

Alles hat seine Zeit

Von Annefried Hahn

»..., sich nicht mehr ständig zu martern mit den Fragen des modernen, rationalen Zeitkalküls der Art: Habe ich meine Zeit optimal genutzt? Womit habe ich sinnlos Minuten und Sekunden verloren? Das Zeitkalkül der reflektierten Lebenskunst kennt diese Fragen auch im umgekehrten Sinne: Wo habe ich meine Zeit mit Genuss vergeudet? Wo habe ich sie ohne Bedauern verschleudert? (...) Es ist die leere Zeit, in der neue Gedanken gedacht und alte Erfahrungen verarbeitet (...) werden; es ist die Zeit des Selbst, in der es seine Kohärenz wieder herstellen und neu formieren kann.«

Wilhelm Schmid, a.a.O. S.359/360

Bewältigung hat ihre Zeit

Erfahrung wird in der Zeit gemacht. So braucht die Bewältigung von Erlebtem auch Zeit. Zeit, die man nicht genau vorhersagen kann, die nicht chronologisch gemessen werden kann. Die keinen Takt kennt, nur Dynamik. Bewältigungszeit – nach Schmid leere Zeit – ist von vielen Faktoren abhängig: vom Ereignis, von der eigenen Art zu erleben, von der Lebenssituation, von der Arbeitssituation, von der eigenen Konstitution, von den Anforderungen und Zuwendungen anderer. All das beeinflusst die Eigenzeit, den eigenen Zeitbedarf zur Bewältigung belastender Erfahrungen.

Was fällt Ihnen beim Stichwort »Bewältigungszeit« ein? Ein offenes, ruhiges Gespräch? Trost durch andere? Urlaub? Auszeit? Nachdenken? Psychotherapie? Gemeinsames Aufarbeiten? Neue Pausengestaltung? Eine gute Tasse Kaffee? Einen spannenden Roman lesen? Duftöl-massage? Oder denken Sie an was ganz anderes?

Umgang mit Belastungen

Extrem belastende Erlebnisse wirken oft unbemerkt und tief.

Gerade, wenn man/frau tagtäglich mit schwer erträglichen Themen¹ in der Arbeit konfrontiert ist, braucht es eine Strategie, um damit zurecht zu kommen. Über solche Strategien verfügt jede(r) in diesen Arbeitsbereichen. Sie werden meist individuell entwickelt oder von älteren Kolleg(inn)en an jüngere weiter gegeben. Nicht selten findet sich eine (unausgesprochene) Übereinstimmung im Umgang mit Belastungen. Das reicht von »wegstecken« oder »Hornhaut entwickeln« über »... in sich hineinfressen«, über »etwas mit nach Hause nehmen«, über »die Familie/die Partnerin trägt das mit«, über Gespräche mit Freund(inn)en bis hin zu momentaner Schonung eines/einer besonders belasteten Kollegen/in.

Auffällig an diesen Entlastungsstrategien ist: Sie sind arbeitszeitarm. Die einen brauchen keine oder wenig Extrazeit. Die anderen finden in der privaten Zeit statt. Einzig die momentane Schonung von Kolleg(inn)en benötigt Arbeitszeit, kommt allerdings meist nach »Ausnahme«-Belastung, also nicht nach »normaler« Extrembelastung zum Einsatz.

¹ Gewalt und ihre Folgen, Folgen von Unfällen und Katastrophen, Krankheit, Sterben, plötzlicher Verlust, Verwahrlosung, Hilflosigkeit.

Liebe Leserin,
lieber Leser

Mit dieser zweiten Ausgabe von **zwischen.mensch** greifen wir die Themen »Zeit« und »Kommunikation« auf.

Im ersten Beitrag **Alles hat seine Zeit** schreibe ich über gesundheitliche Prävention durch Zeitgestaltung in Arbeitsfeldern mit starker Belastung.

Im Mittelteil finden Sie den Denk- und Gesprächsleitfaden **Lust zur Arbeit trotz starker Belastung?** – ein Instrument, mit dem Sie für sich oder im Gespräch mit anderen Ihre eigene Belastung einschätzen, sie selbst weiter erforschen und Entlastungsspielräume entwickeln können.

