

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität zu Köln
Leiter: Privatdozent Dr. med. C. Albus

„Wertewandel im Angesicht des Todes“

Krankheit als Krise und Wandel von Werten und Verhaltensweisen bei Sterbenskranken im Dr. Mildred Scheel Haus

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Viola Johanne Saur
aus Tübingen

promoviert am: 13. März 2013

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h.c. Th. Krieg
1. Berichterstatter: Professor Dr. phil. R. Obliers
2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. K. Bergdolt

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Professor Dr. phil. R. Obliers.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Köln, den 18.02.2011

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Patienteninformationen wurden auf der Basis der psychonkologisch-supportiven Betreuungsgespräche mit Palliativpatienten (mit deren Einverständnis) ohne meine Mitarbeit in der Klinik für Palliativmedizin sowie der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie ermittelt.

Die abschließende inhaltsanalytischen Codierungen und anschließenden statistischen Berechnungen wurden mit Unterstützung von Herrn Professor Dr. phil. R. Obliers von mir durchgeführt.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. phil. R. Obliers für die Überlassung des Themas meiner Dissertation. Durch seine ständige Hilfsbereitschaft, Geduld, Zuverlässigkeit und engagierte Unterstützung hat er die Entstehung dieser Arbeit nicht nur entscheidend gefördert, sondern durch seine unkonventionelle, humorvolle Art auch ein angenehmes Arbeitsklima geschaffen.

Ferner möchte ich meinem Vater, Lars Nadarzinski, Sabine Eisenbeis, Massimo Perinelli und Annerose Kulick danken für ihre konstruktive Kritik und Unterstützung.

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

1	<u>EINLEITUNG</u>	1
1.1	HERKUNFT VOM BEGRIFF WERT	1
_1.1.1	WERT	1
_1.1.2	SOZIOBIOLOGISCHE HERKUNFT VON WERTEN	2
1.2	WERT IN DER PHILOSOPHIE	3
_1.2.1	HERKUNFT DER WERTE IN DER PHILOSOPHIE	3
_1.2.2	WERTE NACH FRIEDRICH NIETZSCHE (1844-1900)	5
_1.2.3	WERTE NACH IMMANUEL KANT (1724-1804)	6
1.3	WERTE UND WERTWANDEL IN DER WISSENSCHAFT MEDIZIN	7
1.4	ZUM ALLGEMEINEN WERTEWANDEL	9
1.5	ZUM INDIVIDUELLEN WERTEWANDEL	11
1.6	WERTEPSYCHOLOGIE	12
_1.6.1	WERTENTSTEHUNG AUS PSYCHOLOGISCHER SICHT	13
_1.6.2	SIGMUND FREUD ZUM THEMA WERTE	14
1.7	KRANKHEIT UND KRISE	16
1.8	FRAGESTELLUNGEN DER ARBEIT	19
2	<u>METHODIK</u>	20
2.1	PERSONEN	20
2.2	THEMATISCHE GESTALTUNG DER PSYCHOONKOLOGISCHEN GESPRÄCHE	20
2.3	KATEGORIENSYSTEM ZUM WERTEWANDEL BEI PALLIATIVPATIENTEN (KSW-PP)	21
_2.3.1	KODIERUNG WERTE UND WANDEL	21
_2.3.2	HAUPTACHSE I: LEBENSRÜCKSCHAU	22
_2.3.3	HAUPTACHSE II: LEBENSgegenwart	24
_2.3.4	HAUPTACHSE III: KRANKHEIT UND STERBEN	26
_2.3.5	KODIERUNG	28
3	<u>ERGEBNISSE</u>	30
3.1	EINZELFALLDARSTELLUNGEN	30
_3.1.1	FRAU LA.: BEISPIEL FÜR HERKUNFT UND VERHÄRTUNG VON WERTEN UND MUSTERN	30
_3.1.2	FRAU LE: BEISPIEL FÜR EINEN FASTWANDEL	32
_3.1.3	FRAU WE: BEISPIEL FÜR WANDEL	34
3.2	GRUPPENSPEZIFISCHE AUSWERTUNG	37
_3.2.1	AUSWERTUNG DER HAUPTACHSEN LEBENSRÜCKSCHAU (I) UND LEBENSgegenwart(II)	37
_3.2.2	AUSWERTUNG DER HAUPTACHSE KRANKHEIT UND STERBEN (III)	54
_3.2.3	SYNOPSIS DER GRUPPENERGEBNISSE	61
3.3	PERSONENSPEZIFISCHE AUSWERTUNG	63

4	<u>DISKUSSION UND AUSBLICK</u>	76
4.1	METHODISCHE BEGRENZUNGEN	76
4.2	DISKUSSION DER FORSCHUNGSFRAGEN IM LICHT DER ERGEBNISSE	77
_4.2.1	DISKUSSION ZU FRAGE 1 – KRANKHEIT ALS KRISE?	77
_4.2.2	DISKUSSION ZU FRAGE 2 – WERTEWANDEL IM ERLEBEN DER PATIENTEN?	78
_4.2.3	DISKUSSION ZU FRAGE 3 – ZENTRALE WERTFELDER DER PATIENTEN?	82
_4.2.4	DISKUSSION FRAGE 4 – ENTWICKLUNG EINES EMPIRISCHEN EHEBUNGSINSTRUMENTES	84
4.3	AUSBLICK	85
5	<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	86
6	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	87
7	<u>LEBENS LAUF</u>	94

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
MSH	Dr. Mildred Scheel Haus, Palliativstation der Universitätsklinik zu Köln
Tab	Tabelle
Patienten	Steht als Allgemeinbegriff für Patientinnen und Patienten

1 Einleitung

Trotz intensiverer Beschäftigung mit den Themen Tod und Sterben derzeit in der Öffentlichkeit (in jüngerer Zeit wieder ausgelöst durch den Freitod des Nationaltorwarts Robert Enke und den Krebstod von Cristoph Schlingensief (Schlingensief, 2010)), der Kunst und den Medien, gelten sie noch immer als Tabuthemen. In städtischen Urngemeinschaftsanlagen z. B wird mittlerweile jede dritte Beisetzung anonym durchgeführt, je nach Region sogar noch häufiger (Fichtner 2009; Nordelbische Evangelisch-Lutherische Kirche 2009). Trotz großer medizinischer Fortschritte in den vergangenen Jahrzehnten, die ein längeres Leben ermöglichen, gilt immer noch Benjamin Franklins Ausspruch, dass es in dieser Welt nichts Sichereres als den Tod (und die Steuern) gäbe (Miller 1976). Wie reagieren nun Menschen, denen der nahe Tod bevor steht und die sich in einer Palliativsituation befinden, so unvorbereitet auf eine solche Situation? Bedeutet das Wissen des nahen Todes eine Krise für sie? Darüber hinaus, hat diese Situation Einfluss auf das weitere verbleibende Leben und die Wertvorstellungen der Menschen - und wenn ja, welchen? Welche Ansprüche stellen sich dadurch für Ärzte und Pfleger als Begleiter und Behandelnde? Es soll ein Überblick über den Begriff Wert gegeben werden, über Wertewandel im Allgemeinen und Individuellen, um zum Thema Krankheit und Krise zu gelangen.

1.1 Herkunft vom Begriff Wert

1.1.1 Wert

Im Folgenden soll ein erster Überblick über den Begriff „Wert“ gegeben werden; von der Herkunft, dem heutigen Begriffsgebrauch, den in gängigen Lexika vorfindbaren Erklärungen bis hin zu spezifischeren Fachrichtungen und deren Bezug zum Wertbegriff.

Der etymologische Ursprung des Begriffes „Wert“ kommt wahrscheinlich von „werden“, was dann bedeutet „gegen etwas gewendet“, woraus sich die Bedeutung „einen Gegenwert habend“ ergeben hat (Das Herkunftswörterbuch 2001, 924). So lässt sich der heute verwendete Begriff ‚Wert‘ in Sinne von „positive Bedeutung, Gewichtigkeit, Ergebnis einer Messung“ (Das neue Dudenlexikon 1984) nachvollziehen. Dann kann der Wertbegriff als subjektabhängiger Objektzusatz betrachtet werden: „Ein Objekt kann für dasselbe Subjekt in verschiedenen Situationen einen unterschiedlichen Wert haben („Mein Königreich für ein Pferd“, Shakespeare 2004, V.7.7.). Dasselbe Objekt kann für verschiedene Subjekte einen unterschiedlichen Wert besitzen („Wat den eenen sin Uhl is den annern sin Nachtigall“). „Deshalb bezieht sich die Feststellung des Wertes eines Objektes immer auf ein bestimmtes Subjekt in einer bestimmten Situation“ (wikipedia 2008a). Weiter kann sich ‚Wert‘ auf Handlungen beziehen: „Da der Wertbegriff häufig (vielleicht sogar immer) mit Handlungen in Verbindung gebracht wird, kann der Wert dasjenige bezeichnen, was positiv oder negativ das Streben der Menschen leitet oder leiten sollte“ (Hügli & Lübecke 1991, 614). Allerdings ergibt sich aus solchen Wertzuweisungen meist noch keine Handlungsnorm, weil es zu Konflikten bei der För-

derung verschiedener positiv bewerteter Objekte kommen kann - sei es innerpsychisch bei einem Menschen oder innerhalb einer Gesellschaft.

Grundsätzlich lässt sich der Begriff ‚Wert‘ attributiv (äußerlich) oder substantiell (innerlich) einteilen. Dementsprechend ist zu unterscheiden, ob etwas einen Wert hat oder ein Wert ist (wikipedia 2008a).

Die attributive Bedeutung verwendete man ursprünglich im Sinne des Tauschhandels: ein Pferd hat den Wert von zehn Schafen, eine Münze hat den Wert von einem Laib Brot (ebd.). Heute wird darunter allgemeine „Werthaltigkeit“ verstanden, die sich auf Objekte wie auf deren Eigenschaften bezieht (eine Größe hat einen Zahlenwert). Quantitative Werte stellen eine Variation der attributiven Werte dar (Worthmann 2002).¹

Als substantielle Verwendung ist ein „Wert etwas, von dem behauptet wird, dass es in bestimmter Weise und in einem bestimmten Grad zur äußeren oder inneren Existenzerhaltung eines Lebewesens beiträgt, wobei unter Lebewesen ganz allgemein ein System mit einem Überlebensproblem zu verstehen ist“ (Deppert 2001, 157). „So ist etwa ein Eimer voll Hafer ein Wert für ein Pferd, ein Brot ist ein Wert für einen Menschen zur Erhaltung seiner äußeren Existenz, oder die Treue zu einem Menschen ist ein Wert zur Erhaltung seiner inneren Existenz“ (wikipedia 2008a). Anders ausgedrückt gibt es Werte, die auf Werterfahrungen zurück zu führen sind, sich also durch verarbeitete Erlebnisse im Gefühl verankert haben (innere Werte wie z. B. Freundschaft, Liebe, Gerechtigkeit, Glück, Schönheit, Harmonie, Härte und Disziplin) (ebd.).

