfens berichtet (z. B. Arthur M., Z. 252). Als erfüllend wurde erlebt, den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Patient\_innen nachzukommen und zu deren Zufriedenheit zu führen. So wurde etwa für eine Patientin organisiert, dass sie vor ihrem Tod noch einmal schwimmen gehen konnte. Oft reichten auch kleine Gesten und keine medizinischen Leistungen aus, um einen Beitrag zu leisten:

„Das war nicht viel, das war nur Händchenhalten sozusagen. Aber das, ja genau, das war auf jeden Fall sehr sinnvoll.“ (Lukas H., Z. 183-187)

Das Schenken von Zuwendung mit einem resultierenden „guten Gefühl“ wurde v. a. von der Gruppe der Studierenden angeführt. Auch wenn die Situation noch so schrecklich sei, so könne man laut dem Arzt Peter F. diese durch das eigene, auch kleine, Mitwirken immer ein bisschen verbessern. Er versuche etwa immer einen Abschied zu ermöglichen, auch wenn dies für ihn eine zusätzliche Belastung bedeute:

"[...] wenn das gut läuft und die sich dann alle verabschieden können [...] dann rückt das alles irgendwie in ein positives Licht. Und dann hat man den Angehörigen noch einmal etwas mitgeben können, obwohl das total schrecklich ist." (Peter F., Z. 286- 289)

Auch wenn es nur das Schenken von Aufmerksamkeit oder Zuwendung ist, habe aktives Partizipieren am Sterbeprozess Einfluss auf das emotionale Erleben des Sterbeerlebnisses: Gefühle wandeln sich zu positiven, nämlich zu Zufriedenheit, Erfüllung und Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns. Besonders die Sterbebegleitung und die Betreuung der Angehörigen ist ein sensibler Bereich, bei dem alle Beteiligten unterschiedliche Bedürfnisse haben. Daher wurden hier positive Rückmeldungen durch die Betroffenen von den Interviewpartner\_innen besonders geschätzt. So beschrieb der Assistenzarzt Arthur M. einen „optimalen“ Verlauf (Z.447): Der eindeutig kommunizierte Wunsch einer alten Patientin, keine lebenserhaltende Operation zu erhalten, wurde eingehalten und ermöglichte die Akzeptanz dieses Wunsches durch die Familie und Arthur M. die Möglichkeit auf Therapieverzicht. Er konnte die Patientin mit Schmerztherapie erfolgreich unterstützen; letztendlich war die Zufriedenheit aller

Beteiligten für ihn selbst eine Befriedigung, was er als „höchste Stufe“ (Z.452) beschrieb.

Was zudem zur Zufriedenheit der Interviewten beitrug, war die Anerkennung ihrer fachlichen Arbeit, also der Einsatz ihrer Tätigkeiten und Kenntnisse. So wurde etwa das richtige Einschätzen einer medizinischen Situation oder das Überleben einer/s Patientin/en nach großen Bemühungen als befriedigend beschrieben. Positive Resultate in ihrer Arbeit zu finden war für die Interviewpartner\_innen ein Antrieb.

Es lässt sich zusammenfassen: Das Miterleben schöner Todesumstände und ein aktiver Beitrag am Sterbeprozess führt oft zur positiven Bewertung der Erfahrung durch Mediziner\_innen.

### **3.1.1.2 Betroffenheit**

Diese Subkategorie beschreibt die Konsternation, das Ergriffen-Sein und die emotionale Belastung der Erzählenden durch eine geschilderte Sterbeerfahrung. Von 12 der 18 Interviewten (7 Assistenzärzt\_innen und 5 PJler\_innen), insgesamt 67%, wurde Betroffenheit als Reaktion auf eine Sterbeerfahrung beschrieben. Zudem wurde Betroffenheit als häufigste aller Subkategorien in der Kategorie „Erleben“ kodiert und bei 30 Passagen zugeordnet.

Oft konnten die Interviewten selbst kein konkretes Gefühl festmachen; stattdessen verwandten sie gefühlsintensive und plakative Sprache wie „Gänsehaut“ oder „einen Kloß im Hals bekommen“ sowie „schlucken müssen“. Immer wieder wurden folgende Aussagen als Ausdruck des Betroffenseins benutzt: „Das nimmt mich mit“, „das hat mich berührt“, „das war schwer für mich“, „das hat mich belastet“ oder „das hat mich nicht losgelassen“.

Es ließen sich Faktoren und Umstände identifizieren, die Betroffenheit bei den Interviewten auslösten. So waren dies u.a. bestimmte Todesumstände, nämlich unerwartetes, einsames, qualvolles und Versterben unter dramatischen Umständen (z. B. noch während der Versorgung eines Polytraumas). Mehrfach wurde auch berichtet, dass der Gedanke an die Familie der/s Verstorbenen oder die Anwesenheit von Angehörigen und deren offensichtlicher Schmerz und Trauer Betroffenheit auslösten. Der PJ-Student Felix E. beschrieb, wie ein schwerkranker Patient auf dem Weg von der Intensivstation zum CT verstarb. Interessanterweise berührte diese außergewöhnliche Situation den PJ-Studenten nicht, erst als Felix E. die Angehörigen

## Ergebnisse

erblickte, sich in deren Schmerz hineinversetzte und deren Perspektive übernahm, war er merklich emotional mitgenommen:

„Und ich musste schon schlucken [...] weil man, wie gesagt, da sehr betroffen ist, wenn man halt sieht, dass die Angehörigen weinen und da eben mehr ist als nur ein Patient, der in einem Bett liegt und danach ist das Bett wieder leer und dann kommt der nächste [...]“  
(Felix E., Z. 30-33)

Erst durch das Erblicken der emotionalen Reaktionen realisierte er, welche Bedeutung ein Todesfall für die Angehörigen hat, und welche tiefe Betroffenheit er bei ihm auslöste.

Die persönliche Bindung zur/m Patientin/en spielte zudem eine große Rolle. Auf diese emotionale Verbundenheit hatten der persönliche Bezug, die Dauer der Behandlung und Sympathie großen Einfluss. Das folgende Beispiel verdeutlicht dies: Der Assistenzarzt Otto S. betreute während seines Pflegepraktikums ein Mädchen mit einem Osteosarkom. Zwei Jahre später, während seines Medizinstudiums, besuchte Otto zum ersten Mal eine Obduktion, was seine erste Erfahrung mit einem toten Menschen war. In der Pathologie erblickte er überraschend auf einer Totenbahre das Mädchen aus dem Pflegepraktikum und nahm kurz darauf an ihrer Obduktion teil. Er reagierte konsterniert und beschrieb seine Gefühle wie folgt:

„[...] natürlich geht es einem nahe. Also ist schon heftig, wenn man dann denkt, okay, die kennt man jetzt noch aus lebenden Zeiten, dann liegt da einfach nur mehr die Hülle oder die Überreste der Patientin, des Mädels, das ist schon heftig. Man schluckt halt einfach [...]“ (Otto S., Z. 39-42)

Die unerwartete Begegnung mit ihrem Leichnam und der Fakt, dass er das Mädchen zu deren Lebzeiten kannte und eine persönliche Bindung hatte, lösten tiefe Betroffenheit bei dem damaligen Studenten aus. Häufig lösten zudem Sterbeerfahrungen am Anfang der Karriere und des Studiums durch deren Neuartigkeit stärkere Betroffenheit aus als zu Zeitpunkten mit größerem Erfahrungsschatz. Dies trat ein, obwohl den meisten Interviewten durch ihr Studium bewusst war, dass sie mit Sterben und Tod konfrontiert werden würden und sich mental vorbereitet hatten, wie auch Otto S. betonte. Ein zusätzlicher Einflussfaktor war das Alter der/des Patient\_in – besonders der Tod von Kindern wurde als große emotionale Belastung empfunden. Anette S. unterschied hier jedoch nochmals: Den

Tod von Kleinkindern fand sie weniger belastend als den von älteren Kindern, da Kleinkinder ihr Schicksal nicht verstehen und daher keine Todesangst empfinden könnten. Zudem hätten die Eltern von Kleinkindern aufgrund ihres jüngeren Lebensalters die Chance auf weitere Kinder und könnten daher ihrer Meinung nach den Tod eines kleinen Kindes besser verkraften. Ab einem Alter, in dem Kinder ihr Schicksal verstanden, dagegen ankämpften und Angst vor dem Tod empfinden könnten, sei deren Sterben und Tod für die Assistenzärztin jedoch besonders belastend:

„So einen Sechzehnjährigen sterben zu lassen ist brutal schwierig [...]“ (Anette S., Z. 340-341)

Ein weiterer Einflussfaktor auf das Auslösen von Betroffenheit war der Umgang der Patient\_innen mit der eigenen Erkrankung oder dem bevorstehenden Tod: So wie ein angsterfüllter, verzweifelter Kampf gegen die Krankheit und den Tod für die Mediziner\_innen als starke emotionale Belastung wahrgenommen wurde, so wurde eine akzeptierende Haltung und ein optimistischer, selbstbestimmter Umgang als große Erleichterung wahrgenommen.

### **3.1.1.3 Angst**

Unter der Subkategorie der „Angst“ wurden allen Stellen der Interviews zusammengefasst, in denen die Interviewten Situationen oder Umstände in Bezug auf Sterben und Tod beschrieben, in/vor denen sie sich fürchteten, Panik empfanden und/oder sie als unheimlich wahrnahmen. Hierbei unterscheidet sich zwischen den Ängsten, die das Privatleben der Gesprächspartner\_innen betrafen, also die Umstände des eigenen Todes oder der Nahestehenden, und den Ängsten, die sich auf berufliche Situationen bezogen. In den Gesprächen beschrieben 61% der Interviewten (11 von 18) die Emotion „Angst“ als Reaktion auf Todes- und Sterbeerfahrungen, wobei sie bei den Studierenden stärker vertreten war als bei den Ärzten/innen (bei 7 Studierenden im Vergleich zu 4 Ärzten/innen).

Ängste, die sich auf den beruflichen Kontext beziehen, hatten bei den Interviewten verschiedene Dimensionen. Das am häufigsten angesprochene Thema war die Konfrontation mit dem toten Körper. Besonders der erste Kontakt ohne vorherige Erfahrung mit Sterbesituationen wurde von den Interviewten als „beängstigend“,

## Ergebnisse

„komisch“ und „unheimlich“ empfunden. Dieser fand in den beschriebenen Fällen bei einer Leichenschau im Rahmen des Studiums oder während des Krankenpflegepraktikums statt. Wissenslücken wurden im Vornherein durch Vorstellungen und Phantasien gefüllt, wodurch Unbekanntes oft als beängstigend wahrgenommen wurde. Die PJ-Studentin Sabrina P. beschrieb ihre Ängste vor dem ersten Kontakt mit einem toten Körper wie folgt:

„Angst vor dem Unbekannten und Angst, dass man sich, ich weiß nicht, wie es überhaupt ist, wenn man es halt noch nicht gesehen hat. Ist der jetzt verändert, ist der entstellt, steht der Mund ganz weit offen, sind die Augen aufgerissen oder, ja, weil man es halt nicht weiß.“ (Sabrina P., Z. 267-270)

Besonders die Angst vor einem entstellten, „ekligen“, angsteinflößenden Zustand des toten Körpers dominierte bei ihr. Auch die Umgebung um die/den Tote\_n herum wurden von Interviewten als beklemmend und unheimlich wahrgenommen. Für Sabrina P. fühle sich die Atmosphäre so unnatürlich an, weil sie den menschlichen Körper eigentlich mit Leben verbinde und der Tod für sie deshalb einen „nicht normalen“ Status darstelle. Ein anderes Beispiel dafür sind die Gefühle der PJ-Studentin Marianne L., die eine fast übersinnliche Bedeutung Toten beimisst. Die Vorstellung die Seele wäre der/dem Toten entwichen und befände sich im Raum, weshalb sie diese verschlucken könne, sei für sie derart furchteinflößend, dass sie solche Räume am liebsten verlassen würde:

„[...] als würde sich die Seele noch irgendwie in dem Raum aufhalten und man darf bloß nicht den Mund aufmachen, dass man nicht irgendwie was verschluckt.“ (Marianne L., Z. 522-524)

Zudem habe sie das Gefühl etwas im Raum würde sich bewegen. Von dem Assistenzarzt Jan N. wurde betont, dass die Angst vor toten Körpern mit zunehmender Exposition abnehme.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im beruflichen Kontext waren die Ängste in Bezug auf das eigene professionelle Auftreten bzw. Performance und das Erfüllen des eigenen Arztrollenverständnisses. Dies äußerte sich als Angst vor Ratlosigkeit, Ohnmachtsgefühl, Fehlern und Versagen als Ärztin/Arzt. Die Angst davor in entscheidenden Momenten nicht zu wissen, was zu tun ist, wurde als besonders

## Ergebnisse

quälend wahrgenommen. So beschrieb es die PJ-Studentin Daniela W. als „Horrorvision“ (Z. 247) einen Raum mit einer leblosen Person zu betreten und nicht zu wissen, wie sie adäquat reagieren sollte. Mehrfach wurde auch die Angst vor einem eingeschränkten Einfluss auf den Sterbeprozess, besonders den Schmerzen der Patient\_innen, artikuliert. Die Assistenzärztin Maresa B. musste dieses Ohnmachtsgefühl miterleben, nämlich dass sie trotz hoher Morphindosen einem sterbenden Patienten nicht die Schmerzen lindern konnte. Diese negative Erfahrung rief bei ihr Angst vor der Behandlung zukünftiger Patient\_innen hervor:

„Ja, so die Angst, dass man dem halt irgendwie nicht helfen kann, dass man einfach wirklich so danebensteht und sagt okay, das ist das Ende [...]“ (Maresa B., Z.55-56).

Wie im Beispiel von Maresa B. wuchs die Versagensangst und konsekutiv die Angst vor Verantwortung, nachdem Fehler oder ein schlechtes Patientenoutcome geschehen waren. Die Angst vor Fehlern spielte besonders im Interview des Assistenzarztes Peter F. eine große Rolle: Er führte bei einem schwerstkranken Patienten eine Pleurapunktion durch, kurz danach verstarb der Patient aufgrund einer Komplikation des Eingriffes. Er berichtete im Anschluss von großer Angst zur Arbeit zurückzukehren, wieder Verantwortung zu übernehmen und damit eventuell wieder Fehler zu machen. Nur durch Gespräche mit Kolleg\_innen, die Durchführung weiterer Punktionen und somit durch Bestätigung seiner eigenen Kompetenz überkam er letztendlich diese Angst (siehe dazu auch „Konfrontation“).

Ein weiterer Aspekt des professionellen Auftretens war die Angst davor die Fassung zu verlieren und vor einer aus Sicht der Interviewten unangemessenen Reaktion ihrerseits, etwa dass sie vor Patient\_innen zu weinen begannen oder unter Kreislaufschwäche litten. Zum Überkommen dieser Angst folgte entweder Vermeidung oder bewusste Konfrontation als Umgangsstrategie (siehe „Umgang und Bewältigungsstrategien“ und „Fassung behalten“). Zudem wurde die Angst geäußert von Patientenschicksalen emotional zu sehr getroffen zu werden und daher in Zukunft nicht mehr mit Patientensterben umgehen zu können. Auch dies passt nicht in ihr Bild der/des starken Medizinerin/Mediziners, die/der keine Selbstzweifel kennt (siehe „Arztrollenverständnis“). Maresa B. war derart traumatisiert vom qualvollen Versterben des o. g. Patienten, dass sie Angst bekam, nicht resilient genug zu sein, um mit Patiententoden umzugehen zu können.

## Ergebnisse

Nicht nur in Bezug auf den beruflichen, sondern auch im Hinblick auf den privaten Bereich wurde von den Interviewten Ängste geäußert. Zum einen war dies die Angst vor dem Eintreten des eigenen Todes, also „Existenzangst“ (Marianne L., Z.75) sowie „Verlustängste“ (Kornelia K., Z.212) in Bezug auf den Tod nahestehender Menschen. Diese Ängste wurden bei unseren Interviewten zum Teil durch das Miterleben von Sterben und Todesfällen im Beruf oder Studium provoziert. Durch Projektion anderer Schicksale auf sich selbst, besonders bei plötzlichen unerwarteten Todesfällen, wurde manchen Interviewten erst die Unberechenbarkeit des Todes und die Vergänglichkeit ihres Seins und das ihrer Nahestehenden bewusst. So betonte etwa der Assistenzarzt Jan N. nach dem unerwarteten Tod seines Onkels, dass ihm die Irreversibilität des Todes im Beruf keine Angst mache, jedoch sehr wohl im Privaten. Die Endgültigkeit des Todes mit der resultierenden Unmöglichkeit offene Angelegenheiten zu regeln war für ihn angsteinflößend (siehe auch „Sterbe- und Todesbild“). Er würde sich daher für sich selbst eher eine infauste Prognose mit Zeit zur Organisation wünschen als einen plötzlichen Tod. Einen Einzelfall stellte die Schilderung des PJ-Studenten Felix E. dar, der nach seiner Krebserkrankung Angst vor einem Tumorrezidiv schilderte, und zwar jedes Mal, wenn er einen Nachsorgetermin wahrnahm.

Bei mehreren Interviewten ging es mehr um bestimmte Todesumstände, vor denen sie sich und bezogen auf ihre Nahestehende fürchteten. Immer wieder wurde in diesem Zusammenhang Angst vor Einsamkeit in den letzten Tagen oder Stunden thematisiert. Beispielhaft sei die Erfahrung von Marianne L. angeführt: Eine ältere Frau starb ohne Beachtung durch das medizinische Personal oder andere Zimmerbesucher. Zudem bekam sie keinen Besuch von Angehörigen und starb daher ganz allein im Krankenhaus. Marianne L. sollte ihre Sachen in einem Kinderkoffer zusammenpacken. Sie empfand diese Situation für die Patientin unwürdig und machte sich Sorgen bezüglich ihres eigenen Todes:

„Vielleicht so ein bisschen Existenzangst, dass einem das ja auch passieren könnte und dass man dann, oder dass man halt einfach auch so ganz einsam endet. [...] Halt nur mit so einem Kinderkoffer und man stirbt dann und dann wird der da einfach gepackt.“  
(Marianne L., Z. 75-77)

Der Kinderkoffer als inadäquates Gepäckstück für einen Erwachsenen stand für Marianne sinnbildhaft für Einsamkeit, Verlassenheit und ein unwürdiges Lebensende.

## Ergebnisse

Einen anderen Umstand, vor dem sich einige Interviewpartner\_innen fürchteten, war der qualvolle Tod, den sie bei manchen Patient\_innen miterleben mussten. Die Einsicht des mangelnden Einflusses auf den Verlauf des Sterbeprozesses verschlimmerte das Angstgefühl. Die Assistenzärztin Maresa B. beschrieb den Einfluss von negativ erlebten Sterbeerfahrungen auf ihre Ängste und Wünsche ganz treffend:

„Also die Dinge, die ich gesehen habe, die negativ waren [...] machen einem schon Angst, dass man sagt so, wenn man selber mal nichts mehr tun kann, möchte man es so eigentlich nicht haben, aber man wird es sich wahrscheinlich nicht aussuchen können.“  
(Maresa B., Z.228 – 231)

Bei Medizinstudierenden und jungen Ärzt\_innen kann also das Miterleben von Sterben und Tod, v. a. einsames und qualvolles Sterben, Ängste in Bezug auf den eigenen Tod und den der Lieben auslösen. Im beruflichen Kontext wurde die Angst vor Ratlosigkeit, Ohnmacht und unprofessionellem Auftreten als besonders quälend empfunden; zudem galten besonders die ersten Kontakte mit dem toten Körper als unheimlich und angsteinflößend.

### **3.1.1.4 Hilflosigkeit**

Dieses Kapitel stellt die Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ratlosigkeit dar, welche bei 10 der 18 Interviewten (56%) als Reaktion auf Sterbe/Todeserfahrungen festgestellt wurden. Davon waren 7 Assistenzärzt\_innen und 3 PJ-Student\_innen betroffen. Oft resultierten diese Emotionen aus dem Gefühl heraus nicht ausreichend Einfluss auf das Geschehen zu haben oder die Kontrolle darüber zu verlieren. Dieser Kontrollverlust wurde von den meisten Interviewten als extrem quälend empfunden.

„[...] da war das schlimmste Gefühl eigentlich, so komplett die Kontrolle zu verlieren in dieser Situation.“ (Peter F., Z. 81-82)

Es können zwei verschiedene Formen der Hilflosigkeit unterschieden werden: Einerseits das Gefühl der Ohnmacht bei ausweglosen, nicht veränderbaren Situationen; andererseits die quälende Ratlosigkeit, wenn die/der Erzählende nicht weiterwusste, es aber wahrscheinlich eine Lösung für die Situation gab.

## Ergebnisse

Mehrfach wurde Hilflosigkeit im Sinne von Ohnmachtsgefühl als Reaktion auf den mangelnden Einfluss auf den Tod angeführt. Ein Beispiel lieferte der Assistenzarzt Jan N., dessen Patenonkel für ihn unerwartet verstarb, als Jan N. gerade im Ausland war. Aus der Erfahrung gewann er die Erkenntnis, wie unplanbar, unberechenbar und dann endgültig der Tod ist. Die Ohnmacht keinen Einfluss auf die Situation zu haben, der Kontrollverlust und die Unvorhersehbarkeit des Todes in Kontrast zu seinem strukturierten und kontrollierten Leben waren für ihn gänzlich neuartig und ein Schock.

„Wir sind ja sonst eigentlich immer Herr der Lage und kontrollieren unseren Alltag und machen unseren Terminkalender und planen alles und können die Sachen ja auch gut vorhersehen und entsprechend alles gestalten und beim Tod von einem Mitmenschen, der plötzlich aus dem Leben tritt, kann man ja nichts planen unbedingt, also vor allem, wenn das plötzlich passiert, weil das ja unerwartet passiert und das ist ja eine Ohnmacht, vor allem, es gibt ja nichts Schlimmeres als da zuschauen zu müssen oder das erleben zu müssen, ohne was dagegen tun zu können.“ (Jan N., Z. 140-146)

Jan N. fühlte sich dem Schicksal ausgeliefert und litt sehr unter dem Kontrollverlust. Zudem machte er sich Vorwürfe die Ernsthaftigkeit der Situation, also das rasche Fortschreiten der Erkrankung des Patenonkels, unterschätzt zu haben und ihn daher nicht nochmals besucht zu haben. Dieses Ohnmachtsgefühl vor einer irreversiblen Situation zu stehen wollte er daraufhin privat wie beruflich vermeiden. Deswegen nahm er sich vor medizinische Situationen ernster zu nehmen und richtig einzuschätzen, um noch Einfluss auf die Situation zu haben, sei es, um sich verabschieden zu können oder medizinisch die Kontrolle behalten zu können.

Ein weiteres prägnantes Beispiel für quälende Ohnmacht aufgrund eines Kontrollverlusts stellt die Erfahrung von Peter F. dar: Seine erdrückenden Gefühle einer der folgenschweren Pleurapunktion (Fallbeschreibung im Kapitel „Schuld“) beschrieb er wie folgt:

„[...] als der gestorben ist, hat man wirklich so das Gefühl gehabt, wie der Boden unter den Füßen verschwindet, ja, weil man wirklich das Gefühl hat, den hast du jetzt wirklich umgebracht und dir entgleitet diese komplette Situation jetzt gerade vollkommen.“ (Peter F., Z. 68-71)

Das Gefühl des Kontrollverlustes und seine Schuldgefühle waren für ihn überwältigend.

Die andere Form der Hilflosigkeit ist eine quälende Ratlosigkeit, wenn die/der Erzählende nicht weiterwusste, es aber wahrscheinlich eine Lösung für die Situation gab. Dieses Gefühl wurde von den Interviewten besonders in Situationen am Anfang ihrer medizinischen Laufbahn beschrieben, als sie noch relativ unerfahren waren. Der PJ-Studentin Daniela W. fiel der Umgang mit einer jungen sterbenden Patientin und ihren Angehörigen schwer. In diesem Fall ging es nicht um medizinische Fragestellungen, sondern um zwischenmenschliche Interaktionen. Sie fühlte sich weder durch ihr Studium vorbereitet noch verfügte sie über entsprechende Vorerfahrungen. Ratlosigkeit und Überforderung quälten sie, da sie die Bedürfnisse der Patientin nicht kannte und sie deswegen nicht optimal unterstützen konnte:

„Benötigt die jetzt von mir, dass ich möglichst viel mit ihr rede oder möglichst sanft mit ihr rede, benötigt die, dass ich einfach die Klappe halte und dieses blöde Blut abnehme und sie da raus geht. Was brauch ein Mensch in der Situation. Ich kann es mir einfach nicht vorstellen. Ich weiß es nicht.“ (Daniela W., Z. 491-494)

An dieser Stelle wurde erneut die mangelnde Vorbereitung auf die Betreuung sterbender Patient\_innen im Studium kritisiert und der Wunsch nach mehr Lehrangeboten formuliert. Zudem wurden zwei Erfahrungen beschrieben, in denen die Medizinerinnen keine klare Weisung von Vorgesetzten erhalten hatten und sich mit medizinischen Entscheidungen allein gelassen und hilflos fühlten.

Eine weitere, besonders quälende Erfahrung, in der beide Formen der Hilflosigkeit beschrieben wurden, fand sich im Interview der Assistenzärztin Maresa B.. Am Anfang ihrer Assistenzarztzeit betreute sie einen palliativen Patienten mit metastasierter Tumorerkrankung. Gegen die starken Schmerzen des Patienten verabreichte Maresa B. hohe Dosen Morphin, die bei vorangegangenen Patientenfällen gut gewirkt hatten. Wider Erwarten trat jedoch keine Schmerzlinderung ein, sodass sie verzweifelte. Zum einen fühlte sie quälende Ratlosigkeit, da sie sich mit dem Morphinperfusor nicht auskannte, zum anderen wusste sie nicht, was sie weiter unternehmen sollte. Sie fühlte sich machtlos und ohnmächtig, da sie dem Patienten nicht die Qualen nehmen konnte.

### **3.1.1.5 Bewunderung**

Diese Subkategorie beschreibt die Anerkennung der Interviewten für die Haltung und den Umgang einiger Sterbender mit der eigenen Erkrankung und/oder dem

## Ergebnisse

bevorstehenden Tod. Bewunderung galt ebenfalls manchen Angehörigen für ihren Umgang mit dem Sterben Nahestehender. Weiterhin beinhaltet die Kategorie die Anerkennung für die Patientenbetreuung von medizinischem Personal. Bei 56% der Interviews (10 von 18) konnte Bewunderung in diesem Kontext identifiziert werden; jeweils zur Hälfte handelte es sich um Assistenzärzt\_innen und PJ-Student\_innen.

Am häufigsten wurde in den Interviews Bewunderung für die Sterbenden für ihre Haltung und ihren Umgang mit der tödlichen Krankheit und dem bevorstehenden Tod ausgedrückt. Die Anerkennung galt insbesondere dem Nicht-Verleugnen und der Akzeptanz der tödlichen Diagnose und Prognose durch die Sterbenden. Wie von der Assistenzärztin Anette S. beschrieben, ist Akzeptanz eine der 5 Sterbephasen, die jedoch nicht jede\_r Sterbende erreicht. Umso bewundernswerter erschien es daher den Interviewten, wenn Patient\_innen diese Haltung erlangten. Durch das Akzeptieren der Erkrankung und des bevorstehenden Todes verschwendeten die Sterbenden keine Energie in aussichtslosen Widerstand. Stattdessen konnten sie die restliche Zeit konstruktiv nutzen, nämlich diese mit der Familie verbringen und wichtige Angelegenheiten regeln.

Zudem wurde besonders anerkannt, wenn die Sterbenden einen selbstbestimmten, tapferen und offensiven Umgang mit ihrer Krankheit und dem bevorstehenden Tod praktizierten. Akzeptanz des eigenen Todes war oft die Voraussetzung für diese Umgangsformen. Die PJ-Studentin Tatjana P. lernte etwa im Rahmen ihres Praktikums eine Patientin kennen, die die palliative Diagnose eines metastasierten Ovarialkarzinoms erhalten hatte. Tatjana war beeindruckt vom tapferen, furchtlosen Umgang der Patientin. Zudem zeigte diese eine akzeptierende Haltung der Diagnose, sodass sie die verbleibende Zeit zum Abschiednehmen und zum Klären wichtiger Angelegenheiten nutzen konnte, damit diese später ihren Kindern nicht zu Last fielen. Ein selbstbestimmter Umgang, mit dem Ziel den Angehörigen nicht zur Last zu fallen, erfuhr auch bei anderen Interviewpartner\_innen große Anerkennung. Für Anette S. war in diesem Zusammenhang der Umgang ihres Schwagers zum Vorbild geworden. Ihr todkranker Schwager litt an einem Hämangiosarkom. Er beschloss, dass die Erkrankung und der bevorstehende Tod nicht sein Leben und das seiner Familie dominieren sollte. Er akzeptierte sein Schicksal, kommunizierte offen seine Prognose und schenkte dann der Erkrankung so wenig Raum wie möglich, um möglichst normal und selbstbestimmt weiterzuleben. Dies beeindruckte Anette S. sehr:

## Ergebnisse

„Der sagt, es ist mein Tumor und bei mir läuft das so, wie das bei mir laufen wird. Das kann nur ich beeinflussen, und er wollte einfach nicht diese Anteilnahme [...]“ (Anette S., Z. 277-278)

Außer der Müdigkeit des Schwagers und der Regelmäßigkeit der Chemotherapie änderte sich nichts. Die Krankheit blieb weit im Hintergrund, und dies machte den Umgang mit der Situation für seine Angehörigen leichter. Da ihr Schwager nach seinem Mitteilen der Diagnose nicht mehr über sein Schicksal sprach, vermutete Anette S., dass sein „einsamer“ Umgang mit der Krankheit und dem bevorstehenden Tod für ihn selbst belastend war. Ein Zulassen und offenes Ausleben seiner Gefühle hätte ihrer Meinung nach für ihn Erleichterung bedeutet. Umso mehr bewunderte sie ihn für diesen selbstlosen Akt für sein Umfeld:

„Ich finde es extrem stark. Also ich finde wirklich, dass es eine extreme Größe zeigt, so eine Krankheit komplett alleine zu tragen [...]“ (Anette S., Z. 301-302)

Sie nahm die Haltung und den Umgang des Schwagers als Vorbild. Sie nahm sich vor, sich selbst genauso verhalten, um ihre Familie im Falle einer eigenen tödlichen Krankheit vor Leid zu schützen.

Als bewundernswert wurde auch empfunden, wenn Patient\_innen eine optimistische, furchtlose und offensive Haltung gegenüber einer Erkrankung zeigten. Die Assistenzärztin Anette S. beschrieb ein Mädchen mit einer Tumorerkrankung, das bis zuletzt und trotz seiner objektiv hoffnungslosen Prognose ihren Lebenswillen nicht verlor. Sie gab ihrem Tumor den Namen „Alfred“, wodurch der Tumor an Bedrohlichkeit verlor, greifbarer wurde und leichter zu bekämpfen war. Anette S. war von dem nicht müde werdenden Optimismus und dem Kampfgeist der Patientin beeindruckt. Sie betonte, dass das Mädchen „auf eine positive Art“ (Z.395) kämpfte. Im Gegensatz dazu führte sie einen angsterfüllten Jungen an, der unmögliche Versicherungen, nämlich Hoffnung auf Überleben, von den Ärzt\_innen forderte und daher „auf eine unangenehmere Art“ (Z.403-404) kämpfte. Dieser fremdbestimmte, angstgeleitete Umgang steht im Gegensatz zu dem oben beschriebenen offensiven selbstbestimmten Umgang und verdiente wenig Anerkennung durch die Interviewten. Zudem wurde dieser Umgang als für Mediziner\_innen deutlich belastender und schwerer zu ertragen beschrieben.

## Ergebnisse

In den Interviews wurden zusätzlich Situationen beschrieben, in denen die Interviewten Angehörige für ihren Umgang mit dem Schicksal nahestehender Personen bewunderten. Mehrfach wurde hervorgehoben, wie beeindruckend der Rückhalt in den Familien sei, wie in schweren Zeiten die Familie füreinander da sei und wie engagiert sich manche Familien an der Pflege der Angehörigen beteiligten und sich entsprechendes Fachwissen aneignen würden. Die Interviewten fanden es bemerkenswert, wenn Familien das Schicksal ihrer Lieben akzeptierten – besonders den bevorstehenden Tod seines Kindes als eine der größten Herausforderungen anzunehmen. Anette S. begleitete eine muslimische Familie beim Sterbeprozess ihres krebserkrankten Sohnes und war tief beeindruckt, wie diese mithilfe ihrer Religion das Schicksal des Jungen annahm:

„[...] Allah gibt es mir oder schenkt es mir und er nimmt es wieder zurück.“ (Anette S., Z. 260)

Ferner wurde in den Interviews auch Bewunderung gegenüber medizinischem Personal ausgesprochen. Die Arbeit mit Sterbenden wurde von den Interviewten als psychische Herausforderung betrachtet. Deswegen erhielt eine gute Sterbebegleitung durch offene, ehrliche Kommunikation besondere Anerkennung. Die Assistenzärztin Marta L. war besonders von der Trauerarbeit eines Palliativmediziners beeindruckt. Er führte ehrliche Gespräche über die Prognose, ließ dann ganz bewusst die Trauer der Patient\_innen zu, hielt dies aus und holte sie dann aber daraus ab, um sie im Trauerprozess zu begleiten und führen. In herausfordernden Situationen einen kühlen Kopf zu bewahren wurde als hohes Gut betrachtet. So wurde etwa Anerkennung für einen Oberarzt ausgesprochen: Er behielt die emotionale Fassung in einem traurigen Patientenfall, als schon die PJ-Studentin Maria V. dies nicht mehr konnte. Die PJ-Studentin Sabrina P. war von der mentalen Stärke des medizinischen Personals beeindruckt, das trotz Hektik und Anspannung Ruhe und Kontrolle in einer Reanimationssituation behielt.

Mehrere Befragte bewunderten auch das einfühlsame, respektvolle Verhalten des Pflegepersonals bis über den Tod der Patient\_innen hinaus: Die PJ-Studentin Kornelia K. war etwa von einer Krankenschwester beeindruckt: Sie blieb am Bett einer Patientin und hielt deren Hand weiter, obwohl diese schon klinisch tot war. Nach ihrer erfolglosen Reanimation war das andere medizinische Personal schon gegangen, nur die Krankenschwester blieb bis zuletzt bei der Patientin. Für Kornelia war dies ein Akt

des Respekts und der Fürsorge, auch noch für die Menschen nach deren Tod dazusein. Denn Verstorbene sollten weiter als Menschen betrachtet werden und „nicht nur ein Objekt, das man gerade irgendwie mit so einem Presslufthammer versucht hat, am Leben zu halten“ (Kornelia K., Z. 60-61). Diesen Umgang fand Kornelia bewundernswert

### **3.1.1.6 Mitleid**

Dieses Kapitel beschreibt die Anteilnahme der Interviewten an Leid, Verlust, Schmerz und Trauer anderer bezogen auf Erfahrungen mit Sterben und Tod. In den Interviews lassen sich unterschiedliche Empfänger des Mitleids erkennen: die Angehörigen einer/s Sterbenden, die Sterbenden selbst und medizinisches Personal. Über die Hälfte der Interviewten (10 von 18 Interviewten, 56%) beschrieb in ihren Erzählungen das Gefühl des Mitleids. Es handelte sich dabei mehr um berufliche als um private Situationen. Mitleid wurde von 3 Assistenzärzt\_innen und 7 PJler\_innen beschrieben. Mitleid mit den Angehörigen einer/s Sterbenden wurde von allen zehn Interviewten thematisiert. Diese Form des Mitleids wurde viel häufiger als Mitgefühl mit den Sterbenden selbst geäußert. Die Interviewten zeigten Anteilnahme an der Trauer, dem Schmerz und der Einsamkeit der Angehörigen durch den Verlust eines geliebten Angehörigen. Beispielhaft sei die Geschichte von Anette Schneiders Schwager, der die palliative Diagnose eines Hämangiosarkoms erhalten hatte (Details im Kapitel „Bewunderung“). Anette brachte den Kontrast zwischen dem Mitgefühl mit dem Sterbenden und dem Mitgefühl mit dessen Ehefrau mit folgender Aussage auf den Punkt:

„Also meine Schwägerin, finde ich extrem belastend, wenn die dann halt einfach alleine ist. Und eigentlich ist es ja eine bescheuerte Aussage, zu sagen, ist nicht schlimm, dass er tot ist, nur die, die lebt, die betrauert man so. Aber so ist es halt einfach. Das ist für mich das Schwierigste.“ (Anette S., Z.371-374)

Auch von anderen Interviewten wurde mehrfach der große Unterschied im Mitgefühl mit den Sterbenden vs. den Hinterbliebenen betont. Mit dem Tod endet das Leid der Verstorbenen und deren Präsenz; es bleibt oder verstärkt sich jedoch die Trauer und das Leid der Hinterbliebenen. Durch die Präsenz und das Miterleben der Trauer und des Schmerzes der Angehörigen wurde bei den Interviewten große Anteilnahme und emotionale Belastung hervorgerufen. Der Tod eines Nahestehenden ist für

## Ergebnisse

Angehörige noch schmerzhafter, wenn die/der Verstorbene den Lebensmittelpunkt darstellte oder enge emotionale Beziehung bestand. Deswegen wurde noch mehr Anteilnahme empfunden, wenn die Interviewten die besondere emotionale Bedeutung und Liebe der Hinterbliebenen für die/den Verstorbenen wahrnahmen. Bildhaft beschrieb Daniela W. ihr Mitleiden mit ihrem damaligen Freund, als dessen Vater starb:

„[...] mir hat es einfach irgendwie so, ja wirklich das Herz herausgerissen, mit anzuschauen, wie meinem Freund einfach der Vater genommen wird quasi.“ (Daniela W., Z.50-51)

Auch sie thematisierte, dass sie kaum die Gefühle des sterbenden Vaters wahrnahm, sondern v. a. den Verlust und den großen Schmerz der Angehörigen vor Augen hatte. Zudem wurden verschiedene Todesumstände beschrieben, die bei den Interviewten Mitleid evozierten, etwa die Unmöglichkeit eines Abschieds von der/m Sterbenden (etwa bei einem unerwarteten Todesfall), das junge Alter der/s Sterbenden oder die emotionale Bindung der Interviewten zu den Angehörigen. Bei der emotionalen Bindung spielten der persönliche Bezug und die Sympathie für die Angehörigen sowie die Behandlungsdauer des Verstorbenen eine Rolle. Von den Interviewten wurde, teilweise aus eigener Erfahrung, die emotionale Belastung für die Angehörigen gut nachvollzogen, wenn sie nicht Abschied von der/m Sterbenden nehmen konnten. Zudem potenzierte das junge Alter der/des Sterbenden, besonders der Tod von Kindern, das Ausmaß des Mitgefühls mit den Angehörigen. Der Verlust eines Kindes war für die Interviewten eines der schrecklichsten Erfahrungen, die Eltern und Angehörigen durchleben müssen. Bei der pädiatrischen Assistenzärztin Anette S. beeinflusste dabei zusätzlich der familiäre Hintergrund sowie die Todesumstände das Ausmaß an Mitleid entscheidend: Hatten etwa Eltern lange einen unerfüllten Kinderwunsch oder keine weiteren Kinder, hatten sie lange um das Leben des Kindes gekämpft oder war der Leidensweg des Kindes lang, empfand diese Assistenzärztin stärker Mitleid und sah den Verlust für die Eltern als noch gravierender an. Sie beschrieb ihre Gefühle folgendermaßen:

„Und da leidet man halt mit den Eltern mit, weil man halt genau weiß, wie was das für die bedeutet, wenn sie dieses Kind verlieren. Ich glaube, es ist schon auch so ein bisschen

## Ergebnisse

halt das Soziale, was man mit sich überlegt. Vielleicht! Und vielleicht auch der Leidensweg, den man so lange hat [...]“ (Anette S., Z. 136-139)

Neben dem Mitleid mit den Angehörigen wurde auch Mitgefühl für die Sterbenden selbst beschrieben. Auch hier verstärkten bestimmte Todesumstände das Mitleid: z. B. Verlängerung des Leids durch hoffnungslose Therapien, Einsamkeit der/s Sterbenden oder Desinteresse des Umfeldes an der/dem Sterbenden. Marianne L. erlebte in diesem Kontext ein Negativbeispiel, welches schon im Kapitel „Angst“ beschrieben wurde. Sie empfand großes Mitleid mit einer älteren Patientin, die unbeachtet und ohne Besuche durch Angehörige oder Freunde in einem Krankenhauszimmer einsam starb. Sie war von der Gleichgültigkeit des Umfelds im Krankenhaus geschockt, mit welcher der Tod der Patientin wahrgenommen wurde: Das medizinische Personal zeigte keinerlei Anteilnahme und organisierte nur die praktischen Regularien, während die Zimmernachbarn ebenfalls kein Interesse an der toten Patientin zeigten. Aufgrund des Desinteresses des Umfelds, der fehlenden Fürsorge und der Abwesenheit der Angehörigen verspürte Marianne L. großes Mitleid mit der Toten und beschäftigte sich noch lange mit diesem Erlebnis. Aus der Erfahrung resultierte bei Marianne L. der Wunsch später im Kreis ihrer wichtigsten Bezugspersonen zu versterben (siehe „Wünsche für Sterben und Tod“).

Weiterhin erfuhren Patient/innen Mitleid, die lebensverlängernde Maßnahmen ohne Verbesserung der Lebensqualität erhielten; denn dies bedeute nur eine Verlängerung des Leids. So beobachtete der PJ-Student Lukas H. während seines Krankenpflegepraktikums auf der Intensivstation eine Thorakotomie mit interner Herzmassage an einem älteren Patienten, der nach einem Autounfall eine Herzbeuteltamponade erlitten hatte. Der Patient verstarb noch während den Reanimationsmaßnahmen. Lukas H. beschrieb den Eingriff drastisch als „Schlachtfeld“ (Z. 18) und äußerte sein Mitleid mit dem Patienten für dieses dramatische Sterben. Die Intensivstation stelle generell für ihn einen Ort dar, wo häufig Patient\_innen, trotz deren Willen zu gehen, nicht sterben dürften, sondern ohne Hoffnung auf Besserung künstlich am Leben gehalten werden. Er empfand daher großes Mitleid mit diesen:

“ [...] also was mir auch mittlerweile sehr, sehr häufig als Gedanke kommt, auch auf Intensivstation, wo ich jetzt gerade auch bin, ist so Mitleid mit Patienten, dass man sie nicht gehen lässt. Dass man einfach merkt, dass der Patient gehen will und dass man ihn

## Ergebnisse

nicht lässt. Dass man ihn mit allen Mitteln, mit all der Technik versucht, ihn am Leben zu halten, ohne irgendwie Aussicht auf Erfolg.“ (Lukas H., Z. 86-90)

Im Gegensatz dazu nahm Lukas H. den Tod eines Patienten als positiv wahr, bei dem wunschgemäß keine lebensverlängernden Interventionen mehr unternommen wurden und der friedlich aus seinem Leben scheiden durfte.

Eine andere Form des Mitleids, jenem mit medizinischem Personal, stellt einen Einzelfall dar. Eine Frau verstarb plötzlich beim Umlagern noch im Operationssaal an einem Aortenaneurysma. Maria V. sah den Tod aufgrund der unheilbaren Tumorerkrankung als Erleichterung für die Patientin an. Sie versetzte sich jedoch auch in die Lage des Pflegepersonals auf Station, dem es erspart blieb, dass die Ruptur des Aneurysmas und somit der Tod auf Station eintrat, ohne dass es etwas dagegen hätte machen können. Dies hätte eine große emotionale Belastung für das Personal dargestellt.

### **3.1.1.7 Trauer**

Dieses Kapitel beschreibt das Gefühl der Niedergeschlagenheit, eines kurzzeitigen oder länger andauernden Mangels an Lebensfreude, des emotionalen Schmerzes und/oder eines seelischen Rückzugs aufgrund eines Verlustes. Diese Emotion kann sich auch als Vermissen der/s Toten ausdrücken. In den Gesprächen beschrieb die Hälfte der Gesprächsteilnehmer\_innen Trauer als Reaktion auf eine Sterbeerfahrung, dabei handelte es sich um 3 Assistenzärzt\_innen und 6 PJler\_innen. Dieses Gefühl wurde gleichermaßen im privaten wie auch im beruflichen Kontext beschrieben. Auffallend häufig rief im privaten Kontext der Tod der Großeltern Trauer hervor.

Oft wurde von den Interviewten nicht näher erläutert, was Trauer für sie genau bedeutet, sie formulierten Sätze wie „ich war traurig“. Im beruflichen Kontext ließ sich eine emotionale Abgeschlagenheit beobachten, während es sich im privaten Bereich um emotionalen „Schmerz“ (Marta L, Z. 48) und Vermissen der/s Toten handelte. Für die PJ-Studentin Maria V. war es wichtig darauf hinzuweisen, dass es „eine rein egoistische Trauer“ (Z. 213) sei, wenn für die Verstorbenen der Tod angenehm oder eine Erlösung darstelle und nach einem erfüllten Leben eintrete. Man beweine nur den eigenen Verlust und die Unmöglichkeit je wieder Zeit mit dem Toten verbringen zu können.

## Ergebnisse

„[...] aber das ist ja nur traurig, weil man diese Erinnerung hat und man denkt dann an die schönen Erinnerungen und die man je nie wieder hat und das ist glaube ich das, was dann in einem hoch schwappt, aber das hat ja für die Person, die stirbt eben, oder auch für meinen Großvater keinen Effekt gehabt.“ (Maria V., Z. 230-233)

Trauer sei für die demnach unnütz und egoistisch. Die meiste Zeit würde sie dies so klar sehen; jedoch breche gelegentlich Trauer beim Gedanken an den verstorbenen Großvater durch. Das Auslösen und das Ausmaß an Trauer hing von vielen Umständen ab - besonders Sympathie und persönlicher Bezug zur/m Verstorbenen spielten eine große Rolle. Ferner konnten die Todesumstände, insbesondere der „qualvolle“ und „junge Tod“, sowie die sozialen Umstände und der Lebenswille der Sterbenden als Faktoren identifiziert werden, die beim Evozieren von Trauer maßgebend sind. Die PJ-Studentin Kornelia K. etwa begleitete die ganze Behandlung einer jungen Patientin, lernte deren Familie und Freunde kennen und baute eine Beziehung zu der Patientin auf. Die Patientin kämpfte lange gegen die Krebserkrankung an, v. a. um ihre 3-jährige Tochter aufziehen zu können. Als die Patientin dennoch verstarb, war Kornelia von Trauer überwältigt und bezeichnete den Tod der jungen Mutter als besonders „tragisch“:

„Traurig daher, weil die Patientin ja sehr am Leben hang und unbedingt auch, sie hat je selbst Verpflichtungen gehabt, die sie unbedingt erfüllen wollte, wie dieses kleine Kind, das sie großziehen wollte und man ist natürlich traurig, dass sie selbst ihr Kind nicht aufwachsen sehen kann und zusätzlich auch traurig, dass das Kind sich vielleicht gar nicht mal an die Mutter erinnern wird, wenn es aufwachsen wird, obwohl es eine sehr liebevolle Person gewesen ist, liebevolle Mutter, die alles für ihr Kind getan hätte und die Chance nicht bekommen wird.“ (Kornelia K., Z. 121-126)

Somit ist ihre Trauer auch eine Art Mitleid mit der Patientin für ihr geraubtes Leben und die Möglichkeit ihr Kind aufwachsen zu sehen.

### **3.1.1.8 Wut**

Diese Subkategorie wurde den Textstellen zugeordnet, in denen die/der Interviewte mit Wut auf das Verhalten anderer, besonders das des medizinischen Personals, oder auf die eigene Machtlosigkeit gegenüber dem Tod reagierte. Diese Reaktion wurde von 8 der 18 Befragten (44%) beschrieben, gleichermaßen von PJler\_innen wie von Assistenzärzt\_innen.

## Ergebnisse

Am häufigsten wurde Wut auf das medizinische Personal und dessen als Fehlverhalten wahrgenommene Verhalten beschrieben. Interessanterweise handelte es sich dabei um Situationen, in denen es sich um mangelnde Empathie, Desinteresse oder unsensible Kommunikation gegenüber Patient\_innen oder Angehörigen handelte und nicht um fehlerhafte medizinische Prozeduren. Vor allem am Lebensende schienen für die Interviewten zwischenmenschliche Fähigkeiten wie Empathie, Zuwendung sowie ehrliche und offene Kommunikation an Wichtigkeit zu gewinnen (siehe „Arztrolle“). Ein Beispiel dafür ist die Erfahrung der PJ-Studentin Daniela W.: Eine Patientin verstarb in den Abendstunden im Krankenhaus. Die beiden Töchter der Verstorbenen wünschten im Anschluss noch einmal mit einem Arzt zu sprechen. Daraufhin äußerte sich das Pflegepersonal abfällig über diesen Wunsch und verweigerte zum kompletten Unverständnis von Daniela W. dieses Gespräch, was sie als „sehr, sehr unfair“ (Z. 185) empfand. Das Unvermögen sich in die trauernden Töchter hinzusetzen und so unempathisch und kalt zu reagieren, löste Unverständnis und Wut bei der PJ-Studentin aus.

Wut wurde auch bezogen auf manche Qualitäten des Todes empfunden wie dessen Unkontrollierbarkeit, Endgültigkeit und Unfairness. Lukas H. etwa empfand Wut und Frust, wenn er vergeblich um Menschenleben kämpfte. Er ärgerte sich etwa, nachdem er sechs Stunden um das Leben eines Patienten gekämpft hatte und dieser dann trotz seines Einsatzes verstarb. Die Unkontrollierbarkeit des Todes mit seiner Machtlosigkeit dagegen sowie der Fakt, dass man dem Patienten die lebensverlängernden Maßnahmen hätte ersparen können, ließen ihn Wut empfinden. Auch Marta L. beschrieb ihre Wut auf den mangelnden Einfluss auf den Krankheitsverlauf mancher Patient\_innen:

„Manchmal kommt die Wut so, dass man letztendlich auch hilflos ist, dass man bestimmte Sachen nicht ändern kann [...]“ (Marta L., Z. 332-333)

Eine interessante Erfahrung wurde noch von Peter F. beschrieben: Eine junge Patientin starb am Kammerflimmern im Kreise ihrer Familie als „super super seltene“ (Z. 192-193) Komplikation ihrer Herzrhythmusstörung. Obwohl dies ein unglücklicher Zufall war und ihm dies bewusst war, verspürte er daraufhin Wut auf die beteiligten Menschen, die die Patientin vermeintlich nicht vor ihrem Tod bewahrt hatten:

## Ergebnisse

„Und da ist so eine Emotion, die kenne ich nicht von den alten Patienten, da bin ich auch einfach total wütend. Also auch so ungerichtet wütend irgendwie, wütend auf den Kardiologen, der auch nichts falsch gemacht hat, weil der eigentlich leitliniengerecht therapiert hat oder wütend auf die Eltern, von denen man aber auch nicht erwarten kann, dass sie zwingend eine gute Laienreanimation machen und das ist so etwas, das kenne ich eigentlich nur von den jungen Patienten so.“ (Peter F., Z.198-203)

Seine Wut richtete sich eigentlich gegen die Naturwidrigkeit und Unfairness des „jungen Todes“ – der Kardiologe und die Eltern stellten nur die Projektionsfläche dafür dar. Mit diesem Zitat wird auch der Unterschied in Peters emotionaler Wahrnehmung zwischen dem Tod eines jungen Menschen und dem eines älteren verdeutlicht: Nur bei jungen Patient\_innen empfand Peter Wut, vom Tod älterer Menschen war er weniger emotional betroffen.

Zwei Einzelfälle bezogen sich auf das Verhalten von Personen, die nicht aus dem medizinischen Sektor stammten. Anette S. reagierte etwa „brutal genervt“ (Z. 266) und wütend, als ihr todkranker Schwager keine Details zu seiner Tumorerkrankung preisgab und sie daher nicht helfen ließ, obwohl sie nach eigener Aussage Expertin in diesem Feld sei. Sabrina P. war wütend über die mangelnde Hilfeleistung von Passanten, die bei ihrem Patienten keine Reanimation begonnen hatten.

### **3.1.1.9 Schock**

Dieses Kapitel beschreibt das Gefühl einer tiefen Erschütterung oder Starre in Folge einer Sterbeerfahrung. Die/der Interviewte fühlte sich aus dem Alltag gerissen, aus dem Gleichgewicht geraten oder den Halt verloren zu haben – „als wäre der Boden unter den Füßen weg“ (Marianne L., Z.248). Dies konnte sich in Form von Konzentrationsproblemen oder der Unfähigkeit mit dem Alltag fortzufahren zeigen.

8 der 18 Interviewten (44%) gaben an, dieses Gefühl aufgrund einer Sterbeerfahrung empfunden zu haben. Davon waren 2 Assistenzärzt\_innen und 6 PJler\_innen. Dieser Schockzustand trat besonders am Anfang der Karriere auf, als die Interviewten noch wenig Erfahrung mit Sterbesituationen aufwiesen.

Auslöser des Schockgefühls waren unerwartete, überraschende Todesfälle oder besonders rasant verlaufende Sterbeprozesse. Auch emotional stark belastende Erfahrungen, wie der Abschied von einem todkranken Kind oder der Tod der Großeltern, konnten dieses Gefühl auslösen. Oft war es die Erkenntnis in Bezug auf manche Charakteristika des Todes, die den Schock auslöste. So wurde einigen

Interviewten erst durch bestimmte Sterbeerfahrungen klar, wie unerwartet oder schnell der Tod eintreten kann. Bei diesen Erfahrungen wurde interessanterweise mehrfach betont, dass es sich nicht um Trauer, sondern um Schock, handelte. So beschrieb etwa der Assistenzarzt Otto S. eine für ihn prägende Erfahrung, nämlich wie er in einem seiner ersten Nachtdienste einen ihm sympathischen älteren Patienten mit einer inoperablen Aortendissektion betreute. Man konnte gegen die infauste Diagnose nichts unternehmen und so war Otto S. Zeuge des rasanten Verfalls des Patienten mit seinem Tod nach wenigen Stunden. Er zeigte sich von seiner Machtlosigkeit und der Abruptheit des Todes schockiert.

