

# FORTBILDUNGSPROGRAMM ZUR GESPRÄCHSFÜHRUNG MIT DEN ANGEHÖRIGEN PLÖTZLICH VERSTORBENER ALS BEISPIEL VON KOMMUNIKATIONSTRAINING UND AFFEKTIV-EMOTIONALEN LERNZIELEN IN DER ÄRZTLICHEN AUSBILDUNG

FRTZ A. MUTHNY

## 1. Ziele der mediznpsychologischen Lehre und die Relevanz eines Fortbildungsprogramms zum Umgang mit Angehörigen plötzlich Verstorbenen

Die unvermeidbare Konfrontation mit dem Tod im medizinischen Alltag macht wie keine andere Situation deutlich, daß die ärztliche Ausbildung über kognitive und handlungsorientierte Ziele hinausgehen und auch affektive-emotionale Prozesse einschließen muß. In der Vorklinik ist die Schaffung von Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung in der ärztlichen Ausbildung zentrales Anliegen der Medizinischen Psychologie. Daß dies nicht nur theoretisch so vorgegeben ist, sondern auch praktisch so verstanden und umgesetzt wird, zeigen Ergebnisse der bundesweiten, weitgehend vollständigen (und damit repräsentativen) Umfrage unter den 35 mediznpsychologischen Instituten (Muthny et al. 1996). Dabei wurden von den Hochschullehrern der Medizinischen Psychologie als **fünf vorrangige Ziele des Kurses** in der folgenden Reihenfolge bezeichnet:

1. Vertiefungen zu den zentralen mediznpsychologischen Themen,
2. praktisches Üben typischer Situationen der Arzt-Patienten-Beziehung,
3. Wissensvermittlung für Inhalte der Medizinischen Psychologie,
4. Vermittlung ethischer Grundhaltungen und
5. gute Physikumsvorbereitung.

Diese Positionen machen deutlich, daß nicht Wissensvermittlung das alleinige oder gar wichtigste Anliegen ist, sondern sehr wohl auch geistige Reflektion und Auseinandersetzung mit Werthaltungen und Emotionen einen wichtigen Stellenwert haben, zudem explizit auch Handlungskompetenz angestrebt wird.

Genauso deutlich wird dies in der **Rangreihe der fünf wichtigsten Kursthemen** (nach faktischem Stellenwert entsprechend Zeitkontingent im Kurs) :

1. Tod und Sterben
2. Arzt-Patienten-Beziehung
3. Grundlagen der Gesprächsführung
4. Test und Experiment
5. Krankheitsverarbeitung

Dies zeigt sehr klar, daß Lehre zumindest in der Medizinischen Psychologie sich nicht auf Wissensvermittlung beschränken darf, da sonst wesentliche Ziele mißachtet und Inhalte nicht vermittelt würden. Die hohe Relevanz affektiv-emotionaler Lernziele läßt sich am besten am Thema "Tod und Sterben" aufzeigen und beschränkt sich keineswegs auf das Medizinstudium, sondern schließt auch die ärztliche Fortbildung und die anderer Berufsgruppen in der Medizin ein. Deshalb wurde dieses Beispiel gewählt, um die Bedeutung der in der Diskussion zur medizinischen Lehre oft nicht ausreichend berücksichtigten affektiv-emotionalen Lernziele zu demonstrieren.

Der Tod eines nahen Angehörigen stellt fast immer eine schwere Belastung dar, auch wenn dieser längere Zeit schwerkrank erlebt wurde und so der Verarbeitungsprozeß meist lange vor dem endgültigen Verlust eingesetzt hat. Bei einem plötzlichen Todesfall durch Unfall werden zudem Realitätskonfrontation und Verarbeitungsprozesse ohne Vorbereitungszeit unmittelbar gefordert und führen so zu einer besonderen Verschärfung der Belastung (s. auch Worden 1986). Manche Personen und Familien haben gute Möglichkeiten, sich in dieser Situation gegenseitig zu stützen, für viele bedeutet es eine psychische Extremsituation, die häufig die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt.

Vielfältige Reaktionen der Angehörigen bei plötzlichen Todesfällen wurden z.B. von Weisman (1976) beschrieben als Gefühle der Unwirklichkeit, Trance-Zustände, Hilflosigkeit, Verschärfung von (vorher latent vorhandenen) Schuldgefühlen, Bedürfnis einer Schuldzuweisung und ausgeprägte "Warum ?"- Fragen.

Dem behandelnden Arzt vor allem auf Intensivstationen kommt dabei eine wichtige Schlüsselrolle zu, die Hilfsbotenschaft zu überbringen, die Angehörigen zu stützen und durch Haltung und Gespräch den Trauerprozeß günstig zu beeinflussen (s. auch Klapp, 1985). Gespräche mit den Angehörigen beinhalten häufig auch die Frage nach einer Organspende, wenn medizinische Voraussetzungen gegeben sind.

Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, daß die Führung des Gesprächs mit den Angehörigen primär eine ärztliche Aufgabe ist, wenngleich es immer wieder Bestrebungen gibt, dies stärker an andere Berufsgruppen wie Seelsorger

und Psychotherapeuten zu delegieren. Der behandelnde Arzt verfügt über die wesentlichen Informationen, die die Angehörigen oft besonders beschäftigen, über den Hergang des Unfalls, vor allem aber auch über alle medizinischen Anstrengungen, das Leben zu erhalten (s. auch Kirste et al. 1988). Andererseits kann die Vorbereitung im Medizinstudium und in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sicher kaum als ausreichend betrachtet werden, gerade angesichts der kognitiven und emotionalen Schwierigkeit der Aufgabe und der hohen Belastungen für den Gesprächsführenden im Kontakt mit den trauernden Angehörigen. Auch aus vielen weiteren Gründen erscheint die Arbeit auf Intensivstationen mit ausgeprägten psychosozialen Anforderungen und Belastungen verbunden (s. auch Cassem & Hackett, 1972). Das Herantreten an die Angehörigen mit der Organspende-Frage ist entsprechend als die "schwierigste Frage in der unangenehmsten Situation an die unglücklichste Familie" beschrieben worden. An diesem Punkt setzt ein niederländisch-britisches Programm an (Wight 1992, Wight et al. 1994), das in den vergangenen Jahren entwickelt und im Auftrag der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO, Neu-Isenburg) vom Autor für den deutschen Sprachraum adaptiert wurde (European Donor Hospital Education Program, EDHEP). Es soll im folgenden zunächst kurz beschrieben werden.

## 2. Ziele und Arbeitsweise des EDHEP-Programms

Die Hauptziele des EDHEP-Programms richten sich auf emotionale Entlastung und Kompetenzsteigerung bei den Gesprächsführenden, eine bessere Würdigung der Situation der trauernden Angehörigen und indirekt auch auf die Verbesserung für potentielle Organempfänger (durch höhere Zustimmungs- bzw. geringere Ablehnungsraten). Damit wird, vergleicht man mit verschiedenen Fortbildungskonzeptionen (s. auch Broda & Muthny 1990, Muthny & Stegie 1993) ein vergleichsweise anspruchsvolles Spektrum möglicher Ziele psychosozialer Fortbildung abgedeckt.

Der Workshop wird in der Regel in gemischten Gruppen (meistens Ärzte und erfahrenes Pflegepersonal von Intensivstationen und chirurgischen Abteilungen) eintägig angeboten (9 - 17 Uhr). Um übungintensives Arbeiten zu ermöglichen, wird wie im niederländisch-britischen Original mit kleinen Gruppen gearbeitet (maximal 10 Teilnehmer bei 1 Moderator, max. 16 bei 2 Moderatoren, die dann zeitweilig auch in 2 Räumen arbeiten).

Die Teilnehmer kommen unter der ausdrücklichen Vorgabe, daß die Teilnahme nur für den ganzen Tag möglich ist. Die Veranstaltung findet in einem ungestörten Rahmen außerhalb der Klinik statt (i.d.R. Hotel oder Tagungseinrichtung); die Organisation erfolgt im Auftrag der DSO durch die regionalen Transplantkoordinatoren, von denen auch die Einladung ausgeht (Finanzielle Unterstützung durch die Pharmafirma Sandoz). Die konkreten Ziele für die Teilnehmer des Workshops sind vor allem

- das Kennenlernen der Psychologie der Verlust- und Trauerreaktionen,

- die Reflektion der Erfahrungen mit eigenen Verlust-erlebnissen und im Umgang mit Trauernden,
- die Erhöhung der Aufmerksamkeit für die Reaktion der Angehörigen,
- die Verbesserung der Handlungskompetenz in der angemessenen Übermittlung der Todesnachricht und
- die Verbesserung der konkreten Gesprächsführung in der Bitte um die Organspende.

**Ziele und Wege der Arbeit mit den Angehörigen**, die dabei vermittelt werden sollen, sind nach Wight (1992)

- Hilfen zu geben, die Realität des Todes zu begreifen,
- direkte und aufrichtige Informationsvermittlung,
- Begleitung der Angehörigen in ihrem Tempo,
- Freiheit und Raum für den Ausdruck von Schmerz und Trauer zu geben,
- das Prinzip, konsequent auch als 'Anwalt' der Angehörigen handeln, sowie
- Hilfe bei der Bewältigung zu leisten.

