

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 4 (1999)

Heft: 1

Artikel: Der runde Tisch

Autor: Eychmüller, St. / Abrecht, T.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091575>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ein Mittel gegen Einsamkeiten in Palliativsituationen am Akutspital?

St. Eychmüller, T. Abrecht*

Der runde Tisch

Was ist das Problem?

Angehörige von Patienten in Palliativsituationen stehen am Akutspital oft in einem Art «luftleerem Raum». Es bestehen keine Strukturen und keine inhaltliche Vorgaben für ihre Einbeziehung in die Auseinandersetzung mit dieser schwierigen Situation. Andererseits besteht auch für das behandelnde Team Hilflosigkeit und Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen. Die Folgen sind auf beiden Seiten ähnlich:

Auf der affektiven Ebene teils bewusst, teils unbewusst Zuweisung von Gefühlen wie Versagen, Ungenügen, Schuld, Scham, Wut. Auf der Verhaltensebene erfolgt beiderseits Rückzug, Vermeiden von Kontakten, Sprechen über Dritte (Mittler).

Der Kontakt mit den Angehörigen/ Bezugspersonen ist jedoch für den Kranken und seine Krankheitsverarbeitung, aber auch für das behandelnde Team von elementarer Bedeutung in einer Situation, wo sich jeder Beteiligte mit dem schwerwiegenden Thema Sterben und Tod auseinandersetzen muss.

Unsere Klinik besteht aus 5 Abteilungen, die im Rahmen des Departments für Innere Medizin am Inselspital Bern die Aufgabenbereiche Psychosomatik, Rehabilitation, Palliativmedizin und Psychoonkologie, sowie Geriatrie wahrnimmt. Jede Abteilung umfasst ca. 13 Betten, zusätzlich gibt es ein Ambulatorium. Wir legen Wert darauf, dass jede Abteilung jederzeit eine «Mischung» von Patienten mit den unterschiedlichen Problembereichen behandelt.

Die Abteilung arbeitet nach dem Bio-Psycho-Sozialen Konzept in Anlehnung an G. ENGEL. Chefarzt ist Prof. R. Adler. Die Projektleiter arbeiten gemeinsam auf einer Abteilung in der Funktion von Krankenschwester, respektive Oberarzt.

Vorbestehend sind klinikinterne interdisziplinäre Kommunikationsstrukturen wie sog. «Kleine Gemein-

same» (Therapien, Pflege, Arzt), «Grosse Gemeinsame» (wie kleine, jedoch mit Patient und Angehörige). Wir sind überzeugt, dass sich diese Grundhaltung und Strukturen ganz besonders für die Betreuung von Menschen in palliativen Situationen eignen.

Welche Faktoren haben Einfluss auf diese Situation?

Ist- Analyse mit Fokus Akutspital:

I) Definitionsfragen

Die Krankheitssituation ist meist nicht gemeinsam als Palliativsituation definiert, es besteht üblicherweise keine gemeinsame Grundhaltung und Handlungs- bzw. Denkgrundlage. Insbesondere bei Abteilungswechsel oder Wechsel der Behandler ändert sich der Blickwinkel: wird bspw. in der Chirurgie noch «geheilt», kann man in der Onkologie «das Wachstum nur noch verzögern versuchen», und in der allgemeinen inneren Abteilung «sieht die Situation sehr ernst aus, man muss mit dem Schlimmsten rechnen». Häufig werden alle Beteiligten sehr überraschend mit der ungünstigen Krankheitsentwicklung konfrontiert, der Wechsel von kurativem zu palliativem Ansatz erfolgt häufig unausgesprochen, das bisherige Denkmuster: «Palliatives Vorgehen heisst: wir können nichts mehr für Sie tun!» verhindert projektives Vorgehen gerade oder auch in dieser Situation.