Von einigen Interviewten wurden explizit Konzentrationsprobleme und Vergesslichkeit als Reaktion beschrieben. Sie schafften es nicht die Sterbeerfahrung aus ihren Gedanken zu verbannen und sich auf ihre Arbeit zu konzentrieren. Immer wieder tauchten Bilder und Gedanken in Zusammenhang mit der Erfahrung auf. Für Anette S. war dies eine nachzuvollziehende Reaktion, dennoch müsse man aus Rücksicht auf andere Patient\_innen dagegen ankämpfen (siehe hierzu auch „Fassung behalten“). Faktoren, die die Entstehung des Schockgefühls begünstigten, waren eine persönliche Bindung und Sympathie mit der/dem Verstorbenen oder auch das junge Alter der/des sterbenden Patientin/en. Besonders beim Tod eines Kindes war die Schockstarre ausgeprägt. Anette S. musste als Kinderärztin schon mehrfach todkranke Kinder verabschieden, die zum Sterben nach Hause entlassen wurde. Der Abschied warf sie jedes Mal aus der Bahn:

„[...] das nimmt einen natürlich mit, selbstverständlich ist es so, dass man, wenn man irgendwie so ein Kind heim schickt, sich sicherlich nicht so gut konzentrieren kann und so schnell ist und vielleicht vergisst, irgendetwas anderes nachzuschauen oder so oder irgendeinen Plan zu schreiben und das darf halt einfach nicht sein. Das ist halt Arbeit.“  
(Anette S., Z. 251-254)

### **3.1.1.10 Überforderung**

Dieses Kapitel beschreibt zum einen das Gefühl der/des Interviewten, dass ihre/seine Fähigkeiten nicht ausreichen, um den Anforderungen an ihre/seine Arztrolle gerecht zu werden und zum anderen eine emotionale Überwältigung durch überfordernde, neuartige Sterbeerfahrungen oder durch neue Erkenntnisse.

Ursache für das Gefühl der Überforderung waren oft Erwartungen, denen die Interviewten schwer gerecht werden konnten und die sie unter Druck setzten. Diese

## Ergebnisse

Erwartungen konnten aus einer eigenen Haltung heraus oder von außen generiert werden. Außerdem konnten Eindrücke aufgrund ihrer Intensität oder Neuartigkeit und fehlenden Erfahrungswerten auf die Mediziner\_innen überfordernd wirken. Überforderung wurde vor allem aus der Zeit am Anfang der Karriere beschrieben, mit der Zeit und mit mehr Erfahrung nahm dieses Gefühl ab.

Von 7 der 18 Interviewten (39%) wurde diese Emotion beschrieben (von 4 Assistenzärzt\_innen und 3 PJler\_innen). Es handelte sich hierbei fast nur um Erfahrungen aus dem beruflichen Kontext.

Die am häufigsten als überfordernd wahrgenommene ärztliche Aufgabe war die ehrliche, offene Kommunikation mit Patient\_innen und Angehörigen. Anette S. empfand dabei das Überbringen von schlechten Nachrichten als besondere Herausforderung. Hier spielten besonders die Hoffnungen der Betroffenen eine große Rolle, die ihr schwer fielen zu zerstören. Sie erklärte die Schwierigkeit solcher Angehörigengespräche wie folgt:

„Und die Eltern setzen so viel Hoffnung in einen und wollen unbedingt von einem hören, dass es noch eine Chance gibt und dass es irgendwie, dass sie sich hier so gut aufgehoben fühlen und dass man das so gut macht. Und wenn du dann halt das enttäuschst, diese Erwartungen, was natürlich nicht deine Schuld ist, aber wenn es halt einfach nicht klappt, dann tut es einem halt einfach leid und man weiß, dass sie – schwierig!“ (Anette S., Z. 123-127)

Das Lob einiger Familien für Anettes Arbeit betonte, wie wohl sie sich betreut fühlten. Damit bauten sie unbeabsichtigt Druck bei Anette S. auf. Es machte ihr noch schwerer, die schlechte Diagnose eines Kindes anzusprechen; denn dadurch werde sie den Erwartungen der Familie nicht gerecht und würde sich unbeliebt machen. Dieses Beispiel verdeutlicht den Druck durch externe Erwartungen. Bei Anette S. waren es oft zusätzlich auch ihre eigenen Ansprüche an ihre Arztrolle. Sie beschrieb ausführlich, wie sie den Abschied von sterbenden Kindern und deren Eltern als große Herausforderung wahrnahm (siehe dazu auch „Kommunikation“). Im Falle eines todkranken Mädchens setzte sie sich mit ihren eigenen Ansprüchen nach Offenheit und Ehrlichkeit unter Druck: Sie verspürte, dass eine Verabschiedung nach ihren Vorstellungen in diesem Moment nicht möglich war. Daher betrat sie aus lauter Verzweiflung das Zimmer des Mädchens nicht und verabschiedete sich gar nicht. Wie

## Ergebnisse

vorbeschrieben hängt das Thema „Überforderung“ stark mit „Vermeidung“ als Umgangsstrategie zusammen.

Eine weitere Arztrolle, die die Interviewten erfüllen wollten, war es die Fassung vor Patient\_innen und Angehörigen zu behalten, weshalb Situationen, in denen sie spürten, dass dies schwer möglich war und sie evtl. vor den Betroffenen weinen würden, als überfordernd wahrgenommen wurden und meist auch mit Vermeidung endeten.

Nicht nur der Druck durch ihr Arztrollenverständnis, sondern auch die ersten Erfahrungen mit Sterben und Tod wurden von den Interviewten als überfordernd wahrgenommen. Dies war v. a. der Neuartigkeit der Situation geschuldet. Die PJ-Studentin Kornelia K. etwa hatte zum ersten Mal während eines Krankenpflegepraktikums mit einem toten Körper Kontakt. Sie war mit der Situation derart überfordert, dass sie mit Vermeidung reagierte und es nicht mehr schaffte den Raum erneut zu betreten. Auch die PJ-Studentin Marianne L. war von einer ihrer ersten Begegnungen mit dem Tod überwältigt: Sie reagierte mit einer Übersprungshandlung, also einer unangebrachten Reaktion. Während ihres ersten PJ-Tertials betrat sie zufällig ein Zimmer mit einer toten Patientin und empfand die Situation beängstigend und seltsam. Sie begann aus lauter Überforderung peinlich berührt zu lachen: „[...] da habe ich dann tatsächlich gedacht, hahaha, ach, die ist ja wirklich tot und das habe ich ja gut erkannt.“ (Z. 507-508). Trotz Vorbereitung und Theoriewissen durch das Studium war der erste Kontakt mit dem Tod für die meisten Interviewten ein Realitätsschock und überfordernd. So beschrieb Marianne L., dass sie die Behandlung einer Patientin begleitete und erst spät die Ernsthaftigkeit der Situation umriss:

„[...] das war dann glaube ich meine erste Famulatur im dritten Studienjahr. Ja, da war ich ein bisschen überfordert, weil ich dann auch nicht so richtig wusste immer, es schon so krass fand, dass die da stirbt. [...] krass irgendwie alles. Also dass es ja wirklich um Leben und Tod geht [...]“ (Marianne L., Z. 356-363)

Fehlende Erfahrungswerte waren hier der Grund für die Überforderung. Erst durch diese Erfahrung realisierte sie, dass ihr Beruf tatsächlich Entscheidungen um Leben und Tod mit sich bringt. Zusätzlich wurden die Atmosphäre, die Organisation und die zahlreichen ärztlichen Aufgaben bei einem Todesfall als überfordernd

wahrgenommen. Spätere Kontakte mit dem Tod wurden von den Befragten oft als weniger emotional und organisatorisch fordernd beschrieben.

### **3.1.1.11 Wenig emotionale Teilnahme**

Unter dieser Subkategorie wurden Textstellen zusammengefasst, in denen die/der Erzählende angab, weniger stark von der Sterbeerfahrung emotional betroffen zu sein. Diese Kategorie ist somit der Gegenpol zu den anderen Kategorien des emotionalen Erlebens. 7 der 18 Interviewten, also 39%, beschrieben dieses Gefühl. Davon waren 2 Assistenzärzt\_innen und 5 PJ-Student\_innen.

Es wurden verschiedene Ursachen für eine ausbleibende oder schwache emotionale Reaktion genannt. Diese waren zum einen eine Abstumpfung durch die häufige Exposition mit Sterben und Tod durch den Arztberuf, zum anderen eine fehlende emotionalen Bindung zur/m Toten oder die eigene psychische Stabilität. Geringe Betroffenheit wurde zudem durch das höhere Lebensalter von Patient\_innen erklärt: „Er war halt alt und von daher war es irgendwie okay, dass er im Sterben lag [...]“ (Sabrina P., Z. 348-349). Ein höheres Alter galt teilweise als Legitimation für den Tod. Zudem wurde als Erklärung eine „hohe Ekelschwelle oder Hemmschwelle“ (Sabrina P., Z. 351-352). genannt, die Ärzt\_innen zur Berufsausübung haben sollten. An anderen Stellen war eine ausbleibende emotionale Reaktion jedoch willkürlich und nicht zu erklären.

Auffallend ist dabei, dass 5 Befragte jeweils einen Einzelfall nannten, bei dem sie wenig betroffen reagierten, während sie sich auf andere Erfahrungen deutlich emotionaler zeigten. Im Gegensatz dazu beschrieb die Assistenzärztin Nadine H. im Interview hauptsächlich Erfahrungen, die sie emotional wenig bewegt hatten. Sie sah emotionale Distanz und Pragmatismus als Teil ihrer ärztlichen Sozialisation. Sie beschrieb relativ unbeeindruckt, dass sie während ihres Aufenthalts im Ausland mehrfach an auf der Straße liegenden Verkehrstoten vorbeigefahren war. Auf die suggestive Frage „das löst vielleicht auch irgendwie etwas aus in einem, wenn man dann überlegt, vielleicht kann es mir passieren oder so. Hat das irgendetwas in Ihnen ausgelöst?“ antwortet sie nur „Ich glaube nicht.“ (Z. 334-336). Die konstante Konfrontation mit Extremsituationen und Leid durch den Arztberuf sah sie als Hauptgrund für ihr emotionales Abstumpfen.

Ein wichtiger Faktor, der auch bei den anderen Interviewten zu einer emotional distanzierteren Reaktion führen konnte, war die fehlende emotionale Verbundenheit mit

der/dem Patientin/en. Dies war der Fall, wenn die Mediziner\_innen wenig Zeit mit der/dem Patientin/en verbrachten, in der Behandlung weniger eingebunden waren, keine invasiven Maßnahmen durchgeführt hatten oder die Prognose der/s Patientin/en aussichtslos war und sie aus Selbstschutz auf eine emotionale Distanz achteten. Jedoch bestand nicht immer dieser Zusammenhang zwischen fehlender emotionaler Verbundenheit und moderater emotionaler Reaktion. Manche Interviewten reagierten zu ihrer eigenen Verwunderung unabhängig von ihrer Sympathie zur/m Patientin/en. Marta L. konnte sich etwa nicht erklären, trotz emotionaler Verbundenheit mit der/dem Patientin/en keine Betroffenheit zu verspüren. Andererseits war sie von manchen Schicksalen berührt, bei denen sie dies aufgrund einer fehlenden emotionalen Bindung gar nicht erwartet hätte. Sie konnte sich den fehlenden Einfluss auf ihre Emotionen nicht erklären:

„[...] es berührt mich nicht jeder, der stirbt. Es gibt Patienten, wo das mich manchmal auch erschreckt, dass ich gar keine Emotion dazu habe. Also dass es letztendlich für mich so in Ordnung ist und auch nicht in mir keinerlei Gefühle rührt, aber es gibt auch immer noch Patienten, wo ich gar nicht so genau sagen kann, wo es eigentlich keinen Grund dafür gibt, aber die mich dann doch sehr berühren, wenn sie sterben. Aber das, wann das kommt, kann ich nicht so beeinflussen.“ (Marta L., Z. 304-308)

Auch weitere Interviewte reagierten auf objektiv und subjektiv schreckliche Situationen wenig emotional betroffen. Obwohl den Interviewten die Außergewöhnlichkeit der Situation bewusst war, reagieren sie nicht entsprechend. Der PJ-Student Lukas H. beobachtete etwa die Thorakotomie und offene Herzmassage eines reanimationspflichtigen Patienten direkt in seinem Bett auf der Intensivstation. Er beschrieb das Szenario drastisch als „Schlachtfeld“ (Z. 18). Trotzdem reagierte er emotional unbeteiligt und erklärte dies mit seiner psychischen Stabilität; im Gegensatz dazu musste etwa ein Pfleger zur Verarbeitung derselben Erfahrung zwei Wochen Urlaub nehmen musste.

### **3.1.1.12 Schuld**

Diese Subkategorie beschreibt das subjektive Gefühl der/des Interviewten für Fehler und/oder einen schlechten klinischen Verlauf bis hin zum Patiententod verantwortlich zu sein. Die/der Interviewte reagierte auf dieses Gefühl oft mit weiteren Emotionen wie Scham oder Versagensgefühlen. Zudem konnten kognitive Reaktionen wie

## Ergebnisse

Selbstzweifel, Selbstvorwürfe und/oder eine langanhaltende gedankliche Beschäftigung mit dem (vermeintlichen) Fehlverhalten folgen.

Diese Emotion wurde von 33% der Interviewten (6 von 18) beschrieben (4 Assistenzärzt\_innen und 2 PJ-Student\_innen). Auffallend war, dass entsprechende Textpassagen verhältnismäßig detailreich und intensiv beschrieben wurden. Dies lässt vermuten, dass entsprechende Erfahrungen als besonders prägend empfunden wurden. Bis auf eine Erfahrung stammten alle beschriebenen Erlebnisse aus dem beruflichen Kontext.

In den Interviews konnten verschiedene Ursachen für Schuldgefühle unterschieden werden: Zum einen waren es die eigenen aktiv durchgeführten invasiven Maßnahmen, durch die die/der Interviewte meinte, für den Tod der/s Patient\_in verantwortlich zu sein. Zum anderen entstanden Schuldgefühle durch passives Wirken: Die/der Interviewte meinte durch Fehleinschätzung und deshalb unterlassene Einleitung von Maßnahmen Einfluss auf den Tod eines Menschen gehabt zu haben. Zusätzlich wurde einmal Schuld von extern suggeriert, als sich ein Assistenzarzt nur aufgrund der immer wiederkehrenden Vorwürfe eines Patienten schuldig fühlte. Einen Sonderfall stellte eine PJ-Studentin dar, die sich unabhängig von ihrem Handeln bei jedem Patiententod schuldig fühlte und dies als ihr Versagen als Medizinerin sah. Oftmals waren die beschriebenen Schuldgefühle objektiv betrachtet unberechtigt, da die Interviewten korrekt und nach bester Intention gehandelt hatten. Außerdem hatte ihr damaliger Ausbildungsstand keine anderen Einschätzungen zugelassen. Trotzdem betonten die Interviewten die anhaltende emotionale Belastung und mentale Beschäftigung durch diese Erfahrungen.

Zuerst will ich auf das passive Wirken als Ursache für Schuldgefühle eingehen, welches von 3 Interviewten ausführlich thematisiert wurde. Durch ein Fehleinschätzen von Beschwerden oder eines Krankheitsverlaufs wurde auf weitere Maßnahmen verzichtet, sowohl medizinische als auch zwischenmenschliche wie das Verabschieden von der sterbenden Person. Entsprechende Erlebnisse geschahen zu Zeitpunkten der Berufslaufbahn, zu denen die Interviewten relativ unerfahren waren: Einmal noch vor dem Studium, einmal während des Krankenpflegepraktikums, einmal im PJ und einmal zu Anfang der Facharztausbildung. Von den drei Interviewten wurden Erlebnisse berichtet, in denen durch eine Fehleinschätzung auf medizinische Maßnahmen verzichtet wurde. Beispielhaft sei hierfür die Erfahrung des Assistenzarztes Jan N. angeführt: Er berichtete von einem Patienten, den er als eher

## Ergebnisse

„fordernd“ und „anstrengend“ wahrgenommen hatte. Durch diese Charakterzüge voreingenommen nahm er den Patienten zuerst nicht ernst, als der Patient den damaligen PJ-Studenten wegen zunehmendem Beklemmungsgefühl aufsuchte. Dementsprechend stellte der PJ-Student den Fall auch als nicht ernstzunehmend bei der Assistenzärztin dar. Wenig später stellte sich heraus, dass eine lebensbedrohliche Herzbeutelamponade die Symptomatik hervorgerufen hatte, woran der Patient letztendlich auch verstarb. Jan N. litt unter Schuldgefühlen, weil das richtige Einschätzen der Situation, das Ernstnehmen des Patienten und dadurch ein früheres Therapieren den Patienten vielleicht hätte retten können.

Schuldgefühle wurden von Jan N. noch in einem etwas anderen Kontext beschrieben, nämlich als er durch ein Unterschätzen des Gesundheitszustandes des Onkels nicht nach Hause reiste, um sich von ihm zu verabschieden. Als dieser dann verstarb, verspürte Jan Schuldgefühle dafür, dass er die Chance des Abschieds nicht wahrgenommen hatte.

Schuldgefühle wurden auch bei klar objektivem Unverschulden empfunden: Die PJ-Studentin Lisa R. plagten Schuldgefühle, als sie als damalige Pflegepraktikantin aufgrund ihres geringen Erfahrungsschatzes eine Situation falsch einschätzte. Eine Patientin wirkte freitags auf sie nicht sehr krank, dennoch schilderte sie ihre Beobachtung der blauen Hände und Füße korrekt dem medizinischen Personal. Nach dem Wochenende fand sie die Patientin jedoch unerwartet im Sterben vor. Sie hatte das Gefühl, dass das korrekte Einschätzen des Krankheitsbildes etwas am Krankheitsverlauf hätte ändern können. Von einer/m Pflegepraktikant\_in wird jedoch meist nicht erwartet spezielle Krankheitsbilder erkennen zu können. Außerdem fühlte sie sich schuldig, nicht am Wochenende für die Patientin da gewesen zu sein. Dies ist ebenfalls unrealistisch, da Krankenpflegepraktikant\_innen eigentlich nicht an Wochenenden arbeiten. Zudem hätte sie sich ihrer Meinung nach dem Desinteresse des restlichen medizinischen Personals entgegenstellen sollen. Objektiv gesehen ist also kein schuldhaftes Verhalten bei Lisa R. festzustellen. Dennoch sah sie den Tod der Patientin durch ihr hohes Maß an Verantwortungsgefühl als ihr Versagen an und empfand Schuldgefühle. Ihr Verhalten die nächsten Tage führte zu einer Linderung dieser negativen Gefühle: Nach der Verschlechterung des Zustandes der Patientin kümmerte sie sich aktiv um sie und suchte das Gespräch mit ihr. Diese Erfahrung motiviere sie bis heute in ihrer Arbeit, da sie weiterhin denke, dass man diesen Tod hätte verhindern können.

## Ergebnisse

Eine weitere Ursache für Schuldgefühle waren aktiv durchgeführte, invasive medizinische Maßnahmen, die vermeintlich zum Tod der/des Patientin/en geführt hatten. Der Assistenzarzt Peter F. beschrieb drastisch ein eindrucksvolles Erlebnis aus seiner Facharztausbildung, bei dem ein schwerkranker Patient nach seiner Pleurapunktion verstarb:

„[...] und das war so eine Sache von zwei Stunden, wo der also wirklich aus dem Mund ganz viel Blut raus gesprudelt hat und, also so richtig schlimm, wie man sich das eben nur vorstellen kann. Und da war auch wirklich dann die Situation so, dass ich das Gefühl hatte, den habe ich jetzt einfach umgelegt, ja?“ (Peter F., Z.24-27)

Obwohl der Patient todkrank war und nach wie vor unklar blieb, ob der Eingriff letztendlich zum Tode geführt hatte, litt Peter unter großen Schuldgefühlen. Als weitere kognitive Reaktion machte er sich große Vorwürfe und fühlte sich für den Tod verantwortlich. Auch in einem anderen Beispiel konnte ein Zusammenhang zwischen emotionalem und kognitivem Erleben beobachtet werden: Marta L. musste schon zu Beginn ihrer Assistenzarztzeit in der Notaufnahme invasive Maßnahmen wie Thoraxdrainagen bei kritischen Patient\_innen wie Polytraumata nach Autounfällen alleine durchführen. Falls eine/r dieser Patient\_innen starb, stellte sie sich immer die Frage, ob sie schuld daran war, egal in welchem kritischen Zustand die/der Patient\_in in der Notaufnahme angekommen war. Diese Schuldfrage generierte bei ihr automatisch Schuldgefühle, da sie sich immer erst Fehler und die Verantwortung für den Tod unterstellte:

„Also erst einmal ist da immer die Schuldfrage, ist man Schuld, dass der Patient tot ist.“  
(Marta L., Z. 27-33)

Marta L. deutete an, dass ihre Schuldgefühle und Selbstzweifel mit ihrem geringen Erfahrungsschatz und der mangelnden Unterstützung durch Oberärzte zu tun hatten, denn oft hatte sie sich mit ihren Entscheidungen und Prozeduren alleingelassen und überfordert gefühlt. Nach ein paar Tagen hätten die Schuldgefühle wieder sistiert, da sie ihre Unschuld am Tod realisierte. Im beruflichen Kontext setze sie sich v. a. mit der Schuldfrage auseinander, andere kognitive oder emotionale Reaktionen seien eher selten.

## Ergebnisse

Eine weitere Ursache für Schuldgefühle war, wenn diese der/dem Interviewten von extern suggeriert wurden: Ein palliativer Patient, der seine tödliche Diagnose des Bronchialkarzinoms nicht akzeptierte, „bombardierte“ (Z. 26) Arthur M. und seine Kolleg\_innen mit Fragen und Vorwürfen. Dies geschah, obwohl verschiedene Therapieveruche unternommen worden waren und nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt wurde – ein Szenario, was laut Arthur M. häufiger vorkomme. Er machte das medizinische Personal für seinen schweren, qualvollen Verlauf verantwortlich. Diese Vorwürfe formulierte der Patient so lange, bis Arthur M. an seiner Therapie zu zweifeln begann und sich für das Leid des Patienten verantwortlich fühlte:

„Und wenn jemand dann auch noch im Sterben liegt [...] dann kann man schon irgendwie auf den Gedanken kommen, vielleicht hat man ja total versagt.“ (Arthur M., Z. 64-66)

Hier wird die Sonderstellung sterbender Patient\_innen betont, bei denen es das höchste Ziel ist einen schönen Tod zu ermöglichen (siehe „in den Tod begleiten“). Ein Faktor, der die Schuldgefühle verstärkte, war, falls dies unmöglich war umzusetzen und Patient\_innen qualvoll sterben mussten. Dies war für die Interviewten schwer auszuhalten, sie waren anfälliger für Schuldzuweisungen und definierten das Leid der Patient\_innen als eigenes Versagen.

Einen Sonderfall stellte Marianne L. dar: Sie verspüre immer Scham und Schuldgefühle, wenn ein\_e Patient\_in stirbt, auch wenn sie nichts falsch gemacht habe oder gar nicht an der Behandlung beteiligt war. Für sie sei jeder Tod ein Versagen ihrerseits und der Medizin generell, denn ihr Hauptziel sei es Menschen zu heilen.

„Und dann schäme ich mich in dem Moment auch irgendwie für mein Medizindasein so, also so dieses PJ-ler oder so, ich will ja auch Ärztin werden und so und dann schäme ich mich irgendwie in dem Moment so ein bisschen. [...] dann liegt da auf einmal einer so tot und dann ist man ja schon, also bin ich zumindest so ein bisschen peinlich berührt sozusagen.“ (Marianne L., Z. 526-544)

Für Marianne reiche es aus, allein in der gleichen Klinik zu arbeiten, um Schuldgefühle für den Tod einer Patientin zu entwickeln. Sie fühle eine Art Kollektivschuld als Medizinerin. In diesem Beispiel wird der Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und Scham deutlich.

### **3.1.1.13 Sonstiges**

In diesem Kapitel werden seltenere emotionale Reaktionen vorgestellt, die den anderen Kategorien nicht zugeteilt werden konnten.

Zum einen zeigten sich manche Interviewpartner\_innen von bestimmten Vorgängen des menschlichen Körpers und Geists beeindruckt: Sabrina P. berichtete von einem Sommer, in dem viele Menschen wegen der Hitze starben. Für sie war faszinierend, dass etwas Banales wie die Hitze solch großen Einfluss auf die Gesundheit haben kann. Ferner war Lukas H. beeindruckt, wie schnell der Sterbeprozess eines Menschen ablaufen kann. Der PJ-Student Felix E. war von dem Fakt fasziniert, wie bei den allermeisten Menschen eine Form von Spiritualität am Lebensende ans Licht kam, die zuvor vielleicht gar nicht vorhanden war. Gerade im Angesicht des Todes stecke anscheinend doch in den meisten Menschen die Sehnsucht nach einer helfenden, nicht irdischen Kraft.

„[...] alle haben irgendwie so etwas Gleiches, worauf sie dann gehen, ob jetzt der eine an Gott, an Buddha oder an wen auch immer glaubt oder an die heilige Kuh oder ich weiß ja nicht was, aber jeder hat dann doch am Ende irgendetwas, woran er dann glaubt, auch wenn er vorher immer sagt ja, das interessiert mich alles nicht.“ (Felix E., Z. 305-308)

Zum anderen wurde von einer Interviewpartnerin „Scham“ als emotionale Reaktion beschrieben. Anette S. berichtete, wie sie auf zwei Erfahrungen mit Scham reagierte: Sie erfüllte ihr eigenes Arztrollenverständnis nicht und verlor die emotionale Fassung. Einmal schämte sie sich, nachdem sie vor ihrem Patienten, einem sterbenden Jungen, geweint hatte. Bei der anderen Erfahrung handelte es sich um den Abschied von Eltern eines sterbenden Patienten, bei der sich die Eltern emotional gefasster zeigten als sie selbst. Es erfolgte ein Rollentausch und die Eltern trösteten Anette, wofür sie sich schämte: „Das darf eigentlich so nicht sein [...]“ (Z.75).

### **3.1.2 Kognitives Erleben**

Diese Unterkategorie erschließt die verschiedenen Gedanken, die unmittelbar, verspätet bzw. anhaltend im Kontext einer Sterbeerfahrung auftreten. Im Folgenden werden die einzelnen Ausprägungen in ihren Charakteristika eingehend beschrieben.

### **3.1.2.1 Gedanken über Sterben und Tod**

Dieses Kapitel beschreibt die gedankliche Auseinandersetzung der/des Interviewten mit den existenziellen Themen des Sterbens und des Todes. 11 der 18 Befragten (61%) reagierten so auf Sterbeerfahrungen (5 Assistenzärzt\_innen und 6 PJ-Student\_innen). Somit ist diese Subkategorie die häufigste kognitive Reaktion in den Interviews.

In den Interviews lassen sich verschiedene Aspekte der gedanklichen Beschäftigung herausarbeiten: Einmal lassen sich verschiedene Zeitpunkte identifizieren, zu denen die Beschäftigung stattfand. Dann variierten die Dauer und Häufigkeit der gedanklichen Beschäftigung. Und schließlich wurden unterschiedliche Charakteristika der Sterbeerfahrungen deutlich, die letztendlich zwischen den Inhalten der Gedanken differenzieren ließen.

Zuerst möchte ich verschiedene Zeitpunkte der gedanklichen Beschäftigung unterscheiden. Einmal geht es um den zeitlichen Abstand zur auslösenden Erfahrung: Entweder unmittelbar danach oder erst zeitlich versetzt z. B. erst nach Jahren. Bei den meisten Interviewten begann die Auseinandersetzung sofort nach der Erfahrung, nur bei Felix E. erfolgte diese erst zwei bis drei Jahre später. Im Alter von 14 Jahren erkrankte er an Krebs, einem Liposarkom. Kurz nach der Diagnose und inmitten der Behandlung vermied er bewusst Gedanken an Sterben und Tod, da der eigene Tod in diesem Moment keine Option für ihn war. Er betonte auch, dass er die ersten zwei bis drei Jahre im Anschluss sicher war geheilt zu sein, weswegen auch zu diesem Zeitpunkt keine gedankliche Auseinandersetzung stattfand. Bei ihm erfolgte diese erst, als ihm bewusst wurde, dass seine Erkrankung zurückkommen könne. Besonders beim jährlichen Nachsorgetermin fand die gedankliche Auseinandersetzung damit statt, da dann auch Angst vor einem Rezidiv wieder aufkam.

Zum anderen geht es um den Lebensabschnitt, in dem sich die Befragten befanden, als die gedankliche Auseinandersetzung stattfand. Meist ist dies mit dem „Zeitpunkt der Erfahrung“ identisch und wird unter diesem Titel in der Arbeit von Dagmara Srnová ausführlich erläutert. So wurde von einer gedanklichen Beschäftigung zu Schulzeiten, während des Studiums und/oder später bei der Arbeit im Krankenhaus berichtet. Bei den meisten Befragten begann die gedankliche Auseinandersetzung schon zu Schulzeiten mit ihrem ersten Kontakt mit Sterbenden und Toten - sei es durch den Tod der Großeltern, das Versterben von Haustieren oder die eigene Krebserkrankung getriggert. Eine Beschäftigung ohne triggernde Erfahrung wird nur von zwei

## Ergebnisse

Interviewpartner\_innen und zwar während der Pubertät berichtet. Für beide war dies eine „Phase“, in der solche Gedanken dazugehörten.

Es unterschieden sich zudem Dauer und Häufigkeit der gedanklichen Auseinandersetzung: Diese variierte von kurzweilig bis langanhaltend sowie von nie bis häufig. Genaue Zeiträume wurden von den Interviewpartner\_innen nicht definiert, es wurden unbestimmte Adjektive wie „häufig“, „viel“, „lange“ oder „ab und zu“ verwandt. Diese Unterschiede lassen vermuten, dass diese Thematik bei den Befragten einen unterschiedlich großen Stellenwert hat: Ein Extrem ist etwa Maria V., bei der kaum eine gedankliche Auseinandersetzung mit der Thematik stattfand, dies diene u.a. der Bewältigungsstrategie des Vermeidens. Das andere Extrem war Felix E., der sich verhältnismäßig häufig mit Sterben und Tod gedanklich auseinandersetze. Er sehe diese Reflexionen als sehr lohnend an, jedoch könne dies auch negative Effekte haben, falls dies in Angst münde und das Leben einschränke:

„Lohnt sich schon, aber nur bis zu einem gewissen Grad. [...] Aber sich dann davon lähmen zu lassen und zu sagen okay, ich mache jetzt gar nichts mehr, jetzt übertrieben gesagt, das lohnt sich nicht. Also ich glaube schon, dass man sich mit dem Tod auseinandersetzen sollte, und das machen ja glaube ich viele nicht.“ (Felix E., Z. 508-513)

Für ihn habe die gedankliche Auseinandersetzung den positiven Effekt, dass er sich selbst und seine Einstellungen zu Sterben und Tod besser kennen lerne und seine Wünsche für den eigenen Tod formulieren könne. Felix E. plädierte dafür, dass sich jeder in gesunden Maßen mit der Thematik auseinandersetzen und sich auf den eigenen Tod mental vorbereiten solle, was seiner Meinung nach auch den zusätzlichen positiven Effekt von gesteigerten Organspendezahlen hätte. Jedoch solle dies nicht die psychische Gesundheit und somit das Leben einschränken.

Auf die unterschiedlichen Charakteristika der Erfahrungen, die jeweils die gedankliche Beschäftigung triggerten, wird im Detail in Dr. Srnovás Arbeit eingegangen. Ein Auslöser war etwa das Miterleben eines qualvollen oder schnellen Sterbeprozesses einer/s Patientin. Bei drei Interviewpartner\_innen konnte beobachtet werden, dass erst die Begleitung eines ganzen Sterbeprozesses eine tiefgreifende kognitive Auseinandersetzung auslöste, eine kurze Begegnung mit einer/m Toten hatte nicht dazu geführt. Weitere Trigger waren die eigene Krebserkrankung und somit die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit sowie der Tod einer nahestehenden Person mit konsekutiv ersten Gedanken über die Endlichkeit des Seins. Lukas H.

## Ergebnisse

erlebte die verschiedenen Sterbephasen seines Haustiers mit, was in Gedanken über den menschlichen Sterbeprozess resultierte. Einen Sonderfall stellte Lisa R. da, die sich nach dem Schwärmen eines Patienten von seiner Nahtoderfahrung Gedanken über einen schönen Tod machte. Dagmar W. betonte, dass es Sterbeerfahrungen brauche, um sich der Bedeutung des Todes erst klar zu werden.

Der Inhalt der Gedanken variierte ebenso wie die Charakteristika der auslösenden Erfahrungen: Teilweise wurde nicht näher definiert, worum es in den Gedanken ging. Es fielen Sätze wie „[...] ich weiß nur, dass mich das lange beschäftigt hat, dass ich lange darüber nachgedacht habe [...]“ (Jan N., Z.187-188). In anderen Fällen wurde das konkreter: Nach dem ersten Kontakt mit Sterben drehten sich bei den meisten die Gedanken um die ganze Sterbeerfahrung und den Sterbevorgang selbst. Durch die Neuartigkeit der Thematik und entsprechendes Unwissen stellten sich die Befragten den Sterbeprozess selbst vor und entwickelten erste Vorstellungen von einem schönen oder schlechten Tod sowie einem Leben danach. Zudem formten sich eigene Einstellungen und Wünsche für den eigenen Tod. Die PJ-Studentin Lisa R. erzählte von ihrem ersten prägenden Begleiten einer Sterbenden während ihres Krankenpflegepraktikums. Eine ältere nette Patientin war auf Station gekommen, nachdem sie Fisch gegessen und sich unwohl gefühlt hatte. Lisa R. kam nach ihrem freien Wochenende unbedarft wieder auf Station und fand überraschenderweise die Patientin im Sterben liegend vor. Im Unterschied zu vorangegangenen Sterbeerfahrungen erlebte sie diesen Sterbeprozess mit, was zum ersten Mal eine gedankliche Auseinandersetzung damit provozierte.

„Also das war überhaupt der erste Anstoß, einmal drüber nachzudenken. [...] aber das erste Mal diesen Prozess erlebt und drüber nachgedacht, wie man es selber haben möchte und wie man dazu steht, ob das jetzt gutes oder schlechtes Sterben ist und ja, wie alt war ich, vielleicht 17 oder 18, 18 müsste ich, ja.“ (Lisa R., Z. 164- 170)

Mehrfach wurde eine Differenzierung zwischen den Gedanken über den eigenen Tod, den Tod Nahstehender und den Tod anderer Menschen gemacht. Während sich viele besonders über den eigenen Tod Gedanken machten, war dies bei den PJ-Student\_innen Daniela W. und Maria V. das Gegenteil. Die beiden betonten, sich darüber bisher keine Gedanken gemacht zu haben – einen Grund dafür nannten sie nicht. Gedanken über den Tod Nahestehender mieden sie aus großer Verlustangst

bewusst, der Tod anderer gehöre für sie zum Leben dazu, weswegen Gedanken hierzu zu ihrem Alltag dazu gehörten.

Einen Sonderfall stellt Felix E. dar, der sich nach seiner Krebserkrankung besonders Gedanken um ein mögliches Rezidiv und seinen möglichen frühen Tod machte. Diese Gedanken hätten jedoch abgenommen, als ihm bewusst wurde, dass diese keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben und somit nur belastend sind.

Bei den meisten Interviewpartner\_innen tauchten also die ersten Gedanken zum Thema „Sterben und Tod“ schon während der Kindheit oder Pubertät auf und drehten sich besonders um den Sterbeprozess. Besonders bei aktiver Sterbebegleitung formten sich erste Vorstellungen eines schönen/schlechten Todes und Wünsche für den eigenen Tod. In Dauer und Häufigkeit bei der gedanklichen Auseinandersetzung ließen sich große Unterschiede erkennen. Die Gedanken wurden laut den Interviewten meist durch Sterbeerfahrungen hervorgerufen, nur in der Pubertät tauchten diese bei manchen ohne Trigger auf.

### **3.1.2.2 Frage der Kausalität**

Diese Subkategorie wurde angewandt, wenn sich die/der Interviewte im Rahmen der gedanklichen Auseinandersetzung den Ursache-Wirkungs-Zusammenhang eines Todes zu erschließen versuchte (z. B. durch Rekonstruktion des Ablaufs). Die Hälfte der Interviewten beschrieb solche Gedanken (5 Assistenzärzt\_innen und 4 PJ-Student\_innen).

Es konnten verschiedene Ursachen für die gedankliche Rekonstruktion des Todesablaufes oder die Frage nach der Todesursache identifiziert werden. Einmal war der medizinische Hintergrund von Interesse, meist aufgrund des Wissensstandes. Zum anderen diente dies der Klärung der Verantwortlichkeit. Zusätzlich kam in den Interviews die Frage nach dem „Warum?“ auf, dem erfolglosen Versuch, Verständnis oder Sinnhaftigkeit für einen sinnlos erscheinenden Tod zu finden.

Eine Rekonstruktion der Todesursache aus eigenem Interesse geschah in für die Interviewten neuartigen Situationen. Sabrina P. war etwa zum ersten Mal an einer Wohnungsöffnung im Rahmen eines Notarzteinsatzes beteiligt. In der Wohnung fand das Team eine tote auf dem Bauch liegende Frau vor. Die PJ-Studentin stellte sich daraufhin im Detail den Unfallhergang vor, der zum Tod der Frau geführt haben mag. In anderen Erzählungen konnte Grübeln über die Todesursache aus medizinischem Interesse beobachtet werden. Im Beispiel von Felix E. ging es stattdessen um die

## Ergebnisse

Ursache seiner Krebserkrankung, nämlich ob diese Schicksal oder einfach nur Pech gewesen sein mochte.

Ganz anders emotional belastet war eine Rekonstruktion des Todesablaufes, um eine Verantwortlichkeit herauszuarbeiten, diese konnte sowohl bei der/dem Interviewten selbst liegen als auch bei anderen Beteiligten. Nachdem der Patient von Peter F. nach der von ihm durchgeführten Pleurapunktion verstarb, stellte sich ihm die Frage, ob er mit seinem Eingriff für den Tod des Patienten verantwortlich war:

„[...] man überlegt dann, hat man irgendwie prozedural irgendetwas falsch gemacht und ist es wirklich jetzt so ein fahrlässiges Verschulden gewesen oder ist das nur etwas gewesen, was einfach passiert ist, weil es sowieso passiert wäre, ja, und zwischen diesen ganzen Extremen schwankt man dann also auch relativ häufig hin und her, ja?“ (Peter F., Z. 37-40)

Als mögliche Verantwortlichkeiten schwankte er zwischen der eigenen Schuld durch einen Fehler, eigenem fahrlässigem Verhalten, Zufall sowie Alter und Vorerkrankungen des Patienten. Die Schuldfrage konnte er bis zuletzt nicht klären. Bei Fehlern anderer (aus Sicht der Interviewten) reagierten mehrere Interviewte mit Vorwürfen und teilweise auch mit Schuldzuweisungen. Der Vater von Marianne L. übernahm die Pflege ihres dementen Großvaters. Ihrer Meinung nach machte er dies eher unzureichend, da er zu wenig pflegerisches Know-How hatte und durch seinen Beruf zu wenig präsent war. Der Großvater stürzte und kam daraufhin ins Altersheim, wo er sich verschluckte und verstarb. Marianne L. machte sich ausführliche Gedanken über den Tod des Großvaters. Ihrer Meinung nach ließ sich der Tod initial auf die mangelnde Pflege zurückführen. Sie machte dem Vater Vorwürfe – wohlwissend, dass er keine medizinische Ausbildung genossen hatte und somit entsprechende Situationen schwer einschätzen konnte. Marianne L. war hin und her gerissen zwischen zwei Funktionen: Einmal erkannte sie als Medizinstudentin durch ihr medizinisches Fachwissen die Schwächen in der Pflege. Und andererseits fühlte sie sich als Tochter wegen der Vorwürfe schlecht und wollte keine negativen Gefühle gegenüber ihrem Vater hegen, der zudem schon unter dem Verlust seines Vaters litt. Gerade beim Tod junger Menschen sowie von Menschen, die einen qualvollen Tod erleiden mussten, herrschte Unverständnis, Wut und Fassungslosigkeit bei den Interviewten. Die Frage nach dem „Warum“ ist hier eher rhetorisch verstanden und beschreibt die Tragik der Fälle – die Interviewten klagten damit die Sinnlosigkeit,

Ungerechtigkeit und Naturwidrigkeit des Todes an. Sie versuchten mit der Frage Verständnis und Sinnhaftigkeit für den Tod zu finden – in den beschriebenen Fällen ohne Erfolg. Auch Anette S. stellte sich diese Frage, nachdem ein Junge aufgrund eines aggressiven Rezidivs seines Hodgkin-Lymphoms auf ihrer Station verstarb:

„Ich finde, man ist enttäuscht, dass es halt den trifft, man fragt sich warum, natürlich. Dann weiß man aber auch, das bringt nichts, sich das Warum zu fragen [...]“ (Anette S., Z. 92-94)

Sie wusste, dass sie keine Antwort auf diese Fragen finden würde und vermied daher weitere Gedanken daran.

Die Beschäftigung mit der Kausalität eines Todesfalls diente der Stillung von Interesse, der Klärung von Verantwortlichkeiten oder der Suche nach Sinnhaftigkeit von sinnlosen, unfairen Todesumständen.

### **3.1.2.3 Projektion auf sich selbst**

Diese Subkategorie wurde den Stellen des Interviews zugeordnet, in denen die/der Interviewte die Situation von Sterbenden oder deren Angehörigen auf sich selbst projizierte und sich damit identifizierte. Die Interviewten sahen sich selbst oder die eigene Familie in der Lage der/des Sterbenden mit den verbundenen Emotionen wie Leiden, Trauer und Schmerz.

7 der 18 Interviewten (39%) beschrieben diese Überlegungen in ihren Erzählungen (2 Assistenzärzt\_innen und 5 PJ-Student\_innen).

Auslöser waren meist tragische, negativ erlebte Todesfälle wie der Tod eines Kindes oder einer/s Patientin/en mit kleinen Kindern, Autounfälle sowie qualvolles oder einsames Sterben. Nur die PJ-Studentin Lisa R. beschrieb als Auslöser eine positiv erlebte Sterbeerfahrung: Sie konnte den Zusammenhalt zwischen zwei Schwestern während des Versterbens einer der Schwestern beobachten. Begünstigende Faktoren waren, wenn die Sterbenden ähnliche Charakteristika wie die Interviewten aufwiesen wie etwa vergleichbares Alter, ähnliche familiäre Umstände oder gemeinsame Alltagsaktivitäten.

Meist wurde die Projektion des Schicksals auf sich selbst als sehr quälend empfunden und resultierte in Angst. Zum einen handelte es sich um Angst vor Todesumständen wie einsamen oder qualvollen Sterben, zum anderen drehte es sich um Verlustangst

bezogen auf den Tod Nahestehender (siehe Kapitel „Angst“). Ein häufiger Umgang mit diesen negativen Emotionen war Vermeidung solcher Gedanken.

Auswirkungen der Projektion war einerseits das Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit und Vergänglichkeit sowie die Entwicklung von Wünschen für den eigenen Tod und den Nahestehender (siehe Kapitel „Wünsche für Sterben und Tod“). Im Fall von Lisa R. war dies etwa der Wunsch auch im Beisein der eigenen Schwester sterben zu können.

Ein weiteres Beispiel für Selbstprojektion bot Anette S.: Sie erlebte als Pädikerin regelmäßig Trauer und Leid von Eltern, die ihr Kind verloren, und begann dadurch über den möglichen Verlust von geliebten Menschen zu reflektieren:

„Also ich finde wirklich immer die Vorstellung, diese Eltern, sich in diese Eltern hinein zu versetzen ist für mich immer das allerschlimmste. Nicht, ich habe mir dann auch oft überlegt, wenn einem selber so etwas passiert, ich denke mir immer, ich will unbedingt derjenige sein, der den Krebs kriegt und nicht der, der zurückbleibt, weil es einfach viel schlimmer ist, den anderen zurückzulassen oder gehen zu lassen.“ (Anette S., Z. 319-323)

Die Vorstellung den Tod geliebter Menschen miterleben zu müssen und auf sie verzichten zu müssen, war für sie so unerträglich, dass Anette S. sogar lieber eine eigene Tumorerkrankung in Kauf nehmen wollte, um somit den Tod anderer nicht miterleben zu müssen.

### **3.1.2.4 Perspektivenübernahme**

Diese Subkategorie wurde zugeordnet, wenn die/der Erzählende versuchte, sich in die Situation von Patient\_innen und deren Angehörigen hineinzusetzen, um ihre Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse nachzuvollziehen. Im Unterschied zur „Projektion auf sich selbst“ geht es hier um ein Verständnis für Sterbende und deren Angehörige und nicht um eine Identifikation mit diesen. Dieser Unterschied wird auch in folgendem Zitat von Daniela W. deutlich, in dem sie betonte, dass sie sich selbst nicht betroffen fühle. Sie versuche durch ein „Reinfühlen“ die Betroffenen zu verstehen, wodurch sie diese besser unterstützen und ihnen empathisch gegenüber agieren könne:

„[...] dadurch, dass ich mich da rein fühle, es ja nicht selber miterleben muss [...] das betrifft mich ja nicht persönlich, aber dadurch, dass ich so ein bisschen eine Ahnung davon habe,

## Ergebnisse

wie die anderen sich da gerade fühlen könnten, dass ich dann zumindest irgendwie denen helfen kann [...]“ (Dagmar W., Z. 549- 552)

5 der 18 Interviewten (28%) beschrieben eine Perspektivenübernahme als Reaktion auf das geschilderte Erlebnis. Es handelte sich dabei ausschließlich um PJ-Student\_innen. Diese kognitive Reaktion wurde meist sehr ausführlich und wiederholt in den jeweiligen Interviews beschrieben.

Es konnten zwei Formen der Perspektivenübernahme beobachtet werden: Einmal wurde die Perspektive der Angehörigen übernommen und zum anderen die der Sterbenden/Toten.

Bei allen 5 Interviewten konnte eine Perspektivenübernahme der Angehörigen beobachtet werden. Auslöser waren erste Sterbeerfahrungen der/des Interviewten, die Anwesenheit von trauernden Angehörigen, der Tod von Kindern und Negativbeispiele in der Angehörigenbetreuung wie misslungene Kommunikation, Desinteresse oder unsensibles Verhalten von Seiten des medizinischen Personals. Sie stellten sich deren Verlust und Emotionen wie Trauer, Schock oder Hilflosigkeit vor und oft überlegten sich darauf basierend eine Unterstützung für sie. Durch eine Perspektivenübernahme wurden Missstände der Angehörigenbetreuung für die Interviewten oft erst sichtbar. Ein Beispiel hierzu lieferte etwa Sabrina P.: Der Gesundheitszustand einer jungen Mutter verschlechterte sich aufgrund eines Tumors an der Niere rasant. Die Patientin lag wenige Tage nach der Diagnose bereits im Sterben, als zum ersten Mal das Gespräch mit den Angehörigen gesucht wurde. Sabrina P. versuchte sich vorzustellen, wie schrecklich und schockierend es für die Angehörigen sein musste diese lebensverändernden Nachrichten aus dem Nichts heraus zu erfahren. Sie nahm sich deswegen vor, frühzeitig das Gespräch mit den Angehörigen zu suchen, wenn es bei Patienten keine Hoffnung auf Heilung mehr gibt (siehe „Kommunikation“).

Auch die Perspektive der/s Sterbenden/Toten wurde von manchen Interviewten übernommen. Auslöser davon war die Behandlung sterbender Menschen oder der erste Kontakt mit einer Toten. Ziel davon war es die Betroffenen besser zu verstehen: Dies geschah zum einen, um ihnen Empathie und seelische Unterstützung entgegenbringen zu können, zum anderen um den Patientenwillen errahnen zu können und die Behandlung dementsprechend gestalten zu können. Auch Maria V. handelte danach, welche Behandlung sie sich an Stelle des/der Patientin wünschen würde:

## Ergebnisse

„Also auch immer dieses Ding, wenn ich jetzt Patient wäre, was würde ich dann wollen. Das denke ich super oft. Jetzt nicht nur aufs Sterben, sondern auch in jeglicher Behandlung.“ (Maria V., Z. 478- 479)

Um sich möglichst authentisch die Situation oder Perspektive der Patient\_innen vorstellen zu können, machten sich manche Interviewte Gedanken über die Person der/s Patientin/en. Sie stellten sich deren Charaktereigenschaften und Umfeld vor. Einen Sonderfall stellt Kornelia K. dar, die die Perspektive einer gerade verstorbenen Patientin übernahm. Es handelte sich um ihre erste Sterbeerfahrung im Krankenhaus. Als die Tote in die Leichenhalle im Keller gebracht wurde, versetzte sie sich in ihre Lage und stellte sich vor, wie die verstorbene Person wohl gerade die Kälte des Kellers fühlen musste:

„[...] einen Moment bist du in einer Umgebung, wo man sich wohlfühlen könnte, ja, man hat ein warmes Bett und so weiter und dann wird man plötzlich so in den Keller geschoben, kühl aufgebahrt [...]“ (Kornelia K., Z. 265-267)

Aufgrund dieser Vorstellung, dass gerade Verstorbene noch etwas spüren könnten, versuchte sie im Anschluss besonders vorsichtig mit ihnen umzugehen und auch die erste Zeit nach dem Versterben bei den Toten zu sein. Denn auch sie würde sich wünschen nicht allein zu sein.

Wie von Daniela W. beschrieben erfolgte bei manchen Interviewten keine emotionale Belastung durch die Perspektivenübernahme. Von anderen Interviewten wurde das Gegenteil berichtet, nämlich Betroffenheit und Mitgefühl mit Vermeidung solcher Gedankengänge. Nach dem Realisieren von Missständen reagierten manche Interviewte mit Wut oder Vorwürfen gegenüber dem betreuenden Personal.

Die Einnahme der Perspektive von Betroffenen galt also vor allem einer empathischen und patientenorientierten Behandlung.

### **3.1.2.5 Sonstiges**

Der Subkategorie „Sonstiges“ wurden seltenere kognitive Reaktionen (Vorkommen bei weniger als fünf Befragten) untergeordnet.

Bei zwei Gesprächspartner\_innen (1 Assistenzarzt und 1 PJ-Studentin) konnte als Reaktion auf eine Sterbeerfahrung eine „Auseinandersetzung mit der eigenen Resilienz“ beobachtet werden. Dies meint ein Infragestellen der eigenen psychischen

Widerstandskraft, um herausfordernde Situationen in Bezug auf Sterben und Tod bewältigen zu können. Die Erzählenden zweifelten daran, ob sie die Kapazität und mentale Stärke besitzen solche Situationen meistern zu können und somit auch ob sie die richtige Berufswahl getroffen haben. Auslöser dieser Gedanken waren prägende Erfahrungen zum einen die erste Sterbebefahrung und zum anderen der qualvolle Tod eines vorwurfsvollen Patienten. Beispielhaft angeführt sei die PJ-Studentin Marianne L., bei der diese Selbstzweifel aufkamen, als sie von ihrer ersten Sterbebefahrung emotional sehr mitgenommen war. Daraufhin zweifelte Marianne L. an ihrer mentalen Stärke und ihrer Berufswahl:

„Und ich habe auch überlegt, ob das das Richtige für mich ist, also ob ich das nicht zu krass finde, dass dann da echt einfach so eine Person in so einem Raum stirbt.“ (Marianne L., Z. 38-40)

Durch Gespräche mit Freundinnen und durch Relativieren der eigenen Erfahrung mit deren Erfahrungen kam sie zu dem Schluss, dass sie diese Erfahrung vielleicht überbewertet hatte. Auch durch zeitlichen Abstand und einen Gewöhnungseffekt durch häufigere Exposition wurden die Zweifel weniger.

Eine weitere seltenere kognitive Reaktion war „Assoziationen herstellen“, worunter das Zurückerinnern der Interviewten an vorangegangene Sterbebefahrungen durch einen speziellen Trigger verstanden wird. Dies konnten bei 3 der 18 Interviewten (17%) (2 Assistenzärzt\_innen und 1 PJ-Studentin) beobachtet werden. In den Interviews konnten verschiedene Trigger identifiziert werden: der Name „Alfred“ (so hatte ein verstorbene Mädchen ihren Tumor genannt), Patient\_innen mit Krampfanfällen (daran verstarb Maresas Großmutter) und Schlaganfallpatient\_innen (Mariannes Großvater verstarb daran). Dieses Zurückerinnern führte zu einem Wiedererleben der damaligen Emotionen wie Trauer oder Betroffenheit.

### **3.1.3 Körperliches Erleben**

Diese Subkategorie erfasst die physischen Reaktionen der Erzählenden auf die geschilderten Erfahrungen in Bezug auf Sterben und Tod. Im Material kamen Weinen und Kreislaufreaktionen vor. 6 der 18 Interviewten, also 33%, schildern solch eine Reaktion. Dabei fällt auf, dass darunter 5 Studierende und nur eine Assistenzärztin sind.

5 Interviewte beschrieben Weinen, was in erster Linie Betroffenheit, Trauer oder Verzweiflung in großer Intensivität ausdrückte. Weinen als Ausdruck von großer Trauer konnte beim Tod von Menschen beobachtet werden, zu den die Interviewten eine enge persönliche Bindung hatten. Dies kam sowohl im privaten (beim Tod von Verwandten) als auch im beruflichen Kontext vor. Während Weinen im Privaten von den Interviewten nicht kritisch gesehen wurde, wurde es jedoch in beruflicher Umgebung von manchen Interviewten als Kontrollverlust gewertet und war deshalb mit Scham behaftet (siehe „Fassung behalten“). Aufgabe von Ärzt\_innen sollte tunlichst das Vermeiden davon sein. Die Kinderärztin Anette S. weinte beim Abschied von einem sterbenden Jungen im Patientenzimmer. Dafür schämte sie sich und wertete dies als Nicht-Erfüllen ihres Arztverständnisses. Im Anschluss reagierte sie mit Vermeidung der triggernden Situation: Sie betrat bewusst nicht das Zimmer eines Mädchens, das zum Sterben nach Hause entlassen werden sollte.

Weinen außerhalb des Krankenhauses aufgrund von Patientenschicksalen wurde stattdessen nicht kritisch gesehen: So konnte Weinen zu Hause als Ausdruck von Betroffenheit und Mitleid bei Marianne L. nach dem einsamen, würdelosen Tod einer Patientin beobachtet werden. Im Anschluss kamen als Reaktion die oben beschriebenen Zweifel an der eigenen Resilienz auf.

Im Falle der PJ-Studentin Lisa R. war das Weinen der Ausdruck von Verzweiflung und Überforderung. Wie schon im Kapitel „Schuld“ beschrieben fühlte sie für den unerwarteten Tod einer Patientin verantwortlich. Zudem war dies ihre erste Konfrontation mit dem Tod und sie äußerte sich schockiert von dessen Unberechenbarkeit und dem Desinteresse des behandelnden medizinischen Personals an der Patientin, sodass sie vor Überforderung auf dem Nachhauseweg zu weinen begann. Wie auch Marianne L. suchte sie daraufhin das Gespräch mit der Familie.