Eine besondere Rolle spielt dabei auch die Vorbereitung der Angehörigen auf die Bedingungen der Intensivstation (s. auch Hannich & Wedershoven, 1985) und die Erleichterung des Kontakts mit und das Abschiednehmen von dem Verstorbenen.

Der Workshop nutzt bewußt unterschiedliche Arbeitsweisen, von Selbsterfahrungsteilen über den Einsatz von Video-Darbietungen als Diskussionsstimulus und Rollenspielvorbereitung bis zu übungintensiven Teilen, vor allem in Form von Rollenspielen (s. Tab. 1).

Tab. 1: Arbeitsformen des EDHEP-Programms

1. **Referat/Informationsvermittlung und Gruppendiskussion**
  - zum Trauerprozeß
  - zu Prinzipien der Gesprächsführung
  - zu Motiven und Widerständen gegenüber Organspende
2. **Reflektion der eigenen Erfahrungen**
  - mit Trauer in der eigenen Biographie
  - mit Trauerreaktionen der Angehörigen im Berufsfeld
  - mit Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Handelns
3. **Wahrnehmungstraining zum Trauerprozeß anhand von Video-Fallbeispielen**
4. **Diskussion notwendiger Kooperation verschiedener Disziplinen und Berufsgruppen innerhalb der Medizin** unterstützt durch synchronisierten Videofilm "Sudden death"
5. **Konkretes Training von Gesprächsführung in Rollenspielen**
  - mit Videofeedback
  - unter Zuhilfenahme von gespielten Angehörigen

Das Programm mit seinen Materialien wurde von den Autoren für den deutschen Sprach- und Rechtsraum adaptiert, die Video-Materialien im Auftrag der DSO synchronisiert. Eine Modifikation des Programms wurde vor allem da vorgenommen, wo eigene Fortbildungserfahrungen (und die Erfahrungen der Moderatoren), juristische Vorgaben, Akzeptanzprobleme und eine andere Fortbildungsrealität in Deutschland dies nahelegten. Nach Probeläufen wurden bundesweit 1993 und 1994 fünfzig

Moderatoren für diese Aufgabe ausgebildet, die bis Ende 1994 über 120 Workshops durchgeführt haben.

Da Moderatoren selbständig eintägige Seminare mit Ärzten und Schwestern durchführen, erscheinen eine Reihe von Voraussetzungen erforderlich, die sowohl Basisqualifikationen umfassen wie auch Voraussetzung für eine Akzeptanz des Fortbilders durch Ärzte und erfahrenes

Pflegepersonal sind (s. Tab. 2), so vor allem Psychotherapie-Ausbildung und -erfahrung, Erfahrung in der Durchführung von Gruppen, vor allem auch mit Berufsgruppen in der Medizin, sowie Grundkenntnisse und Basiserfahrungen mit Intensivmedizin, mit trauernden Angehörigen, mit Hirntoddiagnostik und Organtransplantation..

Tab. 2: Auswahlkriterien für die Moderatoren im Rahmen des EDHEP-Programms

1. **Basisqualifikationen** betreffen die berufliche Ausbildung, zum einen betrifft Qualifikation, aber auch unter dem Aspekt der Akzeptanz durch die Teilnehmer:
  - **Diplompsychologe/in**, möglichst abgeschlossene Therapieausbildung (VT, Psychoanalyse oder GT), zumindest in Therapieausbildung,
  - **Arzt/Ärztin** und Zusatztitel Psychotherapie bzw. in Therapieausbildung Psychoanalyse, Verhaltenstherapie oder Gesprächspsychotherapie
2. **Erfahrung in der Durchführung von Gruppen**, didaktische Basiserfahrung für Referate, spezielle Erfahrung mit **Gesprächstraining und Rollenspielen**,
3. **Erfahrungen in der Arbeit mit Ärzten und Pflegepersonal**,
4. **Grundkenntnisse/Basiserfahrungen** mit Intensivmedizin und Transplantation, Kenntnis der Grundzüge der Hirntoddiagnostik,
5. **Prinzipiell positive Einstellung gegenüber der Organtransplantation.**

Wünschenswerte/günstige weitere Voraussetzungen:

6. Nähere Erfahrungen mit Intensivmedizin und Transplantation (evtl. Hospitationen), Arbeit mit Transplantierten, persönliche Erfahrung mit Transplantierten, die die Bedeutung von Transplantation für die Empfänger erfahrbar machen,
7. Erfahrung in Gesprächen mit schwer belasteten Angehörigen, .
8. Beschäftigung mit der Thanatopsychologie, speziell Trauerarbeit.