Soweit die begriffliche Herkunft des Wertbegriffes in der Etymologie: als Subjekt, Objekt sowie in Bezug zu Handlung und zu Werterfahrung. Doch wie sind Werte ursprünglich beim Menschen entstanden? Im Folgenden soll ein kurzer Einblick in die soziobiologische Herkunft von Werten gegeben werden

1.1.2 Soziobiologische Herkunft von Werten

Heutige Werte und Gewohnheiten haben sich soziobiologisch bzw. anthropologisch entwickelt aus dem, was bei Tieren die Instinkte sind. Instinktziel ist nach McDougall die Lösung eines jeweiligen Anpassungsproblems und der Instinkt, als Gesamtreaktion des Körpers, spielt zentrale Rolle für das menschliche Erleben und Verhalten (Meyer 1999). Sind bei Tieren diese Merkmale überwiegend genetisch festgelegt und deshalb recht stabil (Änderung durch biologische Evolution - genetische Variation und Selektion durch die Umwelt), so wächst der Anteil von Lernen und Gewohnheitsbildung mit der Komplexität einer Art, die bisher am höchsten beim Menschen entwickelt ist (Hillmann 2004, Meyer 1999), so dass es dem Menschen möglich ist, sich im Gegensatz zu genetischen Veränderung schnell an neue Umstände zu gewöhnen.

Es ist also natürlich, ja überlebenswichtig für den Menschen, dass Werte und Gewohnheiten sich gemäß und mit den immer neuen Lebensbedingungen kontinuierlich verändern. Diese

¹ Wenn „Attributiver Wert“ sich allein auf das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein von Werten bezieht, kommt beim quantitativen Wert die Komponente positiv oder negativ hinzu, folglich kann es hier zur Teilbarkeit kommen (Worthmann 2002).

Entwicklung wird als Geschichte oder auch soziokulturelle Evolution bezeichnet (wikipedia 2008b).

1.2 Wert in der Philosophie

Bisher wurden allgemeine Definitionen und Aspekte von Werten vorgestellt. Hier soll nun der Wertbegriff aus philosophischer Sicht beleuchtet werden. Die moderne Wertelehre, Axiologie (griech. axia, Wert), stellt ein grundlegendes Sachgebiet der Philosophie dar, da es „fast alle Bereiche der Philosophie durchdringt: Logik, Erkenntnistheorie, Ethik, Ästhetik und Kulturphilosophie, Religionsphilosophie, soziale und politische Philosophie, Philosophie des Rechts und der Ökonomie“ (Institut für Axiologische Forschung 2004). Sie versteht sich als Brücke zwischen Theorie und Praxis, z. B. zwischen Grundlagenforschung und angewandter Forschung sowie als interdisziplinärer Charakter im Zusammenhang mit anderen Gebieten des Wissens und der Kultur (ebd.)

1.2.1 Herkunft der Werte in der Philosophie

Verfolgt man den Wertbegriff zurück zu seinem philosophischen Ursprung, gelangt man nach Oskar Kraus (1901) zum Ursprung des philosophischen Denkens, in das alte Griechenland, zu Platon und Aristoteles und zu der Frage nach dem allgemein Guten. Die Frage nach Werten beinhaltet die Frage nach dem Charakter und den Eigenschaften von Werten. Weiter setzte sich diese Wertphilosophie in der Moraltheologie fort.

27,Über die Entwicklung des Begriffes ‚Axiologie‘ (Wertphilosophie) herrscht Uneinigkeit – doch diskutierte Eduard von Hartmann 1890 in „L’axiologie et ses divisions“ sein Konzept der Axiologie als eine der ersten sicheren Quellen (ebd). Entscheidend für die Entwicklung des Wertbegriffes war in der Neuzeit die Trennung der Naturwissenschaft von der alma mater Philosophie: etwa im 17ten Jahrhundert fand sich der Wertbegriff philosophie-unabhängig in z. B. ökonomiebasierenden Werttheorien wieder (vgl. z. B. bei William Petty, Richard Cantillon, N. Barbon und John Law of Laurison oder im 18ten Jahrhundert bei Adam Smith und Davod Ricardo). Zur Wahrung des ursprünglichen, philosophischen, auf Metaphysik und Logik basierenden Charakters und der terminologischen Vokabel, erweiterte Mitte des 19ten Jahrhunderts die Gruppe um Rudolf Hermann Lotze den bis dahin weitgehend ökonomisch verwendeten Begriff um die Bedeutung Geltung und transformierte so die Axiologie in die Wertphilosophie (ebd.; Vierecke 2009). Dieser Wandel war ausschlaggebend für verschiedene Theorien rund um die Wertphilosophie im 19te und 20ten Jahrhundert.

Die prominentesten seien hier aufgeführt:

- Der Neukantianismus der Badischen Schule (Heinrich Rickert, Rudolf Hermann Lotze und Wilhelm Windelband) setzt ‚Wert‘ rein formal ungefähr mit Sollen gleich, das Transzendenzen aufzeigt, und es so vom empirisch aufgefassten Sein unterscheidet. Die wertfrei verstandene, aus Gesetzen erklärbare Natur steht hier im Gegensatz zu der geschichtlichen Kultur, „die aus leitenden Werten verstanden werden muss (...). So steht neben dem wertfreien Wirklichen das eigenständige Reich der Werte, die unbedingt gelten, nicht aber

existieren, weshalb sie auch als unreal oder unwirklich bezeichnet werden“ (Phillex 2008). Beide Welten vereinen sich in Schopenhauers Weltknoten. Folgendermaßen schlagen die Neukantianer den Bogen: Aus bewertenden Handlungen der Menschen werden reelle Werte, die wiederum kulturelle Güter erzeugen können.

- Die österreichische Wertphilosophie (Chr. Von Ehrenfels, F. Brentano, A. Meinong)
- Der Neovitalismus (E. von Hartmann)
- Der britische Intuitivismus (G. E. Moore, H. Rashdall, W. D. Ross)
- Der Pragmatismus (W. James, F. Dewey, C. I. Lewis)
- Die Wertphänomologie (E. Husserl, M. Scheler, N. Hartmann), basierend auf Wertfühlen, genauer auf intuitiver Liebe (wertvoll) und Hassen (wertwidrig). Erst nach dem gefühlten Wert einer Sache kann dieser mit dem Verstand erfasst werden.
- Der Neorealismus (R. B. Perry)
- Die Lebensphilosophie Friedrich Nietzsches (s.u.)

Die Entwicklung der modernen Axiologie ist mit dem geschichtlichen Verlauf eng verwoben: Im 19. Jahrhundert entstand sie als eigene Disziplin „zu einem Zeitpunkt des Niedergangs der großen Philosophiesysteme und der Krise des spekulativen Denkens“ (IAF 2004). Spätestens durch die beiden Weltkriege und dem Holocaust erhielt die Wertphilosophie eine sozialpolitische Wendung und gelangte mehr in das Bewusstsein der Menschen; Menschlichkeit, Tugend und bis dato allgemein gültige Werte wollten von neuem überdacht werden. 1958 teilte sich die Axiologie während des zwölften Weltkongresses der „Fédération Internationale des Sociétés de Philosophie“ (FISP) in eine bürgerliche und eine marxistische Fraktion, gemäß den Haltungen der beiden großen Wertesysteme im Kalten Krieg. Mit dem Fall des eisernen Vorhanges versöhnten sich auch diese Seiten (ebd).

Zum heutigen Zeitpunkt geht die Wertphilosophie z. B. die Europäische Gemeinschaft betreffenden Fragestellungen nach, mit der zentralen Diskussion über deren Zukunft als (wertfreies) Rechtssystem oder als altruistisch orientierte Wertegemeinschaft (vgl. Moser 2006; wikipedia 2008d).

Aus dieser kurzen Übersicht geht hervor, dass Werte von der Antike bis zum heutigen Tag lebendiger Bestandteil der Philosophien waren und sind. Zwar konnte bisher keine allgemeingültige, eindeutige Aussage zu deren Charakteristika gegeben und abgegrenzt werden, doch ist die Philosophie ohne Werte nicht denkbar und die Wertfrage in allen Disziplinen (s.o.) vertreten.

Mit zur Entwicklung der Werte und des Denkens unserer heutigen westlichen Kultur haben zwei Philosophen maßgeblich beigetragen: Immanuel Kant als starker Vertreter der Aufklärung und Friedrich Nietzsche als Kritiker an Moral und Religion. Haben sie sich direkt zur Wertfrage geäußert, und wenn ja, welche Bedeutung haben die Ansichten dieser Philosophen für die Medizin?

1.2.2 Werte nach Friedrich Nietzsche (1844-1900)

Nietzsche sagt ganz klar zum Ursprung der Werte: „Die Entstehung moralischer Werthe selbst ist das Werk unmoralischer Affekte und Rücksichten“ (Nietzsche 1980, Bd. 12, 276). „Unsre Bedürfnisse sind es, die die Welt auslegen: unsre Triebe und deren Für und Wider“ (Nietzsche 1980, Bd. 12, 315). Jedoch versteift er sich nicht nur auf die Gefühle und Triebe, sondern bemisst auch der Erziehung und dem sozialen Leben mit Mitmenschen einen gewissen Beitrag bei: „Die Wertschätzungen sind angeboren, trotz Locke!, angeerbt; freilich, sie entwickeln sich stärker und schöner, wenn zugleich die Menschen, welche uns hüten und lieben, mit uns gleich schätzen“ (Nietzsche 1980, Bd. 12, 15). Als Beispiel nennt er die Mutter-Kind Beziehung: welche Qual es für das Kind sein muss, gegensätzlich zu seiner Mutter Gut und Böse zu empfinden.