II) Settingfragen

Ort, Zeitpunkt, Häufigkeit, Teilnehmerkreis, Zeitumfang für Begegnungen mit dem Ziel der Einbeziehung der Angehörigen sind nicht definiert, bzw. geschehen unsystematisch und zufällig.

III) Inhaltliche Fragen

Selbst wenn solche Begegnungen institutionalisiert wären, besteht grosse Unsicherheit bezüglich des «Wie» und des «Was»: auf welche Art werden schlechte Nachrichten mitgeteilt, welche Inhalte sollten besprochen werden? Wir wollen uns hier auf diese Inhalte, bspw. Informationsaustausch bezüglich Wissensstand über die Erkrankung, Rollenaufteilungen, Ängste konzentrieren. Das Wie der Vermittlung wird nur teilweise berührt.

IV) Ausbildungsfragen

Weiterhin sind die Kenntnisse über Palliative Care am Akutspital eher gering, was wohl dem geringen Wissen und dem Widerstand gegenüber derartigen Themen in der Bevölkerung entspricht. Auch das Zusammenwirken im Behandlungsteam gleitet in Anbetracht solcher Situationen oft ab in unkoordinierte, vereinzelt Bewältigungsaktionen.

Alle Personenbezeichnungen werden wegen der verbesserten Lesbarkeit in der männlichen Form verwendet.

*St. Eychmüller, T. Abrecht, Med. Abt. Lory, Inselspital, 3010 Bern

Was wird mit dem Projekt bezweckt? Wem soll es was nützen?

Es soll versucht werden, über ein klares Setting, inhaltliche Grundstruktur und gemeinsamer Definition der Behandlungssituation eine Verbesserung der Einbeziehung von Angehörigen in Palliativsituationen/ bei Sterbegleitungen im Akutspital zu erreichen. Die Auswirkungen dieses Vorgehens auf den Kranken und auf die Pflegenden und Ärzte als Repräsentanten des Teams werden ebenfalls beobachtet und evaluiert (vgl. Ergebnisse).

Welche Methoden/ Instrumente wurden eingesetzt?

Im Zeitraum von 6 Monaten wurde der Umgang mit Angehörigen von 4 Patientinnen in Palliativsituationen folgendermassen «grundstrukturiert»:

Im Laufe der ersten Behandlungswoche erfolgt standardisiert eine Besprechungsrunde (60 min.) = «Runder Tisch» mit den Teilnehmern Patient /mindestens ein Angehöriger (Vertrauensperson), Bezugspflegeperson, Abteilungsarzt, Oberarzt, fakultativ Physiotherapeut, Ergotherapie.

Dem Ablauf der Besprechungsrunde liegt eine thematische «Checkliste» zugrunde (s. Anlage)

Kurz vor Austritt bzw. unmittelbar nach dem Tod des Patienten wird von den Teilnehmern (vgl. oben) ein Kurzfragebogen ausgefüllt, bzw. im Gespräch erarbeitet.

Checkliste «runder Tisch»

Hauptansprechpartner klären:

- Angehörige
- Pflege
- Abteilungsarzt
- Oberarzt

- Austausch der Informationskarten (siehe unten)
- Sinn des Treffens erläutern
- Kenntnisstand Krankheit/ Prognose (Alle durchgehen): Wer weiss was? auch: Wer möchte was nicht wissen?
- Bisherige Therapien: was half, was fehlte?
- Besprechung und Festlegung Hauptprobleme bio, psycho, sozial, spirituell (Problemliste)

1. Ziel:

Gemeinsame Definition als Palliativsituation

- dazu: Information: was heisst Palliativ? (Ummanteln, Lebensqualität steigern)
- Rea-Status ansprechen

Klärungsversuch:

- Ressourcen: was lässt sich jetzt schon integrieren?
- Wünsche: Intimität, Ruhephasen, Tagesinhalte, Kleidung, Essen
- wo besteht Informationsdefizit: medizinisch, Hilfsmöglichkeiten extern, Pflegehilfe
- Ängste: Besprechung des Vorgehens bei erwartbaren Komplikationen/ Schmerz/ Atemnot, evtl. Übelkeit etc.
- Sinnfrage/ Lebensbilanz/ «Unaufgeräumtes»
- Zukunftsvorstellungen
- Erwartungen an Spitalaufenthalt
- Ständige Anwesenheit Angehörige?