Die PJ-Studentin Sabrina P. beschrieb eine Kreislaufreaktionen im Sinne von Wärmegefühl, Herzrasen bis hin zum Bewusstseinsverlust. Sie war für die Beatmung eines Patienten während der Reanimation verantwortlich. Der Anblick des liegenden Patienten erinnerte sie an eine Operation vor ein paar Wochen, in der sie kollabiert war. Die Ähnlichkeit der Situationen führte dazu, dass sie mit Kreislaufreaktionen reagierte, was sie als „Panikgefühl“ benannte. Nur durch bewusstes Ablenken (z. B. Konzentrieren auf den Monitor) verhinderte sie ein erneutes Kollabieren.

## **3.2 Umgang und Bewältigungsstrategien**

Diese Hauptkategorie erfasst die eigenen Maßnahmen und äußeren Faktoren, die zum Umgang mit dem Erlebten oder zur Bewältigung der Sterbeerfahrung beitragen. Bewältigungsstrategien waren solche, die zu einer endgültigen Verarbeitung der Erfahrung führten, während es sich bei Umgangsweisen um direkte Reaktionen auf die vorliegende Situation handelte. Die im Folgenden vorgestellten Strategien konnten meist sowohl als Umgang als auch Bewältigung fungieren, auch wenn im Text nur einer der Begriffe genannt wird und dies somit die vorherrschende Funktion war.

### **3.2.1 Austausch**

Diese Unterkategorie wurde zugeordnet, wenn zur Bewältigung von Sterbeerfahrungen der Austausch mit Mitmenschen gesucht wurde. In fast allen Fällen handelte es sich um Erfahrungen aus dem beruflichen Kontext. Zu den Ansprechpartner\_innen zählten Kolleg\_innen, das eigene private Umfeld, Patient\_innen und deren Angehörige sowie professionelle Hilfe im Rahmen einer Supervision. Für 11 der 18 Interviewten (61%) war der Austausch mit anderen eine wichtige Bewältigungsstrategie. Darunter waren 5 Assistenzärzt\_innen und 6 PJ-Student\_innen. Ein Austausch konnte durch Diskurs stattfinden, wenn ein Gespräch geführt wurde und dabei die Meinungen, Einschätzungen oder Bewertungen des Gegenübers für die Interviewten wichtig waren. Eine andere Form des Austausches war, wenn die Interviewten zur Bewältigung der Sterbeerfahrung anderen Personen von der Erfahrung berichteten. Hier ging es nicht um einen fachlichen Austausch mit dem Ziel medizinische Hintergründe zu verstehen, sondern um ein (eventuell einseitiges) Erzählen, um Gedanken und Gefühle loszuwerden. Beide Formen des Austauschs sollen im Folgenden vorgestellt werden.

### **Diskussion**

8 der 18 Interviewten (44%) beschrieben, wie ein gegenseitiger Austausch durch Diskussion, eine gemeinsame Aufarbeitung und letztendlich die Sichtweise des Umfelds zur erleichterten Bewältigung ihrer Sterbeerfahrungen beitragen. Davon berichteten je zur Hälfte Assistenzärzt\_innen und PJ-Student\_innen.

In den Erzählungen ging es häufig um eine fachliche Aufarbeitung zur Klärung der Schuldfrage und somit zur Bewältigung von Schuldgefühlen. Als Erleichterung wurde zusätzlich empfunden, wenn das Umfeld das Verhalten der/des Interviewten nicht verurteilte oder positiv bewertete. Zusätzlich war eine fachliche Aufarbeitung wichtig,

## Ergebnisse

um das Erlebte zunächst einmal verstehen zu können. Besonders nach den ersten Sterbeerfahrungen wurde dies aufgrund des mangelnden Vorwissens von einigen Interviewten gewünscht, damit man den Tod „ein bisschen besser greifen kann“ (Daniela W., Z.387). In einem Fall ging es um eine Besprechung im Sinne einer privaten Trauerbewältigung.

Am häufigsten wurde ein Austausch mit Kolleg\_innen beschrieben. Hier kam Oberärzt\_innen eine besondere Rolle zu. Sie wurden von den Interviewten als erfahren angesehen, weshalb ihre Meinung und Bewertung, besonders bezogen auf fachliche Fragen und zur Klärung der Schuldfrage, besonders geschätzt wurde. Die Assistenzärztin Marta L. unterschied hier eindeutig: Bei fachlichen Fragestellungen suchte sie bei Oberärzt\_innen nach Rat, während sie sich mit emotionalen oder ethischen Belangen eher an andere Assistenzärzt\_innen wandte, zu denen sie auch privaten Kontakt pflegte. Nur einem Oberarzt der Palliativmedizin vertraute sie sich mit der Frage nach dem Umgang mit ihren Schuldgefühlen an, da sie das Gefühl hatte, dass dieser im Gegensatz zu den chirurgischen Oberärzt\_innen hierfür offen sei. Somit war für sie ein persönlicher Bezug für emotionale Fragestellungen wichtig, während für die fachliche Aufarbeitung die Berufserfahrung des Gegenübers entscheidend war. Die Diskussion und Aufarbeitung des Erlebten im Team erschien auch für andere Interviewpartner\_innen eine wichtige Bewältigungsstrategie. Ging es um die Klärung der Schuldfrage oder Aufarbeiten der Fälle mit unglücklichem Ausgang, so schien entscheidend offen zu diskutieren, den Fall genau zu analysieren und die notwendigen Schlüsse zu ziehen. Beispielhaft angeführt sei die folgenschwere Pleurapunktion von Peter F. (Details des Fallbeispiels im Kapitel „Schuld“): Nach diesem Ereignis war es für ihn wichtig, erst mit dem Oberarzt und dann mit dem gesamten Team den Fall zu diskutieren. Dieses Gespräch empfand er als Erleichterung. Der Oberarzt berichtete von eigenen ähnlichen Erfahrungen und erklärte, dass solche Konsequenzen zum Arztberuf und somit zur Normalität dazugehörten. Dies minderte für Peter F. die Schwere der Erfahrung, da der Oberarzt in der Diskussion die Exklusivität der Situation wegnahm. Erleichternd kam hinzu, dass das Team ihn nicht für sein Handeln verurteilte:

„[...] dass du schon merkst, das ist jetzt nicht so, dass jetzt irgendwie auch dein Umfeld das Gefühl hat, du hast den jetzt einfach umgelegt fahrlässig [...]“ (Peter F., Z. 59-61)

## Ergebnisse

Mehrfach wurde jedoch Kritik geäußert, dass diese gemeinsame Aufarbeitung von Sterbeerfahrungen durch Team-Besprechungen zu selten stattfand und bei manchen Kolleg\_innen daran zu wenig Interesse bestand. Auch die PJ-Studentin Daniela W. wünschte sich nach dem Versterben einer Patientin ein Gespräch mit den behandelnden Ärzt\_innen. Dabei sollte die eigene Rolle geklärt, der Fall medizinisch aufgearbeitet und dann zusammengefasst werden. Für sie sei ein Betrachten der Ganzheitlichkeit des Todes, etwa „wie der Patient sich wohl gefühlt haben muss oder wie sich die Angehörigen jetzt fühlen“ (Z. 419-420) für die Verarbeitung entscheidend. Weil diese Besprechung nicht stattfand, fühlte sie sich mit der Situation alleingelassen und hatte Schwierigkeiten das Geschehene zu begreifen.

In einem Interview wurden auch die Meinungen von Patient\_innen und deren Angehörigen als Einflussfaktoren für die Bewältigung beschrieben: Während des PJs lernte Lisa R. eine Patientin kennen, deren Gesundheitszustand sich über Lisas freies Wochenende rapide verschlechterte. Daraufhin quälten Lisa R. Schuldgefühle, warum sie nicht an jenem Wochenende für sie da gewesen war. Sie suchte daraufhin das Gespräch mit der Patientin und deren Schwester – deren Schuldfreispruch führte dazu ihre Schuldgefühle zu überwinden.

Für den PJ-Studenten Lukas H. war der Austausch mit vertrauten Menschen im privaten Umfeld wichtig. Besonders die Sichtweisen und Erklärungen seines Vaters, selbst Arzt, halfen ihm bei der Verarbeitung von Sterbeerfahrungen. Zum einen arbeiteten sie Erfahrungen gemeinsam fachlich auf; zum anderen vermittelte er ihm das Bild, dass der Tod als natürlichen Prozess zum Leben dazugehöre und auch etwas Schönes sein könne. Dies half ihm auch bei der Trauerbewältigung seiner Erfahrungen.

In einem anderen Interview berichtete die Assistenzärztin Nina H., dass sie zur Bewältigung auch auf professionelle Supervision<sup>1</sup> zurückgriff. Gerade der „neutrale Blick“ von außen sei für sie entscheidend. Nur durch diesen erkenne man erst manche Zusammenhänge, erschließe andere Perspektiven und finde dadurch Verständnis für die Verhaltensweisen anderer, die man vielleicht zuerst nicht nachvollziehen konnte. Sie beschrieb den Effekt der Supervision wie folgt:

---

<sup>1</sup> Supervision stellt die Beratung mit einer neutralen Person (meist mit psychotherapeutischem Hintergrund) dar, die zur Reflexion anregt und Hilfestellungen anbietet

## Ergebnisse

„Also wenn jetzt zum Beispiel ein Kind verstirbt und die Eltern machen danach irgendetwas, wo wir irgendwie denken, krass. Und dann sagt sie dann irgendwie, ja, ihr findet das krass, aber für die Eltern war das wichtig. [...] Und dann sagt man: „Ja, eigentlich haben Sie ja Recht.“ (Nina H., Z. 562-569)

Damit trage eine Supervision auch zu einem besseren Verständnis der Erfahrung bei. Die Diskussion des Erlebten mit anderen Menschen bedeutet also eine wichtige Bewältigungsstrategie, um sowohl die fachlichen und zwischenmenschlichen Zusammenhänge zu verstehen als auch die Schuldfrage zu klären.

### **Erzählen**

6 der 18 Interviewten (33%), davon 2 Assistenzärzt\_innen und 4 PJ-Student\_innen beschrieben, wie sie diese Methode zur Bewältigung von Sterbeerfahrungen anwandten.

5 Interviewte berichteten, dass das Erzählen ihrer Erfahrungen im privaten Umfeld für sie wichtig war. Auch Marianne L. beschrieb, wie entscheidend diese Umgangsstrategie nach ihrer ersten Sterbeerfahrung war:

„Ich habe das irgendwie [...] dann meiner Mutter erzählt, der habe ich dann immer so etwas erzählt und, ja, was weiß ich, damals auch noch meinem Freund oder so. Also habe ich schon ordentlich immer rum erzählt.“ (Marianne L., Z. 88 - 91)

Hier wurde ganz treffend beschrieben, dass es um ein Erzählen von Erlebtem, also eine narrative Bewältigung, jedoch nicht um einen fachlichen Austausch geht. Alleine das Erlebte, nämlich die Sterbeerfahrung, in Worte zu fassen half den Interviewten bei der Verarbeitung. Sie teilten ihre Gedanken und Gefühle wie Trauer, Mitleid, Schock oder Betroffenheit, wodurch sie Erleichterung verspürten. Besonders nach der ersten Sterbeerfahrung wurde diese Bewältigungsstrategie angewandt. Aufgrund der Neuartigkeit der Erfahrung und hoher emotionaler Belastung hatten hier viele Interviewte das Bedürfnis davon zu erzählen.

Nur die Kinderonkologin Nina H. berichtete, dass für sie das Erzählen im beruflichen Umfeld „unerlässlich“ sei. Über ihre Sterbeerfahrungen im interdisziplinären Team der Ärzteschaft wie der Pflege zu sprechen sei essentiell, und dies werde auch von anderen Mitarbeiter\_innen so praktiziert. Verantwortlich hierfür war wohl die Sonderrolle ihres Arbeitsplatzes, der Kinderonkologie: Krankheitsverläufe sind hier meist langwierig, daher bestehe oft eine enge Bindung des gesamten Teams zu den

Patient\_innen. Viele Mitarbeiter\_innen hätten Interesse an dem Sterbeprozess im Detail, etwa ob die Patient\_in leiden musste. Eine weitere Motivation für das Erzählen war Nina H.'s „Psychohygiene“, da die Sterbeerfahrungen durch die enge Patientenbindung, das junge Alter der Patient\_innen sowie die häufige Exposition mit dem Tod besonders belastend empfunden wurden. Indem sie ihrem Team von ihrer Sterbeerfahrung berichte, werfe sie einen Teil des emotionalen „Ballasts“ ab:

„Aber ich denke, das ist das Wichtigste, dass man einfach drüber redet. Und ich denke, so kann man das auch besser verarbeiten, ja? Weil, man hat ja dann auch so ein bisschen das Gefühl, dass man das so ein bisschen nicht nur auf seinen zwei Schultern trägt, sondern dass man das so über acht oder zehn Schultern irgendwie verteilt.“ (Nina H., Z. 521 – 525)

In dem Zitat wird auch der Zusammenhalt im Team deutlich, welche das Leid gemeinsam trage. Zudem habe sie das Gefühl, dass ihre Kolleg\_innen aufgrund ähnlicher Erfahrungen ihre Gefühle und Gedanken besser als Außenstehende nachvollziehen können. Erzählen finde auch in einem professionellen Rahmen statt, indem ihr Team aufgrund der hohen psychischen Belastung alle sechs Wochen eine Supervision zum Abbau emotionaler Belastungen erhalte. Dieses Konzept funktioniere ihrer Meinung nach nur, weil alle offen miteinander umgingen und keine Scham hätten, über ihre Gefühle und Zweifel voreinander zu sprechen. Aufgrund der guten Beziehung zu ihren Kolleg\_innen seien aber meist die Gespräche untereinander schon ausreichend.

Die Interviewten wandten sich im Vertrauen mit ihren Erfahrungsberichten an Menschen, zu denen eine emotionale Bindung bestand, z. B. Eltern, Partner, WG-Mitbewohnern, Freunde und geschätzte Kolleg\_innen. Dies lässt vermuten, dass als Voraussetzung für die Strategie des Erzählens eine emotionale Bindung oder menschliche Wertschätzung fürs Gegenüber bestehen musste.

### **3.2.2 Vermeidung**

Diese Subkategorie beschreibt das Vermeidungsverhalten mancher Interviewter, durch das unangenehme Situationen, Gedanken oder Gefühle in Bezug auf Sterben und Tod bewusst nicht erlebt werden sollten. Vermeiden gestaltete sich entweder als physisches Umgehen wie Nichtbetreten eines Zimmers oder Umgehen einer herausfordernden Situation, sowie durch Verdrängen von Gedanken oder Gefühlen.

## Ergebnisse

Vermeidungsverhalten wurde zum Schutz vor belastenden Emotionen wie Trauer, Überforderung, Angst oder Hilfslosigkeit angewandt. Vermeidendes Verhalten als Umgangsstrategie wurde von 10 der 18 Interviewten (56%) beschrieben, jeweils zur Hälfte handelte es sich hierbei um PJ-Student\_innen und Assistenzärzt\_innen.

Mit körperlichem Vermeiden bezweckten die Gesprächspartner\_innen unangenehme Situationen zu entgehen: Nämlich solche Situationen, die zur Konfrontation mit der sterbenden Person oder mit einem toten Körper zwingen würden. Den Interviewten gelang die Vermeidung, indem sie etwa Patientenzimmer nicht betraten. In zwei Situationen ging es darum, dass die Interviewten ihre sterbenden Angehörigen in angenehmer Erinnerung behalten wollten und sie daher nicht am Sterbebett besuchten. Der Assistenzarzt Peter F. beschloss, seinen sterbenden Onkel auf der Intensivstation nicht zu besuchen. Seine Erfahrungen im Krankenhaus hatten ihm aufgezeigt, wie das Setting einer Intensivstation und körperliche Veränderungen Sterbende teilweise entstellten und nicht „wie sie selbst“ wirken ließen. Für manche Angehörige war dies zu belastend und ihre Besuche wirkten distanziert. Aus Bedenken seinen Onkel auch so sehen, beschloss Peter F., ihn lieber gar nicht zu besuchen und in guter Erinnerung zu behalten. Er erklärte seinen Beschluss so:

„[...] weil ich das Gefühl hatte, diese Szene im Krankenhaus mit sterbenden Patienten, das kenne ich zu Genüge und da bist du so weit weg von diesem Menschen, der der eigentlich einmal war, dass ich für mich selber gesagt habe, ich habe ihn lieber so in Erinnerung, wie ich ihn das letzte Mal gesehen habe, und zwar noch topfit und ganz lustig.“ (Peter F., Z.304-309)

Diese Aussage verdeutlicht zudem, mit welchen negativen Assoziationen das Bild von Patient\_innen auf der Intensivstation bei manchen Mediziner\_innen besetzt ist und welchen Einfluss dies auf das Privatleben hat. Auch die PJ-Studentin Marianne L. wertete Sterben als Pflegefall im Krankenhaus negativ, weshalb sie sich entschied ihren sterbenden Großvater nicht mehr im Krankenhaus zu besuchen.

Vermeidungsverhalten wurde auch im beruflichen Kontext in der Betreuung sterbender Menschen praktiziert: Mehrfach beschrieben Interviewte ihr Vermeidungsverhalten aus der Angst heraus, ihrem Arztrollenverständnis nicht gerecht zu werden, nämlich Leid und Sterben nicht verhindern zu können, mangelnde Kommunikation sowie die Fassung vor Patient\_innen zu verlieren (siehe dazu „Arztrollenverständnis“). Beispielhaft hierfür sei das Verhalten von Anette S. angeführt, für die es unmöglich

## Ergebnisse

erschien, das Zimmer eines sterbenden Mädchens zum Verabschieden zu betreten. Motiv dafür war zum einen die Angst, nicht den eigenen Ansprüchen von einem ehrlichen Abschied gerecht zu werden sowie davor vor dem Mädchen die emotionale Kontrolle zu verlieren: Zusätzlich übte eine zuvor erlebte Erfahrung weiteren Druck aus: Bei der Verabschiedung eines Jungen hatte Anette S. schon einmal geweint, daher hatte sie große Angst vor einem erneuten Kontrollverlust. Trotz wiederholten Anlaufs gelang es ihr nicht, das Zimmer zu betreten, und so verabschiedete sie sich letztendlich gar nicht. In einem anderen Fall mied sie aus Enttäuschung über die erfolglose Behandlung, zum Zweck des emotionalen Selbstschutzes sowie aus Unsicherheit über eine angebrachte Kommunikation das Zimmer eines sterbenden Jungen. Er war aufgrund eines Rezidivs seiner Krankheit wieder in die Klinik zurückgekommen. An anderer Stelle wurde genau dieses Verhalten von Nadine H. kritisiert, nachdem Assistenzärzt\_innen aus Unsicherheit das Zimmer eines sterbenden Patienten gemieden hatten. Sie forderte daraufhin eine bessere Schulung im Umgang mit sterbenden Menschen.

In einer anderen Erfahrung beschrieb der Assistenzarzt Arthur, wie er einen Patienten aufgrund dessen konstant destruktiver Kritik mied. Dieser litt an einem Bronchialkarzinom im Endstadium, weshalb sich sein Zustand innerhalb von vier Wochen von gesund zu todkrank rapide verschlechterte. Der Patient nahm seine Diagnose nicht an und bombardierte Arthur M. mit Vorwürfen, Fragen und sinnlosen Therapievor schlägen. Irgendwann hielt Arthur M. diese Schuldzuweisungen und sein konsekutives Gefühl der Hilflosigkeit nicht mehr aus und betrat das Zimmer nicht mehr:

„Und in der letzten Woche habe ich es nicht mehr über mich gebracht, in dieses Zimmer jeden Tag auch nur einmal rein zu gehen, weil ich es nicht mehr ertragen habe.“ (Arthur M., Z. 24-25)

Für Arthur M. war die Situation derart belastend, dass er „wahnsinnig froh“ (Z.38) über die Möglichkeit war, auf eine andere Station rotieren zu dürfen und dadurch dem Patienten nicht mehr zu begegnen.

Einen Sonderfall stellt die Erfahrung der PJ-Studentin Kornelia K. dar: Es handelte sich hierbei um eine ihrer ersten Konfrontationen mit dem Tod. Sie war im Raum anwesend, als eine Patientin verstarb. Sie fand daraufhin den Anblick des toten Körpers derart „schockierend“ und „befremdlich“ (Z.252), dass sie im Anschluss das Zimmer nicht

## Ergebnisse

mehr betreten wollte. Sie erklärte ihre Reaktion mit ihrem mangelnden Wissen im Umgang mit einer solchen Situation.

Vermeidung konnte auch gedanklicher Natur sein. Im privaten Kontext mieden manche Interviewte bewusst Gedanken, die bei ihnen belastende Emotionen wie Trauer oder Angst auslösen konnten. Dieser Vorgang wurde von ihnen als „Ausklammern“, „Verdrängen“ oder „Wegschieben“ bezeichnet. Zum einen ging es hierbei um die Erinnerung an verstorbene, geliebte Menschen, die vermeiden wurde, um keine Trauer empfinden zu müssen. Marianne L. lenkte sich etwa von Gedanken an ihren toten Großvater dadurch ab, dass sie sich auf ihre Prüfung konzentriert vorbereitete: „Es war im Prinzip so ein Wegschieben.“ (Z.238).

Zum anderen handelte sich indirekt um die Beschäftigung mit dem eigenen Sterben und Tod, insoweit dies eine reale Bedrohung darstellte. Dies konnte bei dem Assistenzarzt Otto S. und dem PJ-Studenten Felix E. beobachtet werden: Beide hatten als Jugendliche an Krebserkrankungen gelitten. Beide hatten während ihrer Behandlung die Beschäftigung mit dem möglichen eigenen Tod vermieden, da dieser eine realistische Gefahr für sie beide darstellte. Sie hatten versucht sich nur auf die Heilung zu konzentrieren und daher Gedanken an den Tod gemieden:

„[...] es wurde einfach immer ausgeklammert, ich habe immer gedacht, nein. Es gibt jetzt nur einen Weg.“ (Otto S., Z. 306-307).

Felix E. erzählte in diesem Zusammenhang von einer Situation, in der ihm sein Vater mehrere Informationsbroschüren zu seiner Erkrankung (Liposarkom) gegeben hatte, darunter ein Infoblatt zur Erstellung eines Testaments. Felix E. hatte einen inneren Widerstand gegen den Gedanken seines möglichen Versterbens verspürt und daher die Broschüre ohne Beachtung weggelegt.

Vermeidung wurde zum eigenen emotionalen Schutz eingesetzt, um nicht durch starkes Mitgefühl gehindert zu sein und den beruflichen Pflichten konzentriert nachgehen zu können. In mehreren Erfahrungsschilderungen wurde die „Perspektivenübernahme“ von Patient\_innen oder deren Angehörigen als äußerst belastend beschrieben und deswegen gemieden. Beispielhaft hierfür sei die Erfahrung der PJ-Studentin Sabrina P. angeführt: Sie war in der Notaufnahme für die Beatmung eines Patienten während der Reanimation zuständig. Ihre Gedanken schweiften jedoch ab und sie stellte sich vor, was für ein Mensch dieser Patient wohl sei. Sie nahm

wahr, wie diese Gedanken sie in der Konzentration eingeschränkten und sie belasteten, woraufhin sie diese sofort wieder verdrängte, um funktionsfähig zu sein. Vermeidung zur Konservierung einer positiven Erinnerung an die sterbende Person sowie zum Nichtempfinden von Trauer um Verstorbene wird also als Mechanismus zum Selbstschutz, zum Erhalt der Funktionsfähigkeit und aus Versagensangst heraus praktiziert.

### **3.2.3 Rationalisierung**

Diese Subkategorie wurde zugeordnet, wenn die Interviewten versuchten den Tod logisch zu erklären oder durch sachliche Gründe zu rechtfertigen, was die emotionale Belastung durch die Erfahrung einschränkte.

Die Hälfte der Teilnehmer\_innen (2 Assistenzärzt\_innen und 7 PJ-Student\_innen) wand Rationalisierung als Bewältigungsstrategie an.

Hierzu konnten verschiedene Gedankengänge und Todesbilder identifiziert werden, die mögliche logische Erklärungen oder Rechtfertigungen für einen Todesfalls boten. Dazu gehörte die Erkenntnis der Alltäglichkeit von Sterben und Tod, auch von jungen Menschen, im medizinischen Beruf. Dies verringerte die emotionale Belastung der Interviewten, da die eigene Erfahrung nicht mehr als exklusiv oder als Ausnahme wahrgenommen wurde. Treffend beschrieb dies die PJ-Studentin Daniela W.:

„Und da habe ich immer geglaubt okay, Tod ist ungefähr das Schlimmste, was es gibt, bis mir dann irgendwann mal aufgefallen ist, dass ich das vielleicht relativieren muss, weil es einem doch öfter begegnet und weil es doch alltäglicher ist, als mir das bis dahin irgendwie so klar war und dass auch Leute jung sterben und dass das auch keine Ausnahme war [...]“ (Daniela W., Z. 38-41)

Eine weitere Ansicht war, den Tod als einen natürlichen Prozess und logischen Abschluss eines Lebens zu betrachten. Meist galt dies nur für den Tod im höheren Lebensalter, da dieser oft mit Lebenserfahrung und Erfüllung assoziiert wurde. Im Gegensatz dazu sei der Tod einer jungen Person etwas Unnatürliches und ein Raub vieler ausstehender Erfahrungen. Dass eine Rationalisierung hier nicht möglich ist, beschrieb die PJ-Studentin Kornelia K. in ihrem leichteren Umgang mit dem Tod älterer Menschen:

## Ergebnisse

„Weil man einfach das Gefühl hat, okay, die Person hat ein volles Leben geführt und irgendwann muss das Leben ja zu Ende gehen, und ich glaube, das ist einfacher, das zu akzeptieren bei einem sehr alten Menschen als bei einem jungen Menschen.“ (Kornelia K., Z. 108-112)

Ein zusätzlicher Gedanke war den Tod als logische Konsequenz einer Erkrankung zu sehen. Indem die Interviewten den Tod durch ihr Fachwissen als medizinischen Prozess erklärten, verlor dieser einen Teil seiner emotionalen Komponente, was die Belastung minderte. Beispielhaft sei die PJ-Studentin Daniela W. zitiert, die diese Umgangsstrategie erläuterte:

„Das ist leichter geworden dadurch, dass man sich immer hinter dieser medizinischen Fassade ein bisschen verstecken kann, dass man immer zurücktreten kann von der emotionalen Ebene und auf die sachliche zurückgehen kann und sagen kann ja, der ist jetzt an akutem Lungenödem verstorben und ich kann das für mich alles irgendwie mir erklären [...]“ (Daniela W., Z. 324- 327)

Sie nutzte ihr medizinisches Wissen als eine Art Schutzschild, indem sie sich durch fachliches Erklären des Todes von der emotionalen auf die rationale Ebene begab. Im Gegensatz zum emotionalen Part, den sie als „krassen Wust im Kopf“ beschrieb, bezeichnete sie das rationale Erklären der Todesursache als kognitives „Ordnung schaffen“, was ihr Klarheit und Sicherheit schenkte. Wie belastend es sein konnte, wenn eine rationale Erklärung nicht möglich war, kommt durch das Zitat von Lisa R. zu Geltung: „[...] ich finde auch keinen Tod gut, den man absolut gar nicht versteht.“ (Z.181-182).

Eine weiterer den Tod rechtfertigender Umstand war, wenn dieser eine Erlösung von einer leidvollen Krankheit darstellte. Gleiches galt auch für die Annahme, dass die Zeit unmittelbar vor dem Tod nicht als Bereicherung, sondern als Verlängerung des Leidens ohne wirkliche Lebensqualität von den Sterbenden empfunden wurde, besonders falls Patien\_innen sogar abnehmenden Lebenswillen geäußert hatten. In diesen Fällen wurde der Tod als sinnstiftend wahrgenommen, was den Umgang damit erleichterte.

Mehrfach wurde betont, dass die Umgangsstrategie der Rationalisierung besonders im Berufsleben funktionierte. Dagegen sei das Sterben im privaten Umfeld so sehr emotional überlagert, dass eine rationale Bewältigung deutlich erschwert sei.

### 3.2.4 Akzeptanz

Diese Subkategorie beschreibt das mentale Annehmen eines Todesfalls, um mit der Sterbeerfahrung gedanklich abzuschließen. Hierzu zählt den Tod eines Menschen als endgültig und unveränderbar zu akzeptieren. 7 der 18 Teilnehmer\_innen (39%), 3 Assistenzärzt\_innen und 4 PJ-Student\_innen, setzten Akzeptanz als Bewältigungsstrategie ein.

Dabei unterschied sich die zeitliche Umsetzung deutlich: Manche Interviewte konnten erst mit zeitlichem Abstand einen Todesfall annehmen: „dann nimmt man es [...] irgendwann hin“ (Anette S., Z.94). Wiederum beschrieben andere das Versterben eines/r Patient\_in als Abschluss der Erfahrung, indem danach keine weitere gedankliche Auseinandersetzung mehr stattfand. Die Assistenzärztin Nadine H. verglich diesen Umgang bildlich mit einer Tür, die sich schließt und nicht mehr öffnet:

„Also ich glaube, ich kann da ganz gut so eine Tür zumachen und ich denke dann da nicht mehr dran. [...] es ist okay, ich schreibe den Totenschein, ist jetzt abgeschlossen, wir haben alles gemacht. [...] Jetzt hat es nicht geklappt, gehört dazu, so ist es nun mal und dann wird die Tür zugemacht und dann bleibt sie aber auch zu.“ (Nadine H., Z. 392 – 398)

In dem Moment, in dem sie den Totenschein ausstelle und der Tod offiziell dokumentiert sei, finde auch ein mentaler Abschluss statt. Teilweise akzeptiere sie auch schon den Tod, sobald sich Patient\_innen in einem hoffnungslosen Zustand befanden. Ihre schnelle Akzeptanz komme auch daher, dass sie den Tod als Teil des Lebens betrachte und er für sie einen natürlichen Vorgang darstelle.

Eine weitere Überlegung, die zur Akzeptanz ver helfe, war laut mancher Interviewter, dass eine weitere Beschäftigung mit einer Sterbeerfahrung oder auch dem eigenen Tod aufgrund des mangelnden Einflusses darauf überflüssig sei und daher nur unnötig belaste. Der Tod sei etwas Definitives und Unausweichliches, was es zu akzeptieren gelte. Eine gedankliche Beschäftigung „lohnt eigentlich nicht. Weil, das kommt sowieso, wie es kommt.“ (Felix E., Z. 505-506). Felix E. betonte aber, dass er diese Akzeptanz erst erlernen musste.

Von den meisten Interviewten wurde ein den Tod akzeptierender Umgang als entlastend wahrgenommen. Arthur M. beschrieb diese Einstellung aufgrund der häufigen Exposition in seinem Alltag als essenziell für seinen Selbstschutz:

„Und wenn es nicht irgendwie so wäre, dass ich das dann abschließen könnte, wenn es vorbei wäre, würde ich das nicht aushalten können.“ (Arthur M., Z. 333 – 335)

Nur Maria V. sah ihre Akzeptanz teilweise kritisch und beschrieb diese an einer Stelle als „kaltblütig“ (Z. 400). Der Tod mancher Patient\_innen, zu denen sie weniger emotionale Bindung hatte, werde sofort von ihr akzeptiert - ohne weitere gedankliche Konsequenzen. Es schien, als würde sie sich dafür schämen, sich nicht weiter mit dem Tod mancher Patient\_innen zu beschäftigen, und dass dieser Umgang mit ihrem Arztrollenverständnis kollidiere. Sie rechtfertigte dies mit der Notwendigkeit von Selbstschutz aufgrund der Alltäglichkeit des Todes im Krankenhaus.

Erleichternde Faktoren beim mentalen Abschluss im beruflichen Kontext waren der räumliche Abstand zur/m Toten, etwa wenn der Raum oder Einsatzort gewechselt wurde oder der nächste Einsatz begann. Bei Todesfällen im privaten Umfeld war es leichter den Tod anzunehmen, wenn die/der Sterbende selbst eine akzeptierende Haltung inne hatte und wenn ein Abschiednehmen möglich war. Lukas H. berichtete etwa vom Tod seiner Großmutter, den er annehmen konnte, weil er sich verabschieden konnte und sie im Guten auseinandergewesen waren. Er bezeichnete dies als „inneres Kohärenzgefühl“ (Z.338).

### **3.2.5 Konfrontation**

Dieser Code wurde zugeordnet, wenn die/der Interviewte bewusst eine Situation betrat oder in ihr verblieb, obwohl sie ihm unangenehm war. Zudem konnte es sich um eine gedankliche Beschäftigung handeln, die Überwindung kostete. Damit stellt diese Kategorie den Gegenpol zum Kapitel „Vermeidung“ dar.

6 der 18 Interviewten (33%) beschrieben diese Umgangsstrategie mit manchen schwierigen Situationen und Gedanken. 4 davon waren PJ-Student\_innen und 2 Assistenzärzt\_innen.

Es ließen sich verschiedene Situationen und Gedanken identifizieren, die von den Interviewten als herausfordernd wahrgenommen und im nächsten Schritt konfrontativ angegangen wurden. Bei drei Interviewten ging es um die unangenehme Konfrontation mit Sterbenden, während es sich in einem anderen Interview um die Konfrontation mit einem toten Körper handelte. Des Weiteren berichtete ein Interviewpartner von seiner Verunsicherung nach einer folgenschweren Prozedur, dessen erneutes Durchführen

## Ergebnisse

enorme Überwindung kostete. In einem anderen Fall ging es um die Konfrontation mit der gedanklichen Beschäftigung mit Sterben und Tod.

Der Kontakt mit sterbenden Patient\_innen wurde aus verschiedenen Gründen als belastend oder unangenehm empfunden. Zum einen kostete den Gesprächspartner\_innen die Konfrontation mit einem durch den Sterbeprozess veränderten Körper Überwindung. So berichtete Lisa R. von einer sterbenden Patientin, deren körperlicher Verfall rasch zunahm und deswegen für sie furchteinflößend wirkte. Dennoch besuchte sie aufgrund ihres Pflichtbewusstseins in der eigenen Rolle als Ärztin weiterhin diese Patientin.

„[...] ihr war das wichtig, dass man nicht, weil man Angst hat vor ihr, weil sie im Sterben liegt, weil die Beine und die Hände blau waren, nicht mehr in das Zimmer rein geht und weil man sich mit dem, was jetzt mit ihr passiert, nicht konfrontiert. Weil, sie muss sich ja selber auch damit konfrontieren. Und wenn wir Angst haben, dann hat sie auch Angst.“

(Lisa R., Z. 134 - 137)

Eine mentale Konfrontation mit dem Sterbeprozess sowie eine körperliche mit dem sterbenden oder verstorbenen Körper waren ihrer Ansicht nach ärztliche Pflichten und auch Erwartung der Patient\_innen selbst. Dies war essentiell, um eine fürsorgliche Betreuung zu gewährleisten und den Patient\_innen die Angst vor dem Tod zu nehmen. Patient\_innen sollten keine Abneigung oder Angst des medizinischen Personals wahrnehmen müssen, da sich diese Gefühle sonst auf sie übertragen könnten.

Bei der Assistenzärztin Maresa B. war Verantwortungsbewusstsein der Antrieb, weswegen sie einen sterbenden Patienten nicht mied. Dieser litt trotz Maximaldosis der Morphine weiterhin unter starken Schmerzen. Sie fühlte sich ohnmächtig, weil sie ihm diese Qual nicht nehmen konnte und wollte deshalb am liebsten sein Zimmer nicht mehr betreten. Ein weiteres Motiv war der eigene Selbstschutz aus Angst, die Leiden des Patienten als zu überwältigend und belastend zu erleben. Aufgrund ihrer Verantwortung für diesen Patienten als behandelnde Ärztin überwand Maresa B. sich letztendlich und betrat das Patientenzimmer. Gleichzeitig kritisierte sie das vermeidende Verhalten des medizinischen Personals.

In einem anderen Interview berichtete die PJ-Studentin Maria V., dass sie zum emotionalen Selbstschutz eine erneute OP eines Patienten mit Pankreastumor nicht assistieren wollte, da diese wahrscheinlich einen tödlichen Ausgang habe. Der Patient war ihr sehr sympathisch, weshalb sie eine starke emotionale Belastung und einen

## Ergebnisse

emotionalen Kontrollverlust durch seinen möglichen Tod erwartete. Letztendlich sah sie jedoch ihre Anwesenheit bei der OP als ärztliche Pflicht und „Dienstleistung“ (Z.63) an, weshalb sie aus ihrem Pflichtbewusstsein heraus an der OP teilnahm.

Otto S. beschrieb in seinem Interview die Konfrontation mit einem toten Menschen im Rahmen einer Obduktion während des Studiums. Zum einen war dies seine erste Obduktion ohne viel vorherigen Kontakt mit Toten, zum anderen handelte es sich bei der Obduzierten um eine ihm bekannte junge Patientin. Dieser persönliche Bezug stellte eine starke Belastung für ihn dar, da er die Patientin während seines Krankenpflege-Praktikums auf der Kinderonkologie zwei Jahre zuvor kennengelernt hatte. Otto S. war mit der Situation emotional überfordert und wäre am liebsten daraus geflüchtet. Er sah die Situation jedoch als „eine Prüfung an einem selbst, wie man reagiert“ (Z. 86-87) und blieb deswegen im Raum. Ihm war bewusst, dass er im Arztberuf noch viele Tote sehen würde und hatte das Gefühl, dass er diese Erfahrungen erst sammeln müsste. Er beschrieb den Augenblick, in dem er das Mädchen auf dem Obduktionstisch erkannte und am liebsten aus dem Raum geflohen wäre:

„[...] das ist schon heftig. Man schluckt halt einfach, ich bin nicht zur Tür raus gerannt, ich habe dann einfach noch mal, für mich noch mal das überlegt und dann habe ich gedacht okay, ja, das nimmst du jetzt so hin für dich selbst. War vielleicht auch so eine gewisse Anforderung an einen selbst. Dir werden noch öfters solche Fälle unterkommen, wo du dich jetzt nicht so aus dem Staub machen kannst.“ (Otto S., Z. 42- 45)

Nachdem er die Situation gemeistert hatte, sah er sich in seiner Berufswahl und seiner Umgangsstrategie bestätigt.

Eine Konfrontation erfolgte auch nach der folgenschweren Pleurapunktion durch Peter F. (siehe „Schuld“): Große Zweifel und Schuldgefühle quälten ihn und er war so verunsichert und voller Angst vor erneuten Fehlern, dass er sich zwang, am nächsten Tag die gleiche Prozedur erneut durchzuführen, um sich seiner Fähigkeiten rückzuversichern.

Lukas H. appellierte an einer anderen Stelle dafür, sich der gedanklichen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod zu stellen, etwa dem bevorstehenden Tod von Angehörigen. Gerade als Mediziner\_innen sei der Tod unausweichlich, weswegen man sich trotz Ängste überwinden sollte, sich damit zu beschäftigen. Nur durch eine

mentale Vorbereitung könne man im Ernstfall ruhig und fachlich korrekt reagieren und zudem seine Angst verlieren.

Verschiedene Beweggründe führten bei den Interviewten dazu, sich unangenehmen Situationen zu stellen: Am häufigsten war die Erfüllung des eigenen Arztrollenverständnisses das Motiv, nämlich eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten. Hierzu zählten Fürsorge, den Patienten Angst und Leid zu nehmen und besonnen zu reagieren. Manche Situationen konnten daher sogar als Prüfung wahrgenommen werden, ob die eigenen Ansprüche erfüllt werden könnten. Konfrontation wurde außerdem aus Verantwortungsbewusstsein oder zur Rückversicherung der fachlichen Fähigkeiten eingesetzt.

### **3.2.6 Sonstiges**

Zusätzlich zu den genannten Subkategorien wurden 3 weitere Umgangs-/Bewältigungsstrategien beschrieben. Diese sollen aufgrund des geringen Vorkommens nur kurz angeschnitten werden.

„Zeit“ wurde als Code zugeordnet, wenn die/der Interviewte eine Erleichterung des emotionalen Erlebens verspürte, wenn das Ereignis sich zeitlich immer mehr wegbewegte, im Sinne von "Zeit heilt Wunden". 3 der 18 Interviewten (17%) gaben an, dass dies bei ihnen der Fall war. Es handelte sich dabei um 3 PJ-Studentinnen. So beschrieb etwa Marianne L., dass sie nach einem zeitlichen Abstand zu ihrer ersten Sterbeerfahrung im Krankenhaus mit dieser besser umgehen konnte. Während dieser Erfahrung war ihr Erleben durch Überforderung, Betroffenheit und Existenzangst geprägt, doch diese belastenden Emotionen verspürte sie mit zeitlichem Abstand weniger.

„Ablenkung“ wurde von insgesamt 3 Interviewten (1 Assistenzärztin und zwei PJ-Student\_innen) als erleichternde Strategie beschrieben. Dieser Code beschreibt eine Fokusverschiebung von der Erfahrung selbst hin zu einem anderen Fokus wie Prüfungsvorbereitung, Freizeitaktivitäten, anderer Arbeitsplatz oder neue Aufgaben. Hierdurch fand emotionale und kognitive Erleichterung von der Belastung statt, indem der Gedankenfokus durch einen äußeren Reiz oder als aktive Strategie verschoben wurde.

Zusätzlich zu den genannten Maßnahmen konnte „Spiritualität“ als Bewältigungsstrategie identifiziert werden, welche jedoch nur von 2 der 18 Interviewten (11%), einem Assistenzarzt und einem PJ-Student, beschrieben wurde.

## Ergebnisse

Die beiden Interviewten gaben an, Unterstützung in ihren spirituellen Überzeugungen oder ihrer Religion zu finden. Zudem gaben sie an, dass ihr Todesbild und ihre Sicht aufs Leben dadurch geprägt seien. Der Assistenzarzt Jan N. etwa gehört dem katholischen Glauben an und berichtete, dass der Ursprung seines Glaubens schon in seiner Kindheit mit seiner christlichen Erziehung liege. Er sei fest davon überzeugt, dass es ein ewiges Leben gebe, was erfüllter als das irdische sei. Dieses Verständnis sei für ihn so beruhigend, dass es ihm die Angst vor dem Sterben nehme. Der PJ-Student Lukas N. definierte dagegen seinen Glauben nicht und betonte nur, dass er nicht dem katholischen Glauben angehöre. Er sei der Meinung, dass das Leben ein Kreislauf sei, der sich mit dem Tod schließe. Diese Ansicht helfe ihm dabei, den Tod auch von geliebten Menschen anzunehmen. Außerdem sei er davon überzeugt, dass es noch etwas Zusätzliches zum menschlichen Körper gebe, so etwas wie eine Seele.

### **3.3 Auswirkungen auf Einstellung und Verhalten**

Diese Hauptkategorie erfasst die langfristigen Effekte, die die geschilderten Sterbeerfahrungen auf die Interviewten in Bezug auf Einstellungen, Handlungsvorhaben und Verhalten hatten. Durch die häufige Konfrontation mit Sterben und Tod im Klinikalltag veränderte sich die Sichtweise vieler Interviewten von Leben und Tod. Durch prägende Sterbeerfahrungen ergaben sich außerdem Wünsche für eigenes Sterben und Tod sowie Veränderungen im ärztlichen Rollenverständnis. Veränderungen im Verhalten konnten nicht nur im beruflichen, sondern auch im privaten Kontext beobachtet werden. Im Folgenden soll auf diese Auswirkungen eingegangen werden.

#### **3.3.1 Sterbe- und Todesbild**

Dieses Kapitel beschreibt die Auswirkungen der geschilderten Sterbeerlebnisse auf das Bild der Interviewten von Sterben und Tod und auf ihre Einstellung zum Tod.

Alle 18 Interviewte äußerten sich dazu, nachdem jede/r gezielt gefragt worden war, ob sich durch die geschilderten Erfahrungen ihre/seine Einstellung zum Sterben oder Tod verändert habe. Die große Mehrheit der Teilnehmer\_innen (83%) beschrieb Veränderungen in ihrem Sterbe- oder Todesbild und/oder in ihrer Einstellung zum Tod. Meist vollzog sich ein Wandel von einer negativen hin zu einer positiven Assoziation. Dies geschah entweder durch einzelne prägende Erfahrungen oder durch die Kumulation mehrerer Erlebnisse. Die beschriebenen Erfahrungen waren fast gleichermaßen beruflicher wie privater Herkunft. Ein Interviewter (Peter F.) verneinte zwar eine Veränderung, erklärte aber nicht den Grund für die ausgebliebene Änderung. Bei zwei weiteren Gesprächspartner\_innen war unklar, ob ein Wandel stattgefunden hatte: Zum einen äußerte sich die PJ-Studentin Sabrina P., dass ihr zumindest nicht bewusst eine Auswirkung auf ihre Einstellung durch Sterbeerfahrungen aufgefallen sei. Sie erklärte die ausgebliebene Veränderung dadurch, dass sie beim Sterbeprozess nicht anwesend gewesen war, sondern erst nach Eintritt des Todes. Es blieb offen, ob eine Veränderung tatsächlich nicht stattgefunden hatte oder nur von ihr nicht wahrgenommen wurde. Weiterhin berichtete Arthur M. nicht direkt von einer veränderten Einstellung; bei ihm hätten die Erfahrungen jedoch dazu geführt, dass ihm die Todes-Thematik erst bewusst wurde, da er zuvor keine Exposition damit gehabt hatte.

## Ergebnisse

Im Folgenden sind verschiedene Sterbe- und Todesbilder der Interviewten sowie veränderte Einstellungen zum Tod genauer erläutert: Am häufigsten sahen die Interviewten Sterben als letzten Abschnitt des Lebens. Der Tod wurde somit „auf einmal eigentlich nicht mehr negativ bewertet, sondern so als einen Abschluss irgendwie von einem doch sehr vollkommenen Leben.“ (Marianne L., Z.281-282). Er wurde als etwas Alltägliches beschrieben, was jedem als Letztes widerfahren werde. Daher sollte diese Thematik auch nicht weggesperrt, sondern angesprochen werden. Das Ende des Lebens durch den Tod gehöre genauso dazu, wie der Beginn des Lebens durch Geburt. Der PJ-Student Lukas H. sah den Tod als Abschluss des Lebenskreises und beschrieb sein Todesbild wie folgt:

„Dass einfach ein Leben auf der Erde entstanden ist, dort dieses auch gelebt hat und halt irgendwann auch wieder davon geht. [...] Also es entsteht aus Erde, aus Pflanzen, aus denen wir uns ernähren und irgendwann, wenn wir versterben, verrotten wir und werden wieder zu Erde. Das ist dieser Kreisschluss.“ (Lukas H., Z.432-442)

Diese Ansicht erleichtere den Umgang mit Sterben und Tod, da dadurch der Tod als etwas Natürliches gesehen werde. Das Geschehen verliere an Dramatik, somit ist dieser Wandel im Todesbild auch eine Art Bewältigungsstrategie. Auch für die Assistenzärztin Nadine H. gehöre der Tod ganz selbstverständlich zum Leben: Sie sehe Sterben als einen physiologischen Vorgang, der mit dem Versagen des Herz-Kreislauf-Systems oder des Gehirns ende. Sie erklärte ihr pragmatisches Todesbild durch ihre medizinische Sozialisierung und klinische Exposition mit Sterben und Tod. Sie verglich Mediziner\_innen mit Maschinenbauern, die genaues Wissen über den Motor, also den menschlichen Körper, mit all seinen Funktionen haben und daher teilweise beeinflussen können, wann dieser ausgeht.

Ein weiteres positives Todesbild wurde in den Interviews beschrieben: Durch entsprechende Sterbeerfahrungen erkannten manche Interviewte, dass der Tod auch eine Erlösung bedeuten könne. Dies könne dann der Fall sein, wenn das Leben keine Lebensqualität, sondern nur zusätzliche Qualen bedeute, was v. a. mit Intensivstationen assoziiert wurde. Die PJ-Studentin Marianne L. realisierte dies während ihres praktischen Jahres durch ihre klinischen Erfahrungen und beschrieb den Wandel in ihrem Bild wie folgt:

## Ergebnisse

„[...] und das ist mir aber jetzt erst im PJ dann klar geworden, dass es ja wirklich Patienten gibt, wo der Tod doch eigentlich dann das Gute sozusagen verursacht. Also so ein ausschleichendes Ende irgendwie ist.“ (Marianne L., Z.390-392)

Der Tod wandelte sich somit bei vielen Interviewten von negativen Assoziationen wie „ungefähr das Schlimmste“ (Daniela W., Z.38) hin zu etwas „Gutem“ und „Schönem“ (Lisa R., Z.269) durch Erlösung von Leid.

Dagegen wurde den Interviewten durch ihre Erfahrungen auch bewusst, dass der Tod überraschend komme und nicht planbar sei: Weder der Todeszeitpunkt noch die Art des Versterbens ließen sich vorhersehen. Umso schlimmer sei es, wenn jemand plötzlich versterbe und noch ungeklärte Konflikte im Raum stünden. Denn Sterben sei auch ein Prozess des Abschiednehmens und des Klärens letzter Angelegenheiten – nur nach Ausführung dieser Schritte könne ein Mensch zufrieden sterben. Diese Unberechenbarkeit und Unplanbarkeit des Eintritts des Todes führte bei der PJ-Studentin Kornelia K. zu der Ansicht, dass der Tod etwas „Schwieriges“ sei, woran sie sich nie gewöhnen werde (Z.188).

Eine verbreitete Sicht der Interviewten war, dass der Tod kaum beeinflussbar sei. Dies lernte Felix E. durch seine eigene Krebserkrankung als Jugendlicher, die für ihn vollkommen unerklärlich kam. Wie auch andere Interviewte sehe er den Tod als kaum oder gar nicht beeinflussbar:

„[...] ich kann jetzt fünfmal die Woche laufen gehen und kein Fleisch mehr essen oder so, das erhöht dann meine statistische Chance oder so, aber im Endeffekt kommt es halt wie es kommt und nur, weil ich denke, dass es ganz furchtbar ist, wird es deswegen nicht besser. Also das ist halt mehr so ein Akzeptieren, dass jeder stirbt irgendwann, der eine früher, der andere später und das ist halt einfach so.“ (Felix E., Z. 494-499)

Die Erkenntnis des mangelnden Einflusses auf den Tod führte bei ihm zu einer akzeptierenden Haltung. Bei Otto S. wurde durch diese Einsicht sein Respekt vor dem Tod noch größer. Dennoch habe er davor keine Angst – eine Sicht, die auch andere Interviewte teilten.

Eine weitere Erkenntnis vieler Interviewten war, dass der Tod „endgültig“ und „irreversibel“ (Jan N., Z.86) sei. Dies wurde dem Assistenzarzt Jan N. erst durch eine sehr persönliche Sterbeerfahrung bewusst: Nie wieder mit seinem plötzlich verstorbenen Patenonkel sprechen zu können, Gemeinsames zu unternehmen oder

## Ergebnisse

mit ihm sein Leben zu teilen – diese Erkenntnis traf ihn wie ein Schlag und ließ ihn Hilflosigkeit und Angst verspüren. Da der Tod den Verlust jeder weiteren gemeinsamen Zeit bedeutete, empfand er ihn als „gnadenlos“ (Z.84).

So wie sich das Todesbild der Interviewten durch Sterbeerfahrungen veränderte, so befand sich auch das Sterbebild im Wandel: Mehrere Interviewte beschrieben, dass Sterben bei ihnen bis zu ihren Erfahrungen nur negative Emotionen wie Angst oder Panik auslöste, also als „schrecklich“ und „grausam“ empfunden wurde (Maresa B., Z.225 und 353). Der Wandel hin zu einer positiveren Assoziation trat bei den Interviewten meist nach Miterleben eines „schönen“ Todes“ ein. Denn sie konnten beobachten, dass die meisten Patient\_innen friedlich und ohne Schmerzen verstarben und am Ende ganz gelöst waren. Diese Ruhe am Ende „muss irgendetwas sein, was man so nicht nachvollziehen kann,“ (Maresa B., Z. 349-350). Aus dieser Erkenntnis heraus verstanden die Interviewten auch besser, dass manche Patient\_innen gar keine Angst vor dem Tod haben und es für sie in Ordnung ist zu sterben.

Auch Nina H. hatte im Krankenhaus schon viele Sterbende begleitet und stellte durch ihre Erfahrungen fest, dass es „tausende Arten“ (Z.82) zu sterben und ebenso viele Formen des Umgangs damit gebe. „Schönes Sterben“ sei dabei etwas Individuelles, wozu es nicht nur einen richtigen Weg gäbe. Sie verstand Sterben als ein komplexes Geschehen, in das viele Menschen involviert seien, v. a. wenn es sich um junge Patient\_innen handelte. Sie formulierte ihre Erkenntnis folgendermaßen:

„[...] mir ist dann auch klar geworden, dass es einfach sehr viele Aspekte hat und nicht nur einfach das Sterben und dann ist der Mensch nicht mehr da, sondern dass das irgendwie richtig so ein Rattenschwanz mit sich zieht [...]“ (Nina H., Z. 28-31)

Einen Einzelfall stellte die PJ-Studentin Lisa R. dar, indem sie mit einem Patienten nach dessen Suizidversuch sprach. Dieser Patient schwärmte von seiner Nahtod-Erfahrung und seinem guten Gefühl dabei. Dies regte Lisa R. zum Nachdenken über Suizid im Allgemeinen an: Sie könne den Entschluss zu dieser Handlung unter bestimmten Umständen nachvollziehen. Der Lerneffekt aus dieser besonderen Erfahrung mit dem suizidalen Patienten sei:

„[...] dass Suizid vielleicht tatsächlich eine gewisse Berechtigung hat, auch wenn das schwierig ist zu sagen und dass es einfach, dass das Sterben an sich den Horizont überschreitet, den wir haben. Wir können das nicht verstehen.“ (Lisa R., Z. 362-362)

Man könne Sterben und Tod nie ganz verstehen, denn dies seien Dinge, die unsere Vorstellungskraft und unser Wissen übersteigen. Auch bei vielen anderen herrschte Ungewissheit und Unklarheit. Beispielhaft angeführt sei hierfür die PJ-Studentin Daniela W.:

„[...] Tod und Sterben ja einfach so ein ganz, ganz krasser Wust im Kopf und man weiß eigentlich nicht, was man damit anfangen soll und es ist einfach nur Emotion, weil man einfach nicht weiß, was man damit macht. Und ich weiß ja immer noch nicht, was Tod und Sterben wirklich bedeutet, ich meine, da gibt es bestimmt noch mehr Ebenen als das, mein Gehirn hat keinen Sauerstoff mehr bekommen, sondern da gibt es sicherlich noch die Seele und weiß der Geier, was es da alles noch gibt. Da bin ich mir auch nicht im Klaren drüber.“ (Daniela W., Z.335-340)

Sie fragte sich, ob es zusätzlich zum menschlichen Körper noch etwas gäbe. Andere Interviewte waren fest davon überzeugt, dass es so etwas wie eine Seele gebe. Weit verbreitet war in den Interviews auch die Unsicherheit, was nach dem Tod komme und ob es ein Leben danach gebe. Diese Unsicherheit machte es manchen Interviewten schwer den Tod zu akzeptieren. Wieder andere Interviewte berichteten aufgrund ihrer Erfahrung und Verarbeitung von einer größeren Akzeptanz des Todes. Eine akzeptierende Haltung der Sterbenden gegenüber dem Tod half den Interviewten selbst zu einer besseren Akzeptanz des Todes. Andere konnten nur unter bestimmten Umständen den Tod akzeptieren: Wenn die Toten sich im höheren Lebensalter befanden, wenn es nicht die Vorstellung vom eigenen bevorstehenden Tod war oder wenn es sich nicht um nahstehende Menschen handelte. Der Tod junger Menschen wurde als unfair und sinnlos wahrgenommen. Sich an den Tod Nahestehender oder jungen Menschen jemals zu gewöhnen, war für einige Interviewten ausgeschlossen. Meist waren es die erwähnte Unberechenbarkeit, Machtlosigkeit und Unklarheit, die den Tod für manche schwer akzeptierbar machten.