Andererseits stellt der Philosoph die These auf, Werte oder das philosophische 'Gut' sei eine Festlegung der Oberschicht zur Abgrenzung und Absolution gegenüber der Unterschicht: „Das Urteil 'gut' rührt nicht von Denen her, welchen 'Güte' erwiesen wird! Vielmehr sind es 'die Guten' selber gewesen, das heisst die Vornehmen, Mächtigen, Höhergestellten und Hochgesinnten, welche sich selbst und ihr Thun als gut, nämlich als ersten Ranges empfanden und ansetzten, im Gegensatz zu allem Niedrigen, Niedrig-Gesinnten, Gemeinen und Pöbelhaften“ (Nietzsche 1980, Bd. 5, 259). Demnach entstehen Werte aus diesem Pathos der Distanz heraus, noch deutlicher sagt er: „Das ist der Ursprung des Gegensatzes 'gut' und 'schlecht'“ (ebd.).

Nach Nietzsche sind Werte also von der Oberschicht geschaffene, artifizielle Normen zur Abgrenzung gegenüber der Unterschicht, sowie aus Neigungen entstehend, die jedoch durch Erziehung oder allgemein die Umwelt beeinflusst werden können. Zur Weltanschauung gelangt der Philosoph durch Wertschätzungen, nämlich als „physiologische Forderung zur Erhaltung einer bestimmten Art von Leben“ (Nietzsche 1969, 569ff), also eine weitere Stufe der Triebe, nämlich die der Arterhaltung. Aus diesem Trieb kommt nun der 'Wille zur Macht' zum Ausdruck, den Nietzsche folgendermaßen umwerfen möchte: Auf der Grundlage des Willens zur Macht nimmt er eine dreifache „Umwertung aller Werte“ vor: Erstens, bisher hochgeschätzte Werte werden entwertet, zumal sie ihre gestaltende Kraft verloren haben. Die Moral der Nächstenliebe wird z. B. zu einer „Herden- und Sklavenmoral“ der „Missratenen, Verstimmtten, Schlechtweggekommenen“ degradiert. Zweitens erhalten überlieferte Werte einen neuen Grund der Wertschätzung, wie beispielsweise der Wert der Gerechtigkeit. Und schließlich drittens gewinnen bislang gering geschätzte Werte einen höheren Rang: In Umkehrung des Platonismus wird das Sinnliche zur wahren, das Übersinnliche dagegen zur unwahren Welt (Höffe 2001).

Nietzsches Endziel ist die Erschaffung des „Übermenschen“, nicht als Resultat einer biologischen Züchtung, sondern er denkt an eine kulturelle Evolution durch Kreativität und Autonomie sich freisetzender Selbsterziehung (Höffe 2001). „Der Übermensch ist der Mensch, der das Sein neu gründet – in der Strenge des Wissens und im großen Stil des Schaffens“ (Heidegger in Höffe 2001, 245); „d. h. für die Umwertung aller Werte ist Wert an den Bedingungen des »Willens zur Macht« zu bemessen, der als immanente und säkulare Instanz des Begehrens sowie der Selbst- und Lebensbejahung fungiert. In diesem Sinne steht die Umwer-

tung aller Werte für die von Nietzsche anvisierte »Überwindung des Nihilismus« (meyers lexikon online 2.0 2008).

Wenn auch aus anderen Beweggründen als dem Willen zur Macht, sondern eher aus hier genannten Neigungen oder zur Erhaltung einer bestimmten Art von Leben, könnten dies Erklärungen für »Umwertung der Werte« bei den hier untersuchten Palliativpatienten sein. Die Art der Umwertung könnte ebenso den Vorstellungen Nietzsches entsprechen – vorher wichtig geschätzte Werte werden entwertet, überlieferte Werte neu bestätigt und vorher unwichtige wichtig, zur neuen Lebensbejahung. Inwieweit diese theoretischen Ansichten in der Praxis für die Palliativpatienten zutreffen, soll in vorliegender Arbeit untersucht werden.

1.2.3 Werte nach Immanuel Kant (1724-1804)

Auch Kant versteht Werte sich auf Gefühlen der Lust und Vermeidung von Unlust begründend. Doch gibt er sich damit nicht zufrieden: „Alle Gegenstände der Neigungen haben nur einen bedingten Wert; denn, wenn die Neigungen und darauf gegründete Bedürfnisse nicht wären, so würde ihr Gegenstand ohne Wert sein“ (Kantlexikon Eisler 1930). So kommt er zu dem Schluss, dass es einen ‚absoluten Wert‘ geben muss: „Allein der Mensch als Person betrachtet, d.i. als Subjekt einer moralisch-praktischen Vernunft, ist über allen Preis erhaben; denn als ein solcher (homo noumenon) ist er (...) als Zweck an sich selbst zu schätzen, d.i. er besitzt eine Würde (einen absoluten inneren Wert)“ (Eisler 1930). Noch genauer, der Mensch hat und gibt sich einen inneren, absoluten Wert, weil und wenn er dem Prinzip der Sittlichkeit aus gutem Willen folgt. Daraus ergibt sich als Handlungsmaxime der kategorische Imperativ: „Es ist überall nichts in der Welt, ja überhaupt auch außer derselben zu denken möglich, was ohne Einschränkung für gut könnte gehalten werden, als allein ein guter Wille“ (ebd.); und auf den Menschen bezogen ausgedrückt: „Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst“ (Kant 1978, 38).

Der Mensch also, mit der Gabe der Vernunft und des freien Willens ausgestattet, besitzt an sich einen inneren, absoluten Wert und durch seine Neigungen bekommt auch erst alles andere einen Wert.

Aktuell werden diese philosophischen Überlegungen und die Wertfrage u.a. in der Stammzelldebatte (Stammzelle: multipotente Körperzelle): Ab wann ist ein Mensch ein Mensch? Ab welchem Zeitpunkt oder ab welcher Zellzahl hat er also einen „inneren, absoluten Wert“ und muss somit, auch per Gesetz, geschützt werden? Kann ein Zellhaufen, womöglich im Reagenzglas, als Menschenleben gewertet werden, wenn er ohne Hilfe von außen nicht lebensfähig ist? Auf der anderen Seite wird argumentiert, könnte die Stammzellforschung durch die Nachbildung unheilbar erkrankter Organen (wie z.B. Pankreas (Bauchspeicheldrüse) bei Diabetes mellitus) Menschenleben retten. Nach Kants Philosophie, den Menschen nie als Objekt, sondern immer nur als Subjekt zu respektieren, wäre das unzulänglich, respektiere man die Uneinigkeit über den Zeitpunkt des Lebensbeginns (vgl. Wewetzer 2010). Bis heute herrscht noch keine Einigkeit über diese Fragen (vgl. Schott 2002: Ethik des Heilens, Gensthaler 2001:

Ethik und Forscherdrang, Beier 2009: Tätigkeitsbereich der Zentralen Ethik-Kommission für Stammzellforschung (ZES)).

Bisher wurde in groben Zügen die Herkunft des Wertes und dessen Entwicklung in der Philosophie erläutert. Erste Theorien der Wertbildung beim Menschen und deren Umwertung wurden vorgestellt. In dieser Arbeit soll gezeigt werden, wie diese Theorien auch in der Praxis, hier bei Palliativpatienten, wieder zu finden sind. Im Anschluss soll nun weiterführend der Wertbegriff wie dessen Wandel in der Wissenschaft Medizin beleuchtet werden.

1.3 Werte und Wertwandel in der Wissenschaft Medizin

Hat die Medizin Werte? Natürlich hat sie Werte, auf den ersten Blick naturwissenschaftlich geprägte Werte wie Blut-, Harn-, Liquor-Normalwerte, physiologische wie pathologische, ohne die die moderne Heilkunde gar nicht vorstellbar wäre.

Dieses kleine Wortspiel legt den Verdacht nahe, der nicht selten von Kritikern geäußert wird, die moderne Medizin habe grundlegende moralische Werte der abendländischen Tradition weitgehend gegen profane technische Messwerte eingetauscht. Ein Blick auf die Medizinische Geschichte zeigt, wie Mitte des 19. Jahrhunderts im Medizinstudium das Philosophikum (damals Ärztliche Vorprüfung, die Kenntnisse der Philosophie voraussetzte) durch das Physikum (heute erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung mit größtenteils naturwissenschaftlichen Fächern) abgelöst wurde; anlässlich der deutschen Revolution 1848 war das eine der wenigen revolutionären Forderungen, die durchgesetzt wurden. Das Augenmerk wurde von Wirkung auf Ursache gelenkt (vgl. Dörner 2002). Tatsächlich entwickelte die Wissenschaft der Medizin sensationelle Fortschritte: die Erreger von Krankheiten wie z. B. Diphtherie, Tuberkulose, Pest, Lepra und Gonorrhö konnten identifiziert und bekämpft werden. Dazu senkten Erkenntnisse in der Chirurgie und Anästhesie, besonders auch in der Physiologie (z. B. Verständnis des Herz-Kreislaufsystems) die Sterblichkeitsrate der Bevölkerung und sind Grundlage unserer heutigen Medizin. „Das Mikroskop und die Entdeckung der Bakterien machten es möglich, die Ursachen einer jeden Krankheit genauer zu erforschen und damit das Augenmerk immer mehr auf Details, auf Teile des Körpers anstatt auf den Körper als Ganzes zu verlagern“ (Terzani 2007, 157). Wie hier schon angedeutet, beinhaltet oft ein Gewinn auf der einen Seite einen Verlust auf der anderen: „Eine Folge der geisteswissenschaftlichen Vernachlässigung der Medizin – sowie insgesamt der Natur – ist die unreflektierte Vorherrschaft einer mechanistischen und technisch-pragmatischen Haltung und Einstellung der Menschen zu Gesundheit und Krankheit mit der Maxime unbegrenzter Machbarkeit“ (Senf 1997, 119). Hier zeigt sich die Dualität der Wissenschaft Medizin: Sie hat sowohl naturwissenschaftliche als auch geisteswissenschaftliche Wurzeln.

In jüngster Zeit hat ein Paradigmenwechsel in der Medizin stattgefunden, nämlich der zum bio-psycho-sozialen Modell zum Verständnis der Medizin als Gesamtkonzept. Hier wird „Krankheit“, „der kranke Mensch“ sowie die „Arzt-Patienten-Beziehung“ und deren gemeinsame Realität erfasst (Uexküll & Wesiack 2003; Adler, Herrmann, Köhle, Langewitz, Schonecke, Uexküll & Wesiack 2011).