### 3. Untersuchungsmethodik der Programm-Evaluation

Wesentliche Inhalte des Fragebogens waren

- Erfahrungen mit trauernden Angehörigen und mit der Bitte um Organspende,
- Rückmeldung zu organisatorischen Aspekten des Workshops,
- Bewertung der didaktischen Hilfen und einzelnen Teile des Programms,
- Rückmeldung zur Leistung der Moderatoren,
- Zufriedenheit mit Ablauf und Teilen des Workshops,
- eventuelle Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge zu Rahmenbedingungen und behandelten Inhalten,
- Einschätzung der vermuteten Wirkungen des Workshops auf die Gesprächsführenden, die Angehörigen, die Organspende und die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften in diesem Aufgabenbereich, sowie
- einige soziodemographische und arbeitsbezogene Daten.

Dabei wurden unterschiedliche Fragetypen eingesetzt:

- offene Fragen mit Leerzeilen für freie Antworten (z.B. "Was hat Ihnen am Programm nicht gefallen?").
- Fragen, in denen sich der Teilnehmer für eine Möglichkeit entscheidet (z.B. "Wie lang sollte der Workshop

dauern ?" o halbtags o ganzer Tag o 2 Tage o 3-5 Tage) und

- Rating-Fragen, bei einer Ausprägung auf einer 5-er-Skala erfaßt wird (z.B. "Inwieweit bewirkt der Workshop mehr Wissen über den Trauerprozeß ?" - Rating 'gar nicht' bis 'sehr stark zutreffend').

Datenbasis der hier berichteten Ergebnisse ist die Rückmeldung aus insgesamt 22 EDHEP-Workshops, die 1993 und 1994 durchgeführt worden waren, davon 6 Moderatoren- und 16 Teilnehmer-Workshops.

Gegen Ende eines jeden Workshops wurden Ziele und Bedeutung der anonymen Evaluation im Rahmen des Programms erläutert und die Teilnehmer gebeten, den Evaluationsbogen auszufüllen.

### 4. Evaluationsergebnisse

#### 4.1. Beschreibung der Stichprobe (Workshop-Teilnehmer)

Insgesamt kamen so 184 Evaluations-Bögen beantwortet zurück (Rücklaufquote fast 90%). 46 der Antwortenden waren künftige Moderatoren (25%), 138 reguläre Teilnehmer (75%). Der Fragebogen war von fast 90% unmit-

telbar nach dem Workshop ausgefüllt worden, nur von 20 Teilnehmern einige Wochen später.

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer lag bei 33 Jahren (Bereich von 21 bis 58 Jahren), 54% waren Frauen, 44% Männer (2% ohne Angaben).

Im Mittel verfügten die Teilnehmer über eine Berufserfahrung von 9 Jahren, wobei die Kategorie 8-15 J. am häufigsten vertreten war (31%). 41% waren Ärzte, 34% Schwestern und Pfleger und 18% Psychologen. Der Anteil der Psychologen geht vor allem auf die trainierten (späteren) Moderatoren zurück. Im jetzigen Arbeitsfeld (Chirurgie, Innere, Intensivmedizin,...) arbeiteten die Antwortenden durchschnittlich 5,6 Jahre bei einem weiten Bereich von 0,5 bis 29 Jahren.

Bezüglich bisheriger Erfahrungen hatten 42% der Teilnehmer mehrere Male pro Jahr Kontakte mit Angehörigen akut Verstorbener, fast gleich viele gaben einen noch intensiveren Kontakt mit "mehrere Male pro Monat" an. Die Gruppe mit noch häufigeren Kontakten war wieder deutlich geringer (18%).

Konkrete Erfahrung mit der Frage nach Organspende hatten insgesamt 38%. Der größere Teil (60%) war (noch) nicht mit dieser Aufgabe betraut, oder, was vor allem für die Schwestern und Pfleger zutreffen dürfte, fühlte sich nicht primär mit dieser Aufgabe betraut. Die Aufgabe der

Bitte um Organspende wurde von den meisten als schwierig angesehen, immerhin 61% bezeichneten sie als 'schwierig' bis 'extrem schwierig'.

Im folgenden werden Evaluationsergebnisse zu organisatorischen und inhaltlichen Aspekten des Workshops ausschließlich für die Gesamtgruppe berichtet, bezüglich der Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sei auf Muthny et al. (1995) verwiesen.

#### 4.2. Beurteilung organisatorischer Aspekte des Workshops durch die Teilnehmer

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, fanden über 90% die Gruppengröße richtig, den Tag gut organisiert, den Rahmen angemessen, das gemeinsame Training sinnvoll, die Themen angemessen dargestellt und das Programm logisch aufgebaut. Etwas reduzierte Zustimmung fand lediglich die (für manche ungewohnte) Gruppenarbeit (77%). Nur wenige Prozent äußerten sich ausgesprochen kritisch.

