

Wenn nach dem Tod von Patient:innen etwas zurückbleibt:

Zum Konzept der beruflichen Trauer in der Psychoonkologie



Bild: K. Lang

Dr. Klaus Lang

Psychotherapeutische Praxis

Sendlinger-Tor-Platz 11

80336 München

www.klauslang-online.de

Gliederung

1. Konzeptionelle Überlegungen
2. Was wissen wir?
3. Was können wir tun?

Abschied

(...)

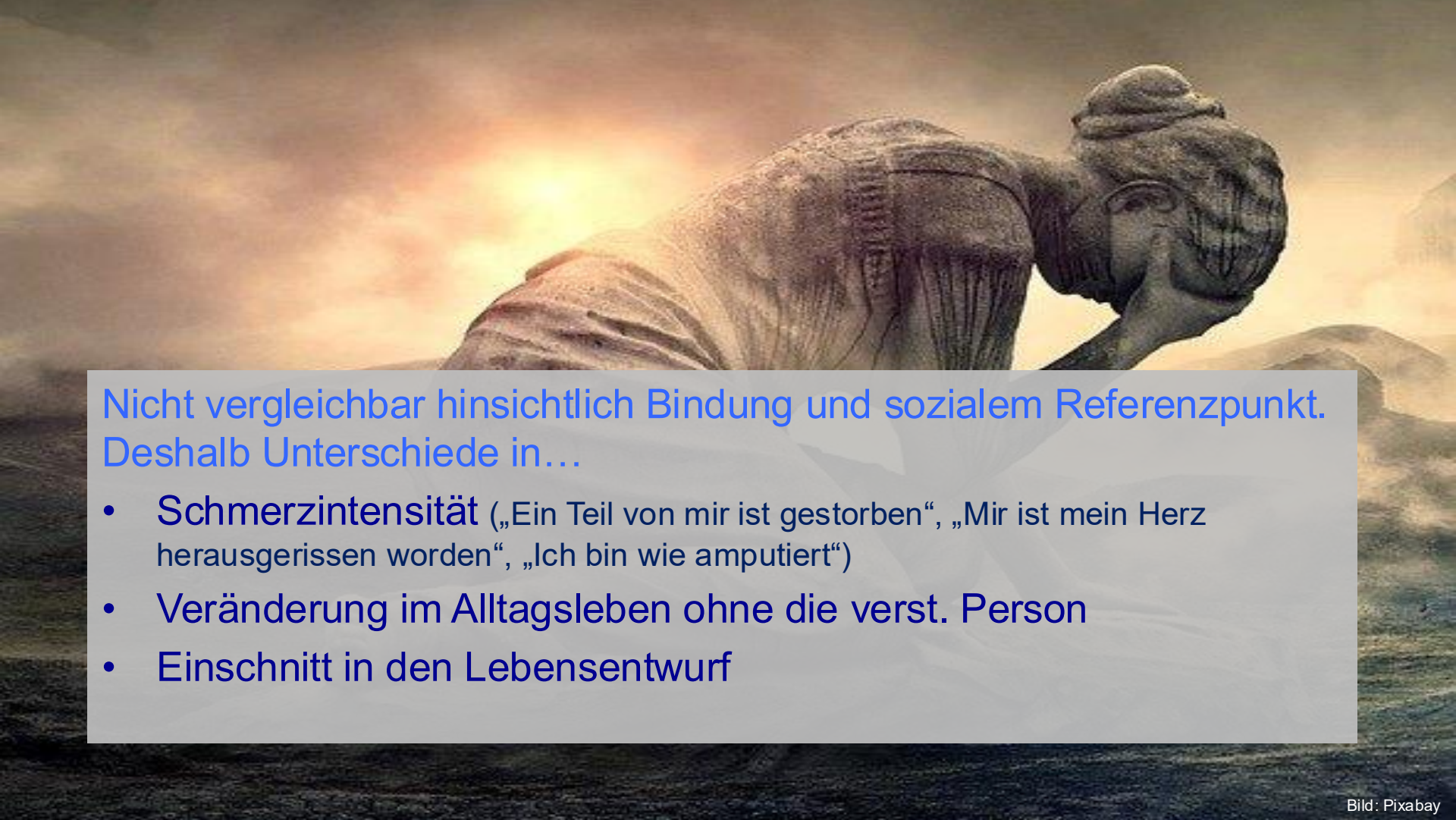
Ein Winken, schon nicht mehr auf mich bezogen,
ein leise Weiterwinkendes - schon kaum
erklärbar mehr: vielleicht ein Pflaumenbaum,
von dem ein Kuckuck hastig abgeflogen.