Zwischen den Welten ist der Titel des wissenschaftlichen Beitrags von **Anja Hermann**. Sie hat die Kommunikation während der stationären chirurgischen Behandlung von Sarkomerkrankungen in einer Klinik erforscht. Sie beschreibt, wie alle Beteiligten ein »Arrangement der Hoffnung« miteinander eingehen, um angesichts der extrem belastenden Thematik (be)handlungsfähig zu bleiben.

In der Rubrik **In eigener Sache** finden Sie Neues vom IQ Institut.

Wie immer freuen wir uns über Ihre Rückmeldungen.

Annefried Hahn

Leere Zeit

Zu-Sich-Kommen, Pause-Machen, sich konzentrieren auf das Hier-und-Jetzt widerspricht dem Zeitgeist. Effektive Arbeit soll schnell, zukunftsorientiert und mit ganzem Einsatz getan sein. Damit Mitarbeiter(inn)en sich während der Arbeit nicht mit ihrem persönlichen Leben, sondern mit den Zielen ihres Arbeitgebers identifizieren, sind mancherorts persönliche Attribute wie die eigene Tasse von dessen Zustimmung abhängig.² Pausen werden in manchen Einrichtungen gekürzt. Die Verlängerung der Arbeitszeit wird diskutiert.

Zu-Sich-Kommen, Pause-Machen, sich konzentrieren auf das Jetzt ängstigt auch. Denn wo Ruhe und Zeit sind, können extreme Erlebnisse in die Erinnerung kommen. Sich dagegen zu »wehren« ist menschlich. Viele von uns tun das durch Extra-Stress: Noch schnell ein Telefonat beantworten, obwohl der nächste Termin drängt. Zeiten immer ein bisschen knapper kalkulieren, als die jeweilige Aktion tatsächlich braucht. Viel zu viel in viel zu wenig Zeit erledigen wollen. Das Gefühl, keine Zeit zu haben, hilft manchem von uns – zumindest zeitweilig und vordergründig –, keine Zeit für Bewältigung zu »brauchen«.

Wirklich? Oder müssen wir nicht Krankheiten, die kleinen wie die großen, oder den Burnout oder auch nur Abgeschlagenheit und allgemeine Lustlosigkeit in die Bewältigungszeit mit hinein »rechnen«? Das Weiterwirken von Nicht-Bewältigtem ist hinreichend belegt. Die psychosomatische Medizin fußt u.a. darauf.

Zeitkultur

Entgegen dem Trend der Arbeitswelt, Zeit ausschließlich nach ihrem chronologischen Charakter zu bemessen und demzufolge möglichst viel Tätigkeit in mög-

lichst wenig Zeit zu pressen, ist es in Arbeitsfeldern mit starker Belastung³ nötig, den dynamischen Charakter der Zeit, das Eigenzeitliche stärker mit einzubeziehen. Das würde zum einen die Bewältigung der durch den Arbeitsauftrag verursachten Belastungen fördern, zum andern aber auch die Qualität der Arbeit. Denn entlastete Mitarbeiter(inn)en arbeiten effektiver.

Eine Zeitgestaltung, die Entlastungs- und Bewältigungsräume ausdrücklich einbezieht, ist ein wirksamer Beitrag zur gesundheitlichen Prävention, besonders in Arbeitsfeldern mit starker Belastung. Solche Veränderung bisheriger Zeitgewohnheiten dauert aber ihre eigene Zeit. Denn eine neue Zeitkultur i. S. von **Bewältigungszeit** dauerhaft in

den Arbeitsalltag zu integrieren, heißt ihrem Entwicklungsprozess zu folgen, heißt sie zu »leben«. Das ist Aufgabe der Beteiligten. Sie handeln den Prozess miteinander aus und setzen ihn gemeinsam im Arbeitsalltag um. Zwischenmenschlich eben.