Bezüglich der inhaltlichen Bewertungen einzelner Teile wurde vor allem die Verständlichkeit der Inhalte hervorgehoben (97% Zustimmung), sowie die Referate als informativ und die Rollenspiel-Vorgaben als hilfreich beschrieben.

Tab. 3: Beurteilung organisatorischer Aspekte der EDHEP-Workshops (n=184)

vorgegebene Kategorien	Häufigkeit %					
	lehne voll ab 1	lehne ab 2	weder/nach noch 3	stimme zu 4	stimme voll zu 5	keine Angaben
Tag gut organisiert	0	2	5	41	51	1
Gruppengröße richtig	1	1	4	27	69	0
Gruppenarbeit gut	1	1	16	35	42	5
Programm logisch aufgebaut	0	2	6	46	44	2
Gemeinsames Training gut	0	1	7	25	67	1
Rahmen günstig	0	2	3	39	55	2
Themen gut dargestellt	0	0	5	42	50	2
Referate informativ	0	2	8	52	37	2
Inhalte verständlich	0	1	2	40	58	0
Informationen für Rollenspiele hilfreich	1	3	10	42	42	2

Unter den Workshop-Teilen wurden "Rückmeldungen der Moderatoren", Beobachtungsaufgaben und Video-Drama "Plötzlicher Tod" als am nützlichsten erlebt (s. Tab. 4). Aber auch weitere Teile wurden von 80 und mehr

Prozent der Teilnehmer als hilfreich erlebt: Video-Fallvignetten und Übungen "Gefühle bei Verlust und Trennung". Rollenspiele durch Teilnehmer beurteilten 76% als nützlich.

Tab. 4: Beurteilung der didaktischen Hilfen

(n = 184)

Vorgegebene Kategorien (Wie nützlich/hilfreich?)	Häufigkeit %					
	lehne voll ab 1	lehne ab 2	weder/ noch 3	stimme zu 4	stimme voll zu 5	keine Angab.
- Übung "Gefühle mit Verlust und Trennung"	1	1	12	43	37	7
- Video-Fallbeispiele	2	4	9	48	35	1
- Videodrama "plötzlicher Tod"	2	3	8	45	41	1
- Video-Dokumentation Angehörige	2	2	10	35	27	23
- Rollenspiele generell	2	2	10	35	41	9
- Darstellung trauernder Angehöriger durch Teilnehmer	1	3	11	43	35	8
- Beobachtungsaufgaben	1	1	7	50	37	4
- Rückmeldung des Moderators	0	1	6	39	50	4

### 4.3. Konkrete Vorschläge der Teilnehmer für die künftige Durchführung der Workshops

Insgesamt waren 92% der Befragten mit dem Workshop zufrieden oder gar sehr zufrieden. Trotzdem wurden Verbesserungsvorschläge unterschiedlicher Art gemacht, die sich vor allem auf eine Verlängerung auf 2 Tage richtete (38%). Allerdings sprach sich eine klare Mehrheit für die eintägige Durchführung aus, demgegenüber wünschten nur wenige eine "Straffung" auf 1/2 Tag. Bezüglich der günstigsten Wochentage für die Durchführung des Programms gab es sehr unterschiedliche Präferenzen, allen voran der Samstag, gefolgt von Dienstag, Montag oder Mittwoch. Als mögliche Alternative für die Ausweitung des einmaligen Workshops erscheint der Auffrischkurs, den immerhin 70% für sinnvoll oder gar notwendig fanden.

### 4.4. Erfahrene und antizipierte Wirkungen

Alle Teilnehmer (Ärzte, Schwestern und Psychologen) beurteilten, wie weit der Workshop wirkungsvoll für Ärzte und Pflegepersonal gesehen wird, d.h. jeder beurteilte auch die andere Berufsgruppe. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt und zeigen, daß Wirkungen für Ärzte und für Pflegepersonal in ähnlicher Weise hoch eingestuft werden:

jeweils ca. 80% sehen eine starke bis sehr starke Wirkung für beide Berufsgruppen.

Im einzelnen zeigte sich die höchste Zustimmung für den besseren Umgang mit den Angehörigen (78% sahen dies als Folge des EDHEP-Workshops), gefolgt von einem besseren eigenen Gefühl im Gespräch, einer besseren langfristigen Bewältigung dieser Situation, besseren Fähigkeiten der Gesprächsführung und mehr Entscheidungskompetenz, wann die Bitte um Organspende geäußert werden kann (jeweils über 60% Zustimmung).