Rainer Maria Rilke
(1875-1926)

Darf ich hier eine Kerze für Patient:innen dazustellen?

→ Ist berufliche Trauer mit der Trauer um Angehörige vergleichbar?



Nicht vergleichbar hinsichtlich Bindung und sozialem Referenzpunkt.
Deshalb Unterschiede in...

- **Schmerzintensität** („Ein Teil von mir ist gestorben“, „Mir ist mein Herz herausgerissen worden“, „Ich bin wie amputiert“)
- Veränderung im Alltagsleben ohne die verst. Person
- Einschnitt in den Lebensentwurf

Andererseits...

Professionelle Beziehungen von z.T.
hoher zwischenmenschlicher
Intensität angesichts

- der Todesthematik
- langer Krankheitsverläufe
- Begleitung der letzten Lebensphase
- Miterleben starker Emotionen und existenziellen Leids



Begrifflichkeit

Onkologe 2021 · 27:680–685
<https://doi.org/10.1007/s00761-021-00934-7>
Angenommen: 23. Februar 2021
Online publiziert: 12. März 2021
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2021



Klaus Lang
München, Deutschland

Berufliche Trauer

Zum funktionalen Umgang mit Todesfällen
in der Onkologie

Professional Grief  Professionelle Trauer
Berufliche Trauer

Die Adjektive „*beruflich*“ und „*professionell*“ gelten

- dem **Kontext**, in dem die Trauer entsteht,
- nicht der **Art und Weise**, wie Trauer zu handhaben ist

Gliederung

1. Konzeptionelle Überlegungen
2. Was wissen wir?
3. Was können wir tun?

Aspekte beruflicher Trauer

1. Verlust einer besonderen Beziehung zum Pat.
2. Mitfühlen mit dem Schmerz der Hinterbliebenen
3. Versäumtes im Patientenkontakt
4. Infragestellen eigener Grundüberzeugungen
5. Erinnerung an die eigene Verlustbiografie und an künftige, antizipierte Verluste
6. Erinnerung an die eigene Sterblichkeit



nach Danai Papadatou (2000)

Arbeitsgruppe Hamburg



Prof. Isabelle Scholl



Svenja Wandke

Prof. Martin Härter

Hannah Führes

Mareike Thomas

Raphael Detchev (Bachelorarbeit)

Minou Gandras (med. Diss.)

Maike Michalski (med. Diss.)

Prof. Karin Oechsle

Psycho-Oncology

Professional Grief in Cancer Care—A Scoping Review

Svenja Wandke^{1,2} | Hannah Führes¹ | Mareike Rutenkröger¹ | Klaus Lang³ | Martin Härter¹ | Karin Oechsle^{2,4} | Isabelle Scholl¹

scientific reports

A qualitative interview study on psycho-oncologists' experiences with patient deaths in Germany

Svenja Wandke^{1,2} , Lisa Brandes¹, Mareike Rutenkröger¹, Hannah Führes¹, Klaus Lang³, Martin Härter¹, Karin Oechsle², Carsten Bokemeyer² & Isabelle Scholl¹

Psycho-Oncology

Professional Grief Among Psycho-Oncologists in Germany: A Cross-Sectional Survey Study

