2. Kommunikation als Grundlage der Sterbebegleitung

Durch die hohe gesellschaftliche Akzeptanz der Hospizbewegung ist heute anders als in früheren Jahren die Diskussion über Sterben kein Tabu mehr. Im persönlichen Umgang mit Sterbenden jedoch fehlt es meist an Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien, die sich vorrangig in der Kommunikation zeigen und den non-verbalen Kontakt bewusst nicht ausschließen dürfen (Fall 1).

2.1 Konfrontation mit Sterben und Tod

Die Begleitung seiner sterbenden Patienten ist und bleibt für den Hausarzt eine stets neue Herausforderung. [15] Gerade wenn er seine betagten Patienten auf ihrem letzten Weg begleiten muss, erlebt der Hausarzt, wie aus der jahrelangen Beziehung eine Art „Schicksalsgemeinschaft“ wird, die in dieser Phase von Dankbarkeit geprägt ist, und dennoch nicht ohne Belastungen bleibt.

▶ ***Fast alle palliativen Patienten haben einen hohen Informationsbedarf. Sie wollen alles über ihre Diagnose wissen und sorgen sich um den weiteren Krankheitsverlauf.***

Zur Bewährungsprobe für beide Seiten wird sie meist dann, wenn der Hausarzt derjenige ist, der bei einer vital gefährdenden Erkrankung die schlechte Nachricht überbringen muss.

▶ ***Jeder Kommunikationsprozess bei sterbenden Patienten ist ein interaktives Geschehen.***

Die Frage „Wie lange noch?“ wird für den palliativen Patienten die quälende Hauptsorge. Dies gilt bis ins hohe Alter. Um hier als begleitender Hausarzt nicht in Ratlosigkeit zu geraten, braucht es eine *verständnisvolle und verständliche Kommunikation. Sie ist neben der Haltung*, mit der man als Hausarzt seinen sterbenden Patienten gegenübertritt, die Grundvoraussetzung für eine beiderseits zufriedenstellende Begleitung sterbender Patienten.

Im Mittelpunkt der Kommunikation steht der Patient mit seiner Angst vor dem Verlust seiner Würde. Um ihn herum sind die Angehörigen, die mit der Ambivalenz zwischen Müssen und Können kämpfen. Und irgendwo dazwischen agiert der Hausarzt. Dem Arzt, der einen palliativen Patienten be-

▶ ***Sterbebegleitung erschöpft sich dabei nicht im alltäglichem ärztlichen Handeln, sondern erfordert neben Zeit viel Verständnis und Geduld für die Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen des Krankseins und Sterbens. [16]***

gleitet, wird eine grundsätzliche Reflexion über das eigene Verhältnis zu Sterben und Tod nicht erspart bleiben.

2.2 Hilfen für die Gesprächsführung

▶ ***Die Flucht in die sonst übliche intellektuell-technische Faktensprache führt zum Scheitern eines jeden palliativen Handelns. [18; 19]***

Der ärztliche Alltag ist ohne Kommunikation nicht vorstellbar. *Kommunikation mit Sterbenden* geht jedoch weit über bestimmte Techniken und Routinen hinaus und erfordert eine personale Herangehensweise, die den kranken Menschen mit seinen biographischen Besonderheiten und Potentialen sowie seinen sozialen Bezügen in den Mittelpunkt stellt. [10] Dazu braucht es besondere kommunikative Fähigkeiten, die auf der *Beziehungsebene* geprägt sind von *Sensibilität für Gefühle und Empathie* und auf der *Sachebene* ausgerichtet sein müssen auf:

- Gewinnung relevanter Informationen („*Was weiß und empfindet der Patient/Angehörige?*“);
- verständliche Informationsübermittlung („*Versteht der Patient/Angehörige wirklich das, was ich sagen will?*“);
- Erschließung von Patientenressourcen („*Wie kann der Patient die Information verarbeiten?*“);
- Entwicklung einer gemeinsamen Strategie („*Was muss jetzt getan, organisiert werden?*“). [17]

Anders als die Darlegung von Ergebnissen und Fakten bereitet die Kommunikation auf der Beziehungsebene meist die größeren Schwierigkeiten. Hier könnte das „aktive Zuhören“ nach Rogers eine gute Hilfe sein, welches auf den drei Grundhaltungen Empathie, Authentizität und Akzeptanz basiert (Tab. 2). [20]

Die *Vorteile* eines solchen aktiven Zuhörens liegen auf der Hand:

- genaue Problemidentifikation;
- besseres Verständnis der Gesamtsituation;
- Zufriedenheit mit Versorgung und Begleitung;
- bessere Compliance und Adherence;

Grundhaltung	Empfindung	Auswirkung
Empathie	„Ich fühle sehr genau, was Sie jetzt bewegt.“	Machtgefälle zwischen Arzt und Patient bleibt erhalten
Akzeptanz	„Ich verstehe, dass Sie Ihre Krankheit nicht annehmen wollen.“	
Authentizität	„Ich verstehe Sie voll und ganz. Diese Nachricht würde mich auch ratlos und verzweifelt machen.“	

Tab. 2: *Aktives Zuhören nach Rogers [mod. 1; 2; 3]*