Damit befinden sich das individuelle Sterbe- und Todesbild sowie die Einstellung dazu durch Unklarheiten und neue Erfahrungen im steten Wandel und Weiterentwicklung. Laut Lisa R. sei es trotz aller Unsicherheiten wichtig, dass Ärzt\_innen sich gründlich Gedanken über Sterben und Tod machen. Denn das eigene Bild von Sterben und Tod und die Einstellung dazu haben großen Einfluss auf den eigenen Umgang mit sterbenden Patient\_innen und deren Einstellung zum Sterben:

„Weil man den Patienten ein anderes Gefühl gibt. Also wenn man selber daran glauben kann, dass es nichts Schlechtes ist, dass es nichts ist, wovor man Angst haben muss, auch wenn man in seinem Leben viele Fehler gemacht hat, dann versetzt man den Patienten auch nicht so in Angst und dann kann man mit dem Tod anders umgehen.“ (Lisa R., Z.370-373)

### **3.3.2 Wünsche für Sterben und Tod und Handlungsvorhaben**

Sterbeerlebnisse hatten auch Auswirkungen auf die Wünsche und Vorhaben der Interviewten in Bezug auf ihr eigenes Sterben oder das Versterben von Nahestehenden. Unter dieser Subkategorie sind Textstellen gefasst, die zum einen wünschenswerte Todesumstände beschreiben, zum anderen geht es um Vorhaben, wie die Interviewten mit dem eigenen bevorstehenden Tod oder jenem Nahestehender umgehen möchten. 10 der 18 Interviewten (56%) gaben an, dass ihre Erfahrungen mit Sterben und Tod Auswirkungen auf ihre Wünsche für ihr eigenes Sterben und das nahestehender Menschen hatten. Es handelte sich hierbei um 6 Assistenzärzt\_innen und 4 PJ-Student\_innen. Prägend waren sowohl berufliche als auch private Erfahrungen.

Am besten lassen sich all die Wünsche nach bestimmten Todesumständen unter dem Wunsch nach einem „schönen Tod“ zusammenfassen. Am häufigsten äußerten die Interviewten dabei den Wunsch für sich und ihre Nahestehenden, beim Sterben nicht leiden zu müssen und schmerzfrei zu sein. Dies wurde von manchen Interviewten mit einem schnellen Tod oder Versterben im Schlaf assoziiert.

Ein weiteres großes Anliegen der Interviewten war es erst dann zu gehen, nachdem sie sich von allen wichtigen Menschen verabschieden konnten und eine Art innere Ruhe erlangt haben. Abschiednehmen stelle einen Prozess dar, der das Akzeptieren des bevorstehenden Todes für die Sterbenden selbst und für deren nahestehende Menschen erleichtere. Für die Assistenzärztin Maresa B. sei es daher wichtig ihre letzten Tage so bewusst wie möglich erleben zu können, um dies vornehmen zu können. Auch Peter F. wünsche sich im Falle des Todes Nahestehender für seine Trauerarbeit eine Auszeit nehmen zu können, um den Abschied „gebührend und in ganz großer Ruhe und voll konzentriert“ (Z. 366) vornehmen zu können. Außerdem bestünde sein Wunsch, ungelöste Konflikte geklärt und Formalitäten geregelt zu haben. Dementsprechend wünschten sich einige Gesprächspartner\_innen die Möglichkeit einer Vorbereitung auf den bevorstehenden Tod und sprachen sich gegen

## Ergebnisse

ein plötzliches, unerwartetes Versterben aus. Ein solches Ereignis würde die Vorbereitungsphase auf den Tod umgehen. Auch die die PJ-Studentin Lisa R. wünschte sich genügend Zeit, um sich selbst und wichtigen Menschen ein Abschiednehmen zu ermöglichen:

„Und so wünsche ich mir das auch, dass ich nicht von Null auf Hundert sterbe, sondern, dass ich jemand dabei habe, der mich liebt und den ich liebe, dem ich vielleicht noch die wichtigen Sachen sagen kann, die ich zu sagen habe und dass es dann am Ende für beide okay sein kann, dass man geht.“ (Lisa R., Z. 90-93)

Zusätzlich wolle sie im Beisein geliebter Menschen sterben. Auch für andere Interviewte spielte die Umgebung und der Ort des Sterbens eine große Rolle: So wünschten sich zwei Interviewte, zu Hause versterben zu können; zwei weitere Interviewte äußerten den speziellen Wunsch nicht im Krankenhaus zu versterben, besonders nicht auf der Intensivstation. Der PJ-Student Felix E. etwa würde am liebsten zu Hause versterben, die Intensivstation stelle er sich als „nicht besonders angenehm“ (Z. 210) vor. Auch der Assistenzarzt Peter F. habe negative Assoziationen mit Intensivstationen und verbinde sie mit „dramatischen Verläufen, also so Schicksalsverläufen“ (Z. 138) vor allem von jungen Patient\_innen. Sie müssten später als Pflegefälle leiden, weil lebensverlängernde Therapien nicht rechtzeitig beendet wurden. Beispielfhaft sei hier die prägende Erfahrung des PJ-Studenten Lukas H. von der Intensivstation angeführt: Er beobachtete eine Thorakotomie eines Verkehrsopters mit offener Reanimation direkt im Patientenbett, was er drastisch als „Schlachtfeld“ (Z.15) beschrieb. Solch einen dramatischen Tod wünsche er weder sich noch seinen Angehörigen. Seine Konsequenz daraus war, dass er für sich und seine Familie Patientenverfügungen aufsetzen werde, um einem solchen Vorgehen zu entgehen. Generell wurde die Intensivstation von den Interviewten mit Maximaltherapie hoffnungsloser Verläufe und Übertherapieren verbunden. Genau dies wolle die Assistenzärztin Nadine H. vermeiden, die „Leiden“ mit aussichtslosen medizinischen Maßnahmen am Lebensende ohne tatsächliche Verbesserung der Lebensqualität verbinde. Durch ihre Erfahrungen als Ärztin im Umgang mit Sterbenden nahm sie sich vor sich gegen lebensverlängernde Behandlungen bei wenig Erfolgchancen zu entscheiden:

## Ergebnisse

„[...] ich würde auf jeden Fall jetzt nach meiner ganzen Erfahrung, die ich jetzt gesammelt habe in meiner Assistenzarztzeit vielleicht auch mal sagen, ja gut, dann machen wir nichts. Also eher so diese Möglichkeit, Palliativbehandlung zu machen, um vielleicht Lebensqualität zu verbessern.“ (Nadine H., Z. 124-127)

Die meisten Interviewten orientierten ihre Vorhaben im Umgang mit dem eigenen Sterben oder dem Tod von Nahestehenden an Sterbeerfahrungen, die sie als vorbildhaft erlebt hatten. Beispielweise nahm sich die Assistenzärztin Anette S. vor, genauso mit einer für sie tödlichen Erkrankung umzugehen wie ihr bewundernswerter Schwager mit seiner palliativen Situation (siehe „Bewunderung“). Sie möchte versuchen, die Situation so einfach wie möglich für ihre Angehörigen zu gestalten, indem sie nicht zulasse, dass ihr bevorstehender Tod ihr Leben dominiere. Auch sie wünschte sich einen „schönen Tod“, hoffte jedoch vor allem, dass sie ihrem Umfeld ihr Ableben so leicht wie möglich gestalten könne. Anette S. habe nicht nur Vorsätze für den Umgang mit ihrem eigenen Versterben, sondern auch für den Umgang mit dem Tod Nahestehender. Der Tod eines geliebten Menschen solle nicht das Ende des eigenen Lebens bedeuten. Anette S. wolle sich deshalb nicht vom Tod Nahestehender unterkriegen lassen, sondern weiterleben.

### **3.3.3 Sicht aufs Leben und Handlungsvorhaben**

Die geschilderten Sterbeerlebnisse hatten auch Auswirkungen auf die Sicht aufs Leben und auf die Vorhaben der Interviewten in Bezug auf ihre Lebensführung.

8 der 18 Befragten (44%) äußerten sich zu diesen Themen. Es handelte sich hierbei jeweils zur Hälfte um PJ-Student\_innen und Assistenzärzt\_innen.

Durch Erfahrungen mit dem unerwarteten Tod eines Menschen erkannten die Interviewten die Vergänglichkeit und Flüchtigkeit des Lebens. Lukas H. war bei der erfolglosen Reanimation eines Verkehrsopfers anwesend. Die Erkenntnis, wie schnell das Leben auf einmal zu Ende gehen kann, führte bei ihm zu „Respekt vor dem Leben“ (Z. 545). Erst durch diese und andere Erfahrungen im Krankenhaus habe er erkannt, wie „wertvoll eigentlich das Leben ist“ (Z.121). Mehrere Interviewte betonten, dass man das Leben und jeden Tag, insbesondere die Zeit mit der Familie schätzen sollte. Schöne Momente solle man bewusst wahrnehmen und genießen. Außerdem sollten wichtige Dinge nicht aufgeschoben werden, da sie ansonsten nicht mehr erlebt oder erledigt werden könnten. Beispielhaft für diese neue Lebenseinstellung steht auch die Aussage von Kornelia K.:

## Ergebnisse

„Man kann nur lernen daraus, das Leben mehr zu schätzen, weil, wir werden alle sterben, ob wir das wollen oder nicht, manche früher, manche durch tragische Unfälle und manche sterben eines natürlichen Todes im hohen Alter, aber das ist, keiner kann das vorhersagen. Und deshalb kann man nur den Moment wertschätzen.“ (Kornelia K., Z.188-191)

Durch ihre Sterbeerfahrungen entwickelte sich bei den Interviewten auch eine veränderte Wertevorstellung: Soziale Kontakte gewannen an Bedeutung, während Materielles und Oberflächlichkeiten wie etwa das persönliche Aussehen unerheblich wurden. Physische wie psychische Gesundheit wurden zu schätzen und zu pflegen gelernt. Dagegen verloren bei vielen Interviewten alltägliche Ärgernisse zumindest zeitweise ihre Wichtigkeit, verbunden mit dem Appell nach mehr Gelassenheit. Das Leid und harte Schicksal anderer Menschen relativierten die eigenen Probleme und ließen sie als eher geringfügig erscheinen. Beispielhaft angeführt sei ein Zitat von Anette S.:

„Und das wird dann manchmal in solchen Situationen klar, wenn man irgendwie ein Kind verliert, dass man halt einfach sagt, es gibt irgendwie größere Dinge oder wichtigere Dinge und man sollte seine Kleinigkeiten lockerer nehmen, über die man sich furchtbar aufregt und die man irgendwie furchtbar wichtig nimmt.“ (Anette S., Z. 520 – 523)

Anstatt sich über Kleinigkeiten zu ärgern, sollte man sich auf das Wesentliche konzentrieren. Für Kornelia K. etwa habe jeder Mensch seine individuelle Aufgabe im Leben und diese sei an die persönlichen Voraussetzungen angepasst. Jeder könne seinen Beitrag zum Guten in der Welt leisten.

Diese neue Werteordnung beobachteten die Interviewten bei Menschen an deren Lebensende, bevor sie diese selbst annahmen. So wurde Maresa B. von einem Patienten die Bedeutung der Familie vor Augen geführt: Am Lebensende hatte sein Beruf als erfolgreicher Geschäftsmann keine große Bedeutung mehr und umso mehr trat das soziale Umfeld wie die Familie in den Vordergrund. Seine Motivation weiterzuleben war die Hochzeit seines Sohnes und tatsächlich verstarb er wenige Tage später nach Erreichen seines Ziels.

Aus der veränderten Sichtweise ergaben sich Vorhaben für das eigene Handeln und bei manchen Interviewten auch eine veränderte Lebensführung (siehe hierzu „Verhalten im Privatleben“). So wurde Marianne L. von ihren Großeltern durch deren

zufriedenes und erfülltes Leben geprägt. Sie war beeindruckt von deren bodenständigem Lebensstil und der Zufriedenheit, die sie aus Freundschaften zogen. Sie nahm sich daher vor, so wie ihre Vorbilder zu leben und „Banalitäten“ nicht allzu viel Aufmerksamkeit zu schenken. Auch Menschen ohne eigene Erfahrungen mit Sterbenden können ihrer Meinung nach diese Wichtung für das Entscheidende im Leben erlernen, etwa durch Erzählungen von Menschen, die Sterbende begleiten. Oft sei laut den Interviewten eine veränderte Sicht- oder Verhaltensweise jedoch nur von kurzer Dauer, man falle schnell wieder in alte Muster.

Eine negative Sichtweise aufs Leben wurde nur von Otto S. beschrieben: er nannte das Leben „unfair“ und „nicht gerecht“ (Z.89), nachdem er den Tod eines jungen Mädchens durch ihre Krebserkrankung miterlebt hatte. Von anderen Interviewten werden diese Attribute eher für den Tod anstatt für das Leben verwandt.

### **3.3.4 Arztrollenverständnis**

Durch ihre Sterbeerfahrungen vollzog sich bei vielen Interviewten auch ein Wandel in ihrem ärztlichen Rollenverständnis. Zwei Interviewte betonten jedoch, dass sich ihre Einstellung und Verhalten nicht geändert hätten, sondern schon zuvor gefestigt waren. In den folgenden Kapiteln werden Fähigkeiten und Aufgaben vorgestellt, die die Interviewten Ärzt\_innen in Bezug auf Sterben und Tod zuschrieben.

#### **3.3.4.1 Tod zulassen**

Diese Subkategorie ist auf die Frage ausgerichtet, inwieweit sich die Einstellung der Interviewten wandelte, Sterben von todkranken Patient\_innen zuzulassen und auf weitere lebensverlängernde Therapien zu verzichten.

Mit 13 (6 Assistenzärzt\_innen und 7 PJ-Student\_innen) der 18 Befragten (72%) war die große Mehrheit der Interviewten der Ansicht, dass es zu den ärztlichen Aufgaben gehöre, manche Patient\_innen mit aussichtsloser Prognose sterben zu lassen und die Maximaltherapie in solchen Fällen einzustellen.

8 der 13 Interviewten gaben an, dass sie erst durch die eigenen Erfahrungen im Umgang mit Sterbenden diese Einstellung erlangt hätten. Zuvor war ihr Ziel, jede\_n auch schwerkranke\_n Patient\_in möglichst gesund zu entlassen. Dabei handelte es sich bis auf eine Ausnahme nur um Erfahrungen aus dem beruflichen Kontext. 2 Interviewte beschrieben ihre gefestigte Einstellung für das Zulassen des Sterbens als

## Ergebnisse

Ergebnis ihrer familiären Prägung. Somit fand in dieser Gruppe kein Wandel durch die eigenen Erfahrungen mit Sterben und Tod statt. Bei 3 Interviewten war es unklar, ob aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen eine Veränderung in der Einstellung stattgefunden hatte oder ob diese schon vor ihren Sterbeerfahrungen in dieser Form bestand.

Wie oben beschrieben gaben einige Interviewte eine Veränderung in ihrer Einstellung zum Sterbenlassen an. Vom ursprünglichen Anspruch auf eine Heilung von Patient\_innen um jeden Preis wandelte sich die Haltung hin zum Verständnis, dass in aussichtslosen Fällen das Sterben eines Todkranken zugelassen werden und auf weitere Therapien zu verzichten werden solle. Beispielhaft sei hier der Wandel der PJ-Studentin Marianne L. angeführt: Ihr ursprüngliches Ziel war es, jeden\_n Patientin/en möglichst gesund zu entlassen und den Tod „auf jeden Fall [zu] verhindern“ (Z.395). War dieses Ziel nicht erreichbar, sah sie dies als Versagen der behandelnden Ärzt\_innen an. Während ihres PJs erkannte sie durch ihre häufige Exposition mit Sterben und Tod, dass ihr Anspruch nicht realistisch und unangebracht war. Sie betreute mehrere schwerkranke Patient\_innen mit fraglicher Lebensqualität. Das Schicksal mancher todkranker Patient\_innen einsam und körperlich entstellt zu sein, ließ sie den Sinn einer lebenserhaltenden Behandlung hinterfragen. Sie plädierte dafür deren Leid nicht weiter hinauszuzögern, sondern lebensverlängernde Therapien einzustellen.

Generell herrschte Einigkeit darüber, dass es zu den ärztlichen Pflichten gehöre den Tod mancher Patient\_innen zuzulassen, um ihnen Leid durch weitere Maßnahmen zu ersparen und sie vor dem Verlust an Lebensqualität zu bewahren. Der Tod könne in diesen speziellen Situationen die bessere Option darstellen. Dabei sei betont, dass Patient\_innen mit Aussicht auf Heilung weiterhin kurativ behandelt werden sollen. Jedoch bestand Konsens darin, dass Sterben zuzulassen genauso wie Heilung zu fördern zum ärztlichen Beruf gehöre:

„[...] zum Heilen gehört auch leider immer irgendwie das Nicht-Heilen-Können, ja?“ (Nina H., Z. 579-580)

An einem gewissen Punkt sei es die ärztliche Aufgabe von einem kurativen zu einem palliativen Ansatz zu wechseln. Die Interviewten beschrieben einen spezifischen Zeitpunkt, zu dem man realisiere, dass die/der Patient\_in definitiv in absehbarer Zeit sterben werde und die Gedanken beginnen deren/dessen Tod zuzulassen.

## Ergebnisse

„Weil man irgendwann an einen Punkt kommt, wo man es merkt, dass der Patient auf jeden Fall versterben wird. Und dann ist die Frage, man kann den Patienten noch Tage und Wochen am Leben erhalten mit Maschinen und Medikamenten und man muss halt irgendwann den Punkt finden, wo man sagt okay, das war es jetzt aber, jetzt lassen wir ihn nicht länger leben.“ (Nadine H., Z. 66-69)

Diesen Zeitpunkt abzapassen wurde als Herausforderung beschrieben. Dies bedeute nämlich die Prognose, die verbliebene Lebensspanne und zu erwartende Lebensqualität richtig einzuschätzen:

„[A]lso das Schwierige eigentlich an diesem Job ist, irgendwann mal den Punkt auszumachen natürlich erst mal, wo sich das alles umdreht, also wo wir einfach keine Chance mehr auf Heilung haben“. (Nina H., Z. 113-115)

Dieser Moment dürfe nicht verpasst werden, damit Patient\_innen Leid erspart bleibe und ihnen die Möglichkeit gegeben werde, Einfluss auf ihr Sterben zu nehmen. Die Entscheidungsfindung über das Therapieziel bilde dann einen komplexen Prozess ab, der gewisse Zeit, praktische Erfahrung und oft mehrere Beteiligte brauche. Die Entscheidung hin zu einem palliativen Ansatz wurde als teilweise hart zu akzeptieren beschrieben. Im privaten Kontext sei dies noch schwerer anzunehmen. Beispielhaft hierfür steht die Erfahrung der PJ-Studentin Maria V. zu ihren Studienzeiten: Während des Krankenhausaufenthalts ihres 95-jährigen Großvater sollte sein Reanimationsstatus geklärt werden. Trotz seines betagten Alters, schwindender Kräfte und langer Krankheitsgeschichte plädierte Maria für eine Lebensverlängerung um jeden Preis. Erst im Nachhinein beschrieb sie ihr damaliges Verhalten als „egoistisch“. Obwohl sie aus medizinischer Sicht wusste, dass es an der Zeit war, den Großvater sterben zu lassen, schaffte sie es emotional nicht diese Entscheidung zu treffen.

Die Entscheidungsfindung über das Therapieziel hänge laut den Interviewten von verschiedenen Faktoren ab und sei immer individuell zu fällen. Dazu zählten der Gesundheitszustand, inklusive der mentalen Gesundheit, die Art der Erkrankung und die vermeintliche Lebensqualität der/des Patientin/en. Eine aussichtslose schwere Erkrankung, besonders Krebserkrankungen, und eine schlechte Lebensqualität erleichterten den Entscheid zum palliativen Ansatz. Hinzu kämen die Erfolgchancen

oder zu erwartenden Konsequenzen, die ein kurativer Ansatz mit sich bringen könne: Bei wahrscheinlichen Risiken durch weitere Maßnahmen oder zu erwartende abnehmende Lebensqualität werde sich leichter für einen palliativen Ansatz entschieden. Besonders die Indikation für elektive Eingriffe solle daher gut überlegt gestellt werden. Außerdem spielten soziale Faktoren wie eine einsame Unterbringung im Pflegeheim oder liebende, sich kümmernde Verwandte eine Rolle. Des Weiteren beeinflusse das Alter der Patient\_innen stark die Entscheidungsfindung. Bei jungen Patient\_innen falle ein palliativer Ansatz deutlich schwerer als bei älteren. Hinzu kamen Angehörige als Einflussfaktor: Diese ließen Patient\_innen teilweise nicht sterben, weil sie noch zu sehr an ihnen hingen. Oft sei es ein längerer Prozess, bis sie die Ausweglosigkeit der Lage erkennen und mit einem palliativen Weg einverstanden seien, besonders wenn es sich um Kinder handele. Dabei erleichtere es die Arbeit immens, wenn die Eltern das Therapieziel unterstützten. Entscheidenden Einfluss haben die Patient\_innen selbst mit ihren Behandlungswünschen, Vorstellungen und Lebenswille. Denn bei vergleichbarer Prognose sähen die Therapiewünsche ganz unterschiedlich aus; am besten sei daher eine vorliegende Patientenverfügung. Weitere die Entscheidung beeinflussende Faktoren waren die Berufserfahrung der/s behandelnden Ärztin/Arztes und dessen/deren persönlicher Bezug zur/m Patient\_in. Besonders unerfahrenen Medizinerinnen falle bei engem Patientenbezug die Entscheidung für den palliativen Weg schwer. Einen Unterschied mache auch, welcher Fachrichtung die/der betreuende Arzt/Ärztin angehöre. Anästhesist\_innen wurden mehrfach als Berufsgruppe genannt, die stark zur Maximaltherapie neigten. Dies liege daran, dass sie oft Patient\_innen (meist postoperative) übernehmen, bei denen schon eine Maximaltherapie verfolgt worden war und daher der Wechsel zu einem palliativen Ansatz schwierig sei. Zudem fänden sie akute Situationen vor, in denen sie weder über den genauen Patientenfall noch die Prognose oder den Patientenwillen informiert seien und schon allein deshalb einen kurativen Ansatz verfolgen müssten, z. B. bei einer Reanimation.

Mehrfach wurde beschrieben, wie „brutal“ oder „hart“ es für Interviewte zu beobachten war wie sterbenskranke Patient\_innen am Leben gehalten wurden und nicht sterben durften. Teilweise würden sie zu weiteren Interventionen überredet. Besonders wenn Patient\_innen offensichtlich sterben wollten und sie jedoch daran gehindert wurden, wurde hierfür Mitleid empfunden. Wenn die/der Patient\_in dann verstarb, wurden die

## Ergebnisse

durchgeführten Maßnahmen und das eigene Tun als sinnlos empfunden. Die Interviewten verspürten Hilflosigkeit und zweifelten am Sinn einer Maximaltherapie:

„Aber das war, wo man irgendwie so überlegt hat, was für einen Sinn hat das alles, was ich da mache?“ (Maresa B., Z. 377-378)

Vielfach wurde scharf kritisiert, dass zu häufig an einer Maximaltherapie trotz aussichtsloser Lage festgehalten werde und dadurch das Leid mancher Patient\_innen verlängert würde. In diesem Zusammenhang wurden häufig Intensivstationen genannt, auf denen viele schwerkranke Patient\_innen mit schlechter Prognose lägen und man daher oft mit Entscheidungen über den weiteren Therapieansatz konfrontiert sei.

Die Interviewten versuchten zu erklären, warum in Krankenhäusern oft an einer Maximaltherapie festgehalten werde. Es wurde mehrfach der Eindruck geäußert, dass man manche Maßnahmen nur deswegen durchführe, weil entsprechende Kenntnisse und Mittel zur Verfügung stünden. Oft werde zu wenig danach gefragt, ob die jeweilige Situation weitere Therapien überhaupt rechtfertige und vor allem ob diese für den Betroffenen hilfreich sei. Deshalb sei es eine besondere Herausforderung trotz aller medizinischen Möglichkeiten nicht den Blick fürs Wesentliche zu verlieren und in aussichtslosen Fällen die Therapie bewusst zu begrenzen:

„Du kannst die Niere sowieso schon ewig ersetzen, du kannst die Lunge ersetzen mit so einer ECMO, kannst zum Teil gewisse Leberfunktionen ersetzen, also du kannst einen Menschen immer länger irgendwie künstlich am Leben erhalten. Und da irgendwann mal die Abzweigung zu finden, okay, jetzt bringt es das nicht mehr, einen Patienten gehen zu lassen.“ (Lukas H., Z.199-203)

Ein weiterer Erklärungsansatz war das vorherrschende Bild von Ärzt\_innen als Heiler\_innen, die Patient\_innen von ihren Krankheiten befreien müssen. Die Vermutung wurde geäußert, dass manche Patient\_innen nur länger kurativ behandelt wurden, damit die behandelnden Ärzt\_innen das Gefühl hätten, alles in ihrer Macht stehende getan zu haben. Sie wären also den eigenen Pflichten nachgekommen und hätten die Erwartungen an sich als Ärzt\_innen erfüllt. Hierdurch verschafften sie sich also eine Art „reines Gewissen“. Zusätzlich wurde vermutet, dass überflüssige, aussichtslose Eingriffe durchgeführt werden würden, weil manche Mediziner\_innen ihr

## Ergebnisse

eigenes Können überschätzten. In diesem Sinne wurden die „Allmachtsansprüche“ (Maresa B., Z.405) von Ärzt\_innen kritisiert, die jede Erkrankung zu kurieren glaubten, und sei sie auch noch so fortgeschritten. So berichtete die Assistenzärztin Maresa B. von einem Patienten aus ihrer Zeit als PJ-Studentin in der Chirurgie: Sie begegnete ihm, als er eine „Riesen-OP“ (Z.401) erhielt. Auf die OP folgten drei Monate Krankenhausaufenthalt, und letztendlich verstarb er. Sie zeigte sich schockiert von der ihrer Ansicht nach verlorenen Lebenszeit des Patienten im Krankenhaus und forderte ein Umdenken in der Medizin. Sie plädierte dafür, sich rechtzeitig über die Sinnhaftigkeit mancher Therapien Gedanken zu machen. Aufgrund ihrer Erfahrungen durchlebte sie eine Phase der Hilflosigkeit, in der sie den Sinn der Medizin in Frage stellte und am Arztberuf zweifelte.

Eine Rechtfertigung für die Maximaltherapie war, dass der Krankheitsverlauf in manchen Fällen nicht absehbar sei, weswegen es dann sinnvoll sei kurative Maßnahmen durchzuführen. Dies könne sich in manchen Fällen als erfolgreich herausstellen und die/der Patient/in überlebe.

Wichtig sei dabei eine Balance zwischen Maximal- und Palliativtherapie zu finden:

„Ja, also ich denke, man muss, also man muss immer so einen guten Mittelweg finden. [...] so ein Mittelweg zwischen diesem maximal, immer maximal bis zum Ende alles geben und auch frühzeitig jemanden gehen lassen zu können, ist glaube ich wichtig.“  
(Marta L, Z.170-174)

In diesem Kontext wurde auch auf die rechtliche Verpflichtung zur Maximaltherapie hingewiesen, besonders wenn die Prognose der/s Patient\_in und deren/dessen Willen nicht genau bekannt sei. Dies sei bei Reanimationssituationen häufig der Fall. Der Assistenzarzt Arthur M. arbeitete auf der Intensivstation. Er sträubte sich innerlich gegen das Einleiten therapeutischer Maßnahmen bei vielen schwerkranken Patient\_innen, zu denen er jedoch aus rechtlichen Gründen verpflichtet war. Er beschrieb treffend den Konflikt zwischen rechtlichen Vorschriften und eigener Überzeugung:

„[...] schließt man jetzt diese ganzen Maschinen an oder hätte der eh nicht weiterleben wollen und kein Mensch weiß es. Und dann muss man Maximalmedizin machen und denkt sich mit so einem Gedanken dabei, warum macht man das jetzt eigentlich. Das fühlt sich irgendwie falsch an.“ (Arthur M., Z. 346-349)

Lebensverlängernde Maßnahmen ohne Kenntnis über den Patientenwillen fühle sich „falsch“ an, denn dieser stehe an oberster Stelle.

Des Weiteren wurden finanzielle Interessen des Krankenhauses als mögliche Ursache für Maximaltherapie angeführt. Interventionen seien lukrativer als Palliativtherapie, was Druck auf die Ärzt\_innen ausübe. Außerdem wurde mehrfach Kritik an Ärzt\_innen, Krankhäusern und Universitäten geübt: Sie würden fast nur noch das Konzept der Maximaltherapie lehren und kaum Raum für die Diskussion über die Sinnhaftigkeit mancher Maßnahmen zulassen. Wissen zur palliativen Versorgung und zur Entscheidungsfindung bezüglich der Einschränkung von Maßnahmen werde laut den Interviewten kaum vermittelt; deshalb würden Alternativen zu einem kurativen Ansatz zu wenig in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Dies erkläre auch, dass manche Mediziner\_innen infolge mangelnder Ausbildung ausschließlich kurative Ansätze verfolgten. Felix E. formulierte Kritik an der mangelnden palliativen Ausbildung:

„[...] häufig glaube ich, werden auch Sachen gemacht, weil man sie machen kann und weil man es ja auch nicht anders lernt. Man lernt ja nur, wenn jetzt irgendein Laborwert falsch ist, dann muss ich etwas dagegen tun [...] und nicht macht es überhaupt Sinn. Bringt das dem überhaupt was, wenn dann nachher der Laborwert wieder in Ordnung ist oder der Darm raus oder so, keine Ahnung.“ (Felix E., Z. 232-236)

Er sehe zwar gewisse Fortschritte, da im Vergleich zur Vergangenheit häufiger ein palliativer Weg von den Ärzt\_innen eingeschlagen werde; dennoch wünsche er sich ein Umdenken und Verbesserungen in der Lehre.

Bei den meisten Interviewten konnte aufgrund ihrer Erfahrungen ein Wandel in ihrem Arztbild beobachtet werden. Primär sei weiterhin das Ziel Patient\_innen zu heilen, aber genauso gehöre dazu, sterbenskranke Patient\_innen gehen zu lassen. Im Vordergrund stehe als erstes der Erhalt von Lebensqualität. Bei der PJ-Studentin Maresa B. drückte sich ihr verändertes Arztbild auch im veränderten Verständnis von „Helfen“ aus: Anstatt ausschließlich Krankheiten zu heilen bedeute „Helfen“ auch Schmerzen zu nehmen und Patient\_innen sterben zu lassen:

„Und helfen war immer so irgendwie, ja, jetzt vielleicht nicht gesund machen, aber zumindest halt die Krankheiten behandeln. Und das ist was, was ich so über die Zeit dann

## Ergebnisse

gelernt habe, dass man sagt okay, helfen heißt nicht immer nur gesund machen, sondern helfen kann auch sein, irgendwie den Schmerz wegnehmen und zu sagen okay.“ (Maresa B., Z.381- 384)

Wie Ärzt\_innen damit umgehen den Tod einer/eines Patientin/en zuzulassen, habe auch darauf Einfluss, wie diese\_r zusammen mit den Angehörigen die Situation wahrnehme. Falls die Ärztin/der Arzt darauf nicht vorbereitet sei, würde die Erfahrung von den Betroffenen als „schrecklich“ wahrgenommen werden. Daher solle man sich als Ärztin/Arzt frühzeitig mit der Thematik des palliativen Therapieansatzes auseinandersetzen.

### 3.3.4.2 Einen schönen Tod ermöglichen

Patient\_innen einen möglichst angenehmen Tod zu bereiten war laut 13 der 18 Interviewten (72%) eine wesentliche ärztliche Aufgabe. Davon waren 6 Interviewte Assistenzärzt\_innen und 7 PJ-Student\_innen. Dieses Verständnis erlangten die Interviewten oft erst durch ihre eigenen Erfahrungen im Umgang mit Sterben und Tod. Entscheidend sei dabei, die Patientenwünsche soweit wie möglich umzusetzen. Die Wahrnehmung eines schönen Todes sei so individuell wie die Patient\_innen selbst, weshalb eine gute Sterbebegleitung auch verschiedenes einbeziehe.

Hauptaspekt einer guten Sterbebegleitung war für die Interviewten, das Leiden der Patient\_innen zu lindern und zwar nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische. Schmerzfreiheit sei das zentrale Ziel, zudem solle man andere körperlicher Leiden wie Atemnot, Hunger, Durst, Durchfall oder Erbrechen mindern, um ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Darüber hinaus sei es das Ziel, den Patient\_innen Ängste zu nehmen, ihnen zu innerer Ruhe zu verhelfen und eine seelische Stütze zu bieten. Dies könne schon durch die eigene Anwesenheit, Gespräche und das Halten der Hand des/der Patient\_in geschehen, ein einfaches Zeichen gegen das Gefühl, allein zu sein. Andere Fachbereiche wie die Psychoonkologie sollten bei Bedarf hinzugezogen werden. Die Bedürfnisse der Patient\_innen seien ganz individuell:

„[...] aber ich glaube, was man als Arzt natürlich auch bei jedem Patienten und bei jedem Menschen einschätzen kann, ist, was bedeutet Leiden und was kann ich machen bzw. was kann ich auch einfach lassen, damit es dem Patienten besser geht? Physisch oder psychisch.“ (Nadine H., Z. 112-115)

Darüber hinaus sollten den Patient\_innen schöne Rahmenbedingungen beim Sterben ermöglicht werden. Dazu gehöre es eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, etwa durch ein schönes Zimmer, bestimmte Rituale oder durch beruhigende Düfte und Musik. Zudem solle die Anwesenheit von Angehörigen ermöglicht werden. Wenn möglich und gewünscht, sollten Patient\_innen in ihrer häuslichen Umgebung versterben dürfen, besonders wenn es sich um Kinder handelte.

Eine weitere ärztliche Aufgabe sei es, die Patient\_innen und deren Angehörige auf den Tod vorzubereiten: sowohl mental als auch organisatorisch. Ihnen solle möglichst viel Zeit gegeben werden sich mental auf den bevorstehenden Tod vorzubereiten. In diesem Kontext wurde auch die Bedeutung von Abschiednehmen und das Lösen ungeklärter Angelegenheiten betont. Des Weiteren solle man Patient\_innen bei offenen organisatorischen Angelegenheiten wie dem Verfassen eines Testaments oder Hinzuziehen eines Palliativteams unterstützen.

„Das absolut Entscheidende“ (Arthur M., Z. 209) seien immer die Wünsche der Patient\_innen und Angehörigen beim Sterbeprozess zu berücksichtigen. Grundlage dafür sei frühzeitig das gemeinsame offene Gespräch zu suchen, um erst über den aktuellen Gesundheitszustand und Prognose zu informieren und dann gemeinsam individuelle Konzepte für den Sterbeprozess zu entwickeln. Die Wünsche bildeten eine ganze Bandbreite ab: Von möglichst schnell und ohne Schmerzen sterben zu wollen bis hin zur Lebensverlängerung um jeden Preis. Solange Patient\_innen dazu geistig im Stande seien, müssten solche Gedanken mit ihnen besprochen und am besten schriftlich festgehalten werden. Im Gespräch dürften die Betroffenen nicht gedrängt werden, damit sie sich möglichst unbeeinflusst für einen Weg ihres Sterbens entscheiden können. Die eigene Meinung solle man hinter die der/des Patientin/en stellen, bei Unstimmigkeiten innerhalb der Familie zähle immer der Wille der/s Patient\_in.

Zum Ermöglichen eines schönen Todes zähle auch Fürsorge sowie ehrliche und rechtzeitige Kommunikation – Themen, die in den folgenden Kapiteln im Detail besprochen werden.

Vorraussetzung für einen schönen Tod sei zuerst die Einstellung zu verlieren, den Tod unbedingt vermeiden zu müssen. Zudem sollte man eine innere Ruhe ausstrahlen und dürfe als Ärztin/Arzt selbst keine Angst vor dem Tod haben. Erst dann könne man diese den Betroffenen überhaupt nehmen. Außerdem müsse man strukturiert und

ohne zu viele Emotionen arbeiten. Entscheidungen sollten gemeinsam im Team getroffen und getragen werden.

Schwierig auszuhalten war zu beobachten, wie Patient\_innen unwürdig aus dem Leben schieden. Die Assistenzärztin Marta L. erlebte dies und hatte aufgrund der hierarchischen Strukturen kaum Einfluss auf ihren Oberarzt, was die Situation noch schwieriger für sie machte. Die Palliativmedizin mit ihrem patientenzentrierten Ansatz wurde mehrfach als Vorbild für die richtige Umsetzung erwähnt. Da der Tod jeder/m Ärztin/Arzt begegne, solle man unabhängig von der Fachrichtung darin geschult werden, palliative Patient\_innen zu behandeln und begleiten. Zudem lasse sich eine einfühlsame, dem Patienten gerecht werdende Sterbebegleitung durch zunehmende Erfahrung sowie durch instinktives Handeln zumindest teilweise erlernen.

### 3.3.4.3 Kommunikation

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der laut den Interviewten zu den ärztlichen Aufgaben in Bezug auf Sterben und Tod gehöre, ist adäquate Kommunikation. Sowohl mit Patient\_innen und deren Angehörigen, als auch mit Kolleg\_innen sollte der Anspruch sein, dass die Verständigung untereinander ehrlich, einfühlsam, vollständig, rechtzeitig, transparent und verständlich erfolge. Erst durch prägende Erfahrungen erlernten viele Interviewte diese Grundsätze und die Wichtigkeit von Kommunikation. 13 der 18 Interviewten (72%) betonten die Wichtigkeit des Austausches von Information und Emotion. Es handelte sich hierbei um 9 Assistenzärzt\_innen und 4 PJ-Student\_innen. Dabei bezogen sich die meisten Aussagen auf die Kommunikation mit Patient\_innen und Angehörigen, besonders auf das Überbringen schlechter Nachrichten. Die intra- wie auch interdisziplinäre Verständigung im Team wurde jedoch auch thematisiert.

Einer der wichtigsten Grundlagen jeglicher Kommunikation sei **Ehrlichkeit** - gegenüber sich selbst als Grundvoraussetzung, gegenüber Kolleg\_innen, Patient\_innen und deren Angehörigen. Gerade für das Überbringen schlechter Nachrichten, v. a. palliativer Diagnosen, sei Ehrlichkeit essenziell, da keine falschen Hoffnungen auf ein Weiterleben in Situationen ohne solche Aussichten erregt werden dürften. Therapieoptionen dürften nicht aus Verlegenheit oder Verzweiflung angeboten werden, sondern müssen klaren Nutzen für Patient\_innen haben. Laut PJ-Studentin Sabrina P. sei es dennoch verführerisch so zu handeln, „weil das der einfachere Weg ist als zu sagen ja, es tut uns leid, aber wir können nichts mehr tun.“ (Z.165-166).

## Ergebnisse

Jemandem die unangenehme Wahrheit zu sagen, erfordere Standhaftigkeit vor „den Emotionen, die dann auf einen reinprasseln“ (Marta L., Z.119). Leichter sei deshalb die Konfliktvermeidung, indem etwas Beruhigendes und Hoffnungsvolles vermittelt werde, auch wenn dies vielleicht nicht der Wahrheit entspreche. In solch schwierigen Gesprächen helfe eine professionelle Distanz und das Wissen, dass es nicht um die eigenen Angehörigen gehe. Mehrere Interviewte sahen ehrliche Kommunikation als große Herausforderung an, noch schwerer sei dies im Falle von Kindern, wie die Aussage von Anette S. verdeutlicht:

„Und das ist wahnsinnig schwierig, das halt nicht zu sagen, dass man nicht den Kindern sagt, du wirst alles hinkriegen, du wirst schon überleben, es wird alles gut werden, weil, wenn es halt einfach nicht so ist, darf man es halt auch nicht sagen.“ (Anette S., Z. 415 – 418)

Anette S. empfinde es als besondere Herausforderung, ehrliche Worte für den Abschied von Kindern zu finden, bevor diese zum Sterben nach Hause entlassen werden. Dies habe mehrere Gründe: Zum einen belaste sie der Abschied durch ihre enge Bindung zu den Patient\_innen sehr, zum anderen habe sie auch den Anspruch an sich, keine Emotion wie Mitleid und Trauer zu zeigen. Die Anforderung an sich selbst nach stetiger Ehrlichkeit bringe sie in Konflikt mit dem Wunsch nach emotionaler Kontrolle. Zusätzlich achte sie besonders streng auf ihre Wortwahl, damit ihr keine unwahren Floskeln wie etwa „bis bald“ herausrutschen. Die richtige Formulierung zu finden brauche laut Anette S. viel Übung. Folgende Textstelle macht diese Herausforderung deutlich:

„[...] ich tue mich brutal schwer, den Kindern wirklich halt irgendwie ehrlich Tschüss zu sagen und nicht mich in irgendwie so Formulierungen zu verfangen und irgendwie sagen, eben nicht zu sagen bis bald oder ich freue mich drauf, dich wiederzusehen oder irgendwie durchhalten oder irgendwie so was. [...] ich finde, man sollte weder denen irgendwie Mitleid entgegenbringen, noch irgendwie selber so die Trauer zulassen und halt aber auch ehrlich sein und nicht sagen bis bald und! Es wird halt kein bis bald geben, sondern sie sterben halt [...].“ (Anette S., Z. 40-55)

Voraussetzung für ehrliche Kommunikation sei ein **offener Umgang** mit schlechten Nachrichten und das Aussprechen der unangenehmen Wahrheit ohne Hemmungen. Sterben und Tod der/des Patient\_in sollten ohne Umschweife angesprochen und

## Ergebnisse

explizit so adressiert werden – „dass man sagt, wie es ist“ (Sabrina Peters, Z. 140-141), ohne dabei jemandem den Mut zu nehmen. Ein offenes Mitteilen der Prognose sei auch wichtig, um Patientenwünsche in Bezug auf Sterben zu erfahren und entsprechende Vorkehrungen zu treffen. Solch ein Gespräch sei unangenehm und fordere heraus, bringe jedoch Klarheit und somit Erleichterung sowohl für die Betroffenen wie auch Behandler. Diese könnten dann leichter im Sinne der/s Patient\_in Entscheidungen fällen und im Notfall, wie einer Reanimation, über klare Anweisungen verfügen. Diese offene und ehrliche Informationsweitergabe sollte auch mit den Angehörigen praktiziert werden, damit sie sich auf den Tod der/des Nahestehenden vorbereiten können.

Ein offener Umgang sei auch in Bezug auf Fehler und Komplikationen durch das eigene Handeln essenziell, diese müssen sich eingestanden werden und dann zeitnah und ehrlich Kolleg\_innen mitgeteilt werden. Laut Peter F. gebe es nämlich zwei Arten von Fehlern:

„Der eine Fehler, der halt passiert ist und der zweite Fehler ist dann, den Fehler zu vertuschen, den man gemacht hat.“ (Peter F., Z. 108-109)

Dies helfe dem/der Patientin/en, aber auch dem Zusammenhalt im Team und der eigenen Sicherheit im Handeln.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der ärztlichen Kommunikation sei, dass **rechtzeitig** Patient\_innen und deren Angehörige über für sie wichtige Ergebnisse und Diagnosen aufgeklärt werden. Ärzt\_innen sollten gerade bei palliativen Diagnosen den Betroffenen die Möglichkeit geben, sich mental und organisatorisch auf den bevorstehenden Tod vorbereiten zu können und Zeit zum Verabschieden zu bekommen. Diese Kommunikation sollte zeitnah geschehen, damit die/der Patient\_in ihre/seine Situation verstehen und akzeptieren könne. Besonders scharf wurde ärztliches Verhalten verurteilt, wenn Patient\_innen bis kurz vor ihrem Tod nicht über ihre Diagnose aufgeklärt wurden, Ärzt\_innen aber lapidar über deren bevorstehenden Tod mit Kolleg\_innen sprachen.

Ebenso wichtig wie zeitgerechte Informationen sei **Transparenz** in der Kommunikation. Die/der Patient\_in sollte immer auf dem neusten Stand sein – „Information als Schritt 1, dass der Patient weiß, wie es um ihn steht“ (Arthur M., Z.186). Neue Befunde sollen vollständig und durchsichtig mit Patient\_innen besprochen werden, dabei dürfe nichts verschwiegen werden. Dies treffe auch bei der

## Ergebnisse

Aufklärung vor Eingriffen zu, auch hier müsse über die einzelnen Schritte und eventuell langfristigen Folgen informiert werden. Oftmals seien sich Patient\_innen nicht der Auswirkungen bewusst, die manch ein Eingriff haben könne; eine sachgerechte Aufklärung könne daher deren Entscheidungen beeinflussen. Jan N. kläre auch bei palliativen Diagnosen über alle möglichen Szenarien auf, ohne dabei den Betroffenen den Mut zu nehmen. Dadurch können sie sich auf das Schlimmste einstellen. Die Aussage des Assistenzarztes Arthur M. fasst sehr gut wichtige Aspekte einer gelungenen Kommunikation zusammen:

„Ich habe mir da vorgenommen, dass ich versuche so rasch und vollständig wie möglich meinen Wissensstand über den aktuellen Stand der Dinge zu hundert Prozent weiterzugeben, dass ich eine Taktik der hundertprozentigen Ehrlichkeit fahre!“ (Arthur M., Z.159-161)

Bei aller Herausforderung ist es trotzdem wichtig auf die **Art und Weise** der Vermittlung schlechter Nachrichten zu achten. An oberster Stelle steht dabei der Appell der Interviewten an Ärzt\_innen, dabei **einfühlsam** und mit dem nötigen Fingerspitzengefühl vorzugehen. Nina H. verdeutlicht in ihrer Aussage anschaulich die Wichtigkeit empathischen Vorgehens:

„Ja. weil ich irgendwie so ein bisschen gemerkt habe, dass wie gesagt oft das „Wie“ wichtiger ist als das „Was“, weil die Eltern oder die Patienten schon oft wissen, dass die Nachricht schlecht ist, nur halt wie sie vermittelt wird, ist dann oft irgendwie viel wichtiger, als was ihnen vermittelt wird.“ (Nina H., Z. 665-668)

Wichtig sei den Patient\_innen das Gefühl zu geben ihre Ausnahmesituation als solche wahrzunehmen und auf Sätze wie „ich kann mir vorstellen, wie Sie sich gerade fühlen“ (Felix Ebel, Z. 478-479) zu verzichten. Denn diese Gefühle lassen sich nicht nachvollziehen, ohne in der gleichen Situation gewesen zu sein, und durch solche Aussagen könnten Patient\_innen verärgert werden. Ärzt\_innen müssen sich der Macht und dem Einfluss ihrer Worte auf die Wahrnehmung und das Erleben der Betroffenen bewusstwerden. Denn Patient\_innen seien in emotionalen Ausnahmesituationen besonders sensibel und interpretieren unter Umständen unklare Aussagen in inkorrekte Richtungen, „weil man in so einer Situation jedes Wort auf die Goldwaage legt“ (Felix Ebel Z. 446-447). Deswegen müssen Ärzt\_innen besonders

## Ergebnisse

auf ihre Wortwahl achten. Ein gefühllos geäußelter Satz könne bei den Betroffenen Verunsicherung und andere emotionale Schäden anrichten. Zwei Interviewte, die in ihrer Jugend an Krebserkrankungen gelitten hatten und somit selbst als Patienten die andere Perspektive miterleben konnten, lernten dies durch den gefühllosen Umgang ihrer damaligen behandelnden Ärzte. In beiden Fällen machten die Ärzte zwar wahrheitsgemäße Aussagen, formulierten diese jedoch ohne Einfühlvermögen. Beispielhaft sei die Erfahrung des PJ-Studenten Felix E. angeführt, der als 14-Jähriger die Diagnose eines Liposarkoms im Oberschenkel erhielt. Im Rahmen des Stagings fiel eine unklare Raumforderung in der Kieferhöhle auf. Verständlicherweise bangte Felix F., bis endlich die glücklicherweise gutartige Diagnose vorlag. Er fragte zwischenzeitlich den behandelnden Arzt, ob die Raumforderung nichts mit dem Ursprungstumor zu haben könnte. Der Arzt antwortet darauf: „Ja, da kann ich nichts dazu sagen.“ (Z.436-437) anstatt etwas Beruhigendes, Hoffnungsspendendes und trotzdem Ehrliches zu erwidern. Für Felix E. wirkte der Arzt desinteressiert und er empfand diese Aussage als kalt und gefühllos. Seine Wahrnehmung aus Sicht des eigenen Betroffenseins sehe er als Vorteil für seine Arbeit mit Patient\_innen; er achte daher besonders auf eine einfühlsame Wortwahl und einen empathischen Umgang. Für die Interviewten sei zudem von Bedeutung, dass Ärzt\_innen beim Überbringen schlechter Nachrichten Ruhe ausstrahlten, Augenkontakt halten und den richtigen Rahmen finden, also nicht „so zwischen Tür und Angel, ach ja übrigens der Tumor ist wieder gewachsen“ (Z. 584). Ärzt\_innen sollten sich für diese Art von Gesprächen Zeit nehmen und einen ruhigen Ort auswählen. Wenn diese Bedingungen nicht erfüllt seien, könne dies Betroffene und auch Angehörige traumatisieren. Daher müssten sich Ärzt\_innen ihrer Verantwortung bewusst sein und auf ihr Auftreten und eine vorsichtige Wortwahl achten. Nina H. berichtete über Konsequenzen eines unachtsamen Vorgehens:

„Aber man merkt auch ganz oft, dass Eltern, also manchmal, wenn ein Kind zum Beispiel im Krankenhaus stirbt, dass das Schlimmste, an das sie sich erinnern in der ganzen Zeit ist nur das, was der Arzt gesagt hat, nachdem das Kind gestorben ist, zum Beispiel.“ (Nina H., Z. 596-598)

Ein weiterer wichtiger Aspekt sei eine verständliche Sprache. Ärzt\_innen müssen für Patient\_innen wie Angehörige, also meist medizinische Laien, verständlich sprechen. Sie dürfen keine Fachbegriffe verwenden oder bei Gebrauch diese sofort erklären. Bei

## Ergebnisse

Menschen mit Sprachbarriere sollte die Sprache entsprechend angepasst werden. Gerade bei solch wichtigen Gesprächen sollte darauf geachtet werden, dass die Betroffenen am Ende alles verstanden haben oder Gelegenheit haben, die Aussage wiederholt zu hören und erklärt zu bekommen. Nina H. empfiehlt faktenbasierte Sätze, am besten mit aktuellen objektiven Befunden, wie „Wir sehen im MRT, dass die Hirnmetastasen zugenommen haben und Ihr Kind hat jetzt schon Hirndruck und so etwas.“ (Z. 381-382) anstatt Sätze, die Raum für Interpretation und Zweifel lassen, wie etwa „ich habe das Gefühl, dass irgendwie nichts mehr hilft.“ (Z. 366). Den meisten Patient\_innen helfe es jedoch schon zu wissen, dass sie höchstwahrscheinlich „nicht mehr so ewig“ (Maresa B., Z. 71) leben werden. Das Festlegen eines genauen Zeitpunktes für den Tod sei unnötig und nicht zielführend, um sich adäquat darauf vorzubereiten. Manche Patient\_innen neigten zum Verdrängen ihres Schicksals, deshalb wiederhole die Assistenzärztin Maresa B. in diesen Fällen mehrfach solche Aussagen. Andere Interviewte plädierten stattdessen für die Akzeptanz des Willens eines Betroffenen, nicht über den bevorstehenden Tod sprechen zu wollen.

Nina H. betonte in ihrer Aussage die Wichtigkeit des verständlichen und einfühlsamen Überbringens schlechter Nachrichten für die Akzeptanz der Betroffenen:

„Und ich denke, jeder Mensch kann alles irgendwann einmal akzeptieren und auch verstehen. Nur man muss es verständlich machen und auch irgendwie einfühlsam auf eine gewisse Art und Weise.“ (Nina H., Z. 650-652)

Die Interviewten empfahlen für solch schwierige Gespräche Hilfe aus anderen Fachbereichen, besonders der Psychoonkologie. Trotzdem sei es stets die Aufgabe der/des behandelnden Ärztin/Arztes, diese Gespräche selbst zu führen und die Verantwortung dafür nicht an andere abzugeben.

In den Interviews herrschte darüber Einigkeit, welche essentiellen Part Kommunikation im ärztlichen Schaffen darstelle. Die Interviewten kritisieren daher, dass die Gesprächsführung insbesondere beim Überbringen schlechter Nachrichten im medizinischen Curriculum noch zu wenig berücksichtigt werde. Ärzt\_innen müssten sich daher ihre Fähigkeiten nach dem Prinzip „Learning by doing“ und durch Beobachten von Kolleg\_innen bei schwierigen Gesprächen selbst aneignen. Diese hochsensiblen Momente seien sehr lehrreich, würden sich jedoch nur selten ergeben.