LITERATUR

Benninghoff, M. (10. 4. 2005): Familienfotos nicht erwünscht. Tagesspiegel, K1

Levine, R. (2003): Eine Landkarte der Zeit. Wie Kulturen mit Zeit umgehen. München, Piper

Schmid, W. (2000): Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Frankfurt am Main, Suhrkamp

Präventionsgesetz

Die Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung durch das am 2. Februar 2005 vom Kabinett beschlossene Präventionsgesetz ist erfreulich. Die Einführung der Vorrangigkeit von Prävention vor Kuration und Rehabilitation war überfällig. Insbesondere der § 17 im Abschnitt 5 zur »Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten« lässt vorbehaltlich hoffen, dass in Arbeitsfeldern eine wirksame gesundheitliche Prävention hinsichtlich starker Belastung möglich wird. Da heißt es u.a.:

»(1) (...) Die Leistungen werden auf Antrag des Trägers der Lebenswelt erbracht, um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für die Lebenswelt die gesundheitliche Situation (...) zu ermitteln und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten

zu entwickeln. (2) Lebenswelten im Sinne dieses Gesetzes sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare Systeme insbesondere des Wohnens, Arbeitens, Lernens, der Freizeitgestaltung (...). Träger von Lebenswelten sind natürliche oder juristische Personen, die Lebenswelten betreiben oder unterhalten.«

Eine grundlegende Schwäche dieses Gesetzes ist, dass es insgesamt zu stark auf das Individuelle verweist. Das Verändern von Risiken und das Fördern von Ressourcen wird zu wenig im Rahmen der komplexen Umweltverhältnisse, der Ereignisse in Lebenswelten und der Mensch-Umweltbeziehungen gesehen.

Annefried Hahn

www.die-gesundheitsreform.de/praevention/praeventionsgesetz/index.html (Gesetzestext)

www.gnmh.de (Stellungnahme von Fachverbänden)

² Familienfotos nicht erwünscht. Tagesspiegel vom 10. April 2005

³ Der Begriff »starke Belastung« wird in **zwischen.mensch** 1.04 erklärt.

Lust zur Arbeit trotz starker Belastung?

Ein Denk- und Gesprächsleitfaden

Von Annefried Hahn

Wenn Sie dieser Leitfaden erreicht, gehören Sie wahrscheinlich zu den Berufsgruppen, die in ihrer Arbeit mit extrem belastenden Themen konfrontiert sind. Diese können sein: Gewalttaten und ihre Folgen, Folgen von Unfällen oder Katastrophen, Krankheit, Sterben, plötzlicher Verlust, Verwahrlosung.

Wünschen Sie sich manchmal mehr Entlastung und mehr Freude in der Arbeit? Dann könnte dieser Leitfaden Ihnen helfen, Ihre eigene Belastung einzuschätzen und erste Schritte zu Ihrer Entlastung zu finden. Mit den Fragen will ich Sie ermutigen weiter zu forschen. Stellen Sie selbst weitere Fragen. Sprechen Sie mit Ihren Kolleg(inn)en, Freund(inn)en, Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin über Ihre Belastungen und Wünsche. Entwickeln Sie Entlastungsspielräume und Zeiten der Freude.

Extrem belastende Erlebnisse

- Was fällt Ihnen zuerst beim Stichwort »extreme Belastung« ein?
- Haben Sie Erinnerungen an extrem belastende Erlebnisse im Beruf? Wenn ja, an welche?
- Wie haben Sie reagiert? Konnten Sie sich entlasten? Wenn ja, wodurch? Wenn nein, was hätte Ihnen geholfen?
- Wie wird in Ihrem Team mit extrem belastenden Erlebnissen umgegangen? In welcher Weise sprechen Sie darüber? Gibt es Verhaltensroutinen für extrem belastende Situationen? Was könnte Ihr Team in solchen Situationen unterstützen?

Umgang mit Belastungsfolgen

- Wie denken Sie über Belastungssymptome¹? Sind sie mögliche normale Folgen von Belastung? Persönliche Schwäche? Lassen sie sich überwinden? Wenn ja, wie?
- Haben Sie Anzeichen von Belastung bei sich bemerkt? Wenn ja, welche waren das?

In welcher Situation? Wie sind Sie damit umgegangen?