Svenja Wandke^{1,2} | Klaus Lang³ | Martin Härter¹ | Karin Oechsle² | Carsten Bokemeyer² | Mareike Rutenkröger¹ | Isabelle Scholl¹

Studienüberblick seit 2014

10 Studien mit Psychotherapeut:innen bzw. Psychoonkolog:innen

Methodische Schwierigkeiten:

- unterschiedliche Stichproben und Settings (stationär-ambulant, Palliativversorgung-Onkologie)
- ungeklärte definitorische Fragen, fehlende Cut-offs in Trauer-Fragebögen

Ergebnisse:

- ca. 50% empfinden berufliche Trauer phasenweise als belastend
Cardinalli et al., 2024; Liberati et al., 2021 Wandke, Lang et al., 2025
- Aber auch als bereichernd und sinnstiftend *Wandke, Lang et al., 2025*
- Anerkennung des beruflichen und sozialen Umfelds hat zentralen Einfluss auf Verarbeitung *Engler-Gross et al., 2020; Maia de Sena et al., 2021; Vega et al., 2017*

Psychoonkolog:innen in BRD

(Wandke, Führes et al. 2025, Wandke, Lang et al. 2025)

Häufigste Reaktionen Bedauern, Traurigkeit, Hilflosigkeit

Regelmäßig Erleichterung, Dankbarkeit
Schimpfen, Fluchen
Denken an Verstorbene (z.T. absichtsvoll, z.T. unerwartet)

Selten Weinen
Schuldgefühle wegen subjektiv Versäumtem

Dauer Meist Abklingen im Verlauf einer Woche

Gliederung

1. Konzeptionelle Überlegungen
2. Was wissen wir?
3. Was können wir tun?

Was können wir tun?

3 Handlungsfelder

- (1) Die perimortale Beziehung
- (2) Die eigene Person
- (3) Kollegiale Kultur

- a) Professionelle Nähe
- b) Vermeiden von Versäumtem als Quelle von Schuldgefühlen
- c) ggf. Kontaktaufnahme mit Hinterbliebenen

Das Konzept der „professionellen Nähe“

- traditionell: „detached concern“, Betonung von Abgrenzung und Unterdrücken eigener emotionaler Beteiligung
- Hospizbewegung: „Good terminal care presupposes emotional investment on the part of the staff, who need time and encouragement to develop and maintain relationships with patients and relatives“ (International Work Group on Death, Dying, and Bereavement, 1979).
→ „Professionelle Nähe“ als Gegenbegriff zur „prof. Distanz“
(Melching 2010 in M.Müller: Wie viel Tod verträgt das Team?)

Wie viel professionelle Nähe bzw. Distanz brauchen wir für einen guten Abschied?

„Heute kann ich kein Gespräch führen, weil's mir sehr schlecht geht.
Ich melde mich wieder...“

→ Den Kontakt abreißen lassen oder mich darum bemühen?

- Respekt vor Gestaltung des Weges durch Pat.
- „...sind Gäste, die nach dem Weg fragen“

- *Stationär*: wiederkommen
- *Ambulant*:
 - nachtelefonieren
 - weitere Tel./Video-Gespräche anbieten

Wie viel professionelle Nähe bzw. Distanz brauchen wir für einen guten Abschied?

Wie verabschieden wir uns in einem ausdrücklich letzten Gespräch?

„kleiner“ Abschied:

„Ich wünsche Ihnen alles Gute!“

„großer“ Abschied:

- „Wie schauen Sie auf unsere Gespräche?“
- „Danke!“ – „Wofür sind Sie dankbar?“
- „Wer bin ich für Sie?“
- „Wie möchten Sie, dass wir uns verabschieden?“

Zufriedenheit/Schuldgefühle und Rollenerwartung

Studie in pädiatr. Onkologie (*Papadatou, Pediatr Nurs 2002*)

Beruf. Trauer ist umso geringer, je zufriedener Behandler:innen mit dem eigenen Beitrag zur Sorge für ein sterbendes Kind sind.