Was kann Patient/ und Angehörige leisten/ bieten
Was können wir leisten/ bieten?

2. Ziel:

Festlegen: wer leistet was unter Einbeziehung Patient und Angehörige

Schluss:

- Wer soll noch einbezogen werden? (u.a. wenn noch nicht erfolgt: Seelsorge, Sozialarbeit?)
- Häufigkeit der Treffen, Personenkreis?
- Spezieller Themenwunsch für nächstes Treffen?
- Noch offene Fragen?
- Terminvereinbarung (auch Einzelbegegnungen)
- Vorplanung Übergabe an Weiterbehandelnde (Kontaktpersonen?)

Projektergebnisse

Die «Fallzahl» ist gering. So lassen sich allenfalls Einzelerfahrungen und Trends ablesen, nicht jedoch statistisch bedeutsame Ergebnisse.

Durch die zeitlich definierte und inhaltlich strukturierte Einbeziehung der Angehörigen in den Verlauf der Palliativsituation profitieren alle: Patienten, Angehörige, Pflegenden, Ärzte. Die Besprechung des Status als Palliativsituation aber auch der daraus resultierenden Möglichkeiten, (geänderten) Zielsetzungen und Zusammenarbeit zwischen Patient, Angehörigen und Behandlungsteam helfen, Rückzugsverhalten zu vermeiden.

Als medizinische Abteilung für sehr komplexe Erkrankungen (überwiegend psychosomatische Erkrankungen und Rehabilitation) kommen wir meist erst sehr spät im Krankheitsverlauf mit den Patienten in Kontakt. Es zeigte sich, dass eine gemeinsame Beurteilung der Situation als «palliativ» in allen Fällen vorher nicht stattgefunden hatte. So sind wir immer mit derselben Aufgabe konfrontiert:

- Mitteilung, dass eine kurative Behandlung nicht mehr möglich ist («bad news»)
- erläutern, was «palliativ» heisst. Es zeigte sich, dass diese Wortschöpfung als distanzierte Schutzhülle und Verschleierung der schlechten Nachricht «Wir können nichts mehr für sie tun» dienen kann. Dieses Wort kann und darf nicht vermeiden helfen, eine neue Weiche zu stellen, und zwar beim Patienten, seinen Angehörigen und den Behandlern. Die Definition «in einfachen Worten» wie «ummantelnde Behandlung», «Leben mit der Krankheit und nicht dagegen», «Leben statt Leiden», «das Ziel ist nicht mehr, die Krankheit zu heilen, sondern mit den Einschränkungen eine möglichst hohe Lebensqualität zu ermöglichen» kann den Schock des Unumkehrbaren nicht mindern. Und soll es unserer Meinung

Kontaktkarte med. Abteilung Lory-Haus; Inselspital Bern

Für die Angehörigen von _____

Zimmer- Nr.: _____

Stockwerk: _____

Tel. Nr. Patient/in: _____

Bezugsperson Pflege: _____

Tel. Nr. Pflege: _____

Assistenzärztin/arzt: _____

Tel. Nr.: Inselzentrale 031-632 21 11

Oberarzt: _____

Tel. Nr.: Inselzentrale 031-632 21 11

Kontaktkarte für Abteilung

Angehörige/Partner von _____

Hauptansprechperson: _____

Tel. Nr. privat: _____

Tel. Nr. Geschäft: _____

Natel: _____

informieren: _____ jederzeit _____ tagsüber _____ nicht von _____ bis _____

weitere Ansprechpersonen: _____

Tel. Nr.: _____

Tel. Nr.: _____

Seelsorger: _____

nach auch nicht, da eine Neuorientierung notwendig ist, die mittelfristig entlastet (Trauerphase). Einsamkeits- und Ohnmachtsgefühle betreffen zumindest initial jede beteiligte Person und sind nur teilweise beeinflussbar bzw. im erweiterten Personenkreis teilbar.