Heute ist das Medizinstudium und das ärztliche Arbeiten stark von naturwissenschaftlichen Werten geprägt. Wenn es an die Praxis, an das Arbeiten mit Menschen geht, stößt man in ärzt-

lichen Tätigkeiten zwangsläufig auf die Themen ‚Menschenwürde und –werte‘. Als wenige Beispiele seien aufgeführt die Gynäkologie, wenn es um Schwangerschaftsabbruch geht, die Molekulargenetik mit dem Gebrauch von Stammzellen oder die Palliativmedizin mit dem Schlagwort ‚Sterbehilfe‘. Für diese großen Themen kann und muss man sich als handelnder Arzt an der Gesetzeslage orientieren – doch gibt es auch Situationen, die das Gesetz nicht vollständig abdeckt und der Arzt persönlich nach eigenen Werteskalen entscheiden muss, wenn es um das Wohl des Patienten geht. Sollte man einen offensichtlichen Missbrauch an einem Kind melden mit der Konsequenz, dass das Kind aus seinem sozialen Umfeld gerissen wird und z.B. in ein Heim kommt? Oder behandelt man einen sterbenskranken Menschen mit allen Therapiemöglichkeiten, wenn zum einen die Nebenwirkungen sehr belastend sind und aus medizinischer Sicht das Ableben des Patienten offenkundig ist, und dazu noch hohe Kosten entstehen? Da die Medizin mit Menschen arbeitet, gehören moralische Werte und Ethik in die Medizin.

Eine weitere Definition von medizinischen Werten nach Axel W. Bauer (1996) kann man auf die „technischen“ Werte, im Englischen besser unterscheidbar als ‚results‘ – Ergebnisse – und auf die moralischen – ‚values‘ - anwenden: Als erstes nennt Bauer den ätiologischen Aspekt: Werte haben eine in die Vergangenheit zurückreichende Ursache oder Entstehungsgeschichte. Zweitens dienen sie als Hilfsmittel zur Be-wertung“ von gegenwärtigen Zuständen und drittens geben sie Hinweise auf zukünftiges Handeln. Zum ersten Punkt schreibt Bauer (1996), dass ätiologisch gesehen die Werte entweder empirisch (results) oder historisch (values) erklärbar sind, „während sie im Hinblick auf den Bewertungsaspekt und den Handlungsaspekt als (mehr oder minder willkürliche) Sinnzuschreibung, d.h. als wissens- bzw. kulturabhängige und kontextgebundene Konventionen aufzufassen sind“ (2). Der Mensch in seinem Denken und Handeln wird also in seinem Paradigma eingebunden verstanden und der Wertbegriff relativiert.

Weiter berichtet Bauer vom Handeln in der Medizin und Biologie: „Nicht selten wird eine Bewertung bereits unter dem Aspekt der erwünschten Handlung in der Weise vorgenommen, dass nicht die zukünftige Handlung aus der vorherigen Bewertung folgt, sondern dass eine bereits präformierte Handlungsoption das gegenwärtige Werturteil beeinflusst und manchmal korrumpiert“ (Bauer 1996, 7). Hier beruft er sich auf die von Max Weber geprägte Verantwortungsethik (Müller 1992, 111 - 116). Diese Aussage bringt einige Vorstellungen durcheinander: Sollte nicht der Wert an erster Stelle stehen, wonach sich das Handeln richtet? Wird im Gegenteil dazu nach einem Schema gehandelt und danach ein Wert festgelegt? Sieht so die Praxis/Realität in der Medizin aus? Als Beispiel für einen solchen interessengeleiteten Umkehrschluss diskutiert Bauer (1996) den vorläufigen Entwurf einer Erklärung zum Schutz des menschlichen Genoms der UNESCO vom 7. März 1995.²

² Jeder Mensch habe seine eigene genetische Identität und ein Recht auf Achtung seiner Würde, der Vorrang vor jedem wissenschaftlichen Fortschritt eingeräumt werden müsse (Nr. 3 Punkt A.6.) Das ist der Wert. Dennoch sollen Eingriffe in das menschliche Genom nicht grundsätzlich verboten sein. Die einzelnen Staaten, als rechtmäßige Vertreter, müssten die intellektuelle und materielle Voraussetzung für Genomforschung gewährleisten, „vorausgesetzt, dass diese Forschungstätigkeit den Wissensstand erweitert und zur Bekämpfung von Behinderung und Krankheit beiträgt“ (Punkt C.11). Hier erhält die Menschenwürde eine neue Bedeutung, nämlich in der Formel „Bekämpfung von Behinderung und Krankheit“, adaptiert an die Handlungsfähigkeit der biowissenschaftlichen Forschung (vgl. Bauer 1996, 7).

Wissenschaftliche Werte, auch in der Medizin, sind immer im jeweiligen Paradigma, also im entsprechenden Kontext und bezüglich ihrer Epoche zu verstehen, aus denen sie hervorgegangen sind. So sind Werte in der Medizin heutzutage stark vom naturwissenschaftlichen Geist geprägt, z. B. bezeichnet man physiologische Parameter als Werte (s. o.). Genauer hat Bauer (1996) den Wertbegriff bezüglich der empirischen oder historischen Ätiologie, der Bewertung und der Handlung unterschieden, wobei letztere immer wissens- und kulturabhängig sind. So ist die ältere, philosophische Bedeutung von Werten heute noch aktuell und fester Bestandteil des medizinischen Alltags, da es sich hierbei um eine Arbeit mit Menschen handelt.

In der Praxis bedeutet die Arbeit mit kranken Menschen die Einbeziehung von naturwissenschaftlichen und philosophischen Werten, dem neuen Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells in der Medizin. Wieder stellt sich die Frage nach dem praktischen Bezug, gerade bei der Arbeit mit schwerstkranken Patienten, bei denen die (philosophische) Wertfrage einen besonderen Wert erfahren kann: Welchen Wert hat das medizinische Umfeld für diese Patienten, im „naturwissenschaftlichen“ wie im „philosophischen“ Sinne und welche Konsequenzen ergeben sich dadurch für die Behandelnden?

Nun ist die Wissenschaft ein Gebiet, in dem aktiv nach neuen Erkenntnissen geforscht wird, was oft zu einem Wertewandel führt. Wie können sich jenseits der Wissenschaft, im alltäglichen Leben eines Menschen, Wandel vollziehen?

1.4 Zum allgemeinen Wertewandel

„Mit dem Wort Wertewandel ist keineswegs nur die seltene Erscheinung gemeint, dass sich „neue“ Werte herausbilden. Die (vermeintlichen) neuen Werte sind größtenteils alte, die aufgrund bestimmter Umstände eine Renaissance erfahren haben“ (Hillmann 1986, 104). Manche sprechen von einem großen Reservoir bereits geschichtlich vorgegebener Werte und deren zyklischem Verlauf - je nach Lebens- oder Gesellschaftslage werden die einen oder anderen Werte betont (Sorokin 1969; Hillmann 1986).

Wie kommt es zu einem Wertewandel: Der Soziologe Arnold Toynbee (1986) stellt den Mechanismus von „Challenge-and-Response“ vor: neue Probleme, „Herausforderungen“ (challenges) erschüttern die Ruhe und das Gleichgewicht einer Kultur. „Sie rufen nicht nur Instabilität hervor, sondern zugleich auch neue Schöpfungsakte, Antworten (response) und Bewährungen“ (Toynbee 1986, 135). Die Antwort kann befriedigend oder unbefriedigend ausfallen. Im ersten Falle kann sie als leichte Überschussreaktion zum Zustand einer Überbalance führen, was wiederum eine Herausforderung für Neuorientierungen und neue Antworten darstellt. Setzen sich so die Antworten weiter positiv fort, erfolgt ein Prozess des Wachstums. Wenn allerdings, in unserem zweiten Falle, die Antworten unbefriedigend ausfallen, stellt sich ein negativer kumulativer Prozess ein, der letztendlich zur Desintegration und Auflösung (dissolution) der Kultur führt (Anderle 1955): „Schließlich fehlt ein minimaler Überschuss an Energie dafür, um doch noch durch erfolgreiche Antworten eine positive Entwicklung, einen

Wachstumsprozess einleiten zu können. Die Trümmer der untergegangenen Kultur bilden nur mehr Material für neue, fremde Kulturbildungen“ (ebd., 89ff, 166ff, 203ff).

Der Grund für einen Wandel sieht Toynbee also in einer Situation, die in die gewohnten Lebensumstände einschneidet – eine Krise; egal, wie gut oder wie schlecht die Anpassung gelingt, in jedem Falle geschieht eine Entwicklung. Und „aufgrund der zentralen Stellung der Werte innerhalb der Kultur und im Rahmen der Motivation menschlichen Handelns beinhalten schöpferische Reaktionen auf Herausforderungen der Lebenswelt zwangsläufig auch den Wandel von Wertorientierung und Wertsystemen“ (Hillmann 1986, 108).³

Folgende Herausforderungen, challenges, für die Gesellschaft hat Hillmann (1986) aufgelistet: Er sieht in Veränderungen der natürlichen Lebensbedingungen, also Umwelteinflüssen (Klimaverschiebungen, Erhöhung der Kohlendioxidkonzentration in der Atmosphäre) sowie in Einflüssen des Denkens, Wissens und des geistigen Fortschrittes Determinanten. Weiter nennt er den technischen Fortschritt, Wandel der Herrschaftsverhältnisse und einflussreiche Persönlichkeiten, Subkulturen und soziale Bewegungen als „Probleme“, die in einer Kultur zum Umdenken auffordern.

Wie verhält sich nun dieses Umdenken in Krisen genau? Nach Sorokin gibt es einen Pool von Werten; auch der Politikwissenschaftler Walter Jaide sieht den Prozess der Wandlung nicht in großen, dramatischen Prozessen des Zerfalls und der Umwertung der Werte, sondern weniger auffällig in eher heimlichen Vorgängen, in Verschiebungen von Rangplätzen einzelner Werte innerhalb eines Wertesystems. In Abschwächungen und Verstärkungen, in dem Alltag angepassten Wertanwendungen und -verwirklichungen. Doch dann unterscheidet der Wissenschaftler zusätzlich relativ beständige Wertkerne, die recht widerstandsfähig gegenüber mannigfachen Wandlungskräften stehen (Jaide 1983).