Mit Bezug auf die erklärten Ziele des EDHEP-Workshops erlebten über 50% in ausgeprägter Art und Weise, daß er mehr Wissen über den Trauerprozeß vermittelt, die eigenen Hemmungen im Gespräch reduziert und die Bitte um Organspende leichter macht. Noch 42% sahen eine ausgeprägte Wirkung in dem Sinne, daß die Angehörigen in der Verarbeitung des Verlustes durch das Gespräch unterstützt werden könnten. Nur 31% sahen in hohem Maße die Erreichung höherer Zustimmungsraten der Angehörigen als Folge des EDHEP-Workshops. 44% fanden außerdem, daß sich die im Workshop erworbenen Fähigkeiten sich auch sehr gut auf andere berufliche Situationen übertragen lassen.

57% der Teilnehmer betonten, daß der Workshop mehr Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal bewirke, was vor allem auf die positive Erfahrung der häufig gemischten Gruppen zurückgehen und ein interessanter Nebeneffekt der Seminare sein dürfte.

Tab. 5: Wirkungen der EDHEP-Workshops aus Sicht der Teilnehmer (n=184)

Vorgegebene Kategorien (nur Items mit sign. Diff.)	gar nicht	wenig	Häufigkeit %		sehr stark	keine Angab.
			mittel	stark		
mehr Wissen über Trauerprozeß	0	9	31	41	17	2
besserer Umgang mit Angehörigen	1	2	17	51	27	3
Frage nach Organspende fällt leichter	3	7	36	37	14	4
bessere Fähigkeiten der Gesprächsführung	1	7	29	47	14	3
ein besseres eigenes Gefühl im Gespräch	1	3	23	45	20	9
bessere Verarbeitung des Verlusts bei den Angehörigen	4	13	30	33	9	10
weniger eigene Hemmungen im Gespräch	1	10	26	45	14	4
höhere Zustimmungsraten der Angehörigen	4	11	35	26	5	18
bessere langfristige Bewältigung dieser Situation durch den Gesprächsführenden	1	3	22	44	19	12
mehr Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal	1	10	21	37	20	12
mehr Entscheidungssicherheit, wann die Frage gestellt werden kann	2	5	22	46	15	11
bessere eigene Gesprächsführung, auch in anderen beruflichen Situationen	4	8	31	34	10	12

## 5. Diskussion

Das Gespräch mit den Angehörigen plötzlich Verstorbener erscheint gleichzeitig als wichtige ethische Verpflichtung wie auch als Schlüsselsituation im Organspende-Prozeß. Medizinstudium und Routine-Fortbildung für Ärzte und Pflegepersonal genügen weder qualitativ noch quantitativ angesichts der Anforderungen der Aufgabe und der damit verbundenen emotionalen Belastung für die Betreuer (s. Tymstra et al. 1992), wie dies allerdings auch für viele andere Felder und Situationen unseres Gesundheitssystems zutrifft (s. auch Muthny & Stegie 1993, Bermejo & Muthny 1994).

Das EDHEP-Programm erreichte insgesamt eine sehr gute Akzeptanz; über 90% äußerten sich im Gesamturteil "zufrieden", und auch die erfreuliche Verbreitung (bun-

desweit 1994 fast 100 EDHEP-Workshops) sprechen eine deutliche Sprache.

Dies bestätigt einen hohen Leidensdruck und ausgeprägten Bedarf bei Ärzten und Pflegepersonal, spricht aber auch für die Güte des Programms und die lobenswerte Leistung der Moderatoren. Die Rahmenbedingungen waren dabei sicher ebenfalls förderlich (ganztägige Durchführung ungestört außerhalb der Klinik, kleine Gruppen) und wurden von den Teilnehmern ausdrücklich gewürdigt. Auch die einzelnen Elemente des Workshops wurden gut angenommen, sogar die im medizinischen Bereich gewöhnungsbedürftige Arbeitsweise in Rollenspielen, die im übungsintensiven Workshop einen zentralen Stellenwert hat.

Die **Hauptziele** des EDHEP-Workshops in Bezug auf die Teilnehmer können durch die Evaluationsergebnisse als weitgehend erreicht gelten: Die meisten Teilnehmer trauen sich danach einen besseren Umgang mit den Angehörigen zu, sehen ihre Gesprächskompetenz verbessert und sagen,

daß es ihnen leichter fällt, mit den Angehörigen zu sprechen und die Organspende-Frage zu stellen. Auch können die Schwierigkeit der Aufgabe und eigene Probleme damit eher akzeptiert werden. Ob durch den Workshop auch die Zustimmung- bzw. Ablehnungsrate von Angehörigen beeinflußt werden kann, wird etwas zurückhaltender gesehen, aber immerhin 2/3 sehen prinzipiell eine entsprechende Wirkung.

Erfreulicherweise wird dem Workshop von den Teilnehmern auch eine günstige Wirkung im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal attestiert.