Der «runde Tisch» innerhalb der ersten Behandlungswoche mit den Teilnehmern Patient, Angehörige, Pflegende, Abteilungsarzt, evtl. Physiotherapeut und Seelsorger (wenn gewünscht) und Oberarzt unter der Leitung des Letztgenannten, ist von allen Seiten positiv bewertet worden. Es bestand seitens der Angehörigen eine hohe Bereitschaft, an diesem Treffen teilzunehmen. Folgetreffen finden meist in kleinerem Rahmen statt, wobei bei eventuellem Austritt vorgängig die bei uns ebenfalls institutionalisierte «Grosse Gemeinsame» stattfindet (gleicher Teilnehmerkreis wie «runder Tisch»). Ein nächstes Treffen, wenn auch in kleinerem Kreis, muss am Ende des «runden Tisches» vereinbart werden.

Inhaltliche Fragen

Die von uns verfasste «Checkliste» kann nur als solche, nicht jedoch als konkreter inhaltlicher Fahrplan des «runden Tisches» verstanden werden.

Insbesondere die Festlegung des Reanimationsstatus, die Vorbesprechung des Vorgehens bei lebensbedrohlichen Komplikationen, das Ansprechen von Ängsten und die Evaluation der Auseinandersetzung mit dem Thema Tod (inklusive Testament) ist beim ersten Treffen meist wegen der fehlenden inneren Vorbereitung («bisher wurde alles unternommen...») und der noch geringen persönlichen Beziehung unmöglich.

Die Ziele des «runden Tisches» liegen nach unserer Erfahrung demnach in:

- gegenseitigem ersten Kennenlernens
- Beginn des Aufbaus eines Vertrauensverhältnisses, Deklaration eines verbindlichen «Zur-Verfügung-Stehens»
- Deklaration der Palliativsituation, Beginn neuer «innerer Weichenstellung» (Rekonzeptualisierung der Krankheit)
- Definition von Zielen (Symptomkontrolle, Aktivität, individuelle Tagesgestaltung, evtl. Rückkehr nach Hause, bzw. externe Institution)
- Notwendigkeit, dass jeder der Teilnehmer (insbesondere Angehörige) um die eigene Unterstützung in dieser schwierigen Situation Sorge und Verantwortung trägt (wieviel Patienten möchten nicht nur die Angehörigen, sondern auch das Personal des Spitals schonen!)

Es ist ein absolutes «Muss», dass mit dem Patienten allein oder mit einer selbstgewählten Vertrauensperson vor dem «Runden Tisch» die schlechten Nachrichten bereits vorbesprochen wurden.

Auswertung

Folgende Fragen wurden an die beteiligten Personen gestellt:

Einfluss des «runden Tisches»

- auf den Informationsaustausch?
- auf die eigene Problembewältigung?
- auf die Realitätsanpassung?
- auf die Definition der eigenen Aufgabe?
- auf die weitere Interaktion im Therapieverlauf?
- auf die Kontaktaufnahme bei Therapiebeginn?
- allgemein günstig für die Kooperation?
- allgemein günstig für das Team?

Die einzelnen Fragen wurden folgendermassen bewertet:

- trifft zu, bzw. verbessert = 2 Punkte, im Schaubild x
- unentschieden, keine Änderung = 1 Punkt, im Schaubild I
- trifft nicht zu, verschlechtert = 0 Punkte; im Schaubild o

Die Fragen wurden allen unten genannten Personen frühestens 2 Wochen nach dem «Runden Tisch» gestellt. Bei 2 Patientinnen wurden auch noch die Physiotherapie einbezogen, bei 1 Patientin der reformierte Pfarrer.