- Wie werden Belastungssymptome in Ihrem Team bewertet? Wird darüber gesprochen? Wenn ja, bei welcher Gelegenheit? In Pausen, Dienstbesprechungen, Supervision?
- Wenn jemand im Team in der Leistung nachlässt, was geschieht dann?
- Wenn Sie Teamleiter(in)/Führungskraft sind, welche Unterstützung wünschen Sie sich für den Umgang mit stark belasteten Mitarbeiter(inn)en?
- Gibt es Konflikte im Team? Wenn ja, wie gehen die Beteiligten damit um (z.B. ansprechen, ignorieren, sich beklagen o.ä.)? Gibt es Routinen im Umgang mit Konflikten? Belasten Konflikte die Beteiligten? Wirken sie sich auf die Arbeit aus? Oder lassen sie sich leicht klären? Welche Art des Umgangs mit Konflikten wünschen Sie sich?
- Gibt es Tabuthemen? Wenn ja, welche sind das?

¹ z.B. Abgeschlagenheit; Leistungsabfall; Angst, nicht genug zu schaffen; allgemeine Ängste; Krankheit; Kopf- oder Rückenschmerzen; Schlafprobleme; allgemeine Lustlosigkeit; Mutlosigkeit.

Lust zur Arbeit

- »Wenn du Erfolg haben willst, verliebe dich zuerst in deine Arbeit.« Was halten Sie von dieser Aussage einer Ordensfrau?
- Was tun Sie besonders gerne? Wozu haben Sie richtig Lust? Wozu haben Sie keine Lust?
- Was können Sie besonders gut? Freut Sie das? Sind Sie stolz auf sich? Oder ist das für Sie selbstverständlich? Wie sehen andere Ihre Stärken?
- Haben Sie Schwächen im Beruf? Wenn ja, wie gehen Sie damit um? Wie Ihre Vorgesetzten und Kolleg(inn)en/Mitarbeiter(inn)en?
- Was bedeuten für Sie persönlich Lob und Kritik? Wie ist der Umgang mit Lob und Kritik im Team? Was überwiegt: Lob oder Kritik?
- Wie soll Ihre berufliche Zukunft aussehen? Entwerfen Sie ein möglichst genaues Bild.
- Welchen Stellenwert haben »Lust zur Arbeit«, Leistung und Entlastungsspielräume in Ihrem Bild?

Umgang mit Zeit

- Was fällt Ihnen als erstes beim Stichwort »Zeit« ein? Zeitdruck? Innehalten? Muße? Hektik? Zeit gestalten? Rhythmus? Zwei Sachen gleichzeitig machen? Auszeit? Schnell machen? Nie alles schaffen? Oder etwas anderes?
- Welche »Zeitkultur« hat Ihre Einrichtung / Ihr Team? Sind alle ständig unter Zeitdruck? Haben Sie ausreichend Zeit für Ihre Aufgaben? Für was gibt es welche Zeiträume?
- Was fällt Ihnen beim Stichwort »Pause« ein? Kaum Zeit dafür? Pausenritual? Rausgehen? Erholung? Zu kurz? Störung der Arbeit? Endlich in

Ruhe reden können? Oder was ganz anderes?

- Manche sagen, öfter mal in-nehalten sei gut für die Leistung. Wie sehen Sie das?
- In wenigen Einrichtungen gibt es besondere Zeiten für die Bewältigung extremer Belastungen (z.B. Tischrunden, Supervision, Einsatznachsorge), sozusagen Bewältigungszeiten. Wie ist das in Ihrer Einrichtung?
- Wenn Sie »Bewältigungszeit« einrichten könnten: Wie sollte sie beschaffen sein? Einfach Pause? Gemeinsame Gespräche? Aufarbeiten? Bewegung? Entspannung? Was ganz anderes? Was wünschen Sie für sich?