#### 3.3.4.4 Distanzierung

Mehr als die Hälfte der Interviewpartner\_innen (10 von 18) thematisierte, dass sie als Voraussetzung für die Berufsausübung ansahen, sich emotional und/oder kognitiv von ihren Erfahrungen mit Sterben und Tod, insbesondere von sterbenden Patient\_innen sowie deren Angehörigen abzugrenzen. Darunter waren 6 Assistenzärzt\_innen und 4 PJ-Student\_innen. In den Interviews wurde zudem kritisch hinterfragt, in welchem Umfang dies nötig und überhaupt möglich sei.

Zwei unterschiedliche Arten von Distanzierung ließen sich in den Interviews identifizieren: kognitive und emotionale Distanzierung. Mit kognitiver Distanzierung wurde der gedankliche Abstand zu Patient\_innen und/ oder den Sterbeerfahrern verstanden. Bei emotionaler Distanzierung handelte es sich um die Vermeidung einer zu engen emotionalen Bindung zu Patient\_innen und deren Angehörigen sowie Einhaltung eines emotionalen Abstands bei Sterbeerfahrern. Oft hingen die beiden Formen eng zusammen, denn Emotionen resultieren aus einer gedanklichen Auseinandersetzung und umgekehrt. Daher ließen sich manche Textstellen nicht eindeutig einer Form zuordnen.

Während sich ein Interviewpartner explizit gegen das Konzept der Distanzierung aussprach und eine weitere Interviewpartnerin die Umsetzbarkeit und den Nutzen in Frage stellte, so sah die Mehrheit der Interviewten in der Distanzierung eine notwendige Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufes. Dies habe verschiedene Gründe – v. a. diene Distanzierung dem „Selbstschutz“ (Daniela W., Z.529). Dies gelte vor allem für bedrückende Patientenschicksale, um nicht zu sehr emotional zu leiden und die eigene psychische Gesundheit zu wahren. Peter F. nannte dies „Psychohygiene“ – „aus dem Krankenhaus herausgehen und komplett abschalten und nichts mehr mit nach Hause nehmen“ (Z. 408-410). Besonders die Begleitung Sterbender sei für die eigene Psyche kräftezehrend. Wenn Ärzt\_innen dabei nicht auf ihren eigenen Schutz achteten, sondern sich emotional uneingeschränkt einbrachten und eine starke Bindung zur/m Patientin/en aufbauten, geschah laut der PJ-Studentin Maria V. Folgendes:

„[...] dann gibt man immer so sehr viel glaube ich von einem ab oder auch, wenn man eben in dieser speziellen Situationen wie Tod begegnet und es immer an sich ran lässt, dann glaube ich, ist das für einen persönlich schwerer.“ (Maria V., Z. 56-58)

## Ergebnisse

Maria V. sprach vom Teilverlust von sich selbst bei einer starken emotionalen Bindung zur/m Patientin/en durch den seelischen Distress einer Sterbeerfahrung. Andere Interviewpartner\_innen berichteten bei fehlender emotionaler/ kognitiver Abgrenzung vom Gefühl unglücklich zu sein und das Privatleben nicht genießen zu können. Um dies zu vermeiden sei eine gefühlsmäßige/ mentale Grenzziehung wichtig – dies gelte besonders für Onkolog\_innen und Palliativmediziner\_innen, was mehrfach von den Interviewpartner\_innen hervorgehoben wurde. Wem dies nicht gelinge, dem sei von der Arbeit in diesen Bereichen abgeraten.

Ein weiterer Grund für Distanzierung sei, mit dem Berufsalltag fortfahren zu können und nicht in der Konzentration eingeschränkt zu sein. Mehrfach berichteten Interviewte von Erfahrungen, die sie betroffen machten und derart aus dem Konzept brachten, dass die Behandlung von Patient\_innen darunter litt. Um funktionsfähig zu bleiben und im Klinikalltag bestehen zu können, dürften sich laut Anette S. Ärzt\_innen emotional nicht zu sehr involvieren.

[...] man muss ja auch weitermachen. Man geht dann ja nicht nach Hause. Ich meine, es kommt ja der nächste Patient, man geht ins nächste Zimmer.“ (Anette S., Z.174-175)

Außerdem diene die Distanzierung dazu, die eigenen Emotionen vor Patient\_innen unter Kontrolle zu haben (siehe dazu das Kapitel „Fassung behalten“). Patient\_innen und deren Angehörige würden laut Interviewpartner\_innen nämlich in Ärzt\_innen keine\_n emotionale\_n Leidensgenoss\_innen suchen, sondern jemanden, der in solch schwierigen Situationen „weiter stark“ bleibt (Maria V., Z.49). Marta L. sah zudem eine gewisse professionelle emotionale Distanz als notwendig an, um Therapieentscheidungen objektiv treffen zu können:

„Also ich denke, dass es wichtig ist, dass man als Arzt nicht irgendwann, also dass man genug Distanz haben muss zum Patienten, dass man ihn letztendlich, wenn letztendlich unausweichlich ist, dass er stirbt, weil er eine letztendlich schwere Erkrankung hat, dass man ihn dann gehen lassen muss und nicht letztendlich unnötige lebensverlängernde Maßnahmen machen muss, nur damit man sich selber besser fühlt.“ (Marta L., Z. 80-84)

Gerade bei schwierigen Entscheidungen, wie eine\_n Patientin/en sterben zu lassen und sich gegen lebensverlängernde Maßnahmen zu entscheiden, seien eine emotionale Distanz und eine objektive Sichtweise essentiell.

## Ergebnisse

Zur Umsetzung einer mentalen Distanzierung sei eine klare gedankliche Trennung von Berufs- und Privatleben unverzichtbar. Ärzt\_innen sollten sich außerhalb der Arbeitsstelle möglichst nicht mit beruflichen Themen beschäftigen, denn das Zuhause soll ein Ort des Rückzugs und der Erholung vom Berufsalltag sein. Maresa B. äußerte Zweifel jedoch an der Umsetzbarkeit: „[...] man nimmt von jedem doch immer irgendetwas mit nach Hause.“ (Z.389). Eine Strategie, um diese klare Grenze zwischen Beruf und Freizeit, aber auch zwischen Patientenanforderungen und Eigenleben ziehen zu können, sei, dass Ärzt\_innen im Feierabend auch nicht mehr erreichbar sind. Auf keinen Fall sollte man, wie etwa eine Oberärztin, die private Telefonnummer an Patient\_innen weitergeben. Felix F. begründete dies wie folgt:

„Weil, ich finde, die Hilfe und so, im Beruflichen, wenn ich in der Klinik bin ja, sehr gerne und auch immer, aber mein Privatleben ist mein Privatleben und da würde ich jetzt nicht sagen, der Patient kann mich dann anrufen [...] Also irgendwo ist dann auch eine Grenze, finde ich, weil, sonst geht man selber dran kaputt. Und das finde ich ganz wichtig.“ (Felix E., Z. 581-587)

Auch hier wurde nochmals die Notwendigkeit der Distanzierung zum Schutze der eigenen Psyche betont. Zur Umsetzung einer emotionalen Distanzierung war es für zwei Interviewpartnerinnen wichtig ab dem Moment, in dem die medizinische Prognose einer/s Patient\_in aussichtslos war, zu versuchen sich emotional vom Geschehen zurückzuziehen und persönliche Kontakte zur/m Patient\_in nicht zu eng werden zu lassen – sie nannten dies emotional „abkapseln“ (pädiatrische Assistenzärztin Anette S., Z.95 und PJ-Studentin Kornelia K., Z.379).

Verschiedene Faktoren beeinflussten dabei die Umsetzung der Distanzierung – der wichtigste war dabei der Grad an Erfahrung der Interviewten. Erst mit größerer Berufserfahrung und fachlicher Sicherheit sei eine kognitive Distanzierung möglich. Für Peter F. war es vollkommen nachvollziehbar, dass in den ersten Ausbildungsjahren noch Zweifel und Unsicherheiten an der eigenen Arbeitsweise und mancher Entscheidung herrschten, sodass diese Gedanken auch nach Dienstschluss nachwirkten. Hier spiele zusätzlich die Arbeitsbelastung eine Rolle – nach einem stressigen, chaotischen Arbeitstag bestehen eher Unsicherheiten, ob Fehler geschehen sind, sodass hier eher eine gedankliche Beschäftigung im Nachhinein stattfindet. Mehrfach wurde von den Interviewpartner\_innen bei erfahreneren

## Ergebnisse

Kolleg\_innen beobachtet, dass ihnen eine emotionale Distanz deutlich leichter fiel als unerfahreneren Kolleg\_innen.

Weitere erschwerende Faktoren zur Einhaltung eines emotionalen Abstands waren u.a. ein junges Alter von Patient\_innen und Sympathie zu ihnen und deren Familie. Anette S. fiel emotionale Distanz besonders schwer, wenn die Patient\_innen Kinder waren. Sympathie bedeute für sie automatisch auch eine emotionale Bindung und Mitgefühl mit den Patient\_innen, worauf sie kaum Einfluss habe. Als Rückschluss darauf ziehe sie es manchmal vor nicht zu viele private Details von den behandelten Familien zu wissen, um gar nicht erst solch eine Bindung aufzubauen und eine Distanz zu wahren:

"Und es ist ja auch so eine Spirale, je näher man dem Patienten ist und je näher man irgendwie denen Emotionen zeigt, desto enger wird auch die Verbindung, und desto mehr erzählen sie einem auch, desto mehr weiß man, desto mehr ist es schwieriger, Distanz zu kriegen. Solche Dinge wie Wunschkind und erst mit 40 und In-Vitro-Fertilisation und das habe ich alles erst im Verlauf, das hätte ich überhaupt nicht wissen wollen." (Anette S., Z. 190-194)

Andersherum fiel ihr es ihr bei Menschen, zu denen sie weniger Sympathien hege, leichter eine kognitive und emotionale Distanz zu wahren. Des Weiteren fühle sie sich durch Identifikation mit dem schlechten Ausgang manches Krankheitsverlaufs schuldig, was ihr emotionale Distanzierung zusätzlich erschwerte. Zudem spielte die eigene Persönlichkeit der/s Mediziner\_in eine große Rolle, inwieweit sich er/sie generell emotional involviert. Laut Maresa B. sei es nur mit einer starken Persönlichkeit möglich sich zu distanzieren.

Besonders die PJ-Student\_innen unter den Interviewten berichten von Unsicherheiten und Zweifeln, inwieweit emotionale Distanz nötig, hilfreich und umsetzbar sei. Mehrfach wurde dabei das Dilemma zwischen Anteilnahme und emotionaler Distanz beschrieben. Aufgrund einiger miterlebter negativer Erfahrungen mit emotionslos und gefühllos wirkenden Ärzt\_innen äußerten manche Interviewte Bedenken vor zu viel emotionaler Distanz und Verlust jeglicher Anteilnahme. Beispielhaft steht hierfür die Erfahrung der PJ-Studentin Daniela W.: Während ihres PJ-Tertials betreute sie eine todkranke junge Patientin mit Brustkrebs. Das junge Lebensalter der Mutter von kleinen Kindern machte sie besonders betroffen; sie erkundigte sich mehrmals am Tag nach ihrem Zustand. „Mich hat das nicht so losgelassen.“ (Daniela W., Z.98). Sie

## Ergebnisse

verwirrte und überraschte es, dass das behandelnde medizinische Personal von diesem Schicksal unbeeindruckt wirkte und nüchtern damit umging. Diese Beobachtungen ließen sie darüber nachdenken, wie viel Gefühl zuzulassen für sie gesund sei. Für andere war stattdessen ganz klar: „so möchte ich nie werden“ (Maresa B., Z.209-210). Sie thematisierten ihre Sorge vor dem Verlust ihres fürsorglichen, empathischen Charakters, wenn sie sich emotional distanzieren würden. Eine PJ-Studentin stellte den Sinn von Distanzierung in Frage: Durch Distanzierung würde man verpassen, welche Auswirkungen Sterbeerfahrungen auf einen selbst haben. Letztendlich müsse jede\_r Ärztin/Arzt ihre/seine persönliche Grenze ziehen, inwieweit sie/er emotional involviert sein wolle oder es für sie/ihn vertretbar sei. Dies sei eine ganz individuelle Entscheidung. Der Assistenzarzt Arthur M. versuche dies ausgewogen zu gestalten und eine Balance zwischen emotionalem Einsatz und Distanz zu finden, um eine empathische und trotzdem konzentrierte Patientenbetreuung gewährleisten zu können und gleichzeitig auf seinen eigenen psychischen Schutz zu achten.

„Also ich möchte weder sofort zumachen, noch es ganz an mich herankommen lassen.“  
(Arthur M., Z.132-133)

Für Otto S. gebe es stattdessen keinen Mittelweg: Er könne sich nicht vorstellen, dass Ärzt\_innen Emotionen nur bis zu einem gewissen Punkt zulassen können und eine derartige Kontrolle über ihre Gefühle haben – „entweder ganz oder gar nicht.“ (Z. 73). Trotzdem überwogen bei den Interviewten die Gründe für eine Rechtfertigung von Distanzierung. Bei den meisten Interviewten waren es erst prägende Sterbeerfahrungen, die ihnen die Notwendigkeit dieser Umgangsstrategie verdeutlichten und ihre Einstellung dazu änderten. Einerseits handelte es sich dabei um Erfahrungen, in denen die Befragten die Fassung verloren hatten und aufgrund ihrer Trauer vor Patient\_innen weinten oder aus Angst davor belastende Situationen vermieden (siehe „Fassung behalten“ und „Vermeidung“). Andererseits litten einige Befragte unter ihrer Anteilnahme an Patientenschicksalen derart emotional und berichteten von einer anhaltenden gedanklichen Beschäftigung, dass sie diesen Zustand ändern wollten. Distanzierung stellte somit für viele einen Lernprozess dar. Nur ein Interviewpartner berichtete, dass ihm schon immer die Notwendigkeit davon bewusst war. Auch Anette S. musste Distanzierung erst schmerzlich erlernen: Nachdem sie sich während ihres Nachtdienstes intensiv um ein Mädchen gekümmert

hatte und am Morgen ein Abschied von der todkranken Patientin nicht möglich war, war Annette S. emotional aufgewühlt. Sie konnte das freie Wochenende nicht genießen, da sie sich weiter mit dem Schicksal des Mädchens beschäftigte. Diese notwendige Abgrenzung als emotionaler Selbstschutz wurde für sie eine Voraussetzung für ihre weitere Berufsausübung, „sonst ist man irgendwie glaube ich unglücklich. Das darf man wirklich nicht machen.“ (Anette S., Z.473-474). Seit dieser Erfahrung versuche Anette S. sich mental und kognitiv zu distanzieren; damit halte sie ihr Leben außerhalb des Krankenhauses von emotionalen Belastungen frei, um dieses genießen zu können:

„Und dann radelt man irgendwie heim und ist so in einer ganz normalen Welt und geht dann irgendwie aus oder geht was essen oder geht einen Wein trinken und ich finde, das kann man nicht machen, wenn man sich nicht abgrenzt. Also ich finde, man kann nicht irgendwie, wenn man gerade ein Kind verloren hat, in ein gutes Restaurant gehen. Das ist schwierig, wenn man sich nicht abgrenzt. Wenn man sich abgrenzt, geht das ohne Probleme, dann macht man hier „für mich zu“ und kann sein normales Leben am Wochenende wieder haben [...]“ (Anette S., Z.99-104)

Damit waren emotionale und kognitive Distanzierung in der praktischen Verarbeitung und Umsetzung für die meisten Interviewten essentiell für den psychischen Eigenschutz und für ein professionelles Auftreten. Durch größere Berufserfahrung mit entsprechend höherer Exposition und Übung lassen sich emotionale und kognitive Distanzierung leichter umsetzen. Letztendlich bleibe das Ausmaß der Umsetzung eine ganz persönliche Entscheidung.

### 3.3.4.5 Angehörigenbetreuung

Die Hälfte der Interviewten (2 Assistenzärzt\_innen und 7 PJ-Student\_innen) sah Angehörigenbetreuung als wichtige ärztliche Aufgabe an. Diese könne durch Gespräche, Zuwendung oder Hilfsangebote erfolgen. Zur umfassenden Betreuung der Angehörigen gehörten laut Interviewten verschiedene Aspekte, die teilweise Überschneidungen zu den Kategorien „Kommunikation“, „einen schönen Tod ermöglichen“ und „Fürsorge“ boten.

Eine der wichtigsten Handlungen sei es, die Angehörigen rechtzeitig und ausführlich über die medizinische Situation und Prognose aufzuklären. Es sei „extrem wichtig“ (Nina H., Z.195), dass die Angehörigen diese verstehen und akzeptieren lernten. Bei

voraussehbarem Verlauf sollte der Tod eines geliebten Menschen nicht als unangenehme Überraschung für die Angehörigen kommen. Sie sollten die Möglichkeit des Abschiednehmens bekommen und sich mental und emotional auf die vorbestehende Situation einstellen können. Der bevorstehende Tod solle offen angesprochen und in den Alltag der Angehörigen integriert werden. Gemeinsam sollte ein Plan entwickelt werden, wie sich das Ende gestalten sollte. Die Angehörigen sollten dabei auch Ratschläge und Aufklärung für den möglichen Sterbeprozess erhalten. Offen sollten mögliche, eventuell verstörende Szenarien eines Sterbeprozesses angesprochen werden, wie etwa die Möglichkeit eines Krampfanfalls oder eine veränderte Atmung. In diesem Kontext sei es besonders wichtig, dass die Ärztin/ der Arzt einen Plan für die Sterbebegleitung habe und frühzeitig den Angehörigen verschiedene Optionen in der Gestaltung nennen könne. Falls die Angehörigen nicht in der Lage seien, darüber Entscheidungen zu treffen, müssten diese von Ärzt\_innen übernommen werden. Die individuellen Wünsche der Angehörigen sollten respektiert und soweit möglich umgesetzt werden. Die Gespräche sollten auch aus deswegen frühzeitig mit den Angehörigen geführt werden, da es für alle Beteiligten angenehmer und für die Zusammenarbeit entscheidend sei, wenn alle „mit ins Boot“ (Nina H., Z.120) genommen würden und Konsens über den Behandlungsplan herrsche. Nur so könnten die Angehörigen das Team unterstützen und auch in der Pflege involviert werden. Ärzt\_innen sollten außerdem dafür Sorge tragen, dass der Tod eines geliebten Menschen für die Angehörigen so angenehm wie möglich erlebt werde. Entscheidend sei dafür ein Abschiednehmen zu ermöglichen. Für viele Angehörige sei es zudem wichtig beim Sterben des geliebten Menschen anwesend zu sein. Daher sei es wichtig, den Todeszeitpunkt so akkurat wie möglich abzuschätzen und die Angehörigen zum richtigen Zeitpunkt zu informieren. Denn es sei für Angehörige quälend, zu früh oder zu spät zur eigentlichen Sterbephase gerufen zu werden. Für die richtige Einschätzung sei eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Pflege wichtig, zudem falle diese mit zunehmendem Erfahrungsschatz leichter. Wenn hier das Timing stimme, so hatte Peter F. das Gefühl, den Angehörigen trotz aller Tragik und Schwere der Situation „etwas mitgegeben [zu] können“ (Z.289). Zusätzlich sollte auf die Gestaltung des Umfelds geachtet werden. Es sollte sich so wenig medizinische Technik wie möglich im Sterberaum befinden, damit die Angehörigen als medizinische Laien nicht durch das EKG oder andere Anzeigen verunsichert werden.

## Ergebnisse

Laut den Interviewten komme Ärzt\_innen in der Angehörigenbetreuung die „Schlüsselrolle“ (Daniela W., Z. 149) zu. Diese Verantwortung sollte ihnen bewusst sein, um dieser Aufgabe gerecht zu werden. Ärzt\_innen seien für die Angehörigen feste Ansprechpartner\_innen, die über medizinische Maßnahmen aufklären und für Fragen zur Verfügung stehen sollten. Den Interviewten war eine umfassende Unterstützung der Angehörigen wichtig: sowohl seelisch als auch organisatorisch, da die Angehörigen durch die Ausnahmesituation emotional sehr belastet seien. Unterstützung beginne schon im Kleinen im einfühlsamen Umgang mit Angehörigen, etwa mit der Frage, nach ihrem Befinden oder dem Ausdruck des eigenen Mitgefühls und Beileids. Darüber hinaus sollten unterstützende Gespräche geführt werden. Falls diese zu großen Umfang einnehmen oder die eigenen Kompetenzen überstiegen, sollte auf externe psychologische Hilfe verwiesen werden, da man „auch in dem Sinne kein Seelsorger oder so.“ (Felix E., Z. 104-105) sei. Einen Sonderfall stelle der pädiatrische Bereich dar, der eine noch intensivere Betreuung der Eltern und Geschwister benötige. Pädiatrische Palliativmediziner besuchten deshalb auch die Familien zu Hause. Durch Eindringen in die Privatsphäre und das Kennenlernen der Lebensumstände der betroffenen Familien würden Erfahrungen besonders intensiv erlebt. Wichtig sei nach den Worten der pädiatrischen Onkologin Nina H. dabei auch die Betreuung von Geschwisterkindern, da sie bei Verlust der Schwester/ des Bruders auch mitleiden würden.

Die Angehörigenbetreuung gehe auch über den Tod der/des Patientin/en hinaus. Auch wenn das nächste soziale Umfeld sich auf den Tod der/s Angehörigen vorbereitet hatte, die Formalitäten geklärt seien und der Tod nicht unerwartet komme, sei es dennoch wichtig, sich nach dem Eintreten des Todes noch einmal im direkten Gespräch mit den Angehörigen Zeit zu nehmen und die Situation zu erklären. Die Angehörigen verspürten nach dem Tod einer geliebten Person oft Hilflosigkeit und Kontrollverlust; daher sei es wichtig von einer Person mit Fachwissen den Tod nochmals bestätigt zu bekommen und über die weiteren organisatorischen Schritte aufgeklärt zu werden. Angehörige sollten in dieser psychischen Ausnahmesituation wenigstens von extern Stabilität erfahren und das Gefühl bekommen, dass jemand außerhalb des Angehörigenkreises mitfühle und den Überblick über die Situation behalte. Grundvoraussetzung dafür sei, selbst Ruhe zu bewahren und auszustrahlen. Des Weiteren sollte man den Angehörigen bei der Organisation von Formalitäten helfen und seine Hilfe anbieten. Besonders beim Sterben zu Hause müsse eine enge

## Ergebnisse

Betreuung durch den Palliativdienst und eventuell durch eine\_n Psychologin/en gewährleistet sein, um für Entlastung der Angehörigen zu sorgen. Gerade im pädiatrischen Bereich entstehen durch die häufige Abwesenheit der Eltern von der Arbeitsstelle weitere Probleme: Zum Beispiel drohe ihnen der Verlust des Arbeitsplatzes oder finanzielle Probleme. Hier könne die/der Ärztin/Arzt unterstützen, indem sie/er die/den Arbeitgeber\_in kontaktiere, die Situation erläutere oder eine\_n Sozialpädagogin/en einschalte.

Mehrfach wurde von Negativbeispielen berichtet, in denen Angehörige nicht ausreichend betreut worden waren. Die Interviewten kritisierten dies scharf als „unfair“ und „schlimm“ (Daniela W., Z. 185 und 194) und formulierten Vorsätze für ihre eigene Angehörigenbetreuung. Mehrere PJ-Student\_innen berichteten, in solchen Situationen aufgrund ihrer niedrigen Position in der Hierarchie nicht eingeschritten zu sein. Wenn medizinisches Personal auf die Anliegen von Angehörigen genervt reagierte, wurde dies ebenso kritisiert. So berichtete der PJ-Student Felix E. von einem Arzt:

„[...] der irgendwie dann völlig genervt war und meinte, er wäre jetzt nicht die Auskunft, weil die Angehörigen da irgendwelche Fragen hatten. Da bin ich halt der Meinung, in dem Fall bin ich schon die Auskunft, weil, die Angehörigen haben ja ein Anrecht darauf zu wissen, was los ist.“ (Felix E., Z.165-168)

Ärzt\_innen haben laut den Interviewten einen enormen Einfluss darauf, wie die Angehörigen die Erfahrung wahrnahmen. Nina H. plädierte daher dafür, sich der großen Verantwortung in palliativen Situationen bewusst zu werden und entsprechend umsichtig zu handeln:

„Ich glaube, das ist so prägend und so schlimm für Eltern, dass die das mit Sicherheit noch Ewigkeiten, dass die das niemals vergessen werden. Und da muss man sich einfach drüber im Klaren sein, dass das ganz wichtig ist, wie man sich da verhält oder wie man da mit der Situation umgeht.“ (Nina H., Z. 716-718)

Daher wünschte sie sich in diesem Bereich eine optimale Vorbereitung der Ärzt\_innen in ihrer Ausbildung.

Doch nicht für die Angehörigen, sondern auch für die Ärzt\_innen selbst war die Angehörigenbetreuung wichtig. Falls diese das Gefühl hatten die Angehörigen gut

## Ergebnisse

betreut zu haben, stelle dies die Erfahrung in ein „positives Licht“ (Peter F., Z. 288) und sie konnten mit ihr besser umgehen.

Auffallend oft beschrieben Interviewte die Angehörigenbetreuung als „belastend“ und anstrengend. Sie nahmen Fragen von Angehörigen teilweise als „nervig“ und lästig wahr, vor allem, weil sie zusätzlichen Zeitaufwand in dem sowieso schon stressigen Arbeitsalltag bedeuteten. Lukas H. beschrieb Angehörige als „Problem“ (Z. 137), da sie als medizinische Laien einer ausführlichen und zeitaufwendigen Aufklärung über die aktuelle Situation und die Konsequenzen einer Therapiefortführung bedurften. Zusätzlich wurde es als belastend beschrieben die Angehörigen leiden zu sehen:

„[...] persönlich ist das eigentlich eher belastend. Also es ist Teil des Berufs irgendwie, aber das wäre, das Sterben des Patienten wäre deutlich einfacher, ohne die Angehörigen dabei zu haben.“ (Peter F., Z. 284-286)

Mit zunehmender Erfahrung falle die Betreuung jedoch leichter und sei weniger belastend. Teilweise agierten Ärzt\_innen als Mediator\_innen, wenn Angehörige verschiedener Meinung waren oder interne Konflikte herrschten. Dies konnte herausfordernd sein, besonders wenn es sich um pädiatrische Patient\_innen handelte. Allein durch die emotionale Ausnahmesituation sowie die Unmündigkeit der Kinder und damit Entscheidungshoheit der Eltern seien hier Aufklärung und ausführliche Gespräche notwendig. Teilweise würden die Familienmitglieder auch unterschiedlich viel Zeit bis zur Akzeptanz der Situation brauchen. Interne Konflikte machten die Situation komplex und schwierig zu handhaben.

Die Interviewten waren sich der Notlage und der Abhängigkeit der Angehörigen von den Informationen der Ärzt\_innen bewusst. Mehrfach wurde der Zwiespalt zwischen der Abneigung gegenüber den lästigen Angehörigengesprächen und dem Bewusstsein über deren immense Bedeutung beschrieben:

„[...] super oft ist es nervig, weil, die wollen jetzt wieder reden und man hat eigentlich keine Zeit und gleichzeitig ist es für die ja das A und O. Sie wollen wissen, was ist los, wann kann er nach Hause, was wird gemacht [...]“ (Maria V. Z.163-165)

Unabhängig von persönlichen Wertungen waren sich alle Interviewten darüber einig und betonten, dass die Betreuung von Angehörigen zu den ärztlichen Aufgaben gehöre.

### 3.3.4.6 Fürsorge

Die Hälfte der Interviewten (2 Assistenzärzt\_innen und 7 PJ-Student\_innen) sahen einen fürsorglichen Umgang mit Patient\_innen und deren Angehörigen als wichtigen Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs an. Dazu zählt aus ihrer Sicht, sich empathisch zu zeigen, sich Zeit für Patient\_innen zu nehmen, sie über die medizinische Behandlung hinaus auch emotional zu betreuen und ihnen Respekt zu zeigen.

Einigkeit herrschte darüber, dass die ärztlichen Aufgaben nicht nur in der Behandlung somatischer Beschwerden liegen, sondern auch die Sorge um das Gefühls- und Seelenleben der Patient\_innen umfassen, besonders wenn es um Sterben und Tod geht. Die Aussage der PJ-Studentin Daniela W. verdeutlicht diese Ansicht:

„[...] das gebührt dem Menschen doch noch, dass man da auch irgendwie auf einer anderen Ebene noch einmal nachdenkt. Das sind ja nicht einfach nur Objekte, es sind Menschen wie du und ich. Also da gehört ja mehr dazu als nur der Körper eben. Und deswegen fände ich es eigentlich schon gut, wenn man das so noch ein bisschen mehr sich auf diese emotionale Ebene begibt.“ (Daniela W., Z. 449 - 453)

**Empathisches** Verhalten war für die Interviewten ein Schlüssel zu fürsorglicher Versorgung. Unerlässlich dafür sei es zuerst den mentalen und kognitiven Status von Patient\_innen und deren Angehörigen zu erkennen und zu verstehen. In einem zweiten Schritt gelte es dann, sich hineinfühlen zu können und dies entsprechend zu zeigen. Ehrliches Mitgefühl solle als Antwort auf deren Leiden ausgedrückt werden. Dabei sollten Mediziner\_innen höflich, geduldig, aufmunternd, beruhigend, sanftmütig, liebevoll sowie mit innerer Ruhe auftreten. Ehrliche Emotionen zu zeigen gebe nicht nur den Betroffenen das Gefühl, dass sie gut versorgt sind, sondern helfe auch den Mediziner\_innen bei der Verarbeitung ihrer Erfahrungen mit Sterben und Tod. Empathie könne sich auf verschiedene Arten zeigen, etwa als einfühlsame Kommunikation, Händestreicheln einer/s Sterbenden oder Ausdruck der eigenen Anteilnahme und Trauer gegenüber Patient\_innen oder deren Angehörigen. Anette S. war davon überzeugt, dass Patient\_innen dies auch so wünschen, da sie bisher nur positives Feedback für ihre mitfühlende Art erhalten hatte. Jedoch sei sie im privaten Umkreis dafür kritisiert worden, da aus Sicht ihres Ehemannes Patient\_innen und deren Angehörige dies gar nicht wünschten und sie unter ihrem emotionalen Engagement litten. Zwei weitere Interviewpartnerinnen betonten jedoch, dass sie sich

## Ergebnisse

nicht zu sehr emotional zu distanzieren, sondern ihre empathische Art wahren möchten. Wie im Kapitel „Distanzierung“ schon beschrieben, sei die Balance aus Empathie und Distanzierung als Eigenschutz schwierig umzusetzen. Otto S. meinte, dass die individuelle emotionale Involviertheit nur schwer zu beeinflussen sei, denn Sympathie habe auf Empathie einen großen Einfluss.

Die Interviewten betonten auch die besondere Bedeutung der bewusst freigenommenen **Zeit** für Patient\_innen und deren Angehörigen, um ihnen die volle Aufmerksamkeit zu schenken, mit ihnen zu sprechen und ihnen zuzuhören. Nur durch aufmerksames Zuhören und im persönlichen Gespräch über den engen medizinischen Kontext hinaus lasse sich das Vertrauen von Patient\_innen und deren Angehörigen gewinnen. Dieses tragfähige Vertrauensverhältnis habe wiederum verschiedene positive Effekte. Zum einen trage es zum Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden der Patient\_innen bei, die dann auch ihre Wünsche und Sorgen eher kommunizierten, zum anderen würden diese dadurch oft Zusatzinformationen preisgeben, die zum Verständnis der Erkrankung und deren Hintergründe wichtig seien. Somit führe das bewusste Zeitnehmen für Patient\_innen und deren Angehörigen zu einer Vertrauensbeziehung und verbessere dadurch auch die medizinische Versorgung. Als Gegenbeispiel dafür wurde die 5-Minuten-Visite genannt „[...] wo man einfach nur vor seiner Kurve steht und die Medikamente abhakt [...]“ (Daniela W., Z. 130-131). Hier werde weder Zeit noch emotionales Interesse investiert, so dass sich die/der Patient\_in nicht verstanden fühle und evtl. wichtige Informationen durch fehlende Vertrauensbasis zurückhalte. Der durchgetaktete Arbeitsalltag erschwere es Mediziner\_innen, sich bewusst Zeit zu nehmen. Aufgrund des konstanten Zeitmangels seien ausführliche Gespräche oft nicht möglich, was die Interviewten den Mediziner\_innen jedoch nicht zu Lasten legten. Kritisiert wurden eher die herrschenden Umstände, dass Mediziner\_innen aus wirtschaftlichen Gründen diese Zeit fehle. Kurze Unterhaltungen seien trotzdem meist integrierbar. Marianne L. suche beispielsweise während medizinischen Maßnahmen wie Blutabnehmen das persönliche Gespräch. Palliativmedizin wurde in diesem Zusammenhang positiv hervorgehoben als ein Bereich, in dem viel Wert auf ausreichend Zeit für Patient\_innen und Angehörige gelegt werde.

Zur Fürsorge zähle auch die **emotionale Unterstützung** durch persönliche Zuwendung und echtes Interesse an den Sorgen und Ängsten der Patient\_innen und deren Angehörigen. Nicht bei jeder/m Patientin/en erscheine dies nötig: So bedürfen

Patient\_innen mit unkompliziertem Verlauf der weniger intensiven Betreuung. Patient\_innen sollten nicht als Krankheit, sondern als Individuum mit eigener Lebensgeschichte und eigenen Bedürfnissen, als „etwas Besonderes“ (Marianne L., Z. 286 und 290) wahrgenommen werden. Dies gelinge nur in der persönlichen Zuwendung durch ein offenes Gespräch in aufrichtigem Interesse. So wurde von den Interviewten mehrfach Desinteresse an einer Patientenzuwendung durch medizinisches Personal beobachtet und dann auch scharf verurteilt. Die Erzählung des PJ-Studenten Felix E. unterstreicht dies: Durch seine eigene Krebserkrankung mit 14 Jahren mit diversen Klinikaufenthalten konnte er einschätzen, wie wichtig es ist, dass Ärzt\_innen sich Zeit nehmen, „[...] dass mit einem gesprochen wird und so und man jetzt nicht nur so eine Nummer ist oder so.“ (Z. 352- 353). Wichtig sei für ihn zudem, **Präsenz zu zeigen** und Unterstützung anzubieten. Patient\_innen und deren Angehörige sollten das Gefühl haben in guten Händen zu sein und eine\_n Anprechpartner\_in zu haben. Hilfsbereitschaft gehörte zu den Charaktereigenschaften, die immer wieder in Interviews genannt wurden. Felix E. wies jedoch auf die Notwendigkeit von Grenzen mit einer klaren Trennung von Beruf und Privatleben zum Selbstschutz hin (siehe auch Kapitel „Distanzierung“).

Unter Fürsorge verstanden die Interviewten auch einen **respektvollen Umgang** mit Patient\_innen und deren Angehörigen. Patient\_innen mit ihren Sorgen sollten ernst genommen werden. Ferner sollte ein würdevoller, pietätvoller und respektvoller Umgang nicht nur mit den Lebenden, sondern auch mit den Toten praktiziert werden. Mehrere Befragte berichteten zum Thema Fürsorge eigene positive, aber auch negative Erfahrungen. Aus ihren Beobachtungen von medizinischem Personal sowie aus ihren eigenen Erfahrungen als Patient\_innen heraus schafften sie Vorbilder für ihr eigenes ärztliches Handeln.

### 3.3.4.7 Fassung behalten

Eine weitere Anforderung einiger Interviewparten\_innen an Ärzt\_innen war ihre Emotionen zu kontrollieren und vor Patient\_innen und deren Angehörigen die Beherrschung zu behalten. 5 der 18 Befragten (28%) vertraten diese Ansicht. Davon waren 3 Assistenzärzt\_innen und 2 PJ-Student\_innen

Von den Interviewten wurden **zwei Formen** dieses Kontrollverlusts beschrieben. Einmal ging es um Trauer und Anteilnahme, die den Betroffenen nur maßvoll gezeigt

## Ergebnisse

werden sollten. Auf der anderen Seite müsse die eigene, vielleicht auch mangelnde, Sympathie gegenüber manchen Patient\_innen kontrolliert werden.

In den Interviews wurde thematisiert, dass Ärzt\_innen ihre Emotionen im beruflichen Kontext kontrollieren sollten. Dies gelte vor allem für den Ausdruck von Trauer und Anteilnahme, etwa vor Patient\_innen oder Angehörigen zu weinen. 5 Befragte finden dies unangemessen, denn das Zeigen von Emotionen im Krankenhaus sei ein Privileg der Angehörigen. Im Gegensatz dazu müssten Ärzt\_innen ihre Emotionen kontrollieren, bis es für deren Äußerung einen adäquaten Raum gäbe, etwa in der Privatsphäre zu Hause. Es sei vollkommen legitim, Gefühle zu verspüren, jedoch müssten diese bis zum richtigen Rahmen, unterdrückt werden:

„[...] als Arzt darf man nicht wirklich viel, nicht zu viel Mitgefühl zeigen, das ist einfach nicht die Rolle, die wir haben“. (Anette S., Z. 22-23)

Es sollte daher unter keinen Umständen zu einem Rollentausch kommen. Der Beistand für die Angehörigen stehe im Vordergrund, und deswegen wurde kritisch gesehen, wenn Angehörige Ärzt\_innen trösten. Anette S. berichtet von einem für sie prägenden Erlebnis aus ihrer Jugend, was ihre Berufsauffassung langfristig veränderte. Der Vater der Nachbarsfamilie starb plötzlich an einem Herzinfarkt. Anette S. besuchte mit ihrer Familie die Nachbarn, um ihr Beileid auszusprechen. Dort beobachtete sie einen Rollentausch, indem der Sohn des Verstorbenen die Besucher tröstete, anstatt selbst Trost zu erfahren, was „ihn brutal nervt[e]“ (Z.212).

„[...] die Ärzte sind nicht die, die die Fassung verlieren dürfen. Die Eltern dürfen nicht die Rolle haben, die Ärzte trösten zu müssen oder so. Und so ein bisschen, dass man halt eigentlich derjenige ist, der weiter weg ist und eigentlich das mit einer anderen Fassung nehmen muss, auch wenn es schlimm ist [...]“ (Anette S., Z. 216-219)

Durch die Aussage des Sohns verstand Anette S., wie unangebracht und belastend dieser Tausch der Rollen und Zuständigkeiten von Patient\_innen oder Angehörigen empfunden werde. Für ihren eigenen Berufsweg nehme sie sich daher vor, es niemals so weit kommen zu lassen.

Ein weiterer wichtiger Grund für emotionale Selbstkontrolle sei die Wahrung der Funktionalität, um mit der Arbeit fortfahren zu können. Mit einer gedanklichen Blockade

## Ergebnisse

durch starke Emotionen könne man den ärztlichen Aufgaben weniger fokussiert nachgehen und Patient\_innen nicht optimal versorgen.

Zudem sei es auch eine Erwartungshaltung der Angehörigen und Patien\_innen, dass Ärzt\_innen die Kontrolle über ihre Gefühle behalten. Sie sollten Qualitäten wie Stabilität, Stärke, Trost und Ruhe ausstrahlen, da die Betroffenen in solchen Situationen darüber nicht mehr verfügen. Den Angehörigen sei deshalb nicht geholfen, wenn Ärzt\_innen die Fassung verlieren. Die Interviewten äußern sich auch, dass sie bei Umkehr der Verhältnisse, also wenn sie selbst sterben würden, offen gezeigte Emotionen der/des Ärztin/Arztes nicht wünschen würden. Anteilnahme sei zwar erwünscht, sollte aber nur maßvoll nach außen gezeigt werden. Die PJ-Studentin Maria V. brachte diese Balance aus Mitgefühl und Selbstkontrolle, die ihrer Meinung nach auch Erwartung der Bevölkerung sei, mit folgender Aussage auf den Punkt:

„Ja, und gleichzeitig würde ich jetzt rational sagen, soll man einen Teil Empathie haben und einen Teil aber auch stark sein, weil, das wird ja auch einfach erwartet, dass man stark ist und nicht die Ärztin dann danach heulend in der Ecke sitzt.“ (Maria V., Z.556 - 558)

Ein weiterer angeführter Grund für die Gefühlskontrolle war die Beibehaltung von Objektivität, um alle Patientin\_innen gleich und fachlich korrekt zu behandeln. Sich von seinen Gefühlen und Sympathien leiten zu lassen berge die Gefahr einer vorschnellen Einschätzung und Beurteilung von Patient\_innen, und damit möglicherweise den Ernst der vorliegenden Krankheit zu unterschätzen. Den Interviewten sei klar, dass Sympathie für oder Antipathie gegen Menschen schwer beeinflussbar seien; jedoch dürften diese niemals die Qualität der Arbeit beeinflussen. Jede medizinische Betreuung müsse von Emotionen frei sein und alle Patient\_innen müssen mit derselben Grundhaltung gleich behandelt werden. Arthur M. berichtete, dass ihm dieses Gleichheitsprinzip der Behandlung manchmal jedoch nicht gelinge:

„Also man muss auch als Arzt sich klar sein, dass man manche Leute mag und manche nicht. Und man muss versuchen, es auszugleichen, aber ganz gelingt einem das natürlich nicht.“ (Arthur M., Z.397 - 398)

Auch von anderen Interviewten wurde von Schwierigkeiten in der Umsetzung der emotionalen Kontrolle berichtet. Erschwerende Faktoren seien das junge Alter oder der

## Ergebnisse

plötzliche Tod von Patient\_innen sowie eine lange Betreuung und eine emotionale Bindung zu Patient\_innen oder deren Angehörigen. Zudem wirkten fordernde oder anstrengende Charakterzüge von Patient\_innen erschwerend. Besonders der Abschied von lieb gewonnenen und jetzt sterbenden Patient\_innen wurde als besonders herausfordernde Situation beschrieben: Hier sei es besonders schwer, nicht die emotionale Fassung zu verlieren.

Anette S. beschrieb mehrere für sie schwierige Situationen, in denen sie im Konflikt zwischen der selbstgewählten Anforderung der emotionalen Kontrolle am Arbeitsplatz und ihrer eigentlichen Gefühlswelt stand. Sie führte als Beispiel ihren ersten Patienten auf der pädiatrischen Onkologie an. Dort behandelte sie einen kleinen Jungen mit Hodgkin-Lymphom, der nach Therapie seiner schweren Begleiterkrankung eigentlich eine sehr gute Prognose hatte. Überraschend stellte er sich zwei Wochen später mit einem Rezidiv vor. Die Situation war so aussichtslos, dass sie ihn zum Sterben nach Hause entließ. Durch ihre enge emotionale Bindung an den Jungen und ihrer Sympathie für ihn und seine Familie beschäftigte sie das Schicksal sehr. Sie war von ihren Gefühlen überwältigt:

„[...] da sind mir die Tränen übel geflossen und ich musste echt schnell das Zimmer verlassen und ich wollte halt nicht mehr, dass ich in so eine Situation komme. Das war mir extrem unangenehm, dass ich als Ärztin, die die Leute ja behandelt und die irgendwie halt eigentlich nicht für das Emotionale einfach zuständig ist, dass man da so die Fassung verliert in solchen Situationen [...]“ (Anette S., Z. 161-163)

Dieses Beispiel zeigt, wie eine gewisse emotionale Distanz Voraussetzung für die Ausübung der Kontrolle ist (siehe dazu „Distanzierung“). Als Konsequenz nahm sich Anette S. vor, sich mehr von ihren eigenen Gefühlen zu distanzieren und sich kontrollierter zu zeigen.

Nach Meinung der Interviewten kann und soll die Kontrolle über die eigenen Emotionen erlernt und geübt werden. Dies könne jedoch im Studium (etwa durch Rollenspiele) nur bedingt vorbereitet werden, vielmehr seien wiederholte emotional herausfordernde Situationen aus der Praxis lehrreich, da hier viel intensivere und vielfältigere Emotionen hervorgerufen werden. Dennoch zeigten sich die Interviewten für die universitären Lernangeboten dankbar.

Aufgrund der schwierigen Umsetzung wurde dem Kontrollverlust von Ärzt\_innen, besonders in emotional herausfordernden Situationen, Nachsicht geschenkt. Starke

emotionale Reaktionen wurden von den Interviewten nicht als Schwäche, sondern als etwas Natürliches angesehen.

### 3.3.4.8 Entscheidungen treffen

Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs sei es, Entscheidungen zu treffen und für diese die Verantwortung zu übernehmen. Dies treffe besonders beim Wechsel von einem kurativen zu einem palliativen Behandlungsansatz zu. Die Subkategorie „Entscheidungen treffen“ wurde den Textstellen zugeteilt, in denen die Interviewten dies thematisierten. Zudem äußerten sie sich dazu, wer schwerwiegende Entscheidung treffen sollte und welche Entscheidungen in den ärztlichen Aufgabenbereich gehörten. Außerdem wurden Vorgehensweisen für die Entscheidungsfindung angeführt.

5 Interviewte (28%), 4 Assistenzärzt\_innen und 1 PJ-Studentin sprachen über diese Thematik. Einigkeit herrschte darüber, dass manche ärztliche Entscheidungen schwerwiegend seien und die persönliche Verantwortung groß sei.

Mehrfach wurden Beispiele angeführt, in denen medizinische Entscheidungen ausschließlich durch Oberärzt\_innen oder erfahrene Kollegen getroffen wurden. Dies legt nahe, dass für Entscheidungen von erheblicher Konsequenz erst ein gewisser Erfahrungsschatz nötig sei. Für diese Annahme steht beispielhaft die Erfahrung von Maresa B.: Einem stark schmerzgeplagten Tumorpatienten halfen nicht einmal hohe Morphindosen mehr, sein Leiden symptomatisch zu lindern. Eine weitere Erhöhung der Morphindosen bedeutete ein hohes Risiko für einen Atemstillstand; dieses wollte aber Maresa B. als Assistenzärztin nicht in Kauf nehmen. Letztendlich nahm ein erfahrener Oberarzt mit seinem Entscheid für hohe Morphindosen bewusst das Risiko in Kauf, um dem Patienten in seinen letzten Tagen effektiv die Schmerzen zu nehmen:

„[er] hat den [Morphinperfusor] einfach mal aufs dreifache hochgedreht und gemeint, ja, muss man jetzt mal gucken und wenn er aufhört zu schnaufen, dann hört er halt auf zu schnaufen und dann hat es auch irgendwann angerührt. Aber das war halt so, man hätte sich nie getraut, so zu handeln.“ (Maresa B., Z. 43-46)

Die Qualität den Mut aufzubringen solch eine riskante Entscheidung zu treffen wurde oft bei erfahrenen Ärzt\_innen, also Oberärzt\_innen, besonders hervorgehoben. Oft ging es in den Interviews um die Frage, ob das Therapieziel von kurativ auf palliativ

## Ergebnisse

umgestellt werden dürfe. Auch hier befinden sich besonders erfahrene Ärzt\_innen wie die Oberärzt\_innen in einer exponierten Position:

„Ja, also sozusagen dass der Oberarzt da so ein bisschen Gott spielt. [...] also nicht bewundern, sondern so ein bisschen, oh Gott, der entscheidet jetzt hier, der entscheidet das. [...] oh Gott, und dann entscheidet der später über dein Leben und so.“ (Marianne L., Z. 401-421)

Diese Aussage wirkt so, als wäre der Arzt allmächtig in der Lage über Leben und Tod zu entscheiden – das Bild entspricht dem Arzt als „Gott in Weiß“, der „Leben und Tod in der Hand“ hält (Nadine H., Z.439). Das Realisieren der Tragweite der ärztlichen Entscheidungen wurde mit starken Emotionen verbunden, was mit der Wortwahl deutlich wird („oh Gott“, „krass“):

„Ja, das Krasse, ja, das fand ich eben so verrückt, dass eine externe Person jetzt darüber entscheidet, ob du jetzt sozusagen, also ich habe das dann auch noch immer auf mich bezogen, dass du lebst oder nicht mehr lebst. Das fand ich so krass.“ (Marianne L., Z. 381-383)

Schwerwiegende Entscheidungen zu treffen wurde teilweise als Belastung wahrgenommen. In diesem Kontext wurde auch betont, dass Therapieentscheidungen und die damit verbundene Verantwortung am Ende rein ärztliche Aufgaben seien und somit einen Unterschied zum pflegerischen Beruf darstellen. Es gehöre Mut dazu, manch unangenehme Entscheidung von großer Tragweite zu treffen, vor allem dann auch Verantwortung dafür zu übernehmen und entsprechende Konsequenzen zu tragen. Am Ende trage immer der Arzt die Verantwortung.

In den Interviews wurde beschrieben, wie eine Entscheidungsfindung optimal ablaufen solle: Entscheidungen über das Therapieziel sollten im interdisziplinären Team getroffen werden. So könne nach einer fachlichen Diskussion und nach reifer Überlegung die bestmögliche Entscheidung getroffen werden. Zudem führe dieses Vorgehen zu einer persönlichen Absicherung und einem gemeinsamen Tragen der Verantwortung. Falls Entscheidungen ohne Diskussion im Team getroffen wurden, könne dies zum Gefühl der Hilflosigkeit bei Interviewten führen. Zudem appellierte Marta L. dafür, diese Entscheidungen nicht aufzuschieben, sondern baldmöglichst zu treffen. Sie berichtete von einer belastenden Erfahrung, in der sich der behandelnde

Oberarzt nicht festlegen wollte, ob der betreute Patient nun palliativ zu behandeln sei oder ob er im Notfall reanimiert werden sollte. Als der Patient dann tatsächlich Atemnot entwickelte und zu ersticken drohte, war Marta L. allein mit dem Entscheid über weiteres Handeln. Sie verspürte dabei eine große Hilflosigkeit und fühlte sich allein gelassen und überfordert. Klare gemeinsame Entscheidungen zur rechten Zeit hätten ihr diese belastende Erfahrung erspart. Auf der anderen Seite wurde beschrieben, wie schwierig es war, die Entscheidung vorgesetzter Ärzt\_innen zu akzeptieren und danach zu handeln, wenn man deren Einschätzung nicht teilte.

Bei der Entscheidungsfindung sei es zudem wichtig, sich ausführlich vorher mit dem Fall auseinanderzusetzen, die Überlebenschancen der/des Patientin/en realistisch einzuschätzen und fachlich auf dem neusten Stand zu sein. Erst dann solle man eine gut überlegte Entscheidung fällen, mit der man sicher leben könne. Von dieser Grundhaltung solle man nicht abweichen. Gerade bei schwerwiegenden Fragen wie dem Therapieziel sei es essentiell, eine einheitliche und gerade Linie von Entscheidungen zu fahren und diese konsistent und argumentativ zu verteidigen. Um dies umsetzen zu können, sei es zudem wichtig einen klaren Kopf zu bewahren und sich nicht von Emotionen beeinflussen zu lassen. Daher sei eine emotionale Distanz zu Patient\_innen für Entscheidungsprozesse die Grundlage (siehe dazu „Distanzierung“).

Es wurde zudem betont, dass mit zunehmender Arbeitserfahrung und steigender Exposition mit Sterben und Tod mehr Augenmerk auf Details des vorliegenden Falls gelegt wurde. Entscheidungen würden mit mehr Vorsicht getroffen werden, da sich die Interviewten der Auswirkungen für die Betroffenen bewusst waren.

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass einigen Interviewten erst durch ihre Sterbeerfahrungen die Tragweite ärztlicher Entscheidungen und die damit verbundene Verantwortung bewusst wurde. Schwerwiegende Entscheidungen seien ganz klar Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs.

### **3.3.4.9 Sonstiges**

In dieser Subkategorie werden die Textstellen vorgestellt, die den anderen Kategorien des veränderten Arzttollenverständnisses nicht zugeordnet werden konnten.

Jan N. nahm sich nach Miterleben von unerwarteten Todesfällen vor, Situationen in der Klinik ernster zu nehmen. Er wolle die Lage richtig einzuschätzen lernen, um nicht

erneut vor unveränderbaren Situationen zu stehen und dann das Gefühl von Kontrollverlust und Ohnmacht ertragen zu müssen. Kornelia K.'s Vorsatz war es, bei ihren ärztlichen Aufgaben Prioritäten zu setzen und diese fokussiert abzuarbeiten. Marianne L. beschrieb voller Bewunderung ihr Bild von internistischen Intensivmediziner\_innen, die trotz Erschöpfung immer leistungsfähig seien.

### **3.3.5 Verhalten im Privatleben**

In dieser Subkategorie geht es um die Auswirkungen der geschilderten Sterbeerlebnisse auf die private Lebensführung der Interviewten, was von 13 der 18 Teilnehmenden, also 72%, thematisiert wurde. Dabei handelte es sich um 8 Assistenzärzt\_innen und 5 PJ-Student\_innen.

Ein zentrales Thema stellte die Schwierigkeit der Trennung von Arbeit und Privatleben dar. Oft wurde von Interviewten beschrieben die Arbeit gedanklich mit nach Hause zu nehmen und sich dort weiter mit Patientenschicksalen zu beschäftigen, besonders wenn eine enge Bindung zur/m Patientin/en bestand. Vielen Mediziner\_innen fiel es zudem schwer sich von ihren Erfahrungen emotional zu distanzieren, sie spürten ihre Trauer oft noch zu Hause oder machten sich weiter Gedanken und Sorgen um ihre Patient\_innen, was als Belastung wahrgenommen wurde:

„Es war mehr so, dass ich halt auch dieses Unwohlsein mit nach Hause genommen habe. Nicht immer, aber schon oft.“ (Arthur M., Z.148-149)

Auch Anette S. spürte massive Auswirkungen auf ihre private Lebensführung: Die Assistenzärztin der Pädiatrie entließ ein junges Mädchen nach Hause; dabei konnte sie sich nicht überwinden, sich von ihr zu verabschieden (Fallbeispiel im Kapitel „Vermeidung“). Das folgende Wochenende hatte sie große Schwierigkeiten, ihre Freizeit zu genießen und litt unter dem Gefühl privates Vergnügen nicht zu verdienen, weil es ihrer Patientin zeitgleich schlecht ging. In ihren Augen war es unfair, einen schönen Alltag zu haben, während ihre Patientin litt.

„Man hat halt so das Gefühl, man darf nicht mehr jetzt zum Sport gehen, sich mit Freunden treffen irgendwie, man kann jetzt nicht einfach so sein Leben weiterleben und dieses arme Mädchen jetzt sterben lassen.“ (Anette S., Z. 476-478)

## Ergebnisse

Vier Interviewte betonten jedoch, dass ihnen die Trennung gut gelinge: Mit Verlassen des Klinikgebäudes seien für sie die Patientenfälle gedanklich und emotional abgeschlossen. Es wurde zudem betont, dass diese Trennung einen Lernprozess darstelle und Übung benötige.