Es stellt sich die Frage, inwieweit „langfristige Sinngehalte“ in Phasen von Krise, Umschwung und Wandel eine hinreichend minimale Stabilität und Kontinuität des Lebenszusammenhangs gewährleisten und Bestand haben – im gesellschaftlichen wie im individuellen Sinne. Und es bleibt offen, wie sich langfristige von kurzfristigen Werten voneinander unterscheiden.

Richard Löwenthal (1979) sieht Wertewandel in „dynamischen Zivilisationen“ als Anpassung an immer wieder neue Lebensbedingungen und Entwicklungsstufen, und zwar in der Form, dass „Werte selbst immer neu interpretiert werden“ müssen, damit sie ihre Glaubwürdigkeit, Geltungs- und Steuerungskraft, ihre Legitimations- und Integrationsfunktion bewahren können. Misslingt oder unterbleibt dieser nicht immer konfliktfreie Akt der Umdeutung, kann es zum „Verlust der Glaubwürdigkeit des Wertes selbst“ und zu einer „Bedrohung des Fortbestandes der Zivilisation“ kommen.

Zu diesem Schluss kommt er folgendermaßen: Nach Howard Becker (1959) kann man Gesellschaften, die sich aus Gefügen sozialer Handlungen aufbauen, als Verkörperung von Wertsystemen sehen. Ein sakrales Wertesystem blockiert direkt und indirekt den Wertewandel: direkt - „durch seinen statisch-traditionellen, innovationsfeindlichen Charakter“ (Hillmann 1986, 141), wodurch es schon im Vorhinein immun gegenüber neuen und fremden Werten ist - und indirekt durch technische und wirtschaftliche Neuerungen (ebd.). Hingegen sind in ei-

³ Hillmann (1986): „In tiefgreifenden Umbruchsituationen kann der Untergang einer Kultur womöglich nur durch eine entsprechend weitgehende „Umwertung der Werte“ verhindert werden.“

nem säkularen Wertesystem - mit Werten wie Freiheit, Individualismus, Wahrheit und Welt-offenheit - direkt wie indirekt Auf- und Abwertungen viel einfacher und somit auch an neue Situationen und Anforderungen anpassungsfähiger (ebd.). Jedoch wäre eine völlig säkulare Gesellschaft überhaupt keine Gesellschaft mehr: „Mit andern Worten, die Säkularisierung würde schließlich zu einer heterogenen Anhäufung menschlicher Einzelwesen führen, die keine gemeinsamen Ziele besitzen“ (Becker 1959, 123). Es müssen also Grundwerte existieren, die eine Gesellschaft im Innersten zusammenhalten. Nach Löwenthal (1979) sind es Werte, die sich einerseits „durch eine Synthese (...) der jüdischen Prophetie, andererseits der griechisch-römischen Antike“ (26) gebildet haben: die „von magischen Fesseln befreite Ratio, der Glaube an die Autonomie der Vernunft als Schlüssel zum Verständnis der Welt, die Einzigartigkeit des mit unveräußerlichen Rechten geborenen Individuums, der bindende Charakter freiwillig eingegangener Gemeinschaften, (...) die Wertschätzung der Arbeit als Sinnerfüllung des Lebens und nicht nur als notwendiges Übel“ (ebd., 26, 48).

Auf unsere oben gestellte Frage bezogen gibt uns Löwenthal erste Antworten: Ja, es gibt feste Grundwerte, die aber, um nicht an Gültigkeit zu verlieren, immer wieder neu überdacht und dosiert werden müssen; er nennt sogar noch die für ihn geltenden Grundwerte und reißt an, woher diese stammen.

Angenommen, ein Wertewandel beim Individuum verhielte sich wie bei einem eben erläuterten allgemeinen Wertewandel, ließe sich folgende Hypothese formulieren: Ein Individuum gerät in neue Lebensbedingungen, z.B. eine Krise. Im Sinne von „challenge and response“ bedeutet das eine Herausforderung, alte Wertesysteme zu überdenken und an die neuen Alltagssituationen anzupassen, vielleicht mit leichten Auf- und Abstufungen, damit die Glaubwürdigkeit weiter gewährleistet werden könne. Nach Becker (1959) müsse es allerdings beständige Wertkerne geben.

1.5 Zum individuellen Wertewandel

Kann man beim Individuum auch von „Herausforderungen, Problemen“ sprechen, die zum Wertewandel führen, ja Toynbee spricht von Weiterentwicklung? Und, auf welche Lösungsinstrumente, „Antworten“, greift das Individuum zurück?

Der Politologe Ronald Inglehart (2007) stellt folgende These dazu auf: „Ändern sich Lebensumstände, ändern sich Werte“ (Hossli 2007). Folgende Gründe für empirisch feststellbare Wertewandel benennt er: Nach der Mangelhypothese nach Abraham Maslow gewinnen diejenigen Dinge an Wichtigkeit, welche zuvor zu wenig befriedigt wurden, wobei in pyramidalem Aufbau als unterste, grundlegende Stufe physiologische Bedürfnisse stehen, wie Unterkunft, Nahrung, Kleidung. Den größten subjektiven Wert messe man den Dingen zu, die relativ knapp sind (Inglehardt 1989). Wenn ein solcher physiologischer Mangel in einem prägenden Alter wie der Jugend (formative Phase) erlebt wird, kann dies Auswirkungen auf die weitere Wertsetzung haben, und materielle und physische Sicherheit treten als Werte in den Vordergrund. Von dieser Sozialisationshypothese ausgehend schlägt Inglehart (2005) den Bogen zum heutigen Wertewandel in den westlichen Ländern: vom Materialismus zum Postmaterialismus, geprägt von Selbstverwirklichung und Naturschutz (Inglehart & Welzel 2005) (vgl. Wendepunkt in den 60er Jahren der BRD, Kapitel 1.5). Im Umkehrschluss folgert der Sozio-

loge ökonomische und physische Sicherheit als Voraussetzung für Selbstverwirklichung. „Werte wie Toleranz, Demokratie oder der Umweltschutz lösen Überlebenswerte ab“ (Hossli 2007).

Doch auch die Arbeit eines Menschen hat Einfluss auf dessen Werterleben: Im Bereich der Agrargesellschaft konnten religiöse Werte festgestellt werden – wahrscheinlich hervorgerufen durch die Abhängigkeit von Wetter und Natur - im Bereich der Wissensgesellschaft wird Selbstverwirklichung zur Pflicht, da sich der Mensch an ständig neue Situationen adaptieren muss und so Innovation und Kreativität gefragt ist (ebd.).

Nach Inglehart (2007) beeinflusst ein Mangel an etwas, besonders in einem prägenden jungen Alter, die Wertsetzung, sowie die jeweiligen Lebensumstände eines Menschen, wie seine Arbeit oder das Angewiesensein auf etwas, die Wertwandlung. Man kann diese Feststellungen als Voraussetzungen für Wertsetzungen verstehen, doch Genaueres über einen Wertwandel bei einem Menschen erfahren wir hier nicht; ob, gemäß dem Modell „challenge and response“ nach Toynbee (1986), auch Krisen im Leben eines Menschen eine Rolle spielen, ob sie notwendig sind für einen Wandel und eine Weiterentwicklung; und was man unter solchen Krisen verstehen kann.

Um noch tiefer in die Materie einzutauchen, ist es unumgänglich, an dieser Stelle die Rolle und Herkunft der Werte im Leben eines Menschen aus Sicht der Psychologie zu diskutieren, um dann noch einmal nach dem individuellen Wertwandel fragen zu können.

1.6 Wertpsychologie

„In den Anfängen der Wertforschung zu Beginn des 20. Jahrhunderts ließen sich in der Psychologie drei Herangehensweisen unterscheiden: die phänomenologische, die lebensphilosophische und die neukantianische. Keinem der drei Ansätze gelang es jedoch, so sehr sie sich auch um eine übereinstimmende Basis einer Psychologie der Werte bemühen, allein als Grundlage für weitergehende psychologische Forschung zu dienen (vgl. Sacher 1988, Schlöder 1993)“ (Waschulewski 2002, 3). Eduard Spranger entwickelte als wohl erster eine umfassende Wertpsychologie (Plaum 1986), die außerdem jene drei Denkrichtungen berücksichtigte. So nannte er in seinen „Lebensformen“ (1922) sechs, das Individuum wie die Gesellschaft betreffende Werte (theoretische, ökonomische, ästhetische, soziale, politische und religiöse) und postulierte für diese sogar überzeitliche Idealtypologie (ebd.). Demnach bestimme „die jeweilige Wertorientierung eines Menschen sowohl dessen Handeln als auch dessen Erleben“ (Waschulewski 2002, 3). Jedoch behält Spranger dem „Wert“ eindeutig eine bereits geistig-kulturelle Entwicklung vor; das heißt, die „undifferenziert-einheitliche, lust-unlustbetonte, körperzentrierte „Lebensform“ des Säuglings“ (Plaum 1986, 8) dürfte nach ihm nicht als „Wert“ eingestuft werden. Von einer Entwicklung oder einem Ursprung der Werte zu sprechen ist hier also schwierig; man kann seine Werte als Abstraktionen der Realität oder Teilaspekte sehen (Plaum 1986), rufen wir uns die überzeitliche Idealtypologie vor Augen.

Eine Studie von Waschulewski (2002) konnte zeigen, dass Sprangers Theorie keineswegs veraltet ist. Die Forschungsgegenstände, anhand derer das Erlebenspotential der Sprangerschen „Lebensformen“ überprüft werden sollte, waren „Studienfachwahl“ und „Werbepotpräferenz“ bei 187 Hamburger Studenten aus sieben verschiedenen Fachrichtun-

gen entsprechend der Sprangerschen Wertequalitäten. Dabei legt der „Fragebogen zur Erfassung der Wertorientierungen“ seinen Schwerpunkt nicht auf die Handlungsebene, sondern auf den Erlebnisaspekt. Bezüglich der „Studienfachwahl“ konnte die Überzeitlichkeit der Sprangerschen Wertepsychologie gezeigt werden, hinsichtlich der „Werbespotpräferenz“ nicht.

1.6.1 Wertentstehung aus psychologischer Sicht

Der Psychologe Rudolf Sponcel (2005) schreibt zur Wertentstehung: „All das, was Menschen sein oder haben bzw. nicht sein oder haben möchten, repräsentiert einen Wert (z. B. Gesundheit, Arbeitsplatz, Geborgenheit, Geld, Liebe, soziale Anerkennung und Wertschätzung, Besitz, Fröhlichkeit und Lebensfreude usw. usf.)“. Demnach sind seiner Meinung nach Grundlagen der Werte Empfindungen und Gefühle mit einem Streben- und Vermeidungsprinzip – Bedürfnisbefriedigung und Vermeiden von Unangenehmen.