Im Vergleich der Berufsgruppen überwiegen die **Gemeinsamkeiten** gegenüber den Unterschieden bei weitem (s. Muthny et al. 1995): Von allen Gruppen gleich (hoch) eingeschätzt wurden: günstige Gruppengröße, logischer Aufbau des Programms, angemessener Rahmen, angemessene Darstellung der Themen, Informationsgehalt der Referate, Verständlichkeit der Inhalte und Nutzen der Rollenspiele, positive Beurteilung der diadaktischen Hilfen und die Gesamtzufriedenheit mit dem Workshop.

Herausragende **berufsgruppenbezogene Unterschiede** ergeben sich für die folgenden Bereiche: Bezüglich der **organisatorischen Aspekte** des Workshops betonen Pflegekräfte am stärksten die gute Organisation und den Nutzen des gemeinsamen Trainings. Die 'gute Gruppenarbeit' konnten die Ärzte offensichtlich besser schätzen als die Psychologen. Bezüglich der Einschätzung der **Wirksamkeit des Workshops für Ärzte** (von allen Teilnehmern eingeschätzt) ergab sich im Berufsgruppenvergleich ein hochsignifikanter Unterschied in dem Sinne, daß Pflegekräfte diese Wirksamkeit für Ärzte deutlich höher einschätzten als Ärzte selbst und auch Psychologen dies taten ( $p < .005$ ).

Pflegekräfte berichteten stärker als andere Berufsgruppen 'mehr Wissen über den Trauerprozeß', bessere Fähigkeiten der Gesprächsführung und mehr Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal als wesentliche Wirkungen.

Auch eine Reihe von aufgetretenen **Schwierigkeiten bei den EDHEP-Workshops** sollen kurz angesprochen werden:

- Der Workshop setzt bei den Teilnehmern eine **grundsätzlich positive Einstellung zur Organtransplantation** voraus, die in aller Regel auch bei der überwiegenden Mehrzahl der Teilnehmer klar gegeben war. Da sich aber der Großteil der Teilnehmer aufgrund des Leidensdrucks in der Berufspraxis konkrete Hilfen erwartet, kann der Workshop nur begrenzt auf grundsätzliche Zweifel eingehen, wenn nicht die Bedürfnisse der Mehrheit frustriert werden sollen.
- Der Workshop wurde für **gemischte Gruppen von Ärzten und Pflegepersonal** entwickelt, hat aber mit dem Problem zu kämpfen, daß nur noch 1/3 der Teilnehmer Ärzte sind. Dies liegt zum einen an der größeren Zahl von Pflegekräften, zum Teil aber auch an deren höherer Motivation für psychosoziale Fortbildung. Mögliche Konsequenzen bestehen in der Beeinflussung der Gruppenzusammensetzung im Vorfeld, aber auch im Angebot

zusätzlicher berufsgruppen-homogener Workshops (s. auch Broda & Muthny 1990).

- Oft ist die Vorbildung der Teilnehmer in Gesprächsführung vergleichsweise gering, sodaß es für ein so anspruchsvolles Programm wünschenswert erscheint, in einer vorangehenden Veranstaltung Basiskompetenzen der Gesprächsführung zu vermitteln, incl. Übungsteilen für eher alltägliche klinische Kommunikationssituationen (s. auch Broda und Muthny 1990).
- Einzelne Teilnehmer kamen während der Arbeit sehr intensiv in Kontakt mit eigenen (noch nicht abgeschlossenen) Trauerprozessen. In solchen Situationen bietet das gedrängte Programm nur begrenzt Möglichkeiten, darauf angemessen einzugehen. Hier könnte bereits eine 1 1/2 bis zweitägige Durchführung grundlegend günstigere Bedingungen schaffen, wie dies ja überhaupt für die angemessene Bearbeitung des Themas Tod und Sterben gilt (s. auch Koch & Schmeling 1982).
- Der hohe Prozentsatz, der eine 2-tägige Workshop-Variante wünschte (fast 40%) oder für einen Auffrischkurs plädierte (70%), legt solche Ergänzungsangebote für einen motivierten Teilnehmerkreis zwingend nahe.

Insgesamt zeigen die Evaluationsergebnisse, daß ein ausgeprägter Bedarf medizinpsychologischer Fortbildung in der Intensivmedizin und vor allem im Umfeld der Organspende besteht (s. auch Muthny et al. 1989) und daß dieser zumindest in Teilaufgaben erfolgreich befriedigt werden kann. Andererseits erscheint aber die grundsätzliche Integration des Erwerbs von Basiskompetenzen für den Umgang mit den Angehörigen Verstorbener und andere kritische Kommunikationssituationen in das Studium unabdingbar (und damit in das Curriculum der Medizinischen Psychologie). Die Aufgaben erscheinen schwierig und gleichzeitig ethisch wichtig genug, um nicht nur in freiwilliger Fortbildung lange nach Berufsbeginn behandelt zu werden.