Gruppe 1: PatientInnen

Insgesamt wurde bei 4 Patientinnen die Projektidee angewandt. Eine Patientin lehnte die Einbeziehung von Angehörigen ab. Eine Patientin litt an einem Mamma-Ca, eine Patientin an einem Urothel-Ca, eine an einem kleinzelligen Endometrium-Ca und eine an einem Colon-Ca, jeweils im metastasierenden Stadium. Das Alter reichte von 42 bis 72 Jahre.

Die Mehrheit der Patientinnen empfand die gemeinsame Runde als hart, aber auch hilfreich in der eigenen Realitätsanpassung. Für alle war diese Art der Kommunikation völlig unbekannt; sie befürworteten ähnliches Vorgehen schon wesentlich früher im Krankheitsverlauf. Und, was in der Umfrage nicht, dafür in den Gesprächen deutlich wurde, diese Runde wird als entlastend im Umgang mit ihren Angehörigen eingestuft. Endlich seien die «Tatsachen auf dem Tisch».

Dagegen fühlte sich eine Patientin «wie ausgestellt», und zunächst völlig inadäquat belastet, da die Gesamtsituation ohnehin extrem schwierig war.

Anmerkung: dies war die Patientin, die die Einbeziehung der Angehörigen ablehnte; aus Gründen autarker Lebensführung, wie sich zeigte. Sie wünschte den Übertritt in eine Privatklinik. Dort besuchte ich sie (S.E.); es entstand eine Reihe sehr intensiver Gespräche über Lebensbilanz, Lebenskonzepte, Todesängste und Aggressionen. Die Patientin erklärte ihre initiale Ablehnung als Ausdruck dieser Ängste und empfand die Konfrontation mit dem Schweregrad ihrer Erkrankung zuletzt als «grusig notwendig».

Heute sind 2 der 4 Patientinnen bei uns verstorben, eine Patientin verstarb in der Palliativstation eines Privatspitals, eine Patientin lebt zuhause (kurzzeitig erneuter Aufenthalt bei uns nach Colonteilresektion).

Gruppe 2: Angehörige

Bei den 4 Verläufen profitierten die Angehörigen am meisten von dieser Kommunikationsform. Dies entspricht dem Projektziel. Dies unter der Einschränkung der nur geringen Zahl. Pro Patientin wurde nur die nächste Bezugsperson, in 2 Fällen der Ehemann, in 1 die älteste Tochter in die Befragung einbezogen. Anwesend an dem «Runden Tisch» waren jedoch bis zu 7 Familienangehörige!

Negative Stimmen wurden keine gehört.

Gruppe 3: Pflegende

Als besonders positiv am «Runden Tisch» wurde herausgehoben:

- Ansprechen «schwieriger» Themen möglich
- Transparenz und Klarheit in der Ausgangslage, aber auch bspw. bei der Besprechung des Reanimationsstatus wird gefördert
- trotz initial teilweise harter Konfrontation für die Patientinnen war die weitere Kooperation erleichtert
- ganz besonders erleichtert wird der Kontakt zu den Angehörigen.
- Bsp.: «Fand es eine gute Sache. Spürte eindeutig mehr Sicherheit im Umgang mit Patient und Angehörigen. Mehr Klarheit bezüglich Procedere».

Problematisiert wurden seitens der Pflegenden:

- die Teilnahme der Bezugsperson war nur 1x möglich
- es bestand Unklarheit bezüglich Protokoll, Dokumentation der Ziele und Aufbewahrung bzw. Umgang mit den Kontaktkarten.
- Schwierigkeiten auch bei Terminvereinbarung (wer informiert wen?)