Genauer, Werten sei eine psychologische Fähigkeit, die einerseits, wie schon oben angeführt, fähig mache, zu empfinden und zu fühlen, und die andererseits die Empfindungen und Gefühle dem Ereignisstrom zuordnen könne. Dabei unterscheidet er zwischen primären und sekundären Werten: primäre, Gefühle und Empfindungen selbst mit den Qualitäten positiv, negativ, neutral und ambivalent, und sekundäre, Ereignisse, Zustände, Dinge, Eigenschaften, die von primären Werte begleitet werden, solche hervorrufen, erwarten lassen oder sonst wie mit ihnen in Zusammenhang gebracht werden (Sponcel 2005).

Ist diese Auffassung von Werten aus psychologischer Sicht durchaus verständlich und brauchbar, so fällt seine Erklärung zu der Herkunft von Werten etwas ungenau aus. „Alles, was im Zusammenhang mit der Förderung bzw. Behinderung von Bedürfnisbefriedigungen steht, kann zur positiven bzw. negativen Wertigkeit führen“ (Sponcel 2005). Diese Aussage passt zur Mangeltheorie von Maslow (vgl. Kapitel 1.5) „Das erklärt, weshalb wir zunächst von den Werten unserer Eltern und der Menschen, die gut zu uns sind, die uns Befriedigung verschaffen, die wir mögen, geprägt werden“ (ebd.). Es bleibt unklar, ob diese Fähigkeit zu empfinden, also zu werten, angeboren ist oder erst erlernt werden muss, und wie sie veränderbar ist.

Eine andere Meinung vertritt der Psychologe und Philosoph Ernst Plaum (1986): Psychologie befasst sich mit Verhalten und Erleben; Wert ist eine Gegebenheit, die ein Individuum besonders hochschätzt, so dass es seine Ziele danach ausrichtet (vgl. auch Rokeach 1973). Also haben wir es bei ihm mit Bezugspunkten von Verhaltensnormen bzw. Richtlinien für das eigene Handeln zu tun. Gleichzeitig charakterisieren Werte einen letzten Sinnbezug des Lebens (Plaum 1986). Im ersten Teil des Kapitels wurde ein attributiver (objektiver) und ein substantieller (subjektiver) Wertbegriff vorgestellt (vgl. Kapitel 1.1.1) – Plaum (1986) unterteilt den subjektiven Wert noch weiter in eine emotionale und eine kognitive Komponente. „Kohlberg z.B., von Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung beeinflusst, glaubt empirische Hinweise auf eine objektive Wertehierarchie gefunden zu haben. Dabei geht er von formalen Gesichtspunkten der Erkenntnisfunktionen aus und versucht daher den Prozess der Entstehung moralischer Prinzipien zu erhellen“ (Plaum 1986, 4). Je weiter sich also ein Kind

entwickelt, desto höher entwickelt sich bei ihm auch das Wertempfinden. Die „höchste“ Moral wäre demnach eine kosmisch-religiöse: der Respekt vor der Würde des Individuums, Leben höher werten als Eigentum und gleiches Recht und Glück für alle (vgl. Plaum 1986).

Zu kritisieren hierbei ist das hierarchische Denken, die „Wertung“ der verschiedenen Werte Kohlbergs. Des weiteren ist das kognitive Vermögen sicherlich eine Voraussetzung für seine höchsten Werte, jedoch keine unbedingte Folgerung.

Als eine andere Theorie der Wertentstehung kann der Konditionierungsansatz gesehen werden: „So entstehen durch Verstärkung eines sozial positiven (lustbetonten) oder negativen (unlustbetonten) Verhaltens in den Lernprozess eine hierarchisch geordnete Verhaltensstruktur von neurologisch eingebahnten Gewohnheiten (habits), Valenzen und Präferenzen mit Motivationscharakter, die Verhalten wie Relais steuern“ (Engelmayer 1977). Triebbedingte Lust-Unlust-Akzente, gepaart mit Lohn und Strafe, Gewohnheiten, Verdrängungen und emotionaler Umlagerungen bedingen also moralische Werte? Skinner (1973) vertritt dazu die Meinung der Abhängigkeit des Verhaltens von der Umwelt: Gut-Schlecht-Wertungen seien das Ergebnis positiver oder negativer Verstärkung durch Lob, Belohnung, Strafe oder Tadel. Das Sollen sei eine Frage der erhofften Verstärkung (S.117). Also, entgegen Kants kategorischem Imperativ gilt nicht ein Handeln aus einer inneren Einstellung heraus gegenüber dem Wert an sich (vgl. Kapitel 1.2.3.), sondern weil die Mitmenschen ein solches Verhalten durch wirksame Verstärkung anerkennen – für das Überleben in der Gesellschaft (Engelmayer 1977, 47-48).

Psychologen wie K. Lewin oder auch W. Köhler (1968) sehen die Wurzeln der Werte in der Bedürfnisnatur des Individuums. Subjektives triebhaftes Begehren und das begehrte Objekt stehen in einem Spannungsfeld, wobei das Interesse der Vektorstrahl ist. „Wertvoll ist, was einen an einem Gegenstand ‚interessiert‘“ (Köhler 1968).

Die einzelnen referierten Theorien der Wertpsychologie seien hier noch einmal zusammengefasst: Werte – als Endpunkte für das menschliche Handeln (Spranger 1922) oder als Neigungen, Gefühle oder Empfindungen mit einem Strebens- und Vermeidungsprinzip verstanden, die durch Förderung bzw. Behinderung entstehen (Sponsel 2005); in anderen Zusammenhängen als geschätztes Objekt, wonach Ziele ausgerichtet werden und Verhaltensformen entstehen, bis hin zum „letzten Sinnbezug“ (Plaum 1986). Zur Wertentstehung wurde auf die Konditionierung eingegangen: triebbedingte Lust-Unlust-Akzente und Lohn bzw. Strafe (Engelmayer 1977) mit dem Hintergrund der Anerkennung in der Gesellschaft (Skinner 1973). Weiter wurde entsprechend der kognitiven Entwicklung eines Kindes bezüglich der Wertfähigkeit argumentiert; mit der Kritik, dass dadurch eine „Wertung der Werte“ vorgenommen und die Fähigkeit zu Werten auf kognitive Fähigkeiten reduziert würde. Und was sagt Sigmund Freud, als Vater der Psychoanalyse, zum Thema Wert?

1.6.2 Sigmund Freud zum Thema Werte

„Die Psychoanalyse ist von Haus aus keine explizite Moral- bzw. Werttheorie. Sie bietet keine Anweisung für ein moralisches Leben, jedoch nehmen Wertkategorien wie z.B. Schuld schon eine zentrale Stellung ein“ (Engelmayer 1977, 52). Fragt man also dennoch vorsichtig

nach der Herkunft von Moralität des Menschen aus psychoanalytischer Sicht, nach Moralsystemen und Verhaltensweisen, nach Wertbezügen, Imperativen und Idealen, so bekommen wir als Antwort, „Moralität (ist) ein unter dem Trieb-Bedürfnisdruck und dem Forderungsdruck der normativen Mächte und Kräfte von außen Gewordenes. Sie ist weder ein Metaphysikum noch ein Theologikum, auch nicht Produkt einer transpersonalen Idealität, sondern ein Kennzeichen des „natürlichen Menschen“ und als solches ein Phänomen der menschlichen Ontogenese (psychische Entwicklung eines Individuums, der Verfasser) und Phylogenese (stammesgeschichtliche Entwicklung, der Verfasser)“ (Engelmayer 1977, 53). Zur Wertfrage liegt die psychoanalytische Basis in Freuds dualistischer Lehre vom Menschen als einem Natur- und Kulturwesen. Der *homme naturel* (Rousseau) strebt nach Lustbefriedigung, hier die Libido, und vermeidet Unlust; daraus folgert sich Wert und Unwert. Das Kulturwesen muss die Triebe regulieren, um an Gemeinschaft und Kulturgesellschaft partizipieren zu können. Mit dem Bild des seelischen Apparats gesprochen: „Der blinden Triebdynamik des Es tritt das autonome Ich mit seinen nach dem Realitätsprinzip auf Verzicht, Anpassung und Konformität bedachten Funktionen entgegen, das dazu (noch) durch das Über-Ich als Repräsentant des soziokulturellen Normsystems angestachelt wird“ (Engelmayer 1977, 54). Wert und Moral sind also technische Qualitäten, Organisationsformen, die die Psyche entwickelt hat, um das Verhalten im Dienste des angepassten, gesunden Lebens zu steuern.

Neueste Erkenntnisse der Neurowissenschaft scheinen solch eine Meinung mit Hilfe von bildgebenden Verfahren (Kernspintomographen) und Massenbefragungen endlich beweisen zu können: „So ist das Gehirn offenbar keine *Tabula rasa*, ein jungfräuliches Blatt Papier, das durch Erziehung und andere Umwelteinflüsse noch ganz nach Belieben beschrieben werden könnte“ (Blech & von Bredom 2007, 111): Sondern der Mensch, habe „einen Moralinstinkt entwickelt, eine Eigenschaft, die von Natur aus in jedem Kind wächst“ (Hauser 2007, 111), auch unabhängig von der jeweiligen Kultur. Umwelteinflüsse können allerdings den Moralsinn formen und überlagern – vergleichbar mit dem Freudschen Über-Ich. Interessanterweise entwickelten Kinder ihr Moralempfinden entsprechend der Rechtsgebung im Laufe der menschlichen Zivilisation, außerdem ähnelt sie Piagets Entwicklungsstufen: schon Säuglinge können zwischen Gut und Böse unterscheiden, Erstklässler finden Rache, ganz nach „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ (im biblischen Israel) legitim, was Kinder im zwölften Lebensjahr schon ablehnen, „weil man Feuer nicht mit Feuer bekämpft“ (Blech & von Bredom 2007, 113). 1495 wurde beim Reichstag in Worms die Rache per Privatkrieg – zumindest auf dem Papier – abgeschafft. Ein weiteres Indiz für eine angeborene Moral sieht Hauser (2007) in dem Ergebnis seiner Studie, in der 526 Testpersonen erklären sollten, weshalb sie sich in einem fiktiven moralischen Dilemma für die eine oder andere Richtung entschieden hätten – mit dem Ergebnis, dass die Probanden es nicht wirklich erklären konnten, es einfach „gefühl“ haben. „Dies sei ein Zeichen, so Hauser, dass die Moral tief im Hirn verwurzelt sei - dem Bewusstsein verborgen“ (Blech & von Bredom 2007, 112).