- Onkolog:innen beziehen ihre Zufriedenheit v.a. aus erfolgreicher Symptomkontrolle
- Pfleger:innen aus körperlicher Pflege, psychologischer Unterstützung und professioneller Nähe

Was sollte ich tun, um jemanden mit gutem Gefühl verabschieden zu können und möglichst wenig Versäumtes zurückzubehalten?

Wo spüre ich Schuldgefühle? Worauf weisen mich diese hin?

Kontaktaufnahme mit Hinterbliebenen

Mögliche Elemente eines Telefonats mit Hinterbliebenen:

- ggf. Beileidsbekundung
- Wie war das Sterben?
- Wie war die Beisetzung? Wo?
- Wie geht es den Hinterbliebenen?
- ggf. Nachgespräch anbieten

Alternativen: schriftlich (Trauerkarte, Email)

Trauerbegleitung von Hinterbliebenen eigener Patient:innen: Was ist zu beachten?



Palliative Care: Angebot für Hinterbliebene = Qualitätsmerkmal

Psychotherapie: traditionell kontraindiziert

Schweigepflicht gilt über den Tod hinaus



In der Trauerbegleitung Vertraulichkeit der Vortherapie besprechen.

(Darauf achten, ob die trauernde Person vorrangig Informationen über den Verstorbenen einholen will.)

Was können wir tun?

3 Handlungsfelder

- (1) Die perimortale Beziehung
- (2) Die eigene Person
- (3) Kollegiale Kultur

- a) Professionelle Nähe
- b) Vermeiden von Versäumtem als Quelle von Schuldgefühlen
- c) ggf. Kontaktaufnahme mit Hinterbliebenen

Was können wir tun?

3 Handlungsfelder

(1) Die perimortale Beziehung

(2) Die eigene Person

(3) Kollegiale Kultur

- Die eigene Reaktion (Trauer *und* Gleichgültigkeit) wohlwollend betrachten
- Bewusstes Wegschieben
- Rituale zum inneren Verabschieden
- Aussprache im privaten oder beruflichen Umfeld
- Endlichkeit und Leid ins eigene Weltbild integrieren, ggf. Spiritualität
- Bewusste Lebensgestaltung, Selbstfürsorge, Work-Life-Balance

Was können wir tun?

3 Handlungsfelder

(1) Die perimortale Beziehung

(2) Die eigene Person

(3) Kollegiale Kultur

- Die eigene Reaktion (Trauer *und* Gleichgültigkeit) wohlwollend betrachten
- Bewusstes Wegschieben
- **Rituale zum inneren Verabschieden**
- Aussprache im privaten oder beruflichen Umfeld
- Endlichkeit und Leid ins eigene Weltbild integrieren, ggf. Spiritualität
- Bewusste Lebensgestaltung, Selbstfürsorge, Work-Life-Balance

Fallbsp.: „Heute Abend werde ich dann mal in die Klinikkapelle gehen...“



Meagan Dwyer (2012, S.127):



- “Death rituals provide a sense of closure, serving as a formal way to say goodbye to those for whom we have cared.”
- “Develop a grief ritual to use in the event of patient deaths. It may be comforting to have such a ritual to use in dealing with patient deaths.”