Gruppe 4: ÄrztInnen

Für diese Gruppe war neben den Angehörigen der Benefit des «runden Tisches» am grössten. Ein Aspekt dieses Benefits fällt kritisch ins Gewicht (vgl. oben): das Treffen kann dazu dienen, «schlechte Nachrichten»

mit Rückendeckung der Gruppe mitzuteilen. Dies trifft die Beziehungsaufnahme mit den betroffenen Patienten empfindlich. Eine Vorbesprechung der Inhalte des «runden Tisches» mit den Patienten ist unbedingt erforderlich.

Zu 4. Methoden und Instrumente

Die Besprechungsrunde innerhalb der ersten Behandlungswoche ist machbar und sinnvoll. Ein späterer Zeitpunkt ist in Anbetracht der oft rasch wechselnden und sich verschlechternden Situationen trotz des Vorteils der besseren gegenseitigen Kenntnis nicht günstig.

Die Physiotherapie sollte immer, der Seelsorger wie erfolgt auf Wunsch des Patienten teilnehmen.

Eine wie auch immer geartete Evaluation veränderter Vorgehens in palliativen Situationen ist auf Seiten des Teams einfach durchzuführen und auch sehr gewünscht (Beitrag zur Bewältigung?). Wesentlich schwieriger ist das auf Seiten der Betroffenen. Es dürfte in unserer Abteilung mit eher «spätem» Behandlungsauftrag bezüglich des Krankheitsverlaufs («Wir können nichts mehr tun, schicken wir sie/ihn ins Lory...») ungewöhnlich sein, dass eine mündliche Befragung 2 Wochen nach Eintritt so uneingeschränkt stattfinden konnte. Anonyme Fragebögen sind wohl ungeeignet. Die direkte Befragung durch ein Teammitglied bei gegenseitig bis dahin ausreichender Vertrautheit scheint machbar.

Ausbildungsfragen

Im Rahmen unseres Projektes haben wir zwei Fortbildungsveranstaltungen an unserer Klinik durchgeführt:

- Einführung in unser Projekt auf unserer Abteilung
- Vorstellung des Projektes und Mitteilung erster Erfahrungen gegenüber allen Klinikmitarbeitern im Rahmen eines für alle offenen Fortbildungscurriculums

Beide Aktivitäten haben zum Ziel, die Kenntnisse und den Stellenwert palliativer Inhalte nicht nur in unserer Abteilung, sondern am ganzen Inselspital zu erhöhen.

Ausblick

Wir haben diesen «Runden Tisch» jetzt in unseren Klinikstandart übernommen. Dieser «Runde Tisch» ist dazu geeignet, klinikintern die Grundlage für eine Qualitätskontrolle und -verbesserung zu bilden. Dies motiviert, ist vom Zeitaufwand gegenüber dem Benefit vertretbar – und: auch in der palliativen Betreuung

werden Qualitätsaspekte immer mehr an Bedeutung gewinnen. Zusätzlich wird über die spitalweit verbesserte Information und Beratung bezüglich Palliativer Betreuung versucht, den Zeitpunkt einer derartigen «Weichenstellung» in Richtung Palliation vorzuverlegen. Dies kann neben der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten in unserer Abteilung (Rehabilitation in palliativer Situation) den Patienten eine längere Dauer der aktiven Auseinandersetzung in einem körperlich günstigeren Zustand erlauben und Palliative Betreuung vom Geruch der «Sterbemedizin» befreien helfen.

Kontaktadresse:
Dr. med. St. Eychmüller
Oberarzt
Med. Abt. Lory
Inselspital
3010 Bern

Abonnement-Bestellung Infokara

Ich möchte gerne Abonnent von Infokara werden. Die Zeitschrift erscheint 4 mal pro Jahr (Frühling, Sommer, Herbst, Winter).

- Einzelpersonen Fr. 45.–/DM 55.–/Schilling 450.–
 Institutionen Fr. 55.–/DM 65.–/Schilling 550.–

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Datum	Unterschrift

Bitte einsenden an
Irène Bachmann-Mettler, Kantonsspital Haus 01, 9007 St.Gallen