Des Weiteren kam es oft außerhalb des beruflichen Umfelds zur Vermischung der Rollen: Viele Interviewte hatten den Eindruck im privaten Umfeld nicht nur Angehörige\_r oder Freund\_in zu sein, sondern auch Ansprechpartner\_in für medizinische Fragen. Sie fühlten sich für die medizinischen Belange ihrer Lieben verantwortlich. Somit war die Ursache für die Rollenvermischung sowohl intrinsischer wie extrinsischer Natur. Während manche Interviewte betonten die bewusste Entscheidung gefällt zu haben privat auch als Ärztin/Arzt aufzutreten, so gaben andere an darauf keinen Einfluss zu haben. Die ärztliche Tätigkeit werde von Arthur M. als Beruf gesehen, während das Arztsein Teil seiner Identität sei, die er nicht nach Feierabend ablegen könne:

„Ich sehe die Arbeit als den Bereich, wo ich manche Sachen tun muss und dafür kriege ich Geld, aber das Arztsein ist eigentlich mehr. Das kann man nicht abstellen. (Arthur M., Z. 415-417)

Manchmal führte diese Vermischung der Rollen so weit, dass manche Interviewte in der palliativen Behandlung von Verwandten involviert waren. So koordinierte diese beispielweise Arthur M. bei seiner eigenen Großmutter, nachdem er mit der ihrer Behandlung nicht zufrieden war. Er sah sein medizinisches Vorwissen als großen Vorteil an, da er dadurch in eine distanzierte Rolle als Behandler schlüpfen und sie medizinisch so gut wie möglich betreuen konnte:

„Es hat mir eine gewisse, aber nicht negative Distanz zu dem Geschehen geschaffen. Ich habe halt meine Oma gleichzeitig als die Oma, die ich kenne und liebe betrachtet und aber auch als Patient, wo ich mir jetzt anschauen muss, was ist denn jetzt eigentlich das Problem und braucht sie jetzt Sauerstoff oder nicht und was sie will, hat sie uns schon ganz klar gesagt.“ (Arthur M., Z. 255-258)

Arthur M. und auch anderen Interviewten half das Eingebundensein in die medizinische Behandlung auch bei der Verarbeitung von familiären Todesfällen. Auf der einen Seite half es ihnen, aktiv mithelfen zu können und nicht passiv zuschauen

zu müssen. Andererseits konnten sie die Verläufe von Angehörigen besser einordnen als Menschen ohne medizinischen Hintergrund. Durch die Konzentration auf die medizinischen Belange und durch das simultane Wahrnehmen der/des Angehörigen als Patientin/en konnte zudem emotionale Distanz zum Geschehen aufgebaut werden, die den Umgang damit erleichterte.

Das Miterleben schwerer Schicksale und Verläufe, gepaart mit medizinischem Wissen, habe auch dahingegen Auswirkungen, dass manche Interviewte ängstlicher wurden und beispielsweise hinter manchen Symptomen gleich das Schlimmste erwarteten oder auf der Autobahn langsamer fuhren. Bei der PJ-Studentin Marianne L. führten ihre Sterbeerfahrungen sogar dazu, dass sie aus dem Wunsch heraus ihren sterbenden Großvater nicht mit den Augen einer Medizinerin zu sehen und ihn als Patient wahrzunehmen, sich dazu entschied ihn gar nicht zu besuchen und vermied ihn im Sterbeprozess zu sehen.

„[...] also ich kenne das ja mit den Patienten und dann will ich das irgendwie gerade nicht so sehen. Also mein Opa ist ja dann schon was Besonderes und den jetzt so einfach als den normalen Krankenhauspatienten abzustempeln, das wollte ich dann irgendwie nicht so richtig [...]“ (Marianne L., Z. 196-198)

Als Auswirkung von ihren Erfahrungen beschrieben Interviewte, dass sie medizinische Behandlungen eher hinterfragten, wenn es sie selbst oder ihre Lieben betraf. Auch hier traten sie in der Rolle der Ärztin/ des Arztes auf, wenn sie versuchten ihre Lieben medizinisch zu beraten oder deren Handlungen aus der Position der Ärztin/ des Arztes bewerteten.

Die Kapitel „Tod zulassen“ und „Wünsche für Sterben und Tod“ erläutern, wie sich bei vielen Interviewten durch ihre beruflichen Erfahrungen mit Sterben und Tod ihre Einstellung zu lebensverlängernden Maßnahmen veränderte. Nachdem sie bei Patient\_innen miterleben mussten, welche Auswirkungen es hatte, wenn keine Patientenverfügung vorhanden war, sicherten sich einige Mediziner\_innen dahingegen ab und versuchten auch ihre Angehörigen von einem Verfassen zu überzeugen. Zudem animierten sie ihre Angehörigen dazu, sich über ihren Tod Gedanken zu machen und dahingegen Wünsche zu formulieren.

Durch die Erkenntnis der Unberechenbarkeit des Todes nahmen vielen Interviewte ganz bewusst die Vergänglichkeit ihres Seins und das ihrer geliebten Menschen wahr. Aus dieser Erkenntnis heraus versuchten sie mehr im Moment zu leben, vermieden

## Ergebnisse

Prokrastination und wussten die gemeinsame Zeit mit ihnen wichtigen Menschen zu schätzen. Lukas H. etwa achtete deswegen immer auf eine schöne Verabschiedung von seinen Lieben.

Eine wichtige Veränderung durch die Sterbeerlebnisse war auch, dass einige Interviewte Konflikte und Ärgernisse des Alltags gelassener sahen und sie in Relation mit den schweren Schicksalen im Krankenhaus setzten. Viele zuerst scheinbar bedeutende Fragen und Entscheidungen verloren so ihre Wichtigkeit. Es schien, als würde man durch diese veränderte Wahrnehmung das Leben bewusster und leichter erleben. Jedoch betonten einige Interviewte, dass dieses veränderte Verhalten oft nicht von langer Dauer sei, sondern v. a. unmittelbar nach einer aktuellen Sterbeerfahrung vorherrsche und sie danach schnell in alte Muster zurückfielen. Anette S. beschreib etwa, wie ein Kind überraschend aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas verstarb. Am Abend nach dessen Versterben habe dies Einfluss auf ihre Wertung privater Probleme gehabt, doch schnell sei dies wieder verschwunden:

„[...] die privaten Dinge werden dann manchmal klein. Und nicht die ganze Zeit, also das wäre ja schön, wenn man die ganze Zeit ganz locker und entspannt in seinem eigenen Leben wäre, weil man weiß, was für Katastrophen es in der wirklichen großen Welt gibt, aber so manchmal holt es einen total auf den Boden zurück [...]“ (Anette S., Z. 510-514)

Auch Kornelia K. war sich bewusst, dass dieser Blick für Wesentliches oft nach gemachten Erfahrungen vorherrsche, aber leicht wieder an Bedeutung verliere und in der Hektik des Alltags schwer Bestand habe. Deswegen forderte sie eine beständige Erinnerung an den Vorsatz, sich nicht über Kleinigkeiten zu ärgern und das Leben, so wie es ist, zu schätzen.

## 4 Diskussion

Es erfolgt nun eine Zusammenfassung der präsentierten Ergebnisse und ein Vergleich mit den Erkenntnissen aus bereits veröffentlichten Studien. Dabei gehe ich auf Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede ein und erläutere mögliche Gründe für Differenzen und Gemeinsamkeiten. Im Anschluss diskutiere ich Limitationen der vorliegenden Studie und gebe zuletzt einen Ausblick, wie nachfolgende Studien aussehen könnten und welche Relevanz meine Erkenntnisse für die verbesserte Ausbildung und den klinischen Alltag haben könnten.

Durch die hohe emotionale Belastung von Medizinstudierenden und Ärzt\_innen durch Sterben und Tod von Patient\_innen (Borasio, 2013; Jackson et al., 2005; Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Rhodes-Kropf et al., 2005; Whitehead, 2014) erschien die Untersuchung des Erlebens, des Umgangs und der langfristigen Folgen durch solche Erfahrungen hochrelevant. Es wurde dabei angenommen, dass freies Erzählen von prägenden Erfahrungen die reichsten Informationen liefern würde, um die subjektiven Perspektiven der Studierenden und Ärzt\_innen in Weiterbildung zu erfassen und zu verstehen. Die Belastung durch Patiententodesfälle nimmt mit zunehmender Berufserfahrung ab (Dickinson et al., 1999). Zudem bestand die Annahme, dass die Übergangsphase vom Studium zum Berufsleben mit der Zunahme an Patientenkontakten und wachsender Verantwortung besonders die Einstellungen und Verhaltensweisen prägt, weswegen PJ-Studierende und Ärzt\_innen in fortgeschrittenen Weiterbildungsjahren für unsere Untersuchung ausgewählt wurden. Als theoretische Grundlage diente Lazarus' Stresstheorie, die Stresssituationen als Wechselwirkungsprozesse zwischen der Situation und der handelnden Person sieht (Fischer & Wiswede, 2014): Die subjektive Bewertung der Situation ist hierbei entscheidend. In einer ersten Bewertung wird dabei entschieden, ob die Situation (hier Erfahrungen mit sterbenden oder verstorbenen Menschen) irrelevant, positiv oder belastend ist (Erleben der Situation). Im Falle einer belastenden Bewertung erfolgt dann in einer sekundären Bewertung die Überprüfung der verfügbaren Ressourcen; dementsprechend wird daraufhin eine Bewältigungsstrategie entworfen. Nach einer erneuten Bewertung können dynamisch Anpassungen vorgenommen werden.

Des Weiteren wurde von der interaktionistischen Rollentheorie ausgegangen. Diese besagt, dass Rollen individuell gestalt- und veränderbar sind und durch Interaktionen entstehen. Rollenerwartungen dienen als Katalog möglicher Situationen und Handlungsweisen, die Erscheinungsweisen als typisch erkennbar machen

(Schwinger, 2007). Gemäß dieser Theorie gestalten die Interviewten ihre Arztrolle individuell und dynamisch durch Interaktionen; zudem können Rollenerwartungen aufgedeckt werden.

### 4.1 Erleben der Situation

Das Erleben von Sterbeerfahrungen wurde in emotionale, kognitive und körperliche Reaktionen eingeteilt, vergleichbar mit der Studie von Batley et al. (2017). Todesumstände, das Alter der/des Sterbenden, der Erfahrungsschatz der/des Interviewten mit Sterben und Tod, die persönliche Beziehung und Sympathie zur/m Sterbenden sowie der Grad an Interaktion mit den Angehörigen hatten großen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und die Intensität der entsprechenden Reaktionen. So wurde der Tod eines jungen Menschen, insbesondere von Kindern oder eines/r länger betreuten und der/dem Interviewten sympathischen Patientin/en deutlich belastend erlebt. Diese Einflussfaktoren lassen sich in gleicher Weise in der Literatur wiederfinden (Batley et al., 2017; Williams et al., 2005). Die ersten Sterbeerfahrungen wurden als besonders prägend mit starken emotionalen Reaktionen erlebt. Dies stimmt mit den Erkenntnissen aus der Literatur überein (Batley et al., 2017; Jedlicska et al., 2021; Rhodes-Kropf et al., 2005; Trivate et al., 2019). In der Studie von Rhodes-Kropf et al. (2005) beschrieben sogar 66% der interviewten Medizinstudierenden die ersten Sterbeerfahrungen als die prägendsten.

Beim **emotionalen Erleben** konnten 12 verschiedene Emotionen als Reaktionen auf Sterbeerfahrungen identifiziert werden. Dabei war die am häufigsten beschriebene Emotion positiver Natur, nämlich Zufriedenheit. Dennoch wurde mit Betroffenheit, Angst, Hilflosigkeit, Mitleid, Trauer, Wut, Schock, Überforderung, Schuld und wenig emotionaler Teilnahme die Mehrheit der beschriebenen Erfahrungen mit negativen Emotionen assoziiert. Diese negativen Emotionen lassen sich mehrheitlich auch in der Literatur wiederfinden (Batley et al., 2017; Talwalkar et al., 2019). Mitleid stellt eine Emotion dar, die in den bisherigen Studien nicht in der entsprechenden Tiefe beschrieben wurde, jedoch in unserer Untersuchung einer größeren Bedeutung zukommt. Zudem bietet unsere Studie eine umfassendere Perspektive an. Mitleid wurde interessanterweise besonders gegenüber den Angehörigen von sterbenden Menschen empfunden. Eine weitere positive Emotion, nämlich Bewunderung, konnte identifiziert werden.

Wie bereits erwähnt war **Zufriedenheit** die am häufigsten beschriebene Emotion in den Interviews. Sie wurde im beruflichen Kontext v. a. dann ausgelöst, wenn die Interviewten einer/m Patientin/en einen „schönen“ Tod ermöglichen oder diesem beiwohnen konnten. Ein „schöner Tod“ wurde mit Qualitäten wie schmerzfrei, friedlich, unter Symptomkontrolle, nach der Möglichkeit der Abschiednahme und/oder im Beisein der Angehörigen assoziiert. Einen Beitrag für einen „schönen“ Patiententod zu leisten, auch durch psychosoziale Unterstützung, wurde von den Interviewten als äußerst bereichernd wahrgenommen. Auch wenn die Interviewten keinen aktiven Beitrag dabei leisteten, löste allein das Beobachten eines solchen Todes Zufriedenheit aus. Im privaten Kontext gehörte zu den oben genannten Aspekten auch, dass die sterbende Person im Reinen mit sich und ihrem Umfeld war. Das häufige Nennen dieser Emotion in der hier vorliegenden Studie steht im Gegensatz zu großen Teilen der Literatur, in der kaum positive Emotionen angeführt wurden. In der Studie von Talwalker et al. (2019) war beispielsweise die einzige positive Emotion, die im Zusammenhang mit dem Erleben von Sterbeerfahrungen genannt wurde, Erleichterung. Diese wurde dort aber auch nur von knapp 4% der Medizinstudierenden erwähnt. In der hier vorliegenden Studie beschrieben dagegen 78% aller Interviewten Zufriedenheit als emotionale Reaktion. In der Studie von Ratanawongsa et al. (2005) wurden manche Sterbeerfahrungen von den Student\_innen als Bereicherung wahrgenommen. Dies war der Fall, wenn die Sterbebegleitung nach den Wünschen der Patient\_innen erfolgte und die behandelnden Ärzt\_innen als Vorbilder für die Student\_innen agierten und diese im Prozess eng betreuten. In einer anderen Studie (Cripe et al., 2017) wurden 70,7% der Erfahrungen mit dem Sterben von Patient\_innen im Rahmen eines Praktikums in der Inneren Medizin von Medizinstudierenden positiv bewertet. Diese positive Wahrnehmung wurde durch eine effektive Betreuung der Studierenden und vor allem durch das vorbildliche Verhalten des medizinischen Personals gegenüber den Patient\_innen verursacht: Es wurde als empathisch, unvoreingenommen, altruistisch, ehrlich kommunizierend und die Autonomie der Patient\_innen akzeptierend beschrieben (Cripe et al., 2017). In Studien mit speziell ausgebildetem Personal wird Palliativmedizin trotz der hohen emotionalen Belastung als sehr bereichernder und lohnender Aufgabenbereich angesehen (Sinclair, 2011; Slocum-Gori et al., 2013; Zambrano et al., 2012). Dieser Unterschied im Erleben von Sterbeerfahrungen durch andere Fachrichtungen lässt sich möglicherweise durch die palliativmedizinische Ausbildung und das größere Hilfsangebot für diesen Bereich

erklären. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer adäquaten Ausbildung in Palliativmedizin und den Nutzen von Hilfsangeboten für alle Fachgruppen für das positive Erleben von Sterbeerfahrungen.

**Betroffenheit** war die zweithäufigste beschriebene Reaktion auf Sterbeerfahrungen (67%). Hier wurde besonders gefühlsintensive und plakative Sprache verwendet. Auslöser waren etwa unerwartetes, einsames, qualvolles Versterben oder Versterben unter dramatischen Umständen. Ein weiterer Auslöser für Betroffenheit war oft die Anwesenheit von Angehörigen, denn dadurch wurde Leid direkt ersichtlich. Hintergrund dafür könnte sein, dass das Leid der Sterbenden mit deren Tod endet, jenes der Angehörigen sich jedoch durch den Tod einer geliebten Person meist verstärkt. Die persönliche Bindung der Mediziner\_innen zur/m Sterbenden oder den Angehörigen hatte großen Einfluss auf das Auftreten von Betroffenheit; zu den verstärkenden Faktoren zählten der persönliche Bezug, die Dauer der Behandlung und Sympathie. Der große Einfluss der persönlichen Bindung auf das Erleben wurde mehrfach in der Literatur ausführlich beschrieben (Jackson et al., 2005; Ratanawongsa et al., 2005; Redinbaugh et al., 2003; Trivate et al., 2019). Ein weiterer Einflussfaktor war das Alter der/des Sterbenden, besonders das Versterben von Kindern evozierte tiefe Betroffenheit. Diese Ergebnisse unserer Studie stimmen mit der Literatur überein (Kelly & Nisker, 2010; Pessagno et al., 2013). Zudem spielte der Umgang der Betroffenen mit dem eigenen bevorstehenden Tod eine Rolle: Eine den Tod akzeptierende Haltung wurde als Erleichterung wahrgenommen. Die beschriebenen Auslöser und Einflussfaktoren auf das Verspüren von Betroffenheit konnten in dieser Weise auch von Batley et al. (2017) identifiziert werden. Betroffenheit wurde von mehr Ärzt\_innen als Studierenden (7 vs. 5) beschrieben; dies lässt sich eventuell durch deren engere Patienten- und Angehörigenbetreuung erklären.

**Angst** konnte bei 61% der Interviewten als Reaktion auf Sterben und Tod identifiziert werden. Besonders bei der ersten Sterbeerfahrung wurde diese Emotion empfunden und meist im Sinne von Angst vor dem toten menschlichen Körper auf. An anderen Stellen wurden Existenzangst, Verlustangst und Versagensängste beschrieben. Zudem fürchteten die Interviewten bestimmte Todesumstände wie einsames oder qualvolles Versterben. Existenzangst, also Angst vor dem eigenen Tod, wurde von Interviewten in dieser wie anderen Studien mehrfach beschrieben (Talwalkar et al., 2019). Der Tod von Patient\_innen wird oft als persönliche Bedrohung von Ärzt\_innen wahrgenommen, da sie dadurch mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert werden

(Kvale et al., 1999). Die Terror-Management-Theorie besagt, dass das Bewusstsein über die eigene Sterblichkeit lähmend wirken kann und dass als Puffer dagegen die eigene Weltanschauung und das eigene Selbstwertgefühl dienen (Greenberg et al., 1992). Wie auch in der Literatur ließ sich in unserer Studie ein Zusammenhang zwischen dem Alter, dem Erfahrungsschatz der/s Gesprächspartner\_in und dem Level an Todesangst beobachten (Kane, 1985-1986). In der hier vorliegenden Studie wurde Angst von mehr Studierenden als von Ärzt\_innen beschrieben (7 vs. 4). In einer japanischen Studie wurde Todesangst bei medizinischem Personal signifikant seltener festgestellt als bei Patient\_innen oder Individuen der Allgemeinbevölkerung (Sekiya et al., 2017). Dieses Ergebnis stimmt mit den hier vorliegenden Ergebnissen überein, dass nämlich mit zunehmender Exposition mit Sterbeerfahrungen die Todesangst abnimmt.

**Hilflosigkeit** war eine weitere emotionale Reaktion, die bei 56% der Interviewten beobachtet werden konnte. Hier konnte in Ohnmachtsgefühl (in ausweglosen, nicht veränderbaren Situationen) und Ratlosigkeit unterschieden werden. Ratlosigkeit (wenn die/der Erzählende nicht weiterwusste, es aber wahrscheinlich eine Lösung für die Situation gab) wurde besonders in Bezug auf Situationen am Anfang der medizinischen Laufbahn erwähnt. In diesem Rahmen wurde die mangelnde Vorbereitung im Medizinstudium auf die Betreuung sterbender Patient\_innen sowie fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte kritisiert. Meist handelte es sich um die Unfähigkeit, körperliches und/oder seelisches Leid zu nehmen. Zudem wurde Ohnmachtsgefühl besonders gegenüber der mangelnden Einflussnahme auf den Tod empfunden. Auffallend war, wie belastend diese Emotion schon während des Erlebnisses für die Interviewten war und sich als Verzweiflung über die eigene Handlungsunfähigkeit ausdrückte. Hilflosigkeit, besonders als Reaktion auf einen Kontrollverlust und im Sinne von Ohnmachtsgefühl gegenüber der Unausweichlichkeit und Gnadenlosigkeit des Todes, wurde von der Gruppe der Assistenzärzt\_innen häufiger als von den Studierenden beschrieben (7 vs. 3). Dies lässt sich durch die größere Verantwortung und Entscheidungsmacht der Ärzt\_innen erklären. In der Literatur wurde das Gefühl der Hilflosigkeit sowohl von Medizinstudierenden (Batley et al., 2017; Talwalkar et al., 2019) als auch von Ärzt\_innen (French-O'Carroll et al., 2019; MacLeod, 2001) als Reaktion auf den Tod einer/s Patientin/en mehrfach beschrieben. Während Talwalkar et al. (2019) und French-O'Carroll et al. (2019) diese Emotion und deren Ursachen nicht ausführten, so sprach MacLeod (2001) von einer

Hilflosigkeit als Reaktion auf einen Kontrollverlust und Batley et al. (2017) von einer Machtlosigkeit gegenüber dem Tod.

Eine häufig genannte positive Emotion war **Bewunderung** (56% der Interviewten). Diese empfanden die Interviewten besonders gegenüber dem Verhalten und der Haltung Sterbender oder deren Angehörigen. Besonders wenn Sterbende ihr Schicksal akzeptierten und versuchten die Nahestehenden nicht zu belasten, wurde dieser Umgang als bewundernswert angesehen. Auf der anderen Seite wurde eine kämpferische, nicht aufgebende Haltung bewundert. Diese beiden Einstellungen wurden auch von Studierenden in der Studie von MacLeod et al. (2003) geäußert. Zudem galt Bewunderung der vorbildlichen Patientenbetreuung durch medizinisches Personal, welches im Kapitel „Arztrollenverständnis“ genauer erläutert wird.

**Mitleid** wurde von 56% der Interviewten als Reaktion auf Sterbeerfahrungen beschrieben und galt interessanterweise besonders den Angehörigen der Verstorbenen, jedoch wurde es auch gegenüber Sterbenden oder dem medizinischen Personal empfunden. Mitleid wurde aufgrund des Schmerzes und der Einsamkeit der Angehörigen empfunden; es verstärkte sich, wenn es sich um den Tod von Kindern handelte, sich die Angehörigen nicht verabschieden konnten oder die Interviewten eine enge emotionale Bindung zu den Angehörigen hatten. Der Kontrast im Mitgefühl mit den Angehörigen und jenem mit den Sterbenden wurde auch von den Interviewten wahrgenommen und dadurch erklärt, dass das Leid der Angehörigen über den Tod ihres geliebten Menschen hinaus anhält oder sich sogar verstärkt. Zudem ist das Leid der Angehörigen häufig durch Reaktionen wie Weinen sichtbar. Mitgefühl mit den Sterbenden wurde v. a. im Zusammenhang mit gewissen Todesumständen geäußert, wie einsames oder qualvolles Sterben, Verlängerung von Leid durch hoffnungslose Therapien oder bei mangelndem Interesse des Umfelds. In der Gruppe der Studierenden kam Mitleid häufiger vor als in der der Ärzt\_innen und wurde häufig in der Beschreibung von Negativbeispielen in dem Auftreten von medizinischem Personal benutzt. Dieser Unterschied lässt sich eventuell durch einen Gewöhnungseffekt und emotionale Abstumpfung der ärztlichen Gruppe erklären. Mitleid gegenüber den Angehörigen wird in der Literatur ebenso wie gegenüber den Patient\_innen beschrieben (Batley et al., 2017; Ratanawongsa et al., 2005); es trat besonders dann auf, wenn die/der Sterbende ähnliche Charakteristika wie die/der Erzählende oder deren Familienmitglieder aufwies.

**Trauer** kam sowohl nach privaten als auch beruflichen Sterbeerfahrungen vor und wurde von der Hälfte der Interviewten erwähnt. Die Beschreibungen waren jedoch vergleichsweise knapp. Trauer wurde in der Literatur als eine der häufigsten emotionalen Reaktionen beschrieben (Pessagno et al., 2013; Talwalkar et al., 2019; Zambrano et al., 2012). Die größten Einflussfaktoren waren eine emotionale Bindung und Sympathie zur/m Sterbenden sowie bestimmte Todesumstände wie junges oder qualvolles Sterben. Weitere Faktoren waren der Lebenswille und die sozialen Umstände der/s Sterbenden.

**Wut** galt besonders dem als Fehlverhalten wahrgenommenen Verhalten von medizinischem Personal und wurde von 44% der Interviewten beschrieben. Dabei handelte es sich v. a. um Situationen, in denen wenig Empathie, Desinteresse oder unsensible Kommunikation gegenüber Patient\_innen oder Angehörigen entgegengebracht wurde und nicht um fehlerhafte medizinische Prozeduren. Dies zeigt die Wichtigkeit zwischenmenschlicher Fähigkeiten am Lebensende, welche im Arzttollenverständnis im Detail erläutert werden. Zudem wurde Wut gegenüber der Unberechenbarkeit und Unfairness des Todes empfunden. Dagegen helfe langfristig nur eine den Tod akzeptierende Haltung – siehe Kapitel der Umgangsstrategien. Wut wurde in der Literatur vergleichsweise wenig beschrieben und auch nicht weiter ausgeführt (Batley et al., 2017; Moores et al., 2007).

44% der Interviewten beschrieben, wie sie mit **Schock** auf Sterbeerfahrungen reagierten. Auslöser waren besonders unerwartete, überraschende Todesfälle, besonders rasant verlaufende Sterbeprozesse oder der Tod eines Kindes. Begünstigend wirkten hier auch Sympathie und die persönliche Bindung zur/m Sterbenden. Der Schockzustand konnte in Konzentrationsproblemen oder Vergesslichkeit resultieren. In Talwalkar et al.'s Studie konnte bei 14% der Medizinstudent\_innen Schock beobachtet werden (Talwalkar et al., 2019). Auch in anderen Studien war Schock eine der beschriebenen emotionalen Reaktionen (Batley et al., 2017; French-O'Carroll et al., 2019; Jackson et al., 2005; Kelly & Nisker, 2010; Rhodes-Kropf et al., 2005). Hierbei handelte sich ausschließlich um Studierende, außer in der Studie von Jackson et al. (2005), wo Schock von deutlich mehr Studierenden als Ärzt\_innen beschrieben wurde. Dies ist kongruent mit unserer Studie, wo nur 2 Ärzt\_innen, jedoch 6 Student\_innen Schock beschrieben, was sich erneut durch die Neuartigkeit der Erfahrungen und die Unerfahrenheit der Interviewten erklären lässt. Auffallend in Jackson et al.'s (2005) und in unserer Studie ist dabei,

dass die Gruppe der Ärzt\_innen nur besonders drastische Patiententode als schockierend beschrieb (Aortendissektion, Tod einer Schwangeren und deren ungeborenen Kindes), während die Gruppe der Studierenden gewöhnliche Todesumstände als schockierend bezeichnete, wenn diese unerwartet auftraten. Dies spricht für ein emotionales Abstumpfen mit zunehmender Exposition mit Todesfällen. 39% der Interviewten beschrieben **Überforderung** im beruflichen Alltag. Diese Emotion wurde dann empfunden, wenn die Interviewten das Gefühl hatten ihrem oder einem externen Arztrollenverständnis nicht gerecht werden zu können. Besonders trat dies in Bezug auf eine ehrliche, offene Kommunikation auf und in der Erwartung, die Fassung zu behalten. Eine solche überfordernde Erwartungshaltung konnte auch bei Batley et al. (2017) und Whitehead et al. (2014) beobachtet werden. Zudem wurden die ersten Erfahrungen mit Sterben und Tod aufgrund ihrer Neuartigkeit als überfordernd wahrgenommen. Als Reaktion darauf folgten teilweise Übersprungshandlungen, wie etwa nervöses Lachen.

Während viele Sterbeerfahrungen eine starke emotionale Reaktion evozierten, so berichteten 39% der Interviewten auf manche Sterbeerfahrungen mit einer **geringen oder ausbleibenden emotionalen Teilnahme zu reagieren**, dieses Phänomen wird auch in der Literatur beschrieben (Batley et al., 2017; Moores et al., 2007; Redinbaugh et al., 2003). Bei Redinbaugh et al. (2003) handelte es sich um 23% der Interviewten, bei Batley et al. (2017) um 25%, somit kam eine geringe emotionale Reaktion in der aktuellen Studie häufiger vor. Manche Student\_innen fühlten sich für diese Reaktion schuldig, was sich so auch in der Literatur wiederfindet (Batley et al., 2017; Ratanawongsa et al., 2005). Als Grund für die ausgebliebene emotionale Reaktion lässt sich eine ausgebliebene Bindung zur/m Patientin/en nennen, etwa wenn die Mediziner\_innen wenig Zeit mit der/dem Patientin/en verbrachten, in der Behandlung weniger eingebunden waren oder die Prognose der/s Patientin/en aussichtslos war. Teilweise konnten die Interviewten jedoch nicht ausmachen, warum sie ein Schicksal berührte und ein anderes nicht, obwohl sie eine emotionale Bindung zur/m Patientin/en hatten. Wenig emotionale Teilnahme konnte bei 5 Studierenden und 2 Assistenzärztinnen beobachtet werden. Dieser Unterschied könnte durch das geringere Eingebundensein in die Patientenbetreuung erklärt werden; er steht im Gegensatz zu den geäußerten Befürchtungen, mit zunehmender Berufserfahrung emotional kalt zu werden.

**Schuldgefühle** waren bei 33% der Interviewten das Resultat, nachdem Patient\_innen aufgrund vermeintlicher Behandlungsfehler oder Fehleinschätzungen verstorben waren. Dies bedeutete eine besonders große emotionale Belastung. Die Interviewten reagierten darauf oft mit weiteren Emotionen wie Scham oder Versagensgefühlen, zudem konnten kognitive Reaktionen wie Selbstzweifel, Selbstvorwürfe und/oder eine langanhaltende gedankliche Beschäftigung mit dem (vermeintlichen) Fehlverhalten folgen. Solche Reaktionen sind auch bei Jackson et al. (2005) beschrieben. Schuldgefühle kamen im Kollektiv der Ärzt\_innen häufiger als bei den Medizinstudierenden vor und lassen sich durch deren größere Verantwortung bei Therapieentscheidungen und deren Zuständigkeit für riskantere Eingriffen im Vergleich zu Student\_innen erklären. Schuldgefühle nach dem Versterben von Patient\_innen sind ein in der Literatur gut exploriertes Thema (Batley et al., 2017; Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Jackson et al., 2005; Moores et al., 2007; Pessagno et al., 2013; Talwalkar et al., 2019; Williams et al., 2005). Jackson et al. (2005) und Pessagno et al. (2013) beschrieben, wie Todesfälle, deren Ursache nicht geklärt werden konnte, die vermeidbar waren oder unerwartet auftraten, häufiger zu Schuldgefühlen führten als solche, die medizinisch geklärt werden konnten oder erwartet eintraten. Diese Ergebnisse kann auch unsere Studie bestätigen.

Beim **kognitiven Erleben** konnten vier verschiedene Gedankengänge der Interviewten identifiziert werden: Diese reichten von Gedanken über Sterben und Tod, Perspektivenübernahme, Frage der Kausalität bis zur Projektion auf sich selbst. In der Literatur wurden vergleichsweise wenige kognitive Reaktionen beschrieben. Zeitdruck und die hohe Arbeitsbelastung wurden als Gründe für eine mangelnde Reflexion angeführt (Ratanawongsa et al., 2005).

Als häufigste Reaktion wurden **Gedanken über Sterben und Tod** in den Interviews beschrieben. Diese Gedanken begannen meist direkt nach einer Sterbeerfahrung, also meist schon während der Schulzeit nach dem ersten Kontakt zu Sterben und Tod. Teilweise wurde eine gedankliche Auseinandersetzung während der Pubertät ganz ohne Auslöser beschrieben, was als Teil der normalen Entwicklung angesehen werden kann (Stoep et al., 2009). Die Dauer und Häufigkeit der gedanklichen Beschäftigung variierten bei den Interviewten stark. Die Inhalte der Gedanken konzentrierten sich meist auf die Sterbeerfahrung selbst, auf den Sterbevorgang sowie auf den Körper der/des Toten. Solche Gedanken konnten auch bei den Studierenden in den Studien von Batley et al. (2017) und Talwalkar et al (2019) beobachtet werden. Zudem wurden

Gedanken über den eigenen Tod sowie den Tod nahestehender Menschen mit entsprechenden Wünschen und Vorstellungen hervorgerufen. Die ersten Gedanken über Sterben und Tod begannen bei einigen Interviewten schon zu Schulzeiten, was nicht verwundert, wenn man bedenkt, dass laut Studien 29-51% aller Medizinstudent\_innen schon vor Studienbeginn einen Todesfall im Umfeld erfahren hatten (Hull, 1991; Talwalkar et al., 2019).

Mehrfach versuchten Interviewte eine Rekonstruktion des Todesablaufes oder die Todesursache herauszuarbeiten, um die **Frage der Kausalität** und der Verantwortlichkeit zu klären. Diese kognitive Reaktion hängt daher eng mit dem emotionalen Erleben von Schuldgefühlen zusammen, falls die eigene Verantwortung herausgearbeitet wurde. Teilweise erfolgte eine Rekonstruktion der Todesumstände aus medizinischem Interesse oder auf der Suche nach Sinnhaftigkeit von tragischen Todesumständen. Ein Abschließen mit der Erfahrung wurde sowohl von den Interviewten dieser Studie als auch in der Studie von Jackson et al. als deutlich einfacher beschrieben, wenn sie den Fall verstanden und die eigene Verantwortung am Tod der/des Patientin/en geklärt war (Jackson et al., 2005).

39% der Interviewten gaben an, gelegentlich die Situation von Sterbenden oder deren Angehörigen **auf sich oder die eigenen Lieben zu projizieren**. Die war meist der Fall, wenn es sich um tragische, negativ erlebte Todesfälle handelte. Meist resultierte dies in dem Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit oder der Nahestehender und konsekutiv in Existenzangst. Begünstigend wirkten hier ähnliche Charakteristika der Sterbenden mit der/dem Interviewten selbst oder Familienmitgliedern. Diese Zusammenhänge konnten auch in der Literatur beobachtet werden (Jackson et al., 2005; Whitehead, 2014). Eine Projektion auf sich selbst oder die Angehörigen konnte bei deutlich mehr Student\_innen als Ärzt\_innen beobachtet werden. Möglicherweise vermieden Ärzt\_innen aus Selbstschutz diesen Gedankengang, andererseits können Studierende eventuell eine emotionale und kognitive Distanzierung noch nicht adäquat umsetzen.

Fünf Studierende (28% der Interviewten) beschrieben, wie sie die Perspektive von Angehörigen oder Patient\_innen schon einmal übernommen hatten und wie dies häufig in Betroffenheit und Mitleid resultierte. Im Sinne einer Umgangsstrategie wurde dieser Gedankengang daher aufgrund der emotionalen Belastung teilweise vermieden. Die gewollte und auch unwillkürliche **Einnahme der Perspektive** der Betroffenen führte zum besseren Verständnis des Gegenübers und zur empathischen

und patientenorientierten Behandlung. Gelegentlich wurden durch die Perspektivenübernahme der Betroffenen auch Missstände in der Patientenbehandlung aufgedeckt (schlechte Kommunikation, Desinteresse, unsensibles Verhalten), was in Wut und Vorwürfen resultierte. Eine Perspektivenübernahme kam ausschließlich in der Gruppe der Studierenden vor; dies lässt sich möglicherweise durch deren Unerfahrenheit und daher deren Versuch, das Gegenüber besser zu verstehen, erklären.

Bei zwei Interviewten wurde eine Auseinandersetzung mit der eigenen Resilienz beschrieben; solch ein Gedankengang findet sich auch in der Literatur wieder (Jackson et al., 2005). Drei Interviewte berichteten von Assoziationen mit früheren Sterbeerfahrungen durch spezielle Trigger. Flashbacks auf ähnliche Auslöser wurden ebenfalls in Studien bereits beschrieben (Batley et al., 2017; Whitehead, 2014).

**Körperliche Reaktionen** erfolgten bei 33% der Interviewten entweder in Form von Weinen als Folge von Trauer oder in Form von Kreislaufproblemen als Zeichen der Überforderung. Wie auch in der vorliegenden Literatur kamen körperliche Reaktionen im Vergleich zu emotionalen und kognitiven Reaktionen eher selten vor (Batley et al., 2017). Am häufigsten wurde sowohl in der Literatur wie auch in der vorliegenden Studie Weinen beschrieben; dies kam im beruflichen wie auch privaten Umfeld vor (Pessagno et al., 2013; Zambrano et al., 2012). Körperliche Reaktionen wurden besonders von Studierenden beschrieben. Dies lässt vermuten, dass körperliche Reaktionen mit größerer Exposition mit Sterben und Tod und konsekutiver emotionaler Abstumpfung abnehmen (Neumann et al., 2011; Smith-Han et al., 2016). Ein weiterer möglicher Grund ist eine größere Selbstkontrolle mit zunehmender Berufserfahrung. Weinen war meist ein Ausdruck von Trauer. Diese Emotion wurde bei mehr PJler\_innen als Ärzt\_innen beobachtet. Dem stehen jedoch Ergebnisse aus Studien entgegen, in denen Weinen v. a. in der Gruppe der Ärzt\_innen vorkam: In einer australischen Studie gaben 57% aller Ärzt\_innen und 31% aller Medizinstudent\_innen an, schon einmal im Krankenhaus geweint zu haben (Wagner et al., 1997). In der Studie von Sung et al. waren es sogar 69% der Student\_innen und 74% der Assistenzärzt\_innen, die wegen Medizin-assoziierten Gründen schon geweint hatten (Sung et al., 2009). Trotz des häufigen Auftretens von Weinen im beruflichen Setting wurde diese Reaktion als unprofessionell angesehen. Dies konnte sowohl bei Interviewten dieser Studie als auch von Mediziner\_innen in der Literatur beobachtet werden, obwohl die Betroffenen unter allen Umständen versuchten, dies zu vermeiden

oder sich abzutrainieren (Pessagno et al., 2013; Rhodes-Kropf et al., 2005; Sung et al., 2009).

## 4.2 Umgang und Bewältigungsstrategien

Die Interviewten wandten verschiedene Strategien zur Bewältigung von belastenden Sterbeerfahrungen an. Die am häufigsten genannte Methode war der Austausch im privaten wie beruflichen Setting, und zwar sowohl in der Diskussion wie im bloßen Erzählen. Zudem wurden Vermeidung, Rationalisierung, Akzeptanz und Konfrontation als Umgangsstrategien identifiziert. Wenige Interviewte fanden auch Unterstützung in ihren spirituellen Überzeugungen, lenkten sich ab oder fanden Erleichterung durch zeitlichen Abstand zur Sterbeerfahrung.

Die Studie von Voltmer und Spahn untersuchte Quellen in PubMed von 1970 bis 2007 und beleuchtete die Bedeutung psychosozialer Unterstützung bei der Bewältigung von belastenden Erfahrungen mit Sterben und Tod (Voltmer, 2009). Dabei zählten zu den Copingstrategien fachlicher Austausch und kollegiale Unterstützung sowie Unterstützung durch die/den Lebenspartner\_in, Familie und Freunde. Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die hier vorliegenden Erkenntnisse: Die Interviewten zogen die meiste Kraft aus ihren persönlichen Beziehungen - besonders im fachlichen Austausch und im Erzählen des Erlebten.

Vergleichbar mit den wichtigsten Copingstrategien in der Literatur (Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Jackson et al., 2005; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016) schätzten 44% der Interviewten der hier vorliegenden Studie besonders die **Diskussion** im Team und im Privaten. Dabei wandten sie sich sowohl an ärztliche Kolleg\_innen, als auch an Verwandte mit medizinischem Hintergrund, um Patientenfälle zu diskutieren und deren Meinung dazu zu erfragen. Häufig handelte es sich um eine fachliche Aufarbeitung zum Verständnis des Erlebten, aber auch zur Klärung der Schuldfrage und somit zur Bewältigung von Schuldgefühlen. Derselbe gedankliche Hintergrund wurde von Jackson et al. (2005) beschrieben. In der Studie von Ffrench-O'Carroll et al. (2019) diskutierten sogar 84% der Interviewten Patientenfälle mit Kolleg\_innen und 50% mit dem privaten Umfeld. Für die Interviewten der Studie von Ratanawongsa et al (2005) war die Besprechung im Team der fundamentalste Part in der Bewältigung einer Sterbeerfahrung. Die Interviewten der hier vorliegenden Studie sowie der o. g. Literatur äußerten in diesem Zusammenhang mehrfach Kritik, dass die Diskussion am Arbeitsplatz zu selten stattfindet und sie sich

allein gelassen fühlten. Dem widersprechen die Ergebnisse der Studie von Moores et al. (2007), in der 90% der befragten Ärzt\_innen angaben, belastende Sterbeerfahrungen mit Kolleg\_innen zu diskutieren. Die Bedeutung eines offenen Dialogs mit Kolleg\_innen wird mehrfach in der Literatur betont (Loiselle & Sterling, 2012; Zambrano et al., 2012).

Im Unterschied zum fachlichen Austausch ging es bei der narrativen Bewältigung darum, Vertrauten die Erlebnisse zu **erzählen** und sich das Erlebte von der Seele zu reden. Besonders nach den ersten Erfahrungen mit Sterben und Tod hatten die Interviewten das Bedürfnis, mit Vertrauten zu sprechen und ihre Emotionen mitzuteilen. Dieser Schritt erklärt, warum mehr Studierende als Ärzt\_innen der hier vorliegenden Studie diese Copingstrategie anwandten; denn ihre ersten Erfahrungen lagen noch nicht lange zurück. Eine emotionale Bindung oder menschliche Wertschätzung zum Gegenüber waren hierfür wichtig. Die Interviewten hatten das Gefühl, ihre emotionale Last teilen zu können ohne ein fachliches Urteil fürchten zu müssen, wie auch von Bovero et al. (2018) beschrieben. Auch in anderen Studien konnte Erzählen als Umgangsstrategie identifiziert werden (Batley et al., 2017; Moores et al., 2007; Pessagno et al., 2013). 33% der Gesprächspartner\_innen der hier vorliegenden Studie wandten diese Strategie an, in der Literatur ist Erzählen allerdings noch dominanter vertreten - so nannten 67% der interviewten Medizinstudierenden in der Studie von Bovero et al. (2018) Gespräche mit Familie und Freunden als effektivste Umgangsstrategie. Bei Moores et al. (2007) waren es sogar 83,5% aller Interviewten. **Vermeidung** von unangenehmen Situationen oder Gefühlen wurde von der Hälfte der Interviewten angewandt. In der Literatur findet sich im Gegensatz dazu relativ wenig Material. Bei den unangenehmen Situationen handelte es zum einen um das Vermeiden des Besuchs der eigenen sterbenden Angehörigen, zum anderen aber um berufliche Situationen, in denen sterbende Patient\_innen gemieden wurden. Dies geschah v. a. aus der Angst heraus den eigenen ärztlichen Aufgaben und der wahrgenommenen ärztlichen Verantwortung nicht gerecht zu werden, aus Selbstschutz, zum Erhalt der Funktionsfähigkeit, aber auch um der Kritik eines Patienten zu entgehen oder nicht mit dem Anblick eines toten Körpers konfrontiert zu werden. Interessanterweise mied die Gruppe der Ärzt\_innen besonders die Konfrontation mit leidenden Menschen, da sie sich durch die eigene Unfähigkeit deren Leid zu nehmen und den Kontrollverlust besonders hilflos und belastet fühlten. An anderer Stelle wurden sterbende Angehörige gemieden, um sie nicht auf der

Intensivstation oder im Altenheim zu sehen, was von ihnen negativ assoziiert wurde. Hier wird der Einfluss des Berufs auf das Privatleben deutlich. In der Studie von Granek et al. beschrieben pädiatrische Onkolog\_innen, wie sie die Familie der/s sterbenden Patientin/en mieden (Granek et al., 2016). Dieses Phänomen kam trotz der beschriebenen Belastung durch die Betreuung der Angehörigen in der hier vorliegenden Studie nicht vor. Stattdessen wurde die Notwendigkeit einer engen Betreuung betont. Gedanken oder Erinnerungen, die Trauer und Angst auslösen konnten, wurden zudem zum Selbstschutz vermieden oder „ausgeklammert“. Vermeidung nimmt laut der Literatur mit zunehmender Berufserfahrung ab (Dickinson et al., 1999); in der hier vorliegenden Studie wurde dies jedoch gleichermaßen von Studierenden wie Ärzt\_innen praktiziert, jedoch handelte sich um Ärzt\_innen in Weiterbildung, also nur mit bedingter Berufserfahrung.

**Rationalisierung** in Sinne eines logischen Erklärens oder einer sachlichen Rechtfertigung des Todes wurde von der Hälfte der Interviewten als Copingstrategie angewandt. Verschiedene Erkenntnisse und Todesbilder, wie etwa die Alltäglichkeit des Todes oder der Tod als Abschluss des Lebens, halfen bei der Umsetzung. Eine biologische Erklärung für den Tod zu finden, milderte die Schwere der Erfahrung ab. Dieser Gedankengang wurde von den Interviewten v. a. im beruflichen Zusammenhang umgesetzt, da im privaten eine emotionale Überlagerung stattfand. Bei einer lebenslimitierenden Erkrankung oder Menschen im hohen Alter wurde der Tod von den Interviewten als logische Konsequenz wahrgenommen, das gleiche Phänomen fand bei den Medizinstudierenden bei Kelly & Nisker (2010) statt. Auch in unserer Studie handelte es sich um deutlich mehr Studierende als Ärzt\_innen (7 vs. 2), die Rationalisierung anwandten. Am ehesten lässt sich dieser Unterschied durch die häufige Exposition der Ärzt\_innen mit logisch erklärbaren Todesursachen erklären, so dass sie hierfür keine aktive Erklärung mehr benötigten.

**Akzeptanz** eines Todesfalls in Form eines mentalen Abschließens wurde von 39% der Interviewten zur ultimativen Bewältigung einer Sterbeerfahrung angewandt. Hierbei konnten große Unterschiede in der zeitlichen Umsetzung beobachtet werden: Während manche Interviewten mit der Ausstellung des Todesscheins oder sobald der Tod absehbar war mit einem Fall mental abschlossen und sich gedanklich nicht mehr damit beschäftigten, so brauchten andere Interviewte lange Zeit bis zur Umsetzung. Ein räumlicher wie zeitlicher Abstand zur/m Verstorbenen, eine den Tod akzeptierende Haltung der/s Sterbenden sowie die eigene Grundhaltung, dass der Tod zum Leben

gehöre, waren dabei hilfreich. Laut Jackson et al. (2005) war die Akzeptanz eines Todesfalls und ein emotionales Abschließen häufig erst nach Diskussionen mit Kolleg\_innen und Familie oder Wertschätzung durch die/den Sterbenden und deren/dessen Angehörigen möglich, wodurch die Verantwortlichkeit für den Tod von den Ärzt\_innen genommen wurde.

**Konfrontation** mit unangenehmen Situationen und Gedanken im Kontext von Sterben und Tod stellt den Gegenpol zur Vermeidung dar und wurde von 33% der Interviewten angewandt. Dabei handelte es sich um die Konfrontation mit körperlich entstellten oder leidenden Patient\_innen sowie mit sterbenden Patient\_innen, zu denen die/der Interviewte eine enge Bindung hatte. Aufgrund der eigenen wahrgenommenen ärztlichen Verantwortung widerstanden die Interviewten ihrem Drang die Situation zu meiden und kritisierten gleichzeitig das vermeidende Verhalten von medizinischem Personal scharf. In anderen Fällen wurde eine zuvor folgenschwere Prozedur oder eine Überwindung kostende gedankliche Beschäftigung konfrontiert. Eine mentale Konfrontation mit dem Sterbeprozess und der eigenen Sterblichkeit sei zudem eine ärztliche Pflicht und eine Erwartung der Patient\_innen. Auch in der Literatur wurde die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit als zunächst belastend, aber auch förderlich und notwendig beschrieben (Batley et al., 2017; Sinclair, 2011; Talwalkar et al., 2019). Die anderen beschriebenen Formen der Konfrontation konnten in der Literatur nicht gefunden werden, womit unsere Studie hier neue Erkenntnisse liefert. Im Vergleich zur Literatur war **Spiritualität** als Bewältigungsstrategie in unseren Daten eher unterrepräsentiert und wurde nur von 2 der 18 Interviewten als Unterstützung erwähnt. Ein Interviewter fand etwa Halt in seinem katholischen Glauben und seiner christlichen Vorstellung vom Leben nach dem Tod, was ihm auch die Angst vor dem Tod nahm. In der Literatur kommt Religion als Bewältigungsstrategie deutlich häufiger vor (Ffrench-O'Carroll et al., 2019; Granek et al., 2016; Granek et al., 2013; Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Talwalkar et al., 2019). Diese Diskrepanz lässt sich vielleicht kulturbedingt erklären, da in den Ländern, in denen die Studien stattfanden (USA, Kanada und Irland) im Vergleich zu Deutschland Religion eine größere Rolle spielt (Crabtree, 2010).

Ein Copingmechanismus, der in der Literatur auch häufiger vorkam, war **Ablenkung** (Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016). Nur drei Interviewte unserer Studie berichteten durch Prüfungsvorbereitung, Freizeitaktivitäten,

einen anderen Arbeitsplatz oder neue Aufgaben eine Fokusverschiebung zu erlangen, um sich mental und emotional von der belastenden Erfahrung abzukoppeln.

Eine Copingstrategie, die in der Literatur beschrieben wird, aber nicht in den hier vorliegenden Interviews erwähnt wurde, war der Ausgleich durch Hobbies wie Sport, Musik oder Kunst (Moores et al., 2007; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016).

Auffallend ist die häufige Kritik der Interviewten an der mangelhaften Vorbereitung durch das Studium auf den Umgang mit sterbenden Patient\_innen. Diese Kritik wurde auch von Mediziner\_innen in anderen Studien geteilt (Moores et al., 2007; Sullivan et al., 2003). Interessanterweise konnte bei Moores et al. (2007) kaum ein Unterschied in den Reaktionen auf Patiententode in der Gruppe der Ärzt\_innen, die ein Training im Umgang mit Emotionen erhalten hatten, im Vergleich zur Gruppe ohne Training beobachtet werden. Dies wirft die Frage auf, ob dieses Ergebnis aufgrund des Studienkollektivs zustande kam oder ob das Trainingsprogramm verbessert werden sollte. Laut Rhodes-Kropf et al. (2005) sei das Training in den USA bisher insuffizient und inadäquat.

### **4.3 Auswirkungen**

Die Exposition mit Sterben und Tod führte bei den Interviewten dieser und anderer Studien sowohl zu Veränderungen in Einstellungen als auch im Verhalten (Maxwell et al., 2002; Ratanawongsa et al., 2005; Sinclair, 2011; Smith-Han et al., 2016). Gemäß Lazarus' Theorie erfolgte nach einer emotionalen, kognitiven und/oder körperlichen Reaktion auf eine Erfahrung mit dem Tod/ Versterben eines Menschen zunächst eine Bewältigungshandlung, diese beiden Schritte wurden in den vorhergegangenen Kapiteln beschrieben. Im nächsten Schritt erfolgt eine Neueinschätzung von Sterbesituationen, die nun meist weniger negativ wahrgenommen wurden, diese Auswirkungen werden in diesem Kapitel erörtert (Fischer & Wiswede, 2014). Die Hauptthemen, die hierzu identifiziert werden konnten, waren ein verändertes Sterbe- und Todesbild, eine veränderte Sicht auf das Leben mit neuen Vorhaben der Lebensführung sowie Wünsche für Sterben und Tod. Des Weiteren konnten Effekte auf das Privatleben sowie ein verändertes Arztrollenverständnis beobachtet werden. In den folgenden Abschnitten werden diese Veränderungen mit der entsprechenden Literatur vorgestellt.

Bei der großen Mehrheit der Interviewten konnte ein Wandel im **Sterbe- und Todesbild** sowie in deren Einstellung zum Tod beobachtet werden, meist von negativen Assoziationen hin zu positiven. Viele Interviewte sahen den Tod nach ihren Sterbeerfahrungen als natürlichen Teil und Abschluss des Lebens an, als etwas Alltägliches, in manchen Fällen sogar als Erlösung von Leiden. Diese veränderte, den Tod akzeptierende Haltung wurde so auch mehrfach in der Literatur beschrieben (Maxwell et al., 2002; Pessagno et al., 2013; Smith-Han et al., 2016; Whitehead, 2014). Unsere Studie liefert hierzu ergänzende Erkenntnisse: Die akzeptierende Haltung der Interviewten diene zum einen dem Selbstschutz, aber auch der Erhaltung der Funktionalität im klinischen Alltag. Diese veränderte Einstellung entstand zum einen passiv durch eine wiederholte Exposition mit Sterben und Tod, zum anderen wurde sie durch die Interviewten aktiv eingenommen. Die Akzeptanz einer/s Sterbenden gegenüber ihrem/seinem bevorstehenden Tod half den Mediziner\_innen dabei selbst eine akzeptierende Haltung einzunehmen. Darüber hinaus gelangten die Interviewten dieser Studie und in der Studie von Sinclair (2011) zur Erkenntnis, dass der Tod kaum beeinflussbar, unberechenbar, endgültig und gnadenlos sei, was für manche schwer zu akzeptieren war, besonders wenn es sich um den Tod junger Menschen oder der eigenen Angehörigen handelte. Der Tod junger Menschen erschien ihnen „sinnlos“ und „unfair“ und war daher emotional belastender. Diese Haltung findet sich auch in der Literatur wieder (Batley et al., 2017; Kelly & Nisker, 2010; Pessagno et al., 2013). Auch das Bild vom Sterben veränderte sich von etwas „Schrecklichem“ hin zur Erkenntnis, dass es auch „schönes Sterben“ gibt. Durch das Miterleben von Sterbeprozessen lernten die Interviewten, dass man auch schmerzfrei, friedlich und gelöst versterben kann. Die eigene Einstellung zum Tod hat auch direkte Auswirkungen auf die Patientenversorgung, wie auch Kvale et al. (1999) zeigten: Assistenzärzt\_innen mit einer negativen Haltung gegenüber dem Tod, insbesondere Angst, neigten dazu bei sterbenden Menschen weiter einen kurativen Ansatz zu verfolgen als auf palliative Versorgung umzustellen (Kvale et al., 1999). Eine eigene akzeptierende Haltung kann auch Patient\_innen und deren Angehörigen zu einer Akzeptanz des bevorstehenden Todes verhelfen.