Selbst Immanuel Kant, der seinen kategorischen Imperativ „Handle so, dass die *Maxime* deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne“ (vgl. Kap. 1.2.3) nach der Vernunft ableitet, lässt in seinen Schriften anklingen, „das moralische Gefühl habe ein jeder Mensch ursprünglich in sich“ (ebd.).

Den letzten Aussagen zufolge scheint es also eine Antwort auf die Frage nach der Herkunft und der Entwicklung von Werten zu geben: Ein gewisses moralisches Grundgefühl sei uns von Natur aus mitgegeben (Hauser 2007). Dann seien Werte, wie schon mehrfach genannt, Objekte des menschlichen Strebens (Köhler 1968, Sponzel 2005), ihrer Bedürfnisse und Triebe, sowie den jeweiligen Bedingungen der Umwelt unterworfen (vgl. Nietzsche, Kapitel 1.2.2). Die Bedürfnisse können durch einen erfahrenen Mangel (Inglehart 2007) gerichtet worden sein. Wir stellen also fest, dass es sehr wohl Ähnlichkeiten zwischen der Wertentwicklung innerhalb einer Gesellschaft und der des Individuums gibt.

Erinnern wir uns wieder an die Kernfragen: Wie steht es mit dem individuellen Wandel von Werten? Braucht der Mensch „challenges“, um Werte zu ändern, sich zu entwickeln? Und wenn ja, wie sehen diese Herausforderungen konkret aus?

1.7 Krankheit und Krise

„Solange der Mensch sein Leben berechnen kann, er vor Überraschungen gefeit ist und sein Auskommen gefunden hat, ist er träge und satt. Aus diesem Alltag kann er nur gerissen werden, indem sein Leben erschüttert wird. Das kann durch die große Liebe geschehen, durch Trennung, Verlust von Arbeit und Besitz. Oder der Mensch wird durch die existenzielle Angst vor Krankheit und Tod wachgerüttelt. Die Endlichkeit des eigenen Seins, immer erahnt, wird plötzlich greifbar. Und indem die verbleibende Zeit knapp wird, werden bisherige Einstellungen, Lebensweisen und Wertvorstellungen überdacht.“ (Rühmkorf 2003, 140)

Krankheit und Tod als Krise und Drehpunkt für Wandel? Dieser These soll sich an dieser Stelle genähert werden – doch zunächst einige Begriffsklärungen:

27, Krise (griech.: *krísi* -), ursprünglich „die Meinung“, „Beurteilung“, „Entscheidung“, bedeutet zunächst „Zuspitzung“, heute versteht man darunter Entscheidungssituation, Wende-, Höhepunkt, Schwierigkeit, Klemme (Das neue Dudenlexikon, 1984). „Eine Krise stellt bisherige Erfahrungen, Normen, Ziele und Werte in Frage und hat oft für die Person einen bedrohlichen Charakter“ (wikipedia e, 2008). Der Ausgang der Situation ist unklar. Wenn die bisherigen Verdrängungsmechanismen nicht mehr greifen und das existierende Problem offen vor Augen liegt, kann das auch eine Krise bedeuten. Ein Ereignis der unmittelbaren Umgebung, das dadurch charakterisiert ist, dass es die Coping- (Bewältigungs-)Ressourcen der Person hinsichtlich adäquater Bewältigung übersteigt, kann als Stress definiert werden (Tschuschke 2003, 43).

Bezüglich der eben dargestellten Definition lässt sich sagen, dass eine Krise Stress bedeutet und Stressmechanismen (Ausschüttung der Hormone Adrenalin und Noradrenalin- und Cortison, Aktivierung des Sympathikus) auslöst. „Krankheiten bedeuten Krisen im Leben eines Menschen; oft sind sie Ausdruck einer Krise. Dies bedeutet zunächst einmal Wendepunkt im Leben oder Aufforderung, das Leben in dieser oder jener Hinsicht zu ändern“ (Rimpau 1998).

Viele wissenschaftliche Studien haben den krankheitsrelevanten Einfluss von chronischem Stress gezeigt, z. B. durch erhöhte Konzentrationen von Adrenalin, Noradrenalin und Cortison im Blut als Determinanten von Gefäßschäden (Bierhaus & Nawroth 2003); doch auch Krankheit an sich ist Stress für den Organismus.

In der Medizin spricht man im ursprünglichen Sinne in der Situation von einer Krise, in der es sich entscheidet, ob das Fieber steigt oder fällt. Man kann also durchaus Krankheit als eine Krise betrachten. Gerade bei der Diagnose der Krebserkrankung, die „in aller Regel immer noch einen Schock beim Betroffenen“ (Tschuschke 2006, VII) auslöst und mit dem schlechthin Bösen identifiziert, ja personalisiert wird (ebd.), ist nicht nur die körperliche Komponente - die körperliche Erkrankung wie die aggressive Behandlung (Chemo-Therapie, Total-Operationen oder Bestrahlung) - ausschlaggebend, sondern auch das, was die Diagnose für den Patienten subjektiv bedeutet. Obwohl auch andere schwere chronische Erkrankungen tödlich verlaufen können und obwohl es sich bei Krebs „nur um eine Sammelbezeichnung unterschiedlichster Formen eines bösartigen Zellwachstums mit größtenteils ganz unterschiedlichen Prognosen“ (Tschuschke 2006, 3) handelt, hat Krebs für viele Patienten zunächst den Stellenwert eines Todesurteils. Soweit Verdrängungsmechanismen greifen, sehen Patienten ihre Endlichkeit und setzen sich mit ihrem vermeintlichen Tod auseinander, und zwar in einer Form, Intensität und Nähe, in der es in unserer westlichen Kultur, in der Tod und Krankheit oft tabuisiert werden, normalerweise nicht der Fall sein würde.

Nach Bering (2005) lässt sich Krebs als Trauma verstehen, in dem man Lebensbedrohlichkeit und völligen Verlust von Kontrolle erfährt. Kontrollverlust in dem Sinne, dass der Patient, eventuell durch eine Chemotherapie physisch und psychisch geschwächt, sein Leben in die Hand der Ärzte geben muss und so einem Behandlungsprogramm „ausgeliefert“ ist; mit der besonderen Komponente, dass das bekämpfte „Böse“ nicht irgendein Virus oder Bakterium ist, sondern der eigene, außer Kontrolle geratene Körper selbst. In solchen Situationen, vergleichbar mit der traumatischen Reaktion, schaukeln die Betroffenen zwischen Intrusion, Vermeidung/Verleugnung und weiteren Abwehrmechanismen. Das heißt, einerseits können die Krebspatienten z. B. in der Intrusionsphase das traumatische Erlebnis in nicht kontrollierbarer Weise wieder erleben, und andererseits versuchen sie in der Vermeidungs-/Verleugnungsphase das Wiedererleben zu vermeiden (Bering 2005). Auch aus dieser Perspektive lässt sich Krankheit also als heftige Krise verstehen. Und wenn es sich um eine nicht mehr heilbare Krankheit handelt, kann man sie als letzte große Krise verstehen.

Inwiefern greift nun die theoretische Überlegung der „Krankheit als Krise“ in der Praxis? Kann man diese Situation wirklich als Wendepunkt im Leben einer Menschen verstehen, wird sie als wirklich so bedrohlich, ja als Trauma empfunden?

Wenn Krankheit als Krise verstanden werden kann und wenn diese Krankheit so fortgeschritten ist, dass sie - ob subjektiv oder auch objektiv - für den Patienten lebensbedrohlich geworden ist, wenn der Patient sich schon in palliativmedizinischer Behandlung befindet; wenn klar ist, dass diese Krise die wahrscheinlich letzte Krise für den Menschen bedeutet, was bedeutet das für diesen Menschen dann? Was wird für ihn in solchen Momenten wichtig? Was hat, im Angesicht des Todes, dann noch Wert? Bleibt der Mensch in seinen bewährten Mustern des Denkens, Fühlens und Handelns, beruft er sich auf bewährte Stützstrukturen, oder greifen in einem solchen Moment - wenn diese inadäquat werden - Verdrängungsmechanismen nicht mehr? Kann man diese letzte Krise, den Tod nahe vor sich zu wissen, als Möglichkeit sehen, Dinge im Leben zu verändern, wozu man vorher nicht den nötigen Anstoß gehabt hätte? Kann das zu einem Moment führen, in dem alte Lebensgewohnheiten und Muster überdacht werden, in dem Werte gewandelt werden?

Kann eine Krebserkrankung lebensbedrohlich werden, so ergeben quantitative Studien zum Thema Lebensqualität gleiche bis bessere Angaben seitens der Todkranken im Vergleich zur Normalbevölkerung (vgl. Hibbeler 2004). Erklären kann ein solches Ergebnis das Konzept von Response shift: Patienten bewerten ihren Gesundheits- und Gemütszustand im Verlauf der Zeit unter anderen Vorzeichen, wie u.a. durch die Veränderung oder Anpassung des Wertsystems (Güthlin 2004). So viele Untersuchungen es zu Response shift bei Krebspatienten gibt (Breetvelt & Van Dam 1991; Brady & Hunt 1993; Schwartz & Feinberg 1999; Sprangers & Schwartz 1999; Jansen, Stiggelbout, Nooij, Noordijk & Kievit 2000; Lepore & Eton 2000; Visser, Smets, Sprangers & Haes 2000; Bernhard, Lowy, Maibach & Hurny 2001; Andrykowski, Hagedoorn, Sneeuw & Aaronson 2002; Sprangers 2002; Güthlin 2004), so unfündig endet die Suche nach Angaben über den genauen Vorgang dieser Wertänderungen, geschweige denn eines dafür geeigneten Messinstrumentes (Güthlin 2004). In dieser Arbeit soll ein erster Schritt in diese Richtung gemacht werden.

1.8 Fragestellungen der Arbeit

Aus dem bisher Zusammengetragenen ergeben sich folgende Fragestellungen:

Frage 1: Erleben sterbenskranke Menschen ihre finale Erkrankung als eine Krise?