Langfristig zufriedenstellend kann in jedem Fall nur ein Vorgehen sein, das die trauernden Angehörigen würdigt und im Verarbeitungsprozeß unterstützt und gleichzeitig die potentiellen Empfänger nicht aus den Augen verliert, die auf eine Organspende oft vital angewiesen sind, eine gleichermaßen wichtige wie schwierige Aufgabe - Aufgabe für den Arzt und das Gesamtteam, aber auch eine künftige Aufgabe für unsere Gesellschaft.

Hier kommt der Medizinischen Aus- und Weiterbildung die wichtige Aufgabe zu, auf die besonderen Anforderung der Gesprächsführung in kritischen Situationen vorzubereiten, und diese Vorbereitung muß kognitive, affektiv-emotionale und handlungsorientierte Lernziele einschließen. Unter Lerngesichtspunkten spricht alles dafür, daß diese Aufgabe bereits früh im Studium angegangen und im Rahmen eines Gesamtkonzepts auch im klinischen Studium weiterverfolgt werden muß. Diesen wichtigen Bereich den autodidaktischen Bemühungen einzelner Ärzte und sporadischen Fortbildungsbemühungen zu überlassen, wird weder dem professionalen Selbstanspruch der Ärzte gerecht

noch erscheint es der Erwartung der Gesellschaft an Medizin und Arzt angemessen.

## Literatur

- Bermejo, I., Muthny, F.A. (1994): "Burnout" und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Münster, Lit.
- Broda, M., Muthny, F.A. (1990): Umgang mit chronisch Kranken. Ein Lehr- und Handbuch für die Personalfortbildung. Stuttgart, Thieme.
- Cassem, N.H., Hackett, T.P. (1972): Sources of tension for the ICU nurse. *Am. J. Nurse*, 1426 - 1430.
- Freyberger, H., Bauditz, W., Bessert, I., Doehn, M., Hupe, W., Klosterhalfen, H. (1974): Das ärztliche Gespräch mit Angehörigen zur Erlaubnis der Nierenspende. *Münchener Med. Wochenschrift*, 1974, 116, 1009 - 1012.
- Hannich, H.J. Wedershoven, C.: Die Situation von Angehörigen auf der Intensivstation. *Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin*, 20, 89 - 94.
- Kirste, G., Muthny, F.A., Wilms, H. (1988): Psychological aspects of the approach to donor relatives. *Clinical transplantation*, 2, 67 - 69.
- Klapp, B.F. (1985): Psychosoziale Intensivmedizin. Berlin-Heidelberg, Springer.
- Koch, U., Schmeling, C. (1982): Betreuung von Schwer- und Todkranken. Ausbildungskurs für Ärzte und Krankenpflegepersonal. München: Urban und Schwarzenberg.
- Muthny, F.A., Stegie, R. (1993): Kompetenzerleben und Belastungen von onkologischem Personal. In Muthny, F.A., Haag, G. (Hrsg.): *Onkologie im psychosozialen Kontext*. Heidelberg, Asanger, 287 - 301.
- Muthny, F.A., Buhk, H., Stankoweit, B. (1995): Medizinpsychologische Fortbildung für den Umgang mit den Angehörigen plötzlich Verstorbenen - Evaluationsergebnisse von Ärzten, Pflegekräften und Psychologen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 183 - 191.
- Muthny, F.A., Buhk, H., Bullinger, M. (1996): Zur Situation der medizinpsychologischen Lehre in Deutschland - Ergebnisse der bundesweiten Umfrage unter den medizinpsychologischen Instituten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (im Druck).
- Simmons, R.G. (1981): Psychological reactions to giving a kidney. In Levy, N.B. (Ed.). *Psychonephrology I*. New York, London, Plenum.
- Tymstra, T., Heyink, J.W., Pruim, J., Sloof, M.J.H. (1992): Experience of bereaved relatives who granted or refused permission for organ donation. *Family Practice*, 9, 141-144.
- Weisman, A.D. (1976). Coping with untimely death. In R.E. Moos (Ed.), *Human adaptation*. Lexington, Heath, 123 - 146.
- Wight, C. (1992): The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP). *UKTSS User's Bulletin*, Issue 4,5.
- Wight, C., Jager, K., Blok, G., Van Dalen, J., Cohen, B. (1994): The European Donor Hospital Education Programme. *EDTNA/ERCA Journal*, 20, 3-4.
- Worden, J.W. (1986): *Beratung und Therapie in Trauerfällen - ein Handbuch*. Bern-Stuttgart: Huber.

## Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Fritz A. Muthny  
Institut für Medizinische Psychologie  
von Esmarchstr. 56

48 129 Münster