Zwei der Interviewten sahen in jedem Tod ärztliches Versagen. Diese Perspektive der kollektiven Schuld wurde in manchen Studien bestätigt (Dickinson et al., 1999; Rhodes-Kropf et al., 2005) und wurde in anderen Studien von Studierenden eher verneint (Pessagno et al., 2013; Ratanawongsa et al., 2005; Sullivan et al., 2003). Das

seltene Auftreten dieser Ansicht in der hier vorliegenden Studie im Vergleich zur etwas älteren Literatur lässt sich vielleicht durch die neueren Ausbildungskonzepte mit größerem Fokus auf Palliativmedizin erklären. Rhodes-Kropf et al. postulierten, dass die Idee des „Tod als Versagen“ häufig durch das informelle Curriculum vermittelt wird: Die Vermittlung von Verhaltensweisen, Fertigkeiten und Einstellungen erfolgt durch deren Vorleben von erfahreneren Ärzt\_innen (Rhodes-Kropf et al., 2005). Dies wurde jedoch von den Interviewten dieser Studie nicht berichtet.

Aus Sterbeerfahrungen entwickelten sich bei den Interviewten auch **Wünsche für Sterben und Tod** für sich selbst und ihre Angehörigen. Dabei dominiert der Wunsch nach einem friedlichen, schmerzlosen Tod. Einen qualvollen Tod mitzerleben wurde in früheren Arbeiten als äußerst belastend beschrieben (Redinbaugh et al., 2003; Rhodes-Kropf et al., 2005). Manche Interviewte wünschten einen schnellen Tod oder ein Versterben im Schlaf, während andere die letzten Tage bei Bewusstsein erleben wünschten, um sich von ihren Nahestehenden verabschieden zu können. Ähnliche Wünsche formulierten auch die Mitarbeiter\_innen von Palliativstationen von Hospizen in der Studie von Sinclair (2011). Eine Vorbereitung auf den Tod mit gebührender Abschiednahme war entscheidend. Dies erleichtere sowohl den Sterbenden als auch deren Nahestehenden die Situation anzunehmen und Ruhe zu finden. Als Sterbeumgebung wünschten sich einige Interviewte das Beisein nahestehender Menschen und im besten Falle das eigene Zuhause im Gegensatz zum Krankenhaus und besonders der Intensivstation. Die Intensivstation wurde von vielen Interviewten negativ konnotiert – mit dramatischen Todesfällen, Maximaltherapie bei aussichtslosen Krankheitsverläufen und zu später palliativer Therapie und damit Verlängerung von Leid. In der Studie von Jackson et al. (2005) wurde eine ähnliche Unterscheidung vorgenommen – nämlich in „guten Tod“ (schmerzfrei, friedlich, spirituell), „schockierenden/unerwarteten Tod“ und „übertherapierten Tod“. Letzterer wurde mit sinnentfremdeter Maximaltherapie verbunden mit Leiden, Isolation, Frustration und Erniedrigung assoziiert und als besonders belastend empfunden. Ein Versterben unter solchen Umständen wünschten sich auch die Interviewten der hier vorliegenden Studie auf keinen Fall. Die Ergebnisse einer nordamerikanischen Studie unterstreichen die vorliegenden Erkenntnisse: Hier wünschten sich nur 7% der Ärzt\_innen vs. 48% der Patient\_innen in jedem Fall eine Maximaltherapie (Steinhauser et al., 2000). Das Miterleben von Maximaltherapie prägt auch stark das eigene Verständnis als Ärztin/Arzt, nämlich diese nicht immer durchsetzen zu müssen,

sondern auch Patient\_innen sterben lassen zu dürfen (siehe „Tod zulassen“). Auch wurde der Gedanke geäußert, im Falle des eigenen bevorstehenden Todes diesen nicht das eigene Leben oder das Nahestehender dominieren zu lassen. Es äußerten sich mehr Ärzt\_innen als Studierende zu ihren Wünschen für Sterben und Tod, was durch deren größeren Erfahrungsschatz und häufigere Exposition erklärbar ist.

Sterbeerlebnisse beeinflussten bei den Interviewten auch ihre **Sicht aufs Leben und ihre Vorhaben** für ihre Lebensführung. Durch die Konfrontation mit dem Tod, v. a. wenn dieser plötzlich eintrat, wurde ihnen die Vergänglichkeit des Lebens deutlich. Dies förderte den Respekt und die Wertschätzung gegenüber dem Leben; der Wunsch nach einem bewussteren Leben wurde geäußert, wie in der Literatur schon beschreiben (Trivate et al., 2019). Bei einigen Interviewten veränderten sich auch die Wertevorstellungen: Soziale Kontakte und Gesundheit gewannen an Bedeutung, während Materielles und Oberflächlichkeiten an Wichtigkeit verloren. Diese neue Werteordnung erlernten die Interviewten durch veränderte Wertigkeiten bei sterbenden Menschen – Ähnliches wurde auch von Studierenden in den Studien von MacLeod et al. (2001) und Sinclair (2011) beschrieben. Alltägliche Ärgernisse erschienen zumindest zeitweise banal, da sie durch das Leid und das harte Schicksal anderer Menschen relativiert wurden. Häufig fielen die Interviewten jedoch wieder in alte Denk- und Verhaltensmuster zurück.

Aus der veränderten Sichtweise ergeben sich Vorhaben für das eigene Handeln und bei manchen Interviewten auch eine veränderte Lebensführung. Das Leben wurde von den Interviewten mehr geschätzt; es wurde versucht das Leben voll auszuschöpfen, wie es schon bei MacLeod (2001) berichtet wurde. Ein weiterer zentraler **Effekt auf das Privatleben** war die Schwierigkeit in der Trennung von Arbeit und Privatleben. Häufig wurde von einer fortführenden gedanklichen Beschäftigung und emotionalen Belastung berichtet, was auf eine ungenügende Fähigkeit der mentalen Distanzierung hindeuten könnte. Des Weiteren wurde eine Rollenvermischung beschrieben, nämlich auch im Privatleben für medizinische Angelegenheiten verantwortlich zu sein. Dies ist jedoch wahrscheinlich eine Auswirkung auf den Arztberuf allgemein und hat wenig mit Sterbeerfahrungen an sich zu tun. Teilweise waren Interviewte in der Palliativversorgung von Angehörigen eingebunden; dieses aktive Mitgestalten erleichterte wiederum ihr Erleben. Während in mehreren Studien gezeigt wurde, dass Ärzt\_innen und Medizinstudent\_innen infolge von Belastungen dazu neigen, sich aus sozialen Beziehungen zurückzuziehen (Bergner, 2004; McCranie & Brandsma, 1988),

konnte dies diese Studie nicht bestätigen. In einer kanadischen Studie (Sinclair, 2011) überwogen die positiven Aspekte auf das Privatleben: So maßen Mitarbeiter\_innen von Palliativstationen und Hospizen durch ihre häufige Exposition mit Sterben und Tod und das Lernen von sterbenden Patient\_innen dem Leben eine größere Bedeutung und persönliche Bereicherung zu.

Bei den meisten Mediziner\_innen der hier vorliegenden Studie führte das Erleben von Sterbeerfahrungen zur Entwicklung ihrer ärztlichen Identität und zu Veränderungen im **Arztrollenverständnis**. Dies stimmt mit Ergebnissen aus der Literatur überein (Maxwell et al., 2002; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016). Nach Ratanawongsa et al. (2005) haben bei der Formung der ärztlichen Identität das Verhältnis zur/m Patientin/en, die Interaktionen mit Kolleg\_innen sowie der fachliche und persönliche Hintergrund einen großen Einfluss. Dies stimmt mit dem interaktionistischen Rollenverständnis überein, laut dem eine Rolle oder Identität nicht starr vorgegeben ist, sonst erst durch Interaktionen gedeutet und verändert wird (Miebach, 2014). In der vorliegenden Studie wurden verschiedene Qualitäten und Aufgaben ausgemacht, die eine Ärztin/ ein Arzt bei Sterben und Tod von Patient\_innen erfüllen sollte: Ärzt\_innen sollten den Tod von Patient\_innen zulassen können und diesen dann möglichst angenehm gestalten. Wichtig seien eine gute Kommunikation, ein fürsorglicher Umgang und eine enge Angehörigenbetreuung. Dabei sollte man auf Distanzierung als Selbstschutz achten und die emotionale Fassung behalten. Unangenehme Entscheidungen zu treffen und dafür die Verantwortung zu übernehmen, zähle auch zum ärztlichen Aufgabenbereich. In der Literatur finden sich ähnliche Ergebnisse: Medizinstudent\_innen in der Studie von Maxwell et al. (2002) erkannten durch ihre praktischen Erfahrungen im Hospiz, dass zusätzlich zur medizinischen Versorgung auch Kommunikation, kontinuierliche Präsenz und Angehörigenbetreuung zu ihren Aufgaben gehörten. In der Studie von Talwalkar et al. (2019) wurde von den Medizinstudent\_innen nach privaten Sterbeerfahrungen besonders von Unsicherheiten bezogen auf die eigene Arztrolle berichtet. Besonders das "informelle" Curriculum habe großen Einfluss auf die Einstellungen und den Umgang der Mediziner\_innen mit sterbenden Patient\_innen und bedeute das Vorleben von Verhaltensweisen, Fertigkeiten und Haltungen durch erfahrenere Ärzt\_innen (Ratanawongsa et al., 2005; Rhodes-Kropf et al., 2005). Basierend auf dem großen Einfluss des informellen Curriculums erstellten Ratanawongsa et al. (2005) eine Liste mit Empfehlungen, wie sich ein\_e Ärztin/Arzt vor Medizinstudierenden im

Falle eines Patiententodes verhalten sollte. Dies würde den Umgang mit der Situation erleichtern und die Entwicklung der ärztlichen Identität fördern. Dazu zähle auch, den Tod der/des Patientin/en anzuerkennen und ihn zu besprechen, gute palliative Versorgung vorzuleben, die Studierenden zu Gesprächen mit Angehörigen einzuladen und auf die Gefühle der Studierenden einzugehen (Ratanawongsa et al., 2005). Unsere Interviewten formulierten in etwa die gleichen Wünsche.

Vielfach vollzog sich bei den Interviewten durch die beschriebenen Sterbeerfahrungen ein Wandel vom ärztlichen Ethos, immer heilen zu müssen hin zu der Einstellung, dass bei manchen Menschen der Tod eine Erlösung bedeute. Den **Tod zuzulassen** sei daher ärztliche Pflicht. Dieser Wandel in der Einstellung ist im Einklang mit der Literatur (Maxwell et al., 2002; Ratanawongsa et al., 2005; Smith-Han et al., 2016). Dabei wurde als besonders herausfordernd beschrieben, den richtigen Moment zu erkennen, in dem der Wechsel vom kurativen zum palliativen Ansatz erfolgen sollte. Unnötige Maximaltherapie weiterzuführen und somit Leiden zu verlängern sowie die mangelnde Integration von Patientenwünschen für ihren Tod wurden scharf kritisiert. Die Interviewten sahen als Grund dafür eine fehlende Diskussion innerhalb des medizinischen Personals sowie das vorherrschende ärztliche Bild der/s Heilers/in; sie wünschten sich in der Lehre eine Vermittlung und Diskussion über die Grenzen der Medizin. Diese Wünsche und Kritik stehen im Einklang mit den Ergebnissen aus der Literatur (Rhodes-Kropf et al., 2005). Des Weiteren wurden finanzielle Interessen der Krankenhäuser als zusätzlichen Grund für das Fortsetzen von Maximaltherapie genannt. Ratanawongsa et al. (2005) beschrieben zudem, wie sich die Haltung von Ärzt\_innen gegenüber Palliativversorgung auf die der Studierenden auswirkt. Das sozial vermittelte heroische Bild vom Arzt als Heiler von Patient\_innen wird auch in der Ausbildung vermittelt und setzt Mediziner\_innen unter Druck (Whitehead, 2014). Dieser Druck wurde auch von den Interviewten dieser Studie erwähnt.

Die Interviewten erkannten durch ihre Sterbeerfahrungen, dass zu den ärztlichen Aufgaben nicht nur die Behandlung von Krankheiten, sondern bei sterbenden Patient\_innen das **Ermöglichen eines schönen Todes** gehört. Dabei stehen die individuellen Wünsche der Patientin/ des Patienten im Mittelpunkt. Der Erhalt von möglichst viel Lebensqualität und Symptomkontrolle waren wichtig, genauso aber auch psychosoziale Aspekte wie Präsenz zu zeigen, rechtzeitige Kommunikation und ein empathischer Umgang. Dies stimmt mit den Ergebnissen aus der Literatur überein (Maxwell et al., 2002). Zudem sollten Patient\_innen und deren Angehörige mental und

organisatorisch auf den Tod vorbereitet werden und die Möglichkeit des Abschiednehmens gegeben sein. Des Weiteren sollte die Sterbeumgebung möglichst angenehm gestaltet werden. Im Folgenden werden diese einzelnen Aspekte dargestellt, die zum Ermöglichen eines schönen Todes gehören.

Die Studie von Steinhauser et al. (2000) beschreibt wichtige Aspekte am Lebensende: Ärzt\_innen fanden im Gegensatz zur Gruppe der Patient\_innen körperliche Aspekte, wie Schmerzfreiheit und den Erhalt guter Körperpflege, signifikant wichtiger als die psychosozialen und spirituelle Aspekte (Steinhauser et al., 2000). Auch in unserer Studie bezogen sich die Ärzt\_innen besonders auf die therapeutischen, pragmatischen und organisatorischen Aspekte der Sterbebegleitung, während bei den Studierenden psychosoziale und spirituelle Aspekte im Vordergrund standen. Dieser Unterschied lässt sich möglicherweise durch die unterschiedlichen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche erklären: Therapieentscheidungen und Organisation liegen nicht im Aufgabenbereich von Student\_innen. Zudem haben Ärzt\_innen häufiger weniger Zeit für die psychosozialen Aspekte einer Patientenbetreuung.

Sterbeerfahrungen beeinflussten auch die Vorstellungen der Interviewten von guter ärztlicher **Kommunikation** am Lebensende eines/r Patienten/in. Für die Interviewten war entscheidend, dass diese ehrlich, einfühlsam, vollständig, rechtzeitig und verständlich abläuft. Ehrliche und vollständige Kommunikation, v. a. keine falschen Hoffnungen zu machen, wurde als essenziell angesehen, um die/den Patientin/en im Entscheidungsprozess einzubeziehen und folglich ein Versterben nach ihrer/seiner Vorstellung zu ermöglichen. Dies wurde als herausfordernd angesehen, besonders beim Überbringen schlechter Nachrichten, da dies starke emotionale Reaktionen beim Gegenüber auslösen könne und man mit diesen dann umgehen müsse. Die Herausforderung des Überbringens schlechter Nachrichten und dabei empathisch aufzutreten und die richtige Wortwahl zu finden, wurde auch schon bei Batley et al. (2017) beschrieben. Rechtzeitige Kommunikation war die Grundvoraussetzung dafür, dass sich Patient\_innen und deren Angehörige auf den bevorstehenden Tod vorbereiten konnten. Die amerikanische Studie von Dickinson et al. (1999) zeigte, dass die Kommunikation über Themen wie Sterben und Tod den Mediziner\_innen mit zunehmender Berufserfahrung leichter fällt und weniger gemieden wird; dies wurde auch in den Interviews unserer Studie berichtet. Nach 20 Jahren Berufserfahrung fiel den untersuchten Ärzt\_innen Gespräche über den bevorstehenden Tod der Patient\_innen leichter und sie sahen es als noch wichtiger an sterbende Patient\_innen

vollständig und ehrlich über ihre Prognose aufzuklären (Dickinson et al., 1999). In diesem Punkt scheinen jedoch große kulturelle Unterschiede zu herrschen. So zeigt etwa eine Studie, mit medizinischem Personal in einem indischen Hospiz genau das Gegenteil auf: Manche Interviewte berichteten hier aus „Fürsorge“ und emotionalem Schutz Patient\_innen absichtlich falsche Hoffnungen auf Heilung zu machen (Loiselle & Sterling, 2012). Dieses Phänomen der „collusion“ kann in nicht-westlichen Kulturen häufiger als in westlichen beobachtet werde; es meint das bewusste, gut intendierte Zurückhalten von Informationen gegenüber Patient\_innen oder deren Angehörigen (Chaturvedi et al., 2009). So wusste etwa fast die Hälfte der Krebspatient\_innen in Indien nicht über ihre Diagnose oder Behandlung Bescheid (Chandra et al., 1998). Im Gegensatz dazu steht das Arztrollenverständnis der Interviewten der hier vorliegenden Studie dahingehend, stets eine rechtzeitige, offene und ehrliche Kommunikation zu praktizieren. Diese Form der Kommunikation wird auch von Fallowfield et al. (2002) propagiert; denn das Zurückhalten von Informationen könne bei Patient\_innen zu Angst und Verwirrung führen und die Chance rauben, sich auf die neuen Umstände einzulassen, Abschied zu nehmen und Angelegenheiten zu regeln. Wie wichtig eine gute ärztliche Kommunikation auch am Lebensende von Patient\_innen ist, spiegelt sich auch in der Literatur wider: Iatrogenes Leiden bei Patient\_innen könne durch die Mitteilung der palliativen Diagnose und Behandlung verursacht werden (Whitehead, 2014). Schlechte ärztliche Kommunikation ist der wichtigste Einflussfaktor, ob Patient\_innen einen Rechtsstreit beginnen (Neuwirth, 1997). Auch für die Seite der Ärzt\_innen hat schlechte Kommunikation negative Folgen: Falschen Optimismus und das Verschwenden wertvoller Zeit von Patient\_innen aufgrund von Nicht-information zu beobachten wird als äußerst belastend wahrgenommen (Fallowfield et al., 2002). Dieses Phänomen konnten auch bei unseren Interviewten beobachtet werden: Die Erfahrungen, in denen Patient\_innen erst kurz vor ihrem Tod von ihrer fatalen Prognose erfuhren, wurden als äußerst belastend wahrgenommen. Ehrliche Kommunikation wird als ethischer Imperativ einer/s fürsorglichen Ärztin/Arztes angesehen (Fallowfield et al., 2002). Letzten Endes entscheidet aber immer das individuelle Informationsbedürfnis der/des Patientin/en. In westlichen Ländern ist dies meist groß, wie auch eine großangelegte Studie aus Großbritannien zeigt. Hier gaben 87% der Krebspatient\_innen an, sämtliche Informationen zu ihrer Erkrankung erhalten zu wollen (Jenkins et al., 2001). Unsere Interviewten betonten die Wichtigkeit guter ärztlicher Kommunikation und kritisierten daher, dass sie sich durch ihr

Medizinstudium nicht ausreichend auf schwierige Patientengespräche vorbereitet fühlten. Diese Kritik findet sich auch in der Literatur wieder (Buss et al., 1998). Kommunikation kann erlernt und verbessert werden, große Verbesserungen konnten schon nach einem 8-stündigen Training beobachtet werden (Roter et al., 1995). Die Interviewten der hier vorliegenden Studie sahen den größten Lerneffekt durch das Begleiten schwieriger Gespräche, geführt von erfahrenen Ärzt\_innen; der gleichen Ansicht waren die Interviewten in der Studie von Ratanawongsa et al (2005).

**Distanzierung** ist eine Bewältigungsstrategie, die das emotionale und kognitive Abstandnehmen von den Patient\_innen und deren Schicksalen umfasst und von den Mediziner\_innen dieser und anderer Studien häufig angewandt wurde (MacLeod, 2001; Whitehead, 2014; Zambrano et al., 2012). Gleichzeitig wurde „Distanzierung“ in der vorliegenden Studie als eine ärztliche Aufgabe diskutiert. Laut einigen der Interviewten sowie manchen Interviewten bei Whitehead (2014) sei Distanzierung eine Voraussetzung, um den ärztlichen Beruf ausüben zu können. Nur so sei die Objektivität von Entscheidungen gewährleistet, u.a. der Wechsel zum palliativen Ansatz, und die psychische Gesundheit der Mediziner\_innen werde geschützt. Sich emotional nicht zu involvieren bedeutet aber auch eine weniger enge Arzt-Patienten-Beziehung, was sich negativ auf die Effektivität von Behandlungen ausüben kann (Zambrano et al., 2012). Wie von Coulehan (1995) beschrieben hat Distanzierung somit zwei Ziele: den eigenen Schutz und jenem der/des Patientin/en. Batley et al. (2017) sowie unsere Untersuchung zeigen, dass emotionale Distanzierung einen Lernprozess darstellt. Persönliche Schutzwälle aufzubauen beginne im Sezierraum und entwickle sich über Jahre (Coulehan, 1995). Eine Erkenntnis unserer Studie war, dass eine persönliche Verbundenheit zur/m Patientin/en und/oder den Angehörigen sowie ein Gefühl der Verantwortlichkeit für den Patiententod als erschwerender Faktor in der Umsetzung von Distanzierung wirkten, während größere Berufserfahrung und fachliche Sicherheit zur Erleichterung beitrugen. Obwohl das Management der eigenen Emotionen nicht Teil der Ausbildung darstellt, sehen dennoch manche Autor\_innen eine emotionale Distanzierung als notwendigen Teil der ärztlichen Sozialisierung an (Hafferty, 1991; Smith & Kleinman, 1989). Das Konzept des „detached concern“ wurde erstmals von Fox (1959) sowie Lief und Fox (1963) beschrieben und bezieht sich auf die ideale Balance aus empathischer Anteilnahme (concern) und Abgrenzungsfähigkeit (detachment), aus deren Sicht eine wichtige Voraussetzung für eine gute Patientenbetreuung. Auch die Interviewten unserer

Studie hatten das Gefühl, dass die Patient\_innen und deren Angehörige von ihnen erwarteten, emotional nicht zu involviert zu sein und trotzdem empathisch aufzutreten. Auf diesen paradoxen Zwiespalt verweist auch die vorliegende Literatur (Kelly & Nisker, 2010). Manche Interviewte berichteten von großen Schwierigkeiten, diese emotionale Balance zu finden und zu halten; sie waren sich unsicher, wo sie die Grenze ihres emotionalen Engagements ziehen sollten. Diese Schwierigkeit in der emotionalen Balance beschreiben auch Zambrano et al. (2012). Während die meisten Ärzt\_innen unserer Studie ihren Weg zwischen Distanz und Engagement fanden, herrschte in der Gruppe der Studierenden Unsicherheit im persönlichen Umsetzen dieser Einstellung. Die Unsicherheit in der Umsetzung erklärt wahrscheinlich auch, warum sich in unserer Studie mehr Ärzt\_innen als Studierende zur emotionalen Distanzierung äußerten und deren Wichtigkeit betonten - diese Herausforderung wurde v. a. von Medizinstudent\_innen schon häufig beschrieben (Ratanawongsa et al., 2005; Rhodes-Kropf et al., 2005; Smith-Han et al., 2016). Nach Pessagno et al. (2013) können Medizinstudierende und junge Ärzt\_innen die richtige Balance nur durch gute ärztliche Vorbilder erlernen, doch davon wurde in der hier vorliegenden Studie nicht berichtet. Mehrfach wurde stattdessen die Sorge geäußert, durch zu starke Distanzierung emotional abgeklärt zu werden und die Empathiefähigkeit zu verlieren. Medizinstudent\_innen hatten dieses Phänomen bei erfahrenen Kolleg\_innen beobachtet und bewerteten dies kritisch. Diese Sorge findet sich auch bei Ratanawongsa et al. (2005) und bewahrheitet sich in einer Studie: Die Metaanalyse von Neumann et al. (2011) vergleicht 18 longitudinale und Querschnittsstudien zwischen 1990 und 2010 und zeigt eine signifikante Verminderung der Empathiefähigkeit während des Medizinstudiums und der Assistenzarztzeit über den untersuchten Zeitraum auf. Vermutlich ist diese Beobachtung auf das „informelle“ Curriculum mit inadäquaten Vorbildern und der Vermittlung von emotionaler Kontrolle zurückzuführen (Neumann et al., 2011). Abnehmende Empathiefähigkeit wurde auch in der Studie von Smith-Han et al. (2016) bei Medizinstudierenden als Reaktion auf den emotionalen Schmerz durch die Sterbeerfahrungen beobachtet. Dieses Phänomen ließ sich gelegentlich auch in unserer Studie bei den Interviewten beobachten.

Als Gegensatz zur emotionalen Distanz wurde gleichermaßen **Fürsorge** zu den wichtigen ärztlichen Aufgaben gezählt. Zur Fürsorge zähle sich empathisch zu zeigen, sich Zeit für Patient\_innen zu nehmen, sie über die medizinische Behandlung hinaus

auch emotional zu betreuen und ihnen Respekt zu zeigen. Die Interviewten erlernten durch ihre Erfahrungen die Wichtigkeit eines empathischen Umgangs mit sterbenden Patient\_innen und deren Angehörigen. Diese Entwicklung ließ sich auch in anderen Studien beobachten (Batley et al., 2017; MacLeod, 2001). Nach Mercer und Reynolds (2002) beinhaltet klinische Empathie a) das Verständnis der Situation, Gefühle und Perspektive der/des Patientin/en, b) dieses Verständnis zu kommunizieren und c) sich entsprechend diesem Verständnis zu verhalten (Mercer & Reynolds, 2002). Die Ergebnisse der aktuellen Studie unterstreichen diese Ansicht. Wichtig erschien es, sich bewusst Zeit für die Patient\_innen zu nehmen und auch das persönliche Gespräch zu suchen. Sowohl in dieser Studie wie auch in der Literatur wurde Präsenz zu zeigen zum fürsorglichen Umgang gezählt (Whitehead, 2014). Empathie wirkt sich dabei positiv sowohl auf Patientenoutcome als auch auf Zufriedenheit von Patient\_innen und Ärzt\_innen aus (Mercer & Reynolds, 2002). Zusätzlich zur Patientenzufriedenheit konnte in anderen Studien gezeigt werden, dass ein empathisches Auftreten die Compliance verbessert und das Risiko von Rechtsklagen vermindert (Neuwirth, 1997). Emotionen zu zeigen, Patient\_innen zuzuhören und sich bewusst Zeit zu nehmen haben bereits therapeutische Wirkung (Maxwell et al., 2002). Die Einstellung der Interviewten wandelte sich v. a. durch die Beobachtung ärztlicher Kolleg\_innen, die sich entweder vorbildhaft oder entgegen deren Vorstellungen verhielten. Unsensibles ärztliches Verhalten wurde von unseren Interviewten mehrfach beobachtet und verurteilt. Dieses Phänomen findet sich gleichermaßen auch in der Literatur wieder (Rhodes-Kropf et al., 2005). Mehrfach wurde jedoch gezeigt, dass Empathie erlernt und verbessert werden kann (Balint, 1955; Mercer & Reynolds, 2002; Roter et al., 1995).

Distanzierung diente oft als Voraussetzung, **die Fassung behalten** zu können. Die Interviewten betonten, wie wichtig es sei, die Kontrolle über die eigenen Emotionen in der Arbeitsumgebung zu behalten. Zum einen bedeute dies das maßvolle Zeigen von Emotionen wie Trauer und Anteilnahme, darüber hinaus aber auch die Kontrolle von mangelnder Sympathie gegenüber manchen Patient\_innen. Dies führe dazu, funktional zu bleiben und objektiv Entscheidungen treffen zu können. Andererseits sei das Zeigen von exzessiven Emotionen Patient\_innen und deren Angehörigen vorbehalten. Es solle kein Rollentausch erfolgen, in dem eine Ärztin/ ein Arzt getröstet werden müsse. Studienteilnehmer\_innen von Zambrano et al. (2012) schlugen vor, die Intensität der eigenen Emotionen nach der der Angehörigen zu richten, um diese nicht

zu übertönen. Während bei Rhodes-Kropf et al. (2005) viele Medizinstudierende postulierten, dass Ärzt\_innen keine emotionalen Reaktionen auf einen Patiententod haben sollten, sahen die Mediziner\_innen der aktuellen Studie das Verspüren von Emotionen als ganz legitim an. Sie sollten allerdings im beruflichen Umfeld nur maßvoll gezeigt werden. Die Hälfte der Interviewten in der Studie von Sullivan et al. (2003) sah es für Ärzt\_innen unangebracht an, Trauer öffentlich zu zeigen. Dieses Arztrollenverständnis werde auch aus der vermeintlichen Erwartungshaltung der Patient\_innen generiert, dass Mediziner\_innen Stabilität, Ruhe und Stärke ausstrahlen müssen. Schon Medizinstudierende haben laut Boland et al. (2016) den Eindruck ihre Emotionen regulieren zu müssen. Smith und Kleinman (1989) sprechen von „professionalization of emotion“ und meinen damit, dass die Tabuisierung von Emotionen im Medizinstudium zur ärztlichen Sozialisierung mit einer kontrollierten Gefühlswelt beiträgt (Smith & Kleinman, 1989). Auch Whitehead et al. (2014) beschrieben, dass sich manche Mediziner\_innen unter Druck fühlen, ihr emotionales Leiden nach einem Patiententod zu unterdrücken. Sie tendieren stattdessen dazu stets eine professionelle Distanz zu wahren, um sich auf handwerkliche Aspekte zu fokussieren. Dies könne jedoch in eingeschränktem fürsorglichem Patientenumgang und in unempathischer Kommunikation resultieren (Whitehead, 2014). Bezogen auf unsere Studie ging es besonders um das Vermeiden von Weinen vor Patient\_innen und deren Angehörigen. Diesen Anspruch hatten auch die Teilnehmer der Studie von Kelly & Nisker (2010) und Pessagno et al. (2013). Der Umgang mit Emotionen könne laut den Interviewten eigentlich nur in der Praxis erlernt werden, was kongruent mit den Ergebnissen von Boland et al. (2016) ist. Die Interviewten unserer Studie sowie die Medizinstudent\_innen der Studie von Ratanawongsa et al. (2005) erlernten einen kontrollierten Umgang mit ihren Emotionen auch durch das Beobachten von erfahrenen Ärzt\_innen. Erschwerende Faktoren für die emotionale Kontrolle waren ähnlich wie bei „Distanzierung“ eine enge Arzt-Patienten-Beziehung, bestimmte Charakterzüge der/des Patientin/en und manche Todesumstände wie ein junges oder plötzliches Versterben.

Die enge **Betreuung von Angehörigen** sterbender/ verstorbener Patient\_innen wurde als wichtiger Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs gesehen. Dazu gehöre als Ansprechpartner\_in zu dienen, rechtzeitig und ausführlich über die medizinische Situation aufzuklären und sie auf den Tod der/s Nahestehenden zu vorbereiten, die Angehörigen in die Gestaltung des Sterbeprozesses einzubeziehen und sie zu

beraten. Die Unterstützung solle sowohl seelisch als auch organisatorisch über den Tod der/des Patientin/en hinaus erfolgen. Mediziner\_innen müssten sich zudem ihren großen Einfluss bewusst machen, wie Angehörige die Sterbeerfahrung wahrnehmen und in Erinnerung behalten. Angehörigenbetreuung wurde besonders beim Versterben von Kindern in unserer Studie als belastend beschrieben. Jemanden zu begleiten, der das Leid des eigenen Kindes miterleben und damit umgehen muss, stellt auch in anderen Untersuchungen eine besondere Herausforderung dar (Batley et al., 2017; Pessagno et al., 2013; Rhodes-Kropf et al., 2005; Sullivan et al., 2003). Manche der Interviewten gingen sogar so weit, die Angehörigenbetreuung und besonders das Beantworten von Fragen als „nervend“ zu werten: Dies bedeute zusätzlichen Zeitaufwand in einem schon stressigen Arbeitsalltag. Auf der anderen Seite wurden die positiven Effekte einer guten Patientenbetreuung auf die Mediziner\_innen selbst betont, nämlich dass diese dadurch besser mit der Erfahrung umgehen könnten. Wie auch Pessagno et al. (2013) herausfanden, war für die Interviewten dieser Studie die Betreuung der Angehörigen manchmal belastender als der Tod der/s Patientin/en selbst. In der Studie von Sullivan et al. (2003) fühlten sich 74% der Interviewten auf den Patiententod und nur 54% auf die Betreuung der trauenden Angehörigen vorbereitet. Unabhängig von der persönlichen Wertung und Belastung solle jedoch eine enge und einfühlsame Angehörigenbetreuung erfolgen. In der vorliegenden Studie wurde mehrfach ein unsensibles Verhalten von medizinischem Personal gegenüber Angehörigen beobachtet und scharf kritisiert. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass in der Lehre vermehrt auch auf eine intensive Angehörigenbetreuung Wert gelegt werden sollte. Es äußerten sich deutlich mehr Studierende als Ärzt\_innen zur Angehörigenbetreuung. Es handelte sich hier eher um Negativbeispiele und Wünsche nach einer guten Betreuung. Dagegen berichtete die Gruppe der Ärzt\_innen eher von der Relevanz und den Schwierigkeiten einer solchen Betreuung. Da die Angehörigenbetreuung nicht in den Aufgabenbereich von Studierenden gehört, lässt sich diese unterschiedliche Wahrnehmung eventuell dementsprechend erklären. Ein weiterer ärztlicher Aufgabenbereich war es therapeutische, schwerwiegende **Entscheidungen zu treffen** und dafür die Verantwortung zu übernehmen, in diesem Kontext besonders der Wechsel vom kurativen zum palliativen Ansatz. In manchen Interviews wurde der Vergleich von Ärzt\_innen mit Göttern angebracht, die die Entscheidungshoheit über Leben und Tod hätten. Derselbe Vergleich findet sich in der Studie von Smith-Han et al. (2016). Die Verantwortung über Leben und Tod zu haben

wurde als große Last beschrieben und verlange Mut. Schwerwiegende Entscheidungen sollten optimalerweise interdisziplinär im Team erfolgen und erst nach ausführlicher Auseinandersetzung mit dem Fall. Voraussetzung dafür sei es, keine enge emotionale Beziehung zu Patient\_innen aufzubauen. In diesem Zusammenhang wurde erneut die Bedeutung von Distanzierung hervorgehoben. Dieser Ansatz steht im Einklang mit der Literatur (Zambrano et al., 2012). Mehr Ärzt\_innen als Studierende betonten die Wichtigkeit und Herausforderung schwerwiegende Entscheidungen zu treffen, und zudem erfolgten die Berichte in mehr Details. Dieser Unterschied beruht wahrscheinlich auf einem erweiterten Aufgabenbereich und einer größeren Verantwortung der Ärzt\_innen.

Erfahrungen mit Sterben und Tod haben also einen großen Einfluss auf Einstellung und Verhalten von Mediziner\_innen. Unter anderem formen sie die Identität als Ärztin/Arzt wie auch das Verständnis der ärztlichen Aufgaben bei der Betreuung sterbender Patient\_innen und deren Angehörigen. Dies unterstreicht den dynamischen Charakter der Arztrolle im Sinne der interaktionistischen Rollentheorie: Die ärztliche Rolle formt sich nach Interaktionen, besonders nach solchen mit Patient\_innen und Kolleg\_innen und ist nicht starr. Der Wandel vom ärztlichen Bild des Heilers hin zu einem Begleiter war hervorstehtend. Zudem wandelte sich die Einstellung zu Sterben und Tod hin zu positiven Assoziationen sowie einer vermehrten Wertschätzung des Lebens.

#### **4.4 Stärken und Limitationen der Studie**

Die Studie weist einige Stärken und Schwächen auf: Zunächst ist die Studie in sich durch ihre Ausrichtung nach Wissenschaftstheorie, Methodik und Methode kohärent (Carter & Little, 2007). Die „klassischen“ Güterkriterien Reliabilität (Zuverlässigkeit, d. h. Stabilität und Genauigkeit der Messung) und Validität (Gültigkeit, d. h. wird genau das gemessen, was gemessen werden soll?) können auf die qualitative Forschung nur unzureichend übertragen werden. Daher werden spezifische inhaltsanalytische Gütekriterien zur Qualitätssicherung vorgeschlagen. Dazu gehört u.a. die „Intercoderreliabilität“, d. h. die Analyse wurde von mehreren Personen durchgeführt und die Ergebnisse wurden verglichen. Manche Autor\_innen plädieren dafür, dass dies schon bei der Konstruktion der Kategorien beginnen sollte (Mayring, 2015, pp. 124-126). Dies wurde in dieser Studie durch die gemeinsame Arbeit von zwei unabhängigen Personen (der Soziologin Nana Jedlicska und mir) erfüllt. Ein weiteres

Gütekriterium ist „Transparenz“ (Flick et al., 2008), die durch das Offenlegen der einzelnen Arbeitsschritte gewährleistet wurde. Dem interpretativen Paradigma folgend wird anerkannt, dass es verschiedene Interpretationen unserer sozialen Welt und nicht nur eine Wirklichkeit gibt. Auf jede Interpretation haben immer der eigene soziale Hintergrund und Vorerfahrungen großen Einfluss, und dieses war uns beiden genannten Forscherinnen stets bewusst.

Das hier untersuchte Kollektiv mag durch seine geringe Fallzahl und Beschaffenheit nicht repräsentativ sein und lässt daher nur eingeschränkte Schlüsse auf die Allgemeinheit zu. Zusätzlich lässt sich durch die Vielfalt an medizinischen Fachrichtungen mit noch geringerer Anzahl an Interviewten pro Fachbereich keine Aussagen über Beschäftigte eines spezifischen Fachbereichs machen. Jedoch ist auch das Ziel von qualitativer Forschung, ein tiefgreifendes Verständnis für subjektive Sichtweisen in ihrer ganzen Komplexität zu erlangen und keine Repräsentanz der Allgemeinheit. Außerdem sind die Daten so detailreich, dass sie die Beantwortung der Forschungsfragen ausreichend sichern. Die freiwillige Teilnahme der Interviewten lässt ein Grundinteresse des Kollektivs an der Thematik „Erfahrungen mit Sterben und Tod“ vermuten, was einen Selektionsbias darstellt. Außerdem arbeiteten alle Interviewpartner\_innen an der gleichen Institution (am Klinikum rechts der Isar, München). Daher wurden womöglich bestimmte Erfahrungen aus Sorge vor persönlichen Konsequenzen von den Interviewten nicht geäußert.

Der qualitative Ansatz bringt einige Herausforderungen mit sich: Unzureichende Objektivität kann kritisiert werden, da die Erstellung der Kategorien, die Zuordnung von Textmaterial zu Kategorien, sowie die interpretative Analyse des Kodierleitfadens letzten Endes immer subjektiv ist. Häufiger Kritikpunkt ist daher die unzureichende Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse, jedoch war dies auch nicht der Anspruch der Studie.

### **4.5 Ausblick**

Mehrere Kritikpunkte der Interviewten bezogen sich auf die Ausbildungskonzepte während des Medizinstudiums, u. a. auf dessen kurative Ausrichtung. Es wurde der Wunsch nach einer fundierteren Ausbildung in Palliativmedizin und nach mehr Raum für Reflexion über die Themen Sterben und Tod geäußert. In diesem Kontext wurde es als besonders herausfordernd beschrieben, den richtigen Zeitpunkt zu finden, Patient\_innen sterben zu lassen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer vertieften

Ausbildung in diesem Bereich. Zudem wünschten sich die Interviewten, schon im Studium auf psychisch belastende Situationen im Zusammenhang mit Sterben und Tod vorbereitet zu werden und für verschiedene Bewältigungsstrategien angeleitet zu werden.

Des Weiteren wurde der exzessive Einsatz von Maximaltherapie kritisiert: Es wurde als besonders belastend beschrieben, wenn dies eine Verlängerung von Leiden bedeutete. Dabei wurde das Dilemma zwischen der Beachtung der eigenen Werten und den finanziellen Interessen des Krankenhauses für die Fortsetzung von Maximaltherapie beschrieben. Eine Diskussion über die Grenzen und Sinnhaftigkeit der Medizin schon zu Studienzeiten wäre daher sinnvoll.

Kritisch wurden auch die verspätete, unehrliche und unvollständige Kommunikation mit Patient\_innen und Angehörigen sowie eine wenig empathische Betreuung durch manche Ärzt\_innen betrachtet. Deswegen wurde ein vermehrtes Augenmerk auf die Vermittlung dieser Aspekte während des Studiums gefordert. Aufgrund der beschriebenen großen Belastung durch die Angehörigenbetreuung sollte auch dieser Aspekt Raum in der Ausbildung erhalten. Zudem sollten auszubildende Ärzt\_innen auf das Konzept des hidden curriculums aufmerksam gemacht werden, um Werte und Verhalten entsprechend vermitteln zu können (Batley et al., 2017; Jaye et al., 2005; Smith-Han et al., 2016).

Ein sich wiederholender Kritikpunkt war das zu geringe Hilfsangebot für Ärzt\_innen, besonders in Bezug auf Gespräche nach belastenden Erfahrungen. Hier könnte in Folgestudien eruiert werden, was genau sich junge Mediziner\_innen wünschen und in welcher Form dies im Alltag umgesetzt werden kann. Wie bereits erläutert, könnte diese Studie als Grundlage für eine darauffolgende quantitative Studie mit einer repräsentativen Stichprobe dienen. In dieser Studie wurden bereits verschiedene Aspekte identifiziert, die für die Entwicklung eines Fragebogens weiter untersucht werden könnten.

Das Dilemma aus starker emotionaler Belastung und dem gleichzeitigen Anspruch, diesen Emotionen im Klinikalltag nicht nachzugehen zu wollen oder können, wurde bereits ausführlich beschrieben. Ursprung ist oft die eigene Vorstellung, stets Stärke zeigen zu wollen und müssen. Diese Erkenntnis könnte als Grundlage dafür dienen, in der medizinischen Lehre auf die unterschiedlichen Auffassungen bezüglich der ärztlichen Aufgaben einzugehen. Eine Diskussion darüber anzuregen könnte dazu

## Diskussion

beitragen, den von einigen Befragten empfundenen Druck der emotionalen Kontrolle zu mindern.

## 5 Zusammenfassung

Sterbebegleitung und Auseinandersetzung mit dem Tod werden als Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs oft als belastend wahrgenommen. Die vorliegende Studie bietet einen Einblick in das Erleben und die Bewältigung von Erfahrungen mit Sterbenden durch PJ-Student\_innen und Ärzt\_innen in Weiterbildung. Außerdem beleuchtet sie die Auswirkungen von Sterbeerfahrungen auf deren Verhalten und Einstellungen, insbesondere in Hinblick auf ihr ärztliches Rollenverständnis.

Die Untersuchung baut auf einem qualitativen Forschungsansatz in Form einer Interviewstudie auf. Mittels semistrukturierter Leitfadeninterviews wurden neun PJ-Student\_innen und neun Assistenzärzt\_innen in Weiterbildung interviewt. Die Audiodateien wurden in Schriftform transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Zwölf verschiedene Emotionen wurden bei den Interviewten als Reaktion auf Erfahrungen mit Sterben und Tod identifiziert, darunter Zufriedenheit, Betroffenheit, Angst, Hilflosigkeit, Bewunderung, Mitleid, Trauer, Wut, Schock, Überforderung, Schuld und wenig emotionale Teilnahme. Einige Interviewte zeigten körperliche Reaktionen, meist in Form von Weinen. Nach den Erfahrungen tauchten Gedanken über Sterben und Tod, über die Kausalität des Todes, Selbstprojektion und Perspektivenübernahme auf. Unterschiedliche Bewältigungsstrategien konnten beobachtet werden, darunter Gespräche, Vermeidung, Rationalisierung, Akzeptanz und Konfrontation.

Erfahrungen mit Sterben und Tod führten zu kurz- und langfristigen Veränderungen in den persönlichen Einstellungen zu Leben und Tod und im entsprechenden Verhalten der Befragten. Die meisten Mediziner\_innen änderten ihr Sterbe- und Todesbild hin zu einer positiveren Wahrnehmung, sahen den Tod als Teil des Lebens und akzeptierten ihn. Zudem erkannten sie die Fragilität und Vergänglichkeit des Lebens und lernten es stärker zu schätzen. Die ärztliche Herangehensweise änderte sich von einem rein kurativen zu einem ganzheitlichen, pflegenden Ansatz. Als Ärztin/Arzt sollte man den Tod zulassen können und diesen dann möglichst angenehm und entsprechend der Patientenwünsche gestalten. Dabei wurde die Schwierigkeit betont, den richtigen Zeitpunkt für einen Wechsel vom kurativen zum palliativen Ansatz zu finden. Die Anwendung einer Maximaltherapie ohne Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen wurde mehrfach kritisiert. Infolgedessen änderten sich auch die

## Zusammenfassung

Vorstellungen der Interviewten bezüglich ihrer Wünsche für das eigene Sterben. In der Betreuung sterbender Patient\_innen und deren Angehörigen wurde auf eine rechtzeitige, offene und ehrliche Kommunikation Wert gelegt. Mehrfach wurde daher gefordert, in Kommunikationsfähigkeiten besser ausgebildet zu werden. Ärztliches Personal sollte fürsorglich auftreten, andererseits gleichzeitig aus Gründen des Selbstschutzes auf eine emotionale Distanzierung achten sowie die emotionale Fassung im beruflichen Kontext behalten. Dieser balancierte emotionale Einsatz im Umgang mit sterbenden Patient\_innen wurde als große Herausforderung angesehen. Ein Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs bestünde zudem darin, Entscheidungen für Entscheidungsunfähige oder -unwillige zu treffen und dadurch Verantwortung für andere zu übernehmen. Eine enge Angehörigenbetreuung wurde als notwendig erkannt, aber auch als große Belastung angesehen.

Sterbeerfahrungen hatten nicht nur auf das berufliche, sondern auch auf das private Verhalten Auswirkungen. Denn vielen Interviewten fiel die emotionale und kognitive Trennung von Beruf und Privatleben schwer.

Mehrfach wurde die kurative Ausrichtung des Medizinstudiums und die mangelnde Vorbereitung auf Sterben und Tod kritisiert.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen auf emotionale, kognitive und körperliche Herausforderungen durch Erfahrungen mit Sterbenden bei (angehenden) Ärzt\_innen hin und betonen deren schwierige Bewältigung. Solch prägende Erfahrungen beeinflussen die Einstellung zu Sterben und Tod sowie das ärztliche Selbstverständnis und Verhalten gegenüber Todkranken. Deshalb ist es notwendig, in der ärztlichen Ausbildung den Umgang mit Sterbenden zu vertiefen und die Hilfestellungen zur Bewältigung von Sterbeerfahrungen im ärztlichen Beruf zu verbessern.

## 6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demographische Daten der Interviewten.....	19
Tabelle 2: Ausbildungsstand und Anzahl der absolvierten PJ-Tertiale der Medizinstudierenden zum Erhebungszeitpunkt.....	19
Tabelle 3: Weiterbildungsstand und Tätigkeitsbereich der Assistenzärzt_innen zum Erhebungszeitpunkt.....	19

## 7 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Der Prozess der Emotionsentstehung in Lazarus' Theorie der Stresseemotionen (Reisenzein et al., 2003, p. 71) .....	16
Abbildung 2 Übersicht über alle Kategorien.....	26

## 8 Literaturverzeichnis

- (DGP), D. G. f. r. P. e. V. (2009). Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin.
- Álvarez-Del-Río, A., Marván, M. L., Santillán-Doherty, P., Delgadillo, S., & Oñate-Ocaña, L. F. (2013, Jul). Facing death in clinical practice: a view from physicians in Mexico. *Arch Med Res*, 44(5), 394-400. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2013.05.005>
- Balint, M. (1955, Apr 2). The doctor, his patient, and the illness. *Lancet*, 268(6866), 683-688. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(55\)91061-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(55)91061-8)
- Batley, N. J., Bakhti, R., Chami, A., Jabbour, E., Bachir, R., El Khuri, C., & Mufarrij, A. J. (2017, Jul 10). The effect of patient death on medical students in the emergency department. *BMC Med Educ*, 17(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0945-9>
- Bergner, T. (2004). Burn-out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*(33), C1797–C1799.
- Boland, J. W., Dikomitis, L., & Gadoud, A. (2016, Dec). Medical students writing on death, dying and palliative care: a qualitative analysis of reflective essays. *BMJ Support Palliat Care*, 6(4), 486-492. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001110>
- Borasio, G. D. (2013). *Über das Sterben*. C.H.Beck.
- Bovero, A., Tosi, C., Miniotti, M., Torta, R., & Leombruni, P. (2018, Jun). Medical Students Reflections Toward End-of-Life: a Hospice Experience. *J Cancer Educ*, 33(3), 634-639. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1171-1>
- Buss, M. K., Marx, E. S., & Sulmasy, D. P. (1998, Apr). The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med*, 73(4), 418-422. <https://doi.org/10.1097/00001888-199804000-00015>
- Carter, S. M., & Little, M. (2007, Dec). Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qual Health Res*, 17(10), 1316-1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Chandra, P. S., Chaturvedi, S. K., Kumar, A., Kumar, S., Subbakrishna, D. K., Channabasavanna, S. M., & Anantha, N. (1998, Sep). Awareness of diagnosis and psychiatric morbidity among cancer patients--a study from South India. *J Psychosom Res*, 45(3), 257-261. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00012-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00012-9)
- Chaturvedi, S. K., Loiselle, C. G., & Chandra, P. S. (2009, Jan). Communication with relatives and collusion in palliative care: a cross-cultural perspective. *Indian J Palliat Care*, 15(1), 2-9. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.53485>
- Coulehan, J. L. (1995, Fall). Tenderness and steadiness: emotions in medical practice. *Lit Med*, 14(2), 222-236. <https://doi.org/10.1353/lm.1995.0027>
- Crabtree, S. (2010). <https://news.gallup.com/poll/142727/religiosity-highest-world-poorest-nations.aspx>.
- Cripe, L. D., Hedrick, D. G., Rand, K. L., Burns, D., Banno, D., Cottingham, A., Litzelman, D., Hoffmann, M. L., Martenyi, N., & PhD, R. M. F. (2017). Medical Students' Professionalism Narratives Reveal That Experiences With Death, Dying, or Palliative Care Are More Positive Than Other Experiences During Their Internal Medicine Clerkship. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 34(1), 79-84. <https://doi.org/10.1177/1049909115609296>
- Dickinson, G. E., Tournier, R. E., & Still, B. J. (1999, Aug 9-23). Twenty years beyond medical school: physicians' attitudes toward death and terminally ill patients. *Arch Intern Med*, 159(15), 1741-1744. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.15.1741>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer.
- Fallowfield, L. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. (2002, Jul). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*, 16(4), 297-303. <https://doi.org/10.1191/0269216302pm575oa>

- Ffrench-O'Carroll, R., Feeley, T., Crowe, S., & Doherty, E. M. (2019, Jul). Grief reactions and coping strategies of trainee doctors working in paediatric intensive care. *Br J Anaesth*, 123(1), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.01.034>
- Fischer, L., & Wiswede, G. (2014). *Grundlagen der Sozialpsychologie*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag. <https://doi.org/doi:10.1524/9783486847826>
- Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (2008). *Qualitative Forschung*. Rowohlt.
- Fox, R. C. (1959). *Experiment Perilous: Physicians and Patients Facing the Unknown* Free Press.
- Fraser, H. C., Kutner, J. S., & Pfeifer, M. P. (2001, Fall). Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *J Palliat Med*, 4(3), 337-343. <https://doi.org/10.1089/109662101753123959>
- Granek, L., Barrera, M., Scheinmann, K., & Bartels, U. (2016). Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient death. *J Psychosoc Oncol*, 34(1-2), 39-59. <https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1127306>
- Granek, L., Mazzotta, P., Tozer, R., & Krzyzanowska, M. K. (2013, Nov-Dec). Oncologists' protocol and coping strategies in dealing with patient loss. *Death Stud*, 37(10), 937-952. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.692461>
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Simon, L., & Pinel, E. (1992, Dec). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *J Pers Soc Psychol*, 63(6), 913-922. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.6.913>
- Hafferty, F. W. (1991). *Into the Valley: Death and the Socialization of Medical Students*. Yale University Press.
- Haug, F. (1994). *Kritik der Rollentheorie* (Vol. 5). Argument Verlag.
- Höfer, W. (2013). *Medien und Emotionen*. Springer.
- Hopf, C. (2008). Qualitative Interviews- ein Überblick In U. v. K. Flick, Ernst; Steinke, Ines (Ed.), *Qualitative Forschung* (pp. 349-360). Rowohlt.
- Hull, F. M. (1991, Nov). Death, dying and the medical student. *Med Educ*, 25(6), 491-496. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1991.tb00103.x>
- Jackson, V. A., Sullivan, A. M., Gadmer, N. M., Seltzer, D., Mitchell, A. M., Lakoma, M. D., Arnold, R. M., & Block, S. D. (2005, Jul). "It was haunting...": physicians' descriptions of emotionally powerful patient deaths. *Acad Med*, 80(7), 648-656. <https://doi.org/10.1097/00001888-200507000-00007>
- Jaye, C., Egan, T., & Parker, S. (2005). Learning to be a Doctor: Medical Educators Talk about the Hidden Curriculum in Medical Education [Other Journal Article]. *Focus on Health Professional Education*, 7(2), 1-17.
- Jedlicska, N., Srnová, D., Scheide, L., Wijnen-Meijer, M., Gartmeier, M., & Berberat, P. O. (2021, May). Medical Trainees' Experiences With Dying and Death. *Omega (Westport)*, 83(1), 64-83. <https://doi.org/10.1177/0030222819843436>
- Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001, Jan 5). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer*, 84(1), 48-51. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1573>
- Kane, A. C., & Hogan, J. D. (1985-1986). Death anxiety in physicians: Defensive style, medical specialty, and exposure to death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 16(1), 11-22.
- Keller, R. (2012). Symbolischer Interaktionismus. In *Das Interpretative Paradigma: Eine Einführung* (pp. 83-174). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-94080-9\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-531-94080-9_3)
- Kelly, E., & Nisker, J. (2010, Apr). Medical students' first clinical experiences of death. *Med Educ*, 44(4), 421-428. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03603.x>
- Kurz, A., Stockhammer, C., Fuchs, S., & Meinhard, D. (2009). Das problemzentrierte Interview. In R. Buber & H. H. Holzmüller (Eds.), *Qualitative Marktforschung* (pp. 463-475). Springer.
- Kvale, J., Berg, L., Groff, J. Y., & Lange, G. (1999, Nov-Dec). Factors associated with residents' attitudes toward dying patients. *Fam Med*, 31(10), 691-696.