Wohlbefinden und Gesundheit

- Was fällt Ihnen bei »Wohlbefinden« ein? Genug Zeit? Beruflicher Erfolg? Urlaub? Gesundheit? Liebe? Ein Essen mit Freunden? Gute Atmosphäre im Team? Oder...?
- Wie sorgen Sie selbst für Ihr Wohlbefinden?
- Sind Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter(innen) ein Thema in Ihrer Einrichtung? Wenn ja, in welcher Weise?
- Gibt es eine Gesundheitskultur? Haben Sie Zeit und Raum für Bewegung? Haben Sie Pausenräume oder eine Kantine mit gesundem und leckerem Essen? Gibt es immer frisches Wasser zum Trinken? Haben Sie ergonomische Möbel? Oder bekommen Sie gar Massage für Ihre Rückengesundheit? Oder was sonst?
- Achten Sie untereinander oder die/der Vorgesetzte darauf, falls jemand überfordert ist? Wenn ja, in welcher Weise?
- Wie werden »Rückkehrer(inn)en« (nach langer Krankheit, Mutterschutz o.ä.) wieder integriert?

¹ Siehe Abbildung. Ausführlich in Hermann 2005

² Für die Darstellung der ärztlichen Welt benenne ich die Chirurgen und Chirurginnen nur in der männlichen Form. Frauen spielen im ärztlichen Team der untersuchten chirurgischen Abteilung kaum eine Rolle, es sei denn sie »stehen ihren Mann«. Ich möchte mit dieser Sprachregelung darauf hinweisen, dass die Chirurgie eine ärztliche Fachrichtung ist, die sich besonders anhand männlich assoziierter Attribute präsentiert.

³ Siehe Kasten

⁴ Neubildung eines Sarkoms

Zwischen den Welten

Zur Kommunikation während der stationären chirurgischen Behandlung von Sarkomerkrankungen

Von Anja Hermann

Mit der Beschreibung des **Arrangements der Hoffnung** stelle ich das zentrale Ergebnis meiner Untersuchung¹ vor. Dieses Arrangement habe ich als ein Arrangement zwischen den Welten rekonstruiert, die im Klinikalltag aufeinander treffen: Ich habe untersucht, wie sich Chirurgen, das Pflegepersonal, Patient(inn)en und ihre Angehörigen auf einer chirurgischen Station kommunikativ mit den Möglichkeiten und Grenzen maximal-invasiver chirurgischer Behandlung von Knochen- und Weichgewebesarkomen auseinandersetzen. Im Zentrum meiner Analyse stand die Frage nach dem Umgang mit möglicherweise drohendem Sterben und Tod der Patient(inn)en. Das Forschungsfeld habe ich streng anonymisiert. Damit verbinde ich, dass viele der untersuchten Phänomene nicht nur auf die Personen zutreffen, die auf der beforschten Station in diesem speziellen Krankenhaus zusammengetroffen sind. Sondern ich sehe die einzelnen Beteiligten als Vertreter(inn)en verschiedener Welten: der Welt der Pflege, der ärztlichen Welt der Chirurgen², der Welt der Patient(in-n)en und der Welt der Angehörigen.

Arrangement der Hoffnung

Die Kommunikation auf der untersuchten chirurgisch-onkologischen Station konzentriert sich auf die medizinische Behandelbarkeit der Erkrankung. Knochen- und Weichgewebesarkome³ werden dort als akute Krankheit behandelt. Die Konzentration auf momentan zu Bewältigendes ist die dominierende Strategie des Fachpersonals. Eine möglicherweise weiterhin bestehende Lebensbedrohung oder die Gefahr von Rezidivierung⁴ oder Metastasierung wird z.B. in den Arzt-Patient-Gesprächen so weit als möglich ausgeblendet, im Vagen gehalten oder in medizinischer Fachsprache und in der Demonstration medizinischer Handlungsfähigkeit gebannt. Ein Patient beschreibt im Interview: »[...] man hat gemerkt so, dass die eben damit Erfahrung haben, das wurde einem langsam näher gebracht« und der Profes-

sor habe sich richtig Zeit genommen.