- (1) Abschiedsrituale für die *einzelne* Patient:in
- (2) Rituale für *alle* Patient:innen eines bestimmten Zeitraums

Leitgedanken für Rituale

- Ein Ritual muss nicht “besonders” sein.
- Häufige Beispiele: Schweigeminute, Kerze anzünden, telefonische oder schriftliche Kondolenz an Hinterbliebene, Gedanken in eigens dafür bestimmtes Buch schreiben, Gebet sprechen, “Reisewunsch” sprechen, Spaziergang
- Vorstellung des Abgebens / Überantwortens und ggf. eines Bezugs zum “Danach”
- Nahrungsaufnahme zum Ritualabschluss
- Sich Ausnahmen vom Ritual erlauben

*aus: Lang K. (im Druck). Abschiede in der ambulanten Psychotherapie und Beratung.
In L. Dreismann & K. Lang (Hrsg.), Berufliche Trauer. Stuttgart: Kohlhammer*

Was können wir tun? - Gliederung

3 Handlungsfelder

(1) Die perimortale Beziehung

(2) Die eigene Person

(3) Kollegiale Kultur

- Gegenseitiges Anerkennen beruflicher Trauer
- (Mit-)Teilen von Berührtsein
- Supervision und Intervention
- Gedenkrituale im Team

Fehlende Anerkennung erschwert berufliche Trauer

Grief over patients, compassion fatigue, and the role of social acknowledgment among psycho-oncologists

Adi Engler-Gross¹  | Gil Goldzweig¹  | Ilanit Hasson-Ohayon² | Rony Laor-Maayany¹ |
Michal Braun¹ 

Psycho-Oncology. 2020;29:493–499.

- 60 Psychoonkolog*innen, im Mittel 41 J. und 13,5 J. Berufserfahrung
- 27% Sterberate bezogen auf alle psychoonkologischen Patient:innen
- Berufliche Trauer: mittlere bis hohe Level (gemessen an Normwerten); vergleichbar mit Daten bei Onkologen und Pflegenden
- hohe Level von STS (Sekundärem Traumatischem Stress) und Burnout, im Vgl. zu den Normwerten
- **Soziale Anerkennung von Trauer als vermittelnde Variable:**
Hohe Trauer bei gleichzeitig als gering empfundener sozialer Anerkennung derselben → mehr intrusive Gedanken, Vermeidung und Hyperarousal

Wie kann eine kollegiale Kultur helfen?

Informeller Rahmen:

- Offenheit für die berufliche Trauer der Kolleg:innen
- Eigene Trauer ansprechen (auch in der Teeküche)
- Vertrauensbeziehungen zu Kolleg:innen entwickeln, die verfügbar sind
 - (1) für kurze emotionale Validierungen
 - (2) für akute intervisorische Fragen (z.B. bei Kontaktaufnahme zu Hinterbliebenen)

Formeller Rahmen:

- Berufliche Trauer als selbstverständliches Thema in Supervision und Intervention
- Teamrituale als Signale der Würdigung

Peer-Support in der MED III (Projektstart: Juli 2025)

<https://www.lmu-klinikum.de/innere-medizin-3/psu>

Interne Anfragen

@ PSU@med.uni-muenchen.de

Fachliche Leitung

Sabrina Maier

sabrina.maier@med.lmu.de

Katrin Liebing (Stellvertretung)

katrin.liebing@med.lmu.de

Organisatorische Leitung

Dr. phil. Theresia Pichler

theresia.pichler@med.lmu.de

Dr. med. Kathrin Heinrich (Stellvertretung)

kathrin.heinrich@med.lmu.de

Was setzen Psychoonkolog:innen am häufigsten ein?

Wandke, Brandes et al. 2025

1. Eine akzeptierende Haltung finden
2. Informelle Gespräche mit Kolleg:innen führen
3. Verstorbene Patient:innen würdigen

Was raten Psychoonkolog:innen Berufseinsteiger:innen?

Wandke, Lang et al. 2025

1. Beruflich zu trauern lernen wir im Prozess – immer wieder, immer neu.
2. Berührbarkeit ist kein Makel, sondern eine Kompetenz.
3. Tausche dich mit wohlwollenden Menschen aus.

Zusammenfassung

1. Konzeption beruflicher Trauer
2. Was wissen wir?
3. Was können wir tun?

3 Handlungsfelder

- (1) Die perimortale Beziehung
- (2) Die eigene Person
- (3) Kollegiale Kultur