- Lazarus, R. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819–834.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. *McGraw-Hill*.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. A. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment.
- Lief, H., & Fox, R. (1963). Training for „detached concern“ in medical students In L. Harold, L. Victor, & L. Nina (Eds.), *The psychological basis of medical practice* (pp. 12-35). Harper and Row
- Lindner, D. (2005). *Sterben und Tod im Erleben von Medizinstudenten im Vergleich zu 1987* Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg].
- Loiselle, C. G., & Sterling, M. M. (2012, Apr). Views on death and dying among health care workers in an Indian cancer care hospice: balancing individual and collective perspectives. *Palliat Med*, 26(3), 250-256. <https://doi.org/10.1177/0269216311400931>
- MacLeod, R. D. (2001, Jun). On reflection: doctors learning to care for people who are dying. *Soc Sci Med*, 52(11), 1719-1727. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00289-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00289-6)
- Mardi J. Horowitz, M. S. S. B. (1971). Cognitive Response to Stressful Stimuli. *Arch Gen Psychiatry*(25(5)), 419–428.
- MAXQDA 2020 Manual (2019).
- Maxwell, T. L., Passow, E. S., Plumb, J., & Sifri, R. D. (2002, Oct). Experience with hospice: reflections from third-year medical students. *J Palliat Med*, 5(5), 721-727. <https://doi.org/10.1089/109662102320880543>
- Mayring, P. (1994). Qualitative Inhaltsanalyse. In A. Boehm, A. Mengel, & T. Muhr (Eds.), *Texte verstehen : Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: UVK Univ.-Verl. Konstanz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken* Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- McCranie, E. W., & Brandsma, J. M. (1988, Spring). Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behav Med*, 14(1), 30-36. <https://doi.org/10.1080/08964289.1988.9935120>
- Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R. S. (2001, Dec 19). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *Jama*, 286(23), 3007-3014. <https://doi.org/10.1001/jama.286.23.3007>
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002, Oct). Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*, 52 Suppl(Suppl), S9-12.
- Miebach, B. (2014). *Soziologische Handlungstheorie* (Vol. 4). Springer.
- Moore, T. S., Castle, K. L., Shaw, K. L., Stockton, M. R., & Bennett, M. I. (2007, Oct). 'Memorable patient deaths': reactions of hospital doctors and their need for support. *Med Educ*, 41(10), 942-946. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02836.x>
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011, Aug). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Neuwirth, Z. E. (1997, Aug 30). Physician empathy--should we care? *Lancet*, 350(9078), 606. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)63323-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)63323-5)
- Pessagno, R., Foote, C. E., & Aponete, R. (2013). Dealing with death: medical students' experiences with patient loss. *Omega (Westport)*, 68(3), 207-228. <https://doi.org/10.2190/om.68.3.b>
- Ratanawongsa, N., Teherani, A., & Hauer, K. E. (2005, Jul). Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Acad Med*, 80(7), 641-647. <https://doi.org/10.1097/00001888-200507000-00006>
- Redinbaugh, E. M., Sullivan, A. M., Block, S. D., Gadmer, N. M., Lakoma, M., Mitchell, A. M., Seltzer, D., Wolford, J., & Arnold, R. M. (2003). Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ*, 327(7408), 185. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7408.185>

- Rehmann-Sutter, C. (2011). Leben enden lassen. Ethik von Entscheidungen über das Lebensende. In P. G. Krebs A., Seelmann K. (Ed.), *Ethik des gelebten Lebens. Basler Beiträge zu einer Ethik der Lebensführung* (pp. 271–293).
- Reisenzein, R., Meyer, W.-U., & Schuetzwohl, A. (2003, 01/01). Einführung in die Emotionspsychologie, Band 3: Kognitive Emotionstheorien. <https://doi.org/10.17877/DE290R-10162>
- Rhodes-Kropf, J., Carmody, S. S., Seltzer, D., Redinbaugh, E., Gadmer, N., Block, S. D., & Arnold, R. M. (2005, Jul). "This is just too awful; I just can't believe I experienced that...": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med*, 80(7), 634-640. <https://doi.org/10.1097/00001888-200507000-00005>
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A., & Roca, R. P. (1995, Sep 25). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*, 155(17), 1877-1884.
- Rüegger, H. (2013). Sterben in Würde? Worauf es ankommt. *Diakoniewissenschaft in Forschung und Lehre*.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications Ltd.
- Schreier, M. (2014a). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum: Qualitative social research*.
- Schwinger, T. (2007). Der Rollenbegriff in sozialwissenschaftlichen Theorien: Schwieriger Umgang mit einer Metapher.
- Sekiya, N., Kuroda, Y., Nakajima, K., Iwamitsu, Y., Kanai, Y., Miyashita, M., Kotani, M., Kitazawa, Y., Yamashita, H., & Nakagawa, K. (2017). Views on life and death of physicians, nurses, cancer patients and general population in Japan. *PLoS One*, 12(5), e0176648. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176648>
- Sinclair, S. (2011, Feb 8). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Cmaj*, 183(2), 180-187. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100511>
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013, Feb). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med*, 27(2), 172-178. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>
- Smith, A. C., & Kleinman, S. (1989). Managing emotions in medical school: Students' contacts with the living and the dead. *Social Psychology Quarterly*, 52(1), 56–69.
- Smith-Han, K., Martyn, H., Barrett, A., & Nicholson, H. (2016, Apr 14). That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die." Death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC Med Educ*, 16, 108. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0631-3>
- Srnová, D. (2021). Erfahrungen von Medizinstudierenden und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung mit Sterben und Tod. *Technische Universität München*.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000, Nov 15). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*, 284(19), 2476-2482. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>
- Stoep, A. V., McCauley, E., Flynn, C., & Stone, A. (2009, Dec). Thoughts of death and suicide in early adolescence. *Suicide Life Threat Behav*, 39(6), 599-613. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.6.599>
- Sullivan, A. M., Lakoma, M. D., & Block, S. D. (2003, Sep). The status of medical education in end-of-life care: a national report. *J Gen Intern Med*, 18(9), 685-695. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21215.x>
- Sung, A. D., Collins, M. E., Smith, A. K., Sanders, A. M., Quinn, M. A., Block, S. D., & Arnold, R. M. (2009, Jul). Crying: experiences and attitudes of third-year medical students and interns. *Teach Learn Med*, 21(3), 180-187. <https://doi.org/10.1080/10401330903014111>

- Supiano, K. P., & Vaughn-Cole, B. (2011, Jan). The impact of personal loss on the experience of health professions: graduate students in end-of-life and bereavement care. *Death Stud*, 35(1), 73-89. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.507321>
- Talwalkar, J. S., Moriarty, J. P., & Ellman, M. S. (2019, Nov). Students' Experiences With Death and Dying Prior to Medical School: A Content Analysis of Students' Written Reflections. *Am J Hosp Palliat Care*, 36(11), 999-1007. <https://doi.org/10.1177/1049909119847965>
- Trivate, T., Dennis, A. A., Sholl, S., & Wilkinson, T. (2019, Dec 4). Learning and coping through reflection: exploring patient death experiences of medical students. *BMC Med Educ*, 19(1), 451. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1871-9>
- Voltmer, E. S., Claudia (2009). Soziale Unterstützung und Gesundheit von Ärzten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztlichen Psychotherapie (DGPM)*(1), 51-69.
- Wagner, R. E., Hexel, M., Bauer, W. W., & Kropiunigg, U. (1997, Jan 6). Crying in hospitals: a survey of doctors', nurses' and medical students' experience and attitudes. *Med J Aust*, 166(1), 13-16.
- Weber, M. (2010). *Notärzte – Umgang mit Tod und Sterben* Albert-Ludwigs-Universität]. Freiburg.
- Whippen, D. A., & Canellos, G. P. (1991, Oct). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol*, 9(10), 1916-1920. <https://doi.org/10.1200/jco.1991.9.10.1916>
- Whitehead, P. R. (2014, Sep). The lived experience of physicians dealing with patient death. *BMJ Support Palliat Care*, 4(3), 271-276. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000326>
- Whyte, R., Quince, T., Benson, J., Wood, D., & Barclay, S. (2013, Mar 6). Medical students' experience of personal loss: incidence and implications. *BMC Med Educ*, 13, 36. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-36>
- Williams, C. M., Wilson, C. C., & Olsen, C. H. (2005, Apr). Dying, death, and medical education: student voices. *J Palliat Med*, 8(2), 372-381. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.372>
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Ed.), *Qualitative Forschung in der Psychologie : Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (pp. 227-255).
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A., & Crawford, G. B. (2012, Sep). On the emotional connection of medical specialists dealing with death and dying: a qualitative study of oncologists, surgeons, intensive care specialists and palliative medicine specialists. *BMJ Support Palliat Care*, 2(3), 270-275. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000208>

## 10 Anhang

### 10.1 Interviewleitfaden

#### INTERVIEW-LEITFADEN

##### 1. Einführung

Information zur Studie, zum Datenschutz und Ablauf des Interviews; Einwilligung in Aufnahme, Speicherung und Verarbeitung der Daten.

##### 2. Ausfüllen des Kurzfragebogens

##### 3. Das eigentliche Interview

###### I. Allgemeine Eröffnungsfrage:

**„Nennen Sie bitte das, was Sie in Bezug auf das Thema Sterben und den Tod im beruflichen Kontext am meisten beeinflusst hat.“**

###### II. Konkrete Folgefrage zu den einzelnen erwähnten Punkten:

**„Können Sie dieses Erlebnis/ diese Beziehung möglichst genau beschreiben?“**

###### III. Optionale Ergänzungsfragen:

*(Falls Präzisierung oder Vervollständigung notwendig.)*

###### a. weitere Beschreibung der Erfahrung in verschiedenen Dimensionen

**„Welche Gedanken sind Ihnen durch diese Erfahrung durch den Kopf gegangen?“**

**„Welche Emotionen hat diese Erfahrung in Ihnen hervorgerufen?“**

**„Was haben Sie aus dieser Erfahrung gelernt?“**

###### b. Erfassen der Konsequenzen der Erfahrung in verschiedenen Dimensionen

**„Wie hat sich diese Erfahrung auf Ihre persönliche Einstellung zum Sterben und Tod ausgewirkt?“**

**„Was hat sich an Ihrem Verhalten verändert – gegenüber den sterbenden Patienten sowie deren Angehörigen?“**

**„Wie hat sich dabei Ihr Rollenverständnis als Arzt/Ärztin in Bezug auf den Umgang mit sterbenden Patienten verändert?“**

c. Einschätzung des institutionellen Umgangs mit der Thematik

**„Haben/hatten Teile Ihrer Ausbildung/Weiterbildung eine prägende Wirkung in Bezug auf das Thema Sterben und Tod? Wenn ja, welche und in wie fern?“**

**„Wie würden Sie die Thematisierung vom Sterben und Tod und der damit verbundenen Erlebnisse an Ihrem Praktikums- bzw. Arbeitsplatz einschätzen?“**

IV. Perspektivische Fragen:

**„Was denken Sie, wie hätte Ihre Ausbildung Sie besser vorbereiten können auf diese in jeder Hinsicht anspruchsvollen Situationen? Was würden Sie sich wünschen, dass Ihre jungen Kollegen diesbezüglich aus dem Studium mitnehmen?“**

**„Was müsste sich an Ihrem Praktikums- bzw. Arbeitsplatz verändern in Hinblick auf den Umgang mit dieser Thematik?“**

V. Abschluss:

**„Empfinden Sie, dass etwas in unserem Gespräch zu kurz gekommen ist?“**

**„Was wären Sie gern noch gefragt worden?“**

## 10.2 Kurzfragebögen

### KURZFRAGEBOGEN – PJ-STUDENT INNEN

Anonymisierungscode:

Tag und Monat Ihres Geburtsdatums (TT.MM.)

Initialen des Namens Ihrer Mutter (erster Buchstabe des Vornamens und des aktuellen Nachnamens)

#### 1. Soziodemographische Angaben

Geschlecht  männlich  weiblich

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Studienort vor PJ-Antritt \_\_\_\_\_

Ausbildungsstand \_\_\_\_\_ PJ-Tertial

PJ-Tertial bisher in Fächern  Innere Medizin

Chirurgie

\_\_\_\_\_

(Wahlfach)

#### 2. Gesundheitsberufliche Ausbildung vor dem Medizinstudium

Ich habe vor dem Medizinstudium eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf absolviert.

Ja.

Nein.

Ich habe den Beruf zum/zur \_\_\_\_\_ gelernt und ihn \_\_\_\_\_

lang ausgeübt/seit \_\_\_\_\_ ausgeübt.

*(Das unzutreffende Satzteil bitte durchstreichen.)*

**3. Zukünftiger Fachbereich**

Ich werde nach meinem Studienabschluss vermutlich eine Ausbildung zum Facharzt für \_\_\_\_\_ anstreben.

**4. Selbsteinschätzung**

Wie gut fühlen Sie sich als zukünftige Ärztin/zukünftiger Arzt *durch Ihre Ausbildung* auf den Umgang mit sterbenden Patienten und den Tod eines Patienten vorbereitet?

*(Bitte tragen Sie auf der 10cm langen Linie zwischen den Extremen „überhaupt nicht“ und „sehr gut“ entsprechend ihrer momentanen subjektiven Einschätzung einen Strich ein.)*

überhaupt nicht |-----| sehr gut

Wie gut fühlen Sie sich als zukünftige Ärztin/zukünftiger Arzt *durch Ihre außerberuflichen Erfahrungen* auf den Umgang mit sterbenden Patienten und den Tod eines Patienten vorbereitet?

*(Bitte tragen Sie auf der 10cm langen Linie zwischen den Extremen „überhaupt nicht“ und „sehr gut“ entsprechend ihrer momentanen subjektiven Einschätzung einen Strich ein.)*

überhaupt nicht |-----| sehr gut

**KURZFRAGEBOGEN – ASSISTENZÄRZT INNEN**

Anonymisierungscode:

Tag und Monat Ihres Geburtsdatums (TT.MM.)

Initialen des Namens Ihrer Mutter (erster Buchstabe des Vornamens und des aktuellen Nachnamens)

**1. Soziodemographische Angaben**

Geschlecht  männlich  weiblich

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Studienort \_\_\_\_\_

Ausbildungsstand Assistenzärztin/Assistenzarzt im \_\_\_\_\_ Jahr der Weiterbildung

**2. Gesundheitsberufliche Ausbildung vor dem Medizinstudium**

Ich habe vor dem Medizinstudium eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf absolviert.

Ja.  Nein.

Ich habe den Beruf zum/zur \_\_\_\_\_ gelernt und ihn \_\_\_\_\_  
lang ausgeübt/seit \_\_\_\_\_ ausgeübt.

*(Das unzutreffende Satzteil bitte durchstreichen.)*

**3. Fachbereich**

Ich bin momentan im Fachbereich \_\_\_\_\_ auf dem Gebiet  
\_\_\_\_\_ tätig und strebe einen Abschluss als  
Fachärztin/Facharzt für \_\_\_\_\_ an.

Außerdem habe ich früher in folgendem Fach/folgenden Fächern gearbeitet:

\_\_\_\_\_, für eine Dauer von \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_, für eine Dauer von \_\_\_\_\_.

**4. Selbsteinschätzung**

Wie gut fühlen Sie sich als Ärztin/Arzt durch Ihre Aus- und Weiterbildung auf den Umgang mit sterbenden Patienten und den Tod eines Patienten vorbereitet?

*(Bitte tragen Sie auf der 10cm langen Linie zwischen den Extremen „überhaupt nicht“ und „sehr gut“ entsprechend ihrer momentanen subjektiven Einschätzung einen Strich ein.)*

überhaupt nicht |-----| sehr gut

Wie gut fühlen Sie sich als Ärztin/Arzt durch Ihre außerberuflichen Erfahrungen auf den Umgang mit sterbenden Patienten und den Tod eines Patienten vorbereitet?

*(Bitte tragen Sie auf der 10cm langen Linie zwischen den Extremen „überhaupt nicht“ und „sehr gut“ entsprechend ihrer momentanen subjektiven Einschätzung einen Strich ein.)*

überhaupt nicht |-----| sehr gut

## 10.3 Information an die Teilnehmenden und Einverständniserklärung



Klinikum rechts der Isar  
Technische Universität München

**TUM MeDiCAL**  
Medizin Didaktisches Centrum für Ausbildungsforschung und Lehre  
Prof. Dr. med. Pascal Berberat, Wissenschaftlicher Leiter

in Kooperation mit der palliativmedizinischen Abteilung der  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Prof. Dr. med. Peter Henningsen  
Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio  
PD. Dr. med. Johanna Anneser  
und der Katholischen Stiftungsfachhochschule München  
Prof. Dr. Maria Wasner



**Forschungsprojekt**  
**Entwicklung einer ärztlichen Identität in Bezug auf  
den Umgang mit Sterbenden im Rahmen der  
beruflichen Sozialisierung von Aus- und  
Weiterbildung**  
Prof. Dr. med. Pascal Berberat  
E-Mail: berberat@tum.de  
Tel.: 089 / 4140 4005

Cand. med. Dagmara Srnová  
E-Mail: srnova.d@gmail.com

### **Veränderung des Selbstbildes von Medizin-Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten im Umgang mit Sterben und Tod im Verlauf der beruflichen Sozialisierung.**

Eine qualitative explorative Studie

#### **Information für TeilnehmerInnen**

Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer,

das Sterben und der Tod sind unvermeidliche Bestandteile des ärztlichen Berufs. Der Umgang mit sterbenden Patienten sowie die Auseinandersetzung mit dem Tod des Patienten selbst stellen für viele Ärztinnen und Ärzte eine schwere Belastung dar. Diese Erfahrungen und deren Verarbeitung prägen die individuelle Einstellung und Verhaltensweise der Ärztinnen und Ärzte im Bezug auf weitere derartige Situationen. Das Verhalten der Kliniker beeinflusst wiederum wesentlich und langfristig das Erleben der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen.

Um diese komplexe Problematik besser zu verstehen und ggf. den Umgang damit in Aus- und Weiterbildung positiv zu beeinflussen, soll in dieser Studie versucht werden, die prägenden Faktoren auf der Erlebnis- und Beziehungsebene zu identifizieren, die zur Ausbildung einer professionellen „Identität“ im Bezug auf das Sterben und den Tod beitragen.

Dafür benötigen wir Ihre Unterstützung. Wir würden mit Ihnen gerne ein ca. einstündiges Gespräch führen, in dem wir Sie zu Ihren Erfahrungen und Einstellungen zum oben genannten Thema befragen werden. Mit Ihrem Einverständnis werden wir von dem Interview eine Audioaufzeichnung anfertigen und nach entsprechender Transkription die Texte mit Hilfe qualitativer Methoden wissenschaftlich auswerten.

**Die Daten werden auf elektronischen Datenträgern pseudonymisiert gespeichert und streng vertraulich behandelt, d.h. es lassen sich keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen. Zum Schutz dieser Daten werden organisatorische Maßnahmen getroffen, die eine Weitergabe an unbefugte Dritte verhindern.**



Prof. Dr. med. P. O. Berberat



Klinikum rechts der Isar  
Technische Universität München

**TUM MeDICAL**  
Medizin Didaktisches Centrum für Ausbildungsforschung und Lehre  
Prof. Dr. med. Pascal Berberat, Wissenschaftlicher Leiter

In Kooperation mit der palliativmedizinischen Abteilung der  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Prof. Dr. med. Peter Henningsen  
Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio  
PD. Dr. med. Johanna Anneser  
und der Katholischen Stiftungshochschule München  
Prof. Dr. Maria Wasner



**Forschungsprojekt**  
**Entwicklung einer ärztlichen Identität in Bezug auf**  
**den Umgang mit Sterbenden im Rahmen der**  
**beruflichen Sozialisierung von Aus- und**  
**Weiterbildung**

Prof. Dr. med. Pascal Berberat  
E-Mail: berberat@tum.de  
Tel.: 089 / 4140 4005

Cand. med. Dagmara Smová  
E-Mail: smova.d@gmail.com

**Veränderung des Selbstbildes von Medizin-Studierenden und jungen  
Ärztinnen und Ärzten im Umgang mit Sterben und Tod im Verlauf der  
beruflichen Sozialisierung.**

Eine qualitative explorative Studie

### **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der oben genannten Studie das Gespräch mit mir aufgezeichnet wird. Mir wurde erklärt, dass die aufgenommenen Audiodateien nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben werden.

Ich bin einverstanden, dass auch in Form von einem Fragebogen Daten von mir erhoben und entsprechend des Datenschutzes pseudonymisiert gespeichert und ausgewertet werden.

Diese Einwilligung darf jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers

München, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 10.4 Kodierleitfaden

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beschreibung/Beispiele
<b>Erleben der Situation</b>  <i>Dieser Code soll zugeordnet werden, wenn es um die unmittelbaren und später folgenden Reaktionen der Interviewten auf die geschilderten Erfahrungen in Bezug auf Sterben und Tod geht.</i>	<b>emotional</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Gefühle, die die/der Erzählende während und/oder nach der Erfahrung erlebte.</i>	<b>Zufriedenheit</b>  <i>Dieser Code beschreibt das erfüllende Gefühl der Interviewten, das durch das Miterleben eines schönen Todes entstand, dem sie entweder passiv beiwohnten oder den sie aktiv durch ihr eigenes Handeln positiv beeinflussten. Weiterhin trat das Gefühl auf, wenn die Interviewten mit ihrer fachlichen Arbeit zufrieden waren, d.h. mit ihren Kenntnissen und Fertigkeiten.</i>	"Aber irgendwie hat man wahrscheinlich schon das Gefühl für sich selber, dass, wenn das gut läuft und die sich dann alle verabschieden können, dass man denen zumindest ermöglicht hat, dass sie sich, dann rückt das alles irgendwie in ein positives Licht. Und dann hat man den Angehörigen noch einmal etwas mitgeben können, obwohl das total schrecklich ist." (Peter F., Z. 286 - 289)
		<b>Betroffenheit</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Konsternation, das Ergriffen-Sein und die emotionale Belastung der Erzählenden durch eine geschilderte Sterbeerfahrung.</i>	„[...] natürlich geht es einem nahe. Also ist schon heftig, wenn man dann denkt, okay, die kennt man jetzt noch aus lebenden Zeiten, dann liegt da einfach nur mehr die Hülle oder die Überreste der Patientin, des Mädels, das ist schon heftig. Man schluckt halt einfach [...]“ (Otto S., Z. 39-42)
		<b>Angst</b>  <i>Die Subkategorie der „Angst“ wurde allen Stellen der Interviews zugeordnet, in denen die Interviewten Situationen beschrieben, in denen sie sich fürchteten, Panik empfanden und/oder eine Situation als unheimlich wahrnahmen.</i>	„So als wäre dann da die Seele noch so auch in dem, also erschreckend irgendwie, als würde sich die Seele noch irgendwie in dem Raum aufhalten und man darf bloß nicht den Mund aufmachen, dass man nicht irgendwie was verschluckt. So ein Gefühl habe ich immer.“ (Marianne L., Z. 522-24)
		<b>Hilflosigkeit</b>  <i>Dieser Code beschreibt das Gefühl der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ratlosigkeit der/des Erzählenden, die als Reaktion auf Sterbe/Todeserfahrung festgestellt wurde.</i>	„[...] was ich davon gelernt habe, diese Ohnmacht, dieses Nichts-machen-können und vor allem, dass dies unwiderruflich passiert ist, das auf den Beruf übertragen, dass ich halt die Situation ernster nehme, damit das gar nicht so weit kommt.“ (Jan N., Z. 152-150)

## Anhang

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beschreibung/Beispiele
<b>Erleben der Situation</b>  <i>Dieser Code soll zugeordnet werden, wenn es um die unmittelbaren und später folgenden Reaktionen der Interviewten auf die geschilderten Erfahrungen in Bezug auf Sterben und Tod geht.</i>	<b>Emotional</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Gefühle, die die/der Erzählende während und/oder nach der Erfahrung erlebt.</i>	<b>Bewunderung</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Anerkennung der/des Interviewten für die Haltung der Sterbenden gegenüber der eigenen Erkrankung und/oder dem bevorstehenden Tod. Die Bewunderung kann ebenfalls den Angehörigen und ihrem Umgang mit dem Sterben Nahestehender gelten. Weiterhin beinhaltet der Code die Anerkennung für das Verhalten und den Patientenumgang von medizinischem Personal und die Bewunderung von Sachverhalten.</i>	<p>„Aber für seine Mitmenschen und vor allem so für seine Frau und seine engste Familie macht er es wahnsinnig leicht, weil es einfach nicht im Vordergrund steht, die ganze Sache. [...] Ich finde es extrem stark. Also ich finde wirklich, dass es eine extreme Größe zeigt, so eine Krankheit komplett alleine zu tragen.“ (Anette S., Z. 296-302)</p>
		<b>Mitleid</b>  <i>Dieser Code beschreibt die gefühlte Anteilnahme der/des Interviewten an Leid, Verlust, Schmerz und Trauer anderer bezogen auf Erfahrungen mit Sterben und Tod. Die Empfänger des Mitleids können die Angehörigen einer/s Sterbenden, die Sterbenden selbst und medizinisches Personal sein.</i>	<p>„Und da leidet man halt mit den Eltern mit, weil man halt genau weiß, wie was das für die bedeutet, wenn sie dieses Kind verlieren. Ich glaube, es ist schon auch so ein bisschen halt das Soziale, was man mit sich überlegt. Vielleicht! Und vielleicht auch der Leidensweg, den man so lange hat [...]“ (Anette S., Z. 136-139)</p>
		<b>Trauer</b>  <i>Dieser Code beschreibt das Gefühl der Niedergeschlagenheit, eines kurzzeitigen oder länger andauernden Mangels an Lebensfreude, des emotionalen Schmerzes und/oder eines seelischen Rückzugs aufgrund eines Verlustes. Diese Emotion kann sich auch als Vermissen der/s Toten auswirken.</i>	<p>„Ich war natürlich in dem Moment auch sehr traurig und so und ich war auch so traurig, dass ich da auf der Beerdigung natürlich auch Tränen vergossen habe [...]“ (Lukas H., Z.345 – 347)</p>

## Anhang

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beschreibung/Beispiele
<b>Erleben der Situation</b>  <i>Dieser Code soll zugeordnet werden, wenn es um die unmittelbaren und später folgenden Reaktionen der Interviewten auf die geschilderten Erfahrungen in Bezug auf Sterben und Tod geht</i>	<b>Emotional</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Gefühle, die die/der Erzählende während und/oder nach der Erfahrung erlebt.</i>	<b>Wut</b>  <i>Dieser Code wurde Textstellen zugeordnet, in denen die/der Interviewte mit Wut auf das Verhalten anderer, besonders das des medizinischen Personals, oder auf die eigene Machtlosigkeit gegenüber dem Tod reagierte.</i>	<p>„Und da ist so eine Emotion, die kenne ich nicht von den alten Patienten, da bin ich auch einfach total wütend. Also auch so ungerichtet wütend irgendwie, wütend auf den Kardiologen, der auch nichts falsch gemacht hat, weil der eigentlich leitliniengerecht therapiert hat oder wütend auf die Eltern, von denen man aber auch nicht erwarten kann, dass sie zwingend eine gute Laienreanimation machen und das ist so etwas, das kenne ich eigentlich nur von den jungen Patienten so.“ (Peter F., Z.198-203)</p>
.		<b>Schock</b>  <i>Dieser Code beschreibt das Gefühl einer tiefen Erschütterung oder Starre in Folge einer Sterbeerfahrung. Die/der Interviewte fühlte sich aus dem Alltag gerissen, aus dem Gleichgewicht geraten oder den Halt verloren zu haben. Dies konnte sich in Form von Konzentrationsproblemen oder der Unfähigkeit mit dem Alltag fortzufahren zeigen.</i>	<p>„[...] als wäre der Boden unter den Füßen weg [...]“ (Marianne L., Z.248)</p>
		<b>Überforderung</b>  <i>Dieser Code beschreibt zu einen das Gefühl der/des Interviewten, dass ihre/seine Fähigkeiten nicht ausreichen, um Anforderungen an ihre/seine Arztrolle gerecht zu werden und zum anderen eine emotionale Überwältigung durch überfordernde, neuartige Sterbeerfahrungen oder durch neue Erkenntnisse.</i>	<p>„Und ehrlich gesagt, so ganz am Anfang ist man einfach überfordert mit diesem ganzen Drama, das sich dann da auch noch mit alles drum herum, dann kommen die Angehörigen und man muss denen dann erklären, was passiert ist und das ist schon, was einen relativ lange beschäftigt.“ (Peter F., Z. 40-43)</p>
		<b>Wenig emotionale Teilnahme</b>  <i>Mit dieser Kategorie wurden Textstellen versehen, in denen die/der Erzählende angibt, weniger stark von der Sterbeerfahrung emotional betroffen zu sein. Diese Kategorie ist somit der Gegenpol zu den anderen Kategorien des emotionalen Erlebens.</i>	<p>„Aber im Endeffekt war es auch so fast kalt, ja, die ist morgen dann nicht mehr da [...] da habe ich nicht so eine Beziehung aufgebaut, also ich hatte auch nicht wirklich getrauert in dem Sinne, sondern nur gedacht, ja, das Bett bleibt morgen erst mal leer.“ (Maria V., Z. 367- 372)</p>

## Anhang

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beschreibung/Beispiele
<b>Erleben der Situation</b>  <i>Dieser Code soll zugeordnet werden, wenn es um die unmittelbaren und später folgenden Reaktionen der Interviewten auf die geschilderten Erfahrungen in Bezug auf Sterben und Tod geht.</i>	<b>Emotional</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Gefühle, die die/der Erzählende während und/oder nach der Erfahrung erlebt.</i>	<b>Schuld</b>  <i>Diese Kategorie beschreibt das subjektive Gefühl der/des Interviewten für Fehler und/oder einen schlechten klinischen Verlauf verantwortlich zu sein. Die/der Interviewte reagierte auf dieses Gefühl oft mit weiteren Emotionen wie Scham oder Versagensgefühlen, zudem konnten kognitive Reaktionen wie Selbstzweifel, Selbstvorwürfe und/oder eine langanhaltende gedankliche Beschäftigung mit dem (vermeintlichen) Fehlverhalten folgen.</i>	<p>„Das ist schon ein gewisses Schuldgefühl einfach. Obwohl ich nur ein Pflegepraktikant war, habe ich gedacht, sie hätte jemanden gebraucht, der bei ihr ist. Klar war die Schwester da und die hat sich auch gut gekümmert und das war total nett, aber das ist glaube ich das erste Mal, wo man als jemand, der medizinisch handelt, denkt, ich hätte das verhindern müssen.“ (Lisa R., Zeile 50-53)</p>
		<b>Sonstiges</b>  <i>Unter dieser Subkategorie werden alle Ausprägungen zusammengefasst, die nicht zu den oben aufgelisteten Subkategorien zugeordnet werden konnten.</i>	<p>"Das war mir extrem unangenehm, dass ich als Ärztin, die die Leute ja behandelt und die irgendwie halt eigentlich nicht für das Emotionale einfach zuständig ist, dass man da so die Fassung verliert in solchen Situationen, und ich glaube, dass ich einfach, also ab da war mir klar, dass ich mir ein bisschen mehr Distanz aufbauen muss zu den sterbenden Patienten, dass man das nicht so nah an sich ran lassen darf einfach." (Anette S., Z. 159 - 163)</p>
	<b>kognitiv</b>  <i>Dieser Code erschließt die verschiedenen Gedanken, die unmittelbar, verspätet bzw. anhaltend im Kontext einer Sterbeerfahrung auftreten.</i>	<b>Gedanken über Sterben und Tod</b>  <i>Dieser Code beschreibt die gedankliche Auseinandersetzung der/des Interviewten mit den existenziellen Themen des Sterbens und des Todes.</i>	<p>„Also das war überhaupt der erste Anstoß, einmal drüber nachzudenken. [...] aber das erste Mal diesen Prozess erlebt und drüber nachgedacht, wie man es selber haben möchte und wie man dazu steht, ob das jetzt gutes oder schlechtes Sterben ist und ja, wie alt war ich, vielleicht 17 oder 18, 18 müsste ich, ja.“ (Lisa R., Z. 164- 170)</p>
		<b>Frage der Kausalität</b>  <i>Dieser Code wurde angewandt, wenn sich die/der Interviewte den Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zu erschließen versuchte (z.B. durch Rekonstruktion des Ablaufs) und sich ggf. mit der Frage der Verantwortung am Tod der/des Verstorbenen beschäftigte. Dieser Gedankenablauf konnte in Schuldzuweisungen resultieren.</i>	<p>„Ich finde, man ist enttäuscht, dass es halt den trifft, man fragt sich warum, natürlich. Dann weiß man aber auch, das bringt nichts, sich das Warum zu fragen [...]“ (Anette S., Z. 92-94)</p>

## Anhang

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beschreibung/Beispiele
<b>Erleben der Situation</b>  <i>Dieser Code soll zugeordnet werden, wenn es um die unmittelbaren und später folgenden Reaktionen der Interviewten auf die geschilderten Erfahrungen in Bezug auf Sterben und Tod geht.</i>	<b>kognitiv</b>  <i>Dieser Code erschließt die verschiedenen Gedanken, die unmittelbar, verspätet bzw. anhaltend im Kontext einer Sterbeerfahrung auftreten.</i>	<b>Projektion auf sich selbst</b>  <i>Dieser Code wurde den Stellen des Interviews zugeordnet, in denen die/der Interviewte die Situation von Sterbenden oder derer Angehörigen auf sich selbst projizierte und sich damit identifizierte. Die Interviewten sahen sich selbst oder die eigene Familie in der Lage der/des Sterbenden mit den verbundenen Emotionen wie Leiden, Trauer und Schmerz.</i>	<p>„Also es war eine Unfassbarkeit, würde ich sagen, weil man halt die Patientin noch fit erlebt hat und ein paar Tage später somnolent im Sterben, vor Schmerzen jammern. [...] Vielleicht ein bisschen auch selbst Angst zu haben, dass man so etwas bekommen könnte so einen schnell wachsenden Tumor.“ (Sabrina P., Z. 205 – 209)</p>
		<b>Perspektivenübernahme</b>  <i>Dieser Code wird zugeordnet, wenn die/der Erzählende versuchte, sich in die Situation, Gedanken, Gefühle oder Bedürfnisse der/s Patient_in oder der Angehörigen hineinzusetzen.</i>	<p>„Also auch immer dieses Ding, wenn ich jetzt Patient wäre, was würde ich dann wollen. Das denke ich super oft. Jetzt nicht nur aufs Sterben, sondern auch in jeglicher Behandlung.“ (Maria V., Z. 478- 479)</p>
		<b>Sonstiges</b>  <i>Unter dieser Subkategorie werden alle Ausprägungen zusammengefasst, die nicht zu den oben aufgelisteten Subkategorien zugeordnet werden konnten.</i>	<p>„Und ich habe auch überlegt, ob das das Richtige für mich ist, also ob ich das nicht zu krass finde, dass dann da echt einfach so eine Person in so einem Raum stirbt.“ (Marianne L., Z. 38-40)</p>
	<b>körperlich</b>  <i>Dieser Code erfasst die physischen Reaktionen der Erzählenden auf die geschilderten Erfahrungen in Bezug auf Sterben und Tod ab. Dazu gehören vor allem Weinen und Kreislaufreaktionen.</i>		<p>"[...] und als ich dann da vor dem Kopf stand und beatmet habe, da habe ich dann halt wieder so gemerkt irgendwie, wie einfach, ich denke einmal wie der Körper reagiert, dass so das Herz schneller schlägt, dass einem warm wird [...]" (Sabrina P., Z. 72-75)</p>

## Anhang

Hauptkategorie	Subkategorie	Beispiele
<b>Umgang und Bewältigungsstrategien</b>  <i>Dieser Code erfasst die eigenen Maßnahmen und äußeren Faktoren, die zum Umgang mit dem Erlebten oder zur Bewältigung der Sterbeerfahrung beitragen. Bewältigungsstrategien waren solche, die zu einer endgültigen Verarbeitung der Erfahrung führten, während es sich bei Umgangsweisen um direkte Reaktionen auf die vorliegende Situation handelte.</i>	<b>Austausch- Diskussion</b>  <i>Dieser Code wird angewandt, wenn ein gegenseitiger Austausch, eine gemeinsame Aufarbeitung und letztendlich die Sichtweise des Umfelds zur erleichterten Bewältigung von Sterbeerfahrungen beitragen. Der Diskurs konnte mit Kolleg_innen, dem privaten Umfeld, Patient_innen, deren Angehörige und/oder professioneller Hilfe im Rahmen einer Supervision erfolgen. Es konnte sich zudem um eine fachliche Aufarbeitung zur Klärung der Schuldfrage und somit zur Bewältigung von Schuldgefühlen handeln. Als Erleichterung wurde empfunden, wenn das Umfeld das Verhalten der/des Interviewten nicht verurteilte oder positiv bewertete.</i>	<p>„Aber so im ganzen Verarbeitungsprozess hat mir auch mein Papa immer sehr viel geholfen, hat halt einfach auch gesagt, dass das halt normal ist so der Prozess und dass das ja so schön ist und ja, dass man eben auch loslassen muss.“ (Lukas H., Z. 236-238)</p>
	<b>Austausch-Erzählen</b>  <i>Diesem Code wird zugeordnet, wenn die/der Interviewte zur Bewältigung der Sterbeerfahrung den Austausch mit Personen im privaten Umfeld (Familie, Partner_in, Freunde, Bekannte) oder beruflichen Kontext anwendet. Hier geht es nicht um eine fachliche Diskussion, sondern um ein narratives Berichten der Erfahrung, um sich zu erleichtern.</i>	<p>„Ich habe das irgendwie [...] dann meiner Mutter erzählt, der habe ich dann immer so etwas erzählt und, ja, was weiß ich, damals auch noch meinem Freund oder so. Also habe ich schon ordentlich immer rum erzählt.“ (Marianne L., Z. 88 - 91)</p>
	<b>Vermeidung</b>  <i>Diese Kodierung beschreibt das Vermeidungsverhalten mancher Interviewter, durch das unangenehme Situationen, Gedanken oder Gefühle bewusst nicht erlebt werden sollen. Damit stellt diese Kategorie den Gegenpol zur Kategorie „Konfrontation“ dar. Bewusstes Vermeiden geschieht entweder als physisches Umgehen einer herausfordernden Situation, also durch Nichtbetreten, oder durch Verdrängung von Gedanken oder Gefühlen. Vermeidungsverhalten entsteht als Reaktion auf negative Emotionen wie Trauer, Überforderung, Angst oder Hilfslosigkeit.</i>	<p>„Das war die, wo ich nicht Tschüss gesagt habe, da bin ich rein und wollte ihr Tschüss sagen und habe dann aber gesagt, also ich komme nachher noch mal, weil ich es einfach nicht hingekriegt habe, ihr so endgültig Tschüss zu sagen. Und dann bin ich nicht noch mal gekommen. Also ich stand dann noch mal vor der Tür, aber habe es irgendwie nicht hingekriegt, noch einmal rein zu gehen.“ (Anette S., Z. 448 - 451)</p>

## Anhang

Hauptkategorie	Subkategorie	Beispiele
<b>Umgang und Bewältigungsstrategien</b>  <i>Dieser Code erfasst die eigenen Maßnahmen und äußeren Faktoren, die zum Umgang mit dem Erlebten oder zur Bewältigung der Sterbeerfahrung beitragen. Bewältigungsstrategien waren solche, die zu einer endgültigen Verarbeitung der Erfahrung führten, während es sich bei Umgangsweisen um direkte Reaktionen auf die vorliegende Situation handelte.</i>	<b>Rationalisierung</b>  <i>Dieser Code wird angewandt, wenn die Interviewten ihre Erfahrung bzw. den Tod versuchten logisch zu erklären oder als Konsequenz von etwa einer Erkrankung oder hohem Alter zu sehen. Dadurch schränkten sie die eigene Belastung durch die Erfahrung ein.</i>	<p>„Aber man kann es sich schon erleichtern, indem man sich selber so eine Ordnung im Kopf schafft, okay, der ist jetzt deswegen und deswegen gestorben, [...] das ist so ein schönes Schwarz-Weiß-Denken, finde ich. Also das macht es einem einfacher, dass man da nicht völlig verwirrt und hilflos irgendwo schwebt.“ (Daniela W. Z. 340-345)</p>
	<b>Akzeptanz</b>  Dieser Code beschreibt den Umgang der/des Interviewten eine Sterbeerfahrung mental abzuschließen und/oder den Tod eines Menschen als endgültig und unveränderbar zu akzeptieren.	<p>„Also ich glaube, ich kann da ganz gut so eine Tür zumachen und ich denke dann da nicht mehr dran. Ich träume da auch nicht davon oder grübele noch am nächsten Tag drüber, sondern es ist okay, ich schreibe den Totenschein, ist jetzt abgeschlossen, wir haben alles gemacht. [...] Jetzt hat es nicht geklappt, gehört dazu, so ist es nun mal und dann wird die Tür zugemacht und dann bleibt sie aber auch zu.“ (Nadine H., Z. 392 – 398)</p>
	<b>Konfrontation</b>  <i>Dieser Code wurde zugeordnet, wenn die/der Interviewte bewusst eine Situation betrat oder in ihr verblieb, obwohl sie ihm unangenehm war. Zudem konnte es sich um eine gedankliche Beschäftigung handeln, die Überwindung kostete. Damit stellt diese Kategorie den Gegenpol zum Kapitel „Vermeidung“ dar.</i>	<p>„[...] ich habe am nächsten Tag schon wieder pleurapunktiert, einfach weil ich mir gedacht habe, das musst du, du kannst es sehr gut, ja, das wusste ich schon. Einfach, um sicher zu sein, dass das wirklich so ist, ja?“ (Peter F., Z. 72- 74)</p>
	<b>Sonstiges</b>  Unter dieser Subkategorie werden alle Ausprägungen zusammengefasst, die nicht zu den gelisteten Subkategorien zugeordnet werden konnten.	<p>„[...] also musste ich lernen, lernen, lernen und dann hatte ich aber auch noch dieses Erlebnis und das war da schon sehr viel und vielleicht hat mich das Lernen dann einfach ein bisschen von dem Gedanken so abgehalten. Das war ganz gut.“ (Marianne L., Z. 41-44)</p>

## Anhang

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beispiele
<b>Auswirkungen auf Einstellung und Verhalten</b>  Dieser Code erfasst die langfristigen Effekte, die die geschilderten Sterbeerfahrungen auf die/den Interviewte_n hatten – sowohl in Bezug auf den Wandel von Einstellungen und folglich Handlungsvorhaben, als auch auf das Verhalten.	<b>Sterbe- und Todesbild</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Auswirkungen der geschilderten Sterbeerlebnisse der Interviewten auf ihr Bild von Sterben und/oder Tod und ihre Einstellung zum Tod.</i>		"Also ich glaube, ich sehe den Tod jetzt als Bestandteil des Lebens. Kommt halt einfach irgendwann. Und als Arzt kann man es sicherlich ein bisschen bestimmen oder auch nicht [...]" (Nadine H., Z.111-112)
	<b>Wünsche für Sterben und Tod und Handlungsvorhaben</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Auswirkungen der geschilderten Sterbeerlebnisse auf die Wünsche der/des Interviewten im Bezug auf ihren/seinen Tod oder den Tod der Nahestehenden.</i>		„Und so wünsche ich mir das auch, dass ich nicht von Null auf Hundert sterbe, sondern, dass ich jemand dabei habe, der mich liebt und den ich liebe, dem ich vielleicht noch die wichtigen Sachen sagen kann, die ich zu sagen habe und dass es dann am Ende für beide okay sein kann, dass man geht.“ (Lisa R., Z. 90-93)
	<b>Sicht aufs Leben und Handlungsvorhaben</b>  <i>Dieser Code beschreibt die Auswirkungen der geschilderten Sterbeerlebnisse auf die Sicht aufs Lebens und auf Vorhaben in Bezug auf die Lebensführung der Interviewten.</i>		"Und das wird dann manchmal in solchen Situationen klar, wenn man irgendwie ein Kind verliert, dass man halt einfach sagt, es gibt irgendwie größere Dinge oder wichtigere Dinge und man sollte seine Kleinigkeiten lockerer nehmen, über die man sich furchtbar aufregt und die man irgendwie furchtbar wichtig nimmt." (Anette S., Z. 520-523)
	<b>Verhalten im Privatleben</b>  Dieser Code erfasst die Auswirkungen der geschilderten Sterbeerlebnisse auf die private Lebensführung der/des Interviewten.		„Man hat halt so das Gefühl, man darf nicht mehr jetzt zum Sport gehen, sich mit Freunden treffen irgendwie, man kann jetzt nicht einfach so sein Leben weiterleben und dieses arme Mädchen jetzt sterben lassen.“ (Anette S., Z. 476-478)

## Anhang

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beispiele
<p><b>Auswirkungen auf Einstellung und Verhalten</b></p> <p>Dieser Code erfasst die langfristigen Effekte, die die geschilderten Sterbeerfahrungen auf die/den Interviewte_n hatten – sowohl in Bezug auf den Wandel von Einstellungen und folglich Handlungsvorhaben, als auch auf das Verhalten.</p>	<p><b>Entwicklung des Arztrollenverständnis</b></p> <p><i>Dieser Code erfasst den Wandel im Rollenverständnis der/des Interviewten im Bezug auf die Fähigkeiten und Aufgaben, die nach Ansicht der/des Interviewten eine Ärztin/ein Arzt und folglich auch sie/er selbst als Mediziner_in besitzen sollte bzw. für die eine/ein Ärztin/Arzt zuständig ist.</i></p>	<p><b>Tod zulassen</b></p> <p><i>Diese Kodierung ist auf die Frage ausgerichtet, inwieweit sich die Einstellung der Interviewten wandelte, das Sterben mancher Patient_innen zuzulassen und auf weitere Therapien zu verzichten.</i></p>	<p>„[...] zum Heilen gehört auch leider immer irgendwie das Nicht-Heilen-Können, ja?“ (Nina H., Z. 579-580)</p>
		<p><b>Einen schönen Tod ermöglichen</b></p> <p><i>Dieser Code beschreibt die Ansicht der Interviewten, dass es ärztliche Aufgabe ist Patient_innen einen möglichst angenehmen Tod zu bereiten und sie dabei zu begleiten. Dazu zählt etwa Schmerzen zu lindern oder Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie zum Wohlbefinden der/des Patientin/en beitragen und ein würdevolles Abschiednehmen möglich ist. Entscheidend ist dabei, die Patientenwünsche soweit wie möglich zu respektieren.</i></p>	<p>"Ich meine, das ist ja das, was wir auch machen als Mediziner. Die Lebensqualität verbessern, das Leben verlängern. Aber auch den Tod begleiten, so dass es nicht schmerzhaft ist für den Patienten oder dass der Patient keine Angst haben muss, die Begleitung."(Kornelia K., Zeile 273 - 276)</p>
		<p><b>Kommunikation</b></p> <p><i>Diese Kodierung fasst Passagen zusammen, in denen Interviewte die Wichtigkeit der Kommunikation in der ärztlichen Arbeit beschrieben. Sowohl mit Patient_innen und deren Angehörigen, als auch mit Kolleg_innen hatten die Interviewten den Anspruch, dass die Verständigung untereinander ehrlich, einfühlsam, vollständig, transparent und rechtzeitig erfolgt.</i></p>	<p>"[...] und ich finde, Ehrlichkeit ist das Schwierigste da. Also ich finde, dass man sich halt nicht so hinter Floskeln versteckt, ist so schwierig." (Anette S.,Z. 58 - 60)</p>

## Anhang

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beispiele
<b>Auswirkungen auf Einstellung und Verhalten</b>  Dieser Code erfasst die langfristigen Effekte, die die geschilderten Sterbeerfahrungen auf die/den Interviewte_n hatten – sowohl in Bezug auf den Wandel von Einstellungen und folglich Handlungsvorhaben, als auch auf das Verhalten.	<b>Entwicklung des Arztrollenverständnis</b>  <i>Dieser Code erfasst den Wandel im Rollenverständnis der/des Interviewten im Bezug auf die Fähigkeiten und Aufgaben, die nach Ansicht der/des Interviewten eine Ärztin/ein Arzt und folglich auch sie/er selbst als Mediziner_in besitzen sollte bzw. für die eine/ein Ärztin/Arzt zuständig ist.</i>	<b>Distanzierung</b>  <i>Dieser Code wurde Textstellen zugeordnet, in denen die/der Interviewte es als Voraussetzung für die Berufsausübung sah, sich zumindest teilweise emotional und/oder kognitiv von Patient_innen, besonders sterbenden, und deren Schicksalen abzugrenzen. In den Textstellen wurde auch kritisch nachgefragt, in welchem Umfang dies nötig und überhaupt möglich sei</i>	"Also ich finde, man kann nicht irgendwie, wenn man gerade ein Kind verloren hat, in ein gutes Restaurant gehen. Das ist schwierig, wenn man sich nicht abgrenzt. Wenn man sich abgrenzt, geht das ohne Probleme, dann macht man hier „für mich zu“ und kann sein normales Leben am Wochenende wieder haben [...]" (Anette S., Z.101-106)
		<b>Angehörigenbetreuung</b>  Dieser Code wird angewandt, wenn die/der Interviewte die Betreuung von Angehörigen der/s Sterbenden als ärztliche Aufgabe ansieht, etwa durch Gespräche, Zuwendung oder Hilfsangeboten.	„[...] aber da denke ich ist es natürlich wichtig, dass wir die Eltern so insgesamt einfach an die Hand nehmen und alle Aspekte, die da so zu beachten sind, Geschwister und restliche Familie, das Soziale, das Arbeitsrechtliche, oft auch natürlich das Finanzielle, dass wir die da so ein bisschen unterstützen.“ (Nina.H., Z.438-441)
		<b>Fürsorge</b>  <i>Unter dieser Kategorie wurden alle Textstellen zusammengefasst, in denen Interviewte an Ärzt_innen die Anforderung eines fürsorglichen Umgangs mit Patient_innen hatten. Dazu zählte aus ihrer Sicht, sich empathisch zu zeigen, sich Zeit für ihre Patient_innen zu nehmen, sie über die medizinische Behandlung hinaus auch emotional zu betreuen und ihnen Respekt zu zeigen.</i>	"[...] dass man sich da wirklich bewusst mehr Zeit nimmt noch einmal, als es in der 5-Minuten-Visite, wo man einfach nur vor seiner Kurve steht und die Medikamente abhakt [...] Dass ich einfach ein bisschen, ja, vielleicht noch mal so ein extra bisschen Aufmerksamkeit jemandem widme, bei dem ich weiß, dass es wirklich sehr, sehr wichtig ist." (Daniela Wagner, Z. 129 - 136)

## Anhang

Hauptkategorie	Unterkategorie	Subkategorie	Beispiele
<p><b>Auswirkungen auf Einstellung und Verhalten</b></p> <p>Dieser Code erfasst die langfristigen Effekte, die die geschilderten Sterbeerfahrungen auf die/den Interviewte_n hatten – sowohl in Bezug auf den Wandel von Einstellungen und folglich Handlungsvorhaben, als auch auf das Verhalten.</p>	<p><b>Entwicklung des Arztrollenverständnis</b></p> <p><i>Dieser Code erfasst den Wandel im Rollenverständnis der/des Interviewten im Bezug auf die Fähigkeiten und Aufgaben, die nach Ansicht der/des Interviewten eine Ärztin/ein Arzt und folglich auch sie/er selbst als Mediziner_in besitzen sollte bzw. für die eine/ein Ärztin/Arzt zuständig ist.</i></p>	<p><b>Fassung behalten</b></p> <p><i>Dieser Code beschreibt die Anforderung mancher Interviewten an Ärzt_innen ihre Emotionen zu kontrollieren. Vor allem geht es um das eigene Vermögen, die Beherrschung zu behalten und mit Emotionen professionell umzugehen und nicht etwa vor Patient_innen und deren Angehörigen zu weinen.</i></p>	<p>"Das kann ja auch nicht sein später, wenn ich irgendwie einen Patienten habe, der im Sterben liegt und dann kommen die Angehörigen, ist jetzt meine Meinung, dass ich jetzt vor den Angehörigen auch in Tränen ausbrechen würde oder so. Verhindern kann man es nie, aber ich bin halt der Meinung, das ist ja nicht der Job von einem Arzt." (Felix E., Z. 96-99)</p>
		<p><b>Entscheidungen treffen</b></p> <p>Diese Kodierung wurde den Textstellen zugeteilt, in denen die Interviewten ihre Einstellung bezüglich des ärztlichen Aufgabenbereichs und zu folgenden Fragen äußerten: Wer sollte schwerwiegende medizinische Entscheidungen treffen und dafür die Verantwortung übernehmen? Worüber ist es wichtig als Ärztin/Arzt zu entscheiden? Anhand welcher Kriterien sollten diese Entscheidungen fallen?</p>	<p>"Ja, das Krasse, ja, das fand ich eben so verrückt, dass eine externe Person jetzt darüber entscheidet, ob du jetzt sozusagen, also ich habe das dann auch noch immer auf mich bezogen, dass du lebst oder nicht mehr lebst. Das fand ich so krass." (Marianne L., Z. 381-383)</p>
		<p><b>Sonstiges</b></p> <p><i>Unter dieser Subkategorie werden alle Ausprägungen zusammengefasst, die nicht zu den gelisteten Subkategorien zugeordnet werden konnten.</i></p>	<p>"[...] ich glaube, dass es ganz wichtig ist, sich zu konzentrieren in dem Moment, wo man etwas macht und dann, wenn man das abgeschlossen hat, zum nächsten geht. Klar, wenn ein Notfall ist, dann ist das etwas anderes, aber dass man Prioritäten setzt. Genau." (Kornelia K., Z. 159 - 162)</p>

## 11 Danksagung

Mein Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Pascal Berberat für das Ermöglichen dieser Arbeit, seine Betreuung und Unterstützung, seine wertvollen Ratschläge, seine humorvolle Art und die ein oder andere berechtigte Erinnerung an der Arbeit weiterzuarbeiten.

Besonderer Dank gilt Nana Jedlicska, ohne die diese Arbeit schlichtweg nicht möglich gewesen wäre. Ich bedanke mich für die großen Mühen, die großartige Betreuung und Expertise! Besonders bedanke ich mich für die Motivation und Geduld, die sie mir entgegenbrachte, da für mich die Welt des wissenschaftlichen Arbeitens absolutes Neuland war.

Ich danke den Mitgliedern der Forschungsgruppe für ihre Ratschläge, besonders PD Martin Gartmeier und Laura Scheide.

Besonderer Dank gilt auch Dr. Dagmara Srnovà, die mir freundlicher Weise ihre Daten zur Verfügung stellte.

Ich danke allen Interviewpartner\_innen, deren Erfahrungen Kern dieser Arbeit bilden.

Besonderer Dank gilt meinen Eltern, Dr. Ulrike Wirth und Prof. Winfried Rossmann, für ihre motivierenden Worte und vor allem für das Ermöglichen meines Studiums und somit auch dieser Arbeit. Vielen Dank von ganzem Herzen für die Unterstützung in allen Lebenslagen! Und besonderer Dank meinem Vater für das unermüdliche Korrekturlesen.