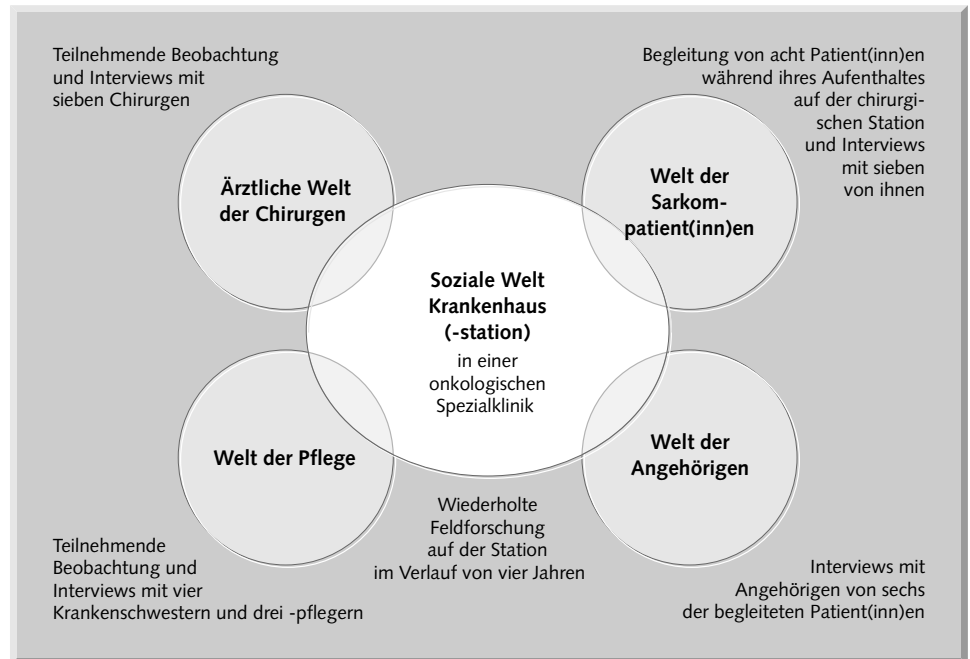
Bei Krebs (einem bösartigen Tumor, einem Knochen- oder einem Weichgewebesarkom) können die Chirurgen aber keine genaue Prognose abgeben. Sie wissen nicht, wie sich die konkrete Erkrankung bei einem Patienten/einer Patientin – auch nach erfolgreicher Behandlung – entwickeln wird. Diese prognostische Unsicherheit übergehen sie mit immer wieder verwendeten Redewendungen wie »hundert Prozent gibt es in der Medizin nicht«.

Folgende Kommunikationsstrategie wenden die behandelnden Chirurgen gegenüber den Patient(inn)en an: Während des gesamten Behandlungsaufenthaltes thematisieren sie zwei Extreme ihnen und ihren Angehörigen gegenüber, zwischen denen sie je nach aktueller Botschaft, die sie vermitteln wollen, hin und her springen. Zum einen

machen sie ihnen Hoffnung auf Heilung und heben die chirurgischen Erfolge heraus, und zum andern erinnern sie an die Lebensbedrohung, die von einem unbehandelten bösartigen Tumor ausgeht, um letzte Zweifel an der Notwendigkeit ihres **invasiven Vorgehens** zu beseitigen.

Tabu Todesnähe

Über die Möglichkeit, aufgrund des Fortschreitens der Sarkom-erkrankung zu sterben, wird allerdings nicht gesprochen. Die Thematisierung von langandauernden oder bleibenden Problemen konzentriert sich weitgehend auf Bewegungseinschrän-



Knochen- und Weichgewebesarkome sind vergleichsweise seltene (1 % aller malignen Neoplasmen bei Erwachsenen) und wenig bekannte Krebserkrankungen mit hoher Morbidität und Mortalität. Am häufigsten treten sie in den Extremitäten und bei Menschen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren auf. Neben der zentralen Behandlungsform, der chirurgischen Resektion (Gliedmaßen erhaltend oder Amputation), erhalten immer mehr Patient(inn)en adjuvante Radio- und Chemotherapie. Die häufigsten Fernmetastasen sind Lungenmetastasen, die zumeist nur relativ eingeschränkt (durch Resektion und/oder Chemotherapie) behandelbar sind. Circa 2 % aller durch Krebs verursachten Todesfälle gehen auf Weichgewebesarkome zurück. Knochensarkome treten hauptsächlich in der Adoleszenz auf und stellen die zweithäufigste Krebserkrankung bei Jugendlichen dar. Dreiviertel der primären Knochensarkome sind im Extremitätenbereich lokalisiert. Metastasen (hauptsächlich in der Lunge) werden bei fast einem Viertel der Patient(inn)en mit Osteosarkomen bereits zum Zeitpunkt der Erstdiagnose gefunden.

kungen oder eventuell Schmerzen in der durch die Behandlung geretteten Extremität. Die Sarkompatient(inn)en, deren Angehörige und das medizinische Fachpersonal gehen so aktiv und gemeinsam ein Arrangement der Hoffnung ein. Diese kurative Fiktion wird selbst dann aufrechterhalten, wenn aufgrund eines fortgeschrittenen Tumorstadiums oder von Lungenmetastasen Heilung immer unwahrscheinlicher wird oder medizinisch bereits ausgeschlossen werden muss.

Alle in die Untersuchung einbezogenen Kommunikationspartner(inn)en blenden eine mögliche Todesnähe **voreinander** aus, obwohl sich im Feld verschiedenste Zeichen der Anwesenheit von (drohendem) Sterben und Tod finden: Beispielsweise beschäftigte die interviewten Patient(inn)en sehr, dass sehr blasse Mitpatient(inn)en mit Mundschutz und ohne Haare mit Infusionsständern durch das Krankenhaus laufen. Aber diese Zeichen werden **individuell** bzw. innerhalb der einzelnen Welten in unterschiedlichem Maße **wahrgenommen**. Drohendes Sterben und möglicher Tod können also **nicht vollständig** ignoriert werden.

Untersuchungsfeld und Datenerhebung

Falls die (mögliche) Todesnähe durch Störungen der Routine zum Thema der stationären Behandlung wird – z.B. weil ein Patient verzweifelt über die fortschreitende Erkrankung, ängstlich und nicht zu beruhigen ist – überträgt das medizinische Fachpersonal diese Fälle den »Spezialisten für die Psyche«, d.h. den Konsiliardiensten aus der Psychiatrie, Psychologie und Seelsorge.

Im Rahmen der Akutversorgung wird auch nicht gemeinsam erarbeitet, was die Behandlung für den zukünftigen Lebensalltag des Patienten/der Patientin bedeutet. Die Chirurgen vermitteln die Botschaft, die Behandlung der Erkrankung sei und bleibe die Sache ärztlicher Spezialisten. Möglichkeiten, als Patient(in) den weiteren Verlauf der Erkrankung zu beeinflussen und zu kontrollieren, werden mit Hinweisen auf klinische Studien ausgeschlossen. Konsequenterweise wird von den Patient(inn)en deshalb erwartet, sie mögen sich entsprechend der medizinischen Behandlungsvorstellungen verhalten.

Aufgrund des medizinisch gesicherten Wissens um die Möglichkeit des Auftretens eines Re-

zidivs oder einer Metastase werden ärztlicherseits regelmäßige Nachuntersuchungen angeordnet und durchgeführt. Die Patient(inn)en verbleiben einerseits in der Rolle einer »Datenerhebungsquelle«. Andererseits sind sie für die Integration der veränderten gesundheitlichen Situation in ihren Lebensalltag allein verantwortlich.

Zusammenfassende Überlegungen

Wenn sich die an der Behandlung Beteiligten zum Zeitpunkt der Entlassung trennen, schätzen sie die gesundheitliche Situation der Patientin/des Patienten und die mögliche Zukunft mit der behandelten Sarkomerkkrankung sehr unterschiedlich ein. Die Feststellung dieser Unterschiedlichkeit innerhalb der einzelnen Welten – teilweise bis zur Unvereinbarkeit der Einschätzungen – ist Ergebnis der Forschung. Aufgrund meiner Analysen stelle ich Unterschiede zwischen den einzelnen Selbstbildern und den Wahrnehmungen und Erwartungen der den anderen Welten zugehörigen Beteiligten fest. Sie dagegen gehen von einer weitgehenden Übereinstimmung der eigenen Einschätzung mit derjenigen der anderen Kommunikationspartner(innen) aus.

Das Eingehen und Aufrechterhalten des Arrangements der Hoffnung erweist sich als funktional. Es sichert die momentane (Be)Handlungsfähigkeit der Beteiligten. Gleichzeitig verhindert es aber eine **gemeinsame** Auseinandersetzung über den (möglicherweise) drohenden Tod und die Angst vor Tod und Sterben. Die Beteiligten vermeiden das Ansprechen von Tod und Sterben voreinander, da die Thematisierung ihrer Vorstellung nach dazu führen könnte, auf Unsicherheiten und Grenzen eingehen zu müssen und weil sie Emotionen wie Angst, Verzweiflung,

Trauer, aber auch Wut auslösen könnte. Denn sowohl das gemeinsame Erleben und Aushalten dieser Gefühle als auch Gespräche darüber zwischen den untersuchten Welten sind im Akutkrankenhaus zeitlich und in Anbetracht der zur Verfügung stehenden personellen Kapazitäten nicht vorgesehen.

Autorinnen



Annefried Hahn M.A., Sozialpsychologin, Gestalttherapeutin und Supervisorin DVG, erforscht seit vielen Jahren – wissenschaftlich, pädagogisch, beratend und psychotherapeutisch – Extrembelastung und Traumatisierung unter dem Aspekt des sozialen Miteinanders und mit dem Ziel sozialer Gesundheit. Verschiedene Veröffentlichungen zum Thema.



Dr. Anja Hermann ist Diplompsychologin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin am Institut für Klinische Psychologie und Gesundheitsförderung im Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Psychosoziale Versorgungsstrukturen, Kooperations- und Dialogmodelle sowie Qualitative Sozialforschung.

Literatur:

Hermann, A. (2005): Das Arrangement der Hoffnung. Kommunikation und Interaktion in einer onkologischen Spezialklinik während der chirurgischen Behandlung von Knochen- und Weichgewebesarkomen. Frankfurt a.M., Mabuse

Impressum

zwischen.mensch wird zweimal jährlich (April und Oktober) herausgegeben vom IQ Institut für Qualitative Organisationsentwicklung, Stierstr. 14, 12159 Berlin. Tel.: 030 / 85 07 92 90 institut@iq-entwicklung.de www.iq-entwicklung.de

Redaktion

Annefried Hahn c/o IQ Institut
Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Anfragen betreffend Nachdruckrechte richten Sie bitte an die Redaktion.

Unverlangt eingesandte Manuskripte werden gelesen. Ein Abdruck ist leider nicht immer möglich.

Leserbriefe sind ausdrücklich erwünscht. Eine Kürzung behalten wir uns jedoch vor.

Layout: MarktTransparenz Giese
Tel.: 030 / 873 13 53

Druck: USE gGmbH
Tel.: 030 / 469 05 70-16

IQ Institut für
Qualitative
Organisationsentwicklung

... in eigener Sache

Neu: Telefonische Sprechstunde

Ab sofort können Sie uns montags von 11 bis 13 Uhr persönlich erreichen unter 030 - 85 07 92 90. In dieser Zeit können Sie sich über unser Angebot für »Perspektiven bei starker Belastung« informieren, uns Ihre Fragen stellen oder Termine mit uns vereinbaren; ebenso sind uns Ihre Anregungen willkommen.

Workshops 05/06

Ab sofort können Sie sich anmelden für unsere Workshops zum Stichwort »Perspektiven bei starker Belastung« 05/06. Für die Beschreibung der Workshops fordern Sie bitte unser Falblatt an oder schauen Sie ins Internet unter www.iq-entwicklung.de

Angebote des Instituts

Qualitative Organisationsentwicklung (Action Research, qualitative Evaluation), Supervision, Coaching, Workshops, Psychotherapie.

Ihre Ansprechpartner:
Annefried Hahn,
Günter Hahn,
Tel. 030 / 85 07 92 90