Frage 2: Wenn diese zum Tode führende Erkrankung eine Krise für die Menschen bedeutet, wandeln sich dann auch Werte und Verhaltensweisen im Erleben der Patienten?

Frage 3: Kristallisieren sich zentrale „Wertfelder“ heraus, die aktuell und im Rückblick vor und im Verlauf der Krankheit besonders häufig angesprochen werden?

Frage 4: Lässt sich ein empirisch arbeitendes Instrument entwickeln, dass qualitativ und quantitativ sensibel Prozesse des Wertewandels bei Palliativpatienten erfasst?

2 Methodik

2.1 Personen

Die der Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden im Rahmen des Projektes „Lebensqualität und subjektiver Wertewandel onkologischer Patienten“ (gefördert von der Deutschen Krebshilfe e.V., Projekt 70-2435-Kö 2) im Dr. Mildred Scheel Haus der Universitätsklinik zu Köln erhoben. Dieses Haus wurde 1992 mithilfe der Deutschen Krebshilfe eröffnet und der Klinik und Poliklinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie (später Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Visceral- und Tumorchirurgie, Leitung Prof. Dr. A. H. Hölscher) angegliedert. Es dient schwerstkranken onkologischen Patienten als Palliativstation mit bestmöglicher palliativmedizinischer Versorgung.

27, Das Projekt wurde im Zeitraum 2000 bis 2003 von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie unter damaliger Leitung von Prof. Dr. Köhle in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Visceral- und Gefäßchirurgie unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Pichlmaier und mit besonderer Unterstützung der Leiterin des Dr. Mildred Scheel-Hauses, Frau Dr. Jonen-Thielemann, durchgeführt (Nachfolger und aktueller Direktor des Zentrum für Palliativmedizin: Prof. Dr. R. Voltz).

27,76 Patienten des Dr. Mildred Scheel Hauses wurden von März 2000 bis August 2002 psychoonkologisch betreut, woraus sich insgesamt 580 Patientenkontakte ergaben. Aus 426 dieser Begegnungen konnten unterstützende Gespräche entstehen. 34 Patienten gaben die sich daraus ergebenden 135 Kontakte zur Tonkonservierung für Forschung und Lehre frei. Aufgrund des detaillierten Sich-Einarbeitens in jeden einzelnen Patientenfall und des damit verbundenen umfangreichen Codieraufwands (vgl. Kapitel 2.3) wurde eine Zufallsstichprobe (ungef. 50%: N = 18, davon acht weibl. und zehn männl.) aus der vorliegenden Patientengruppe (N = 34) gezogen. Das Material dieser 18 Patienten bildete schließlich die Grundlage der vorliegenden Arbeit, deren psychoonkologischen Betreuung und den daraus entstandenen Interviews (vgl. auch Kärger-Sommerfeld, Diedrich, Obliers & Köhle 2003; Kaerger & Obliers 2004; Obliers & Köhle 2011).

2.2 Thematische Gestaltung der psychoonkologischen Gespräche

Zwar verfolgt die Fragestellung der vorliegenden Arbeit einen etwaigen Wandel von Werten und Verhaltensweisen. Zugrunde liegende psychoonkologische Patientengespräche wurden jedoch bewusst ohne gezielte Fragestellungen geführt und ermöglichten so den Patienten, frei von thematischen Vorgaben von den für sie wichtigen Dingen zu erzählen.

Durch den eingeschränkten Gesundheitszustand der Patienten ist die Länge der Interviews sehr variabel, manchmal war auch kein Gespräch möglich. Fast alle Patienten verstarben während des ursprünglichen Forschungsprojektes. Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden sekundär aus den Interviews gewonnen (Tonaufnahmen, Transkripte).

2.3 Kategoriensystem zum Wertwandel bei Palliativpatienten (KSW-PP)

Zur Beantwortung oben genannter Fragestellungen (vgl. Kapitel 1.8) wurde über mehrere Entwicklungsschritte folgendes Kategoriensystem induktiv entwickelt, mit dem die Aussagen der Palliativpatienten unter wertrelevanten Gesichtspunkten kodiert wurden.

Die Interraterreliabilität lag bei $K = .86$ (Kappa; 2 Codierer).

2.3.1 Kodierung Werte und Wandel

Werte werden dann kodiert, wenn

1. dem Patienten etwas wertvoll ist, also einen Wert für ihn darstellt (vgl. Kap. 1.1.),
2. sie sich im Sinne von Werterfahrungen aufgrund erlebter Ereignissen eingestellt haben. Dazu gehören auch Handlungen und Verhaltensweisen (ausschließlich Punkte II.6. und II.6.).

Die Werte müssen nicht explizit als Wert benannt werden, sondern können auch aus dem Kontext als für den Patienten wichtig kodiert werden. Wenn ein Wert in mehr als eine Kategorie fällt, ist Mehrfachkodierung möglich.

Beispiele: „Die Ruhe ist das Wichtigste!“ (Positiv-Wert: Ruhe)

„Ohne meine Frau wäre ich in meiner Lage verloren.“ (Positiv-Wert: Ehefrau)

„Bevor ich sterbe, will ich wissen, wer Manuels teure Jacke gekauft hat!“ (Positiv-Wert: Kontrolle)

„Aber wenn ich nicht nach Hause komme, dann ist da schon Schmerz, ein ganz bitterer Schmerz.“ (Positiv-Wert: zu Hause sein)

Beim Studium der Krankenakten und mit Rückgriff auf die methodischen Entwicklungen der Vorstudien (Obliers & Köhle 2011) ergaben sich drei Hauptachsen: Die Werte in der Lebensrückschau im Gegensatz zur Lebensgegenwart und Zukunft, in diesem Fall Sterben und Tod, wobei Gegenwart und Sterben fließend ineinander übergehen:

2.3.2 Hauptachse I: Lebensrückschau

Kodiert werden hierunter alle wertbezogenen Inhaltskonzepte der Patienten, welche biographische Aspekte des eigenen Lebens bis zur Krankheitsentwicklung in der Lebensrückschau thematisieren.

Dazu gehören Werte, die folgende Themenbereiche berühren:

Kategorie I.1 Bezugspersonen, soziales Umfeld

Kodiert werden hier alle vom Patienten genannten Konzepte, die andere Personen, relevante Bezugspersonen, Gruppen, soziale Netze und Lebewesen des sozialen Kontextes aus der Vergangenheit des Patienten thematisieren (z. B. Eltern, Geschwister, Ehepartner/-in, Freunde, näheres Umfeld, Haustiere usw.).

Untergategorie I.1.1 Familie

I.1.1.1 Partner

I.1.1.2 Kinder

Unterkategorie I.1.2 Außerfamiliäre Bezugspersonen: Freunde, Bekannte, Haustiere

Unterkategorie I.1.3 Interpersonelle Erfahrungen

Kodiert werden hierunter Erfahrungen, in denen der Patient vergangene Beziehungen, Zusammenhänge, Wechselwirkungen usw. zwischen sich und seinem Umfeld (relevante Bezugspersonen, Gruppe, soziale Netzen usw.) wertbezogen thematisiert.

Beispiel: „Und immer um Hilfe bitten, das ist schon ein schweres Los.“ (Negativ-Wert: Niemandem zu Last fallen)

Kategorie I.2 Bewältigungsstrategien und -verhalten

Kodiert werden in dieser Kategorie Verhaltensweisen, die der Patient bei Bewältigung, Erleben und Durchleben von Krisen bisher, bewusst oder unbewusst, angewandt hat. Da die Strategie nützlich (= wertvoll) zur Alltagsbewältigung gewesen ist, stellen sie einen (funktionalen) Wert dar.

Unterkategorie I.2.1 Allgemeine Verhaltensweisen zur Krisenbewältigung (Verdrängung, Gespräche, Ablenkung, ..)

Beispiel: „Oder ich lese, dann lenke ich mich von meinem eigenen Zustand ab.“ (Positiv-Wert: Ablenkung)

Unterkategorie I.2.2 Alltagsbewältigung, alltägliche Dinge (Essen, Verdauung,..)

Beispiel: „Früher habe ich mir darüber keine Gedanken gemacht, ob ich die Nacht durchschlafen kann oder nicht.“ (Neutral-Wert: alltägliche Dinge, hier Durchschlafen)

Unterkategorie I.2.3 Kontrolle, Autonomie, Arbeit

Beispiele: „Ich war immer mein eigener Chef“ (Positiv-Wert: Autonomie)

„Ich hatte immer selbst die Fäden in der Hand.“ (Positiv-Wert: Kontrolle)

Unterkategorie I.2.4 Religion, Spiritualität

Beispiel: „Wenn ich nicht mehr weiter wusste, habe ich gebetet, das hat dann geholfen!“ (Positiv-Wert: Gebet)

Kategorie I.3 Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen

Kodiert werden hier Patientenaussagen, in denen persönlich relevante, wertbezogene Haltungen thematisiert werden.

Beispiel: „Ein Grundwert ist für mich soziale Gerechtigkeit, das zieht sich durch die ganze Zeit.“ (Positiv-Wert: Soziale Gerechtigkeit)

Kategorie I.4 Umgebung, Versorgung

Kodiert wird hier der Wert für den Patienten, in einer vertrauten Umgebung (zu Hause) zu sein und, ob körperlich, seelisch oder finanziell, gut versorgt zu sein.

Unterkategorie I.4.1 Zu Hause sein

Beispiel: „Zu Hause ist es doch immer am schönsten gewesen.“ (Positiv-Wert: Zu Hause sein)

Unterkategorie I.4.2 Versorgung

Beispiel: „Ich habe mich eigentlich nie darum gekümmert, dass ich einmal gepflegt werden müsste.“ (Negativ-Wert: Versorgung)

Kategorie I.5 Lebensfazit:

Kodiert werden hier Konzepte, in denen der Patient eine Art Resümee über sein Leben zieht.

Beispiele: „Ich habe eigentlich ein schönes Leben gehabt.“ (Positiv-Wert: Eigenes Leben)

„Schon früher hab ich immer alles, was ich so erlebt habe, im Tagebuch festgehalten.“ (Positiv-Wert: Resümee ziehen)

Kategorie I.6 Zentrale biographische Themen und Lebensmuster

In dieser Kategorie werden zentrale Themen und (Lebens)muster im Leben der Patienten kodiert, die zwar keinen Wert im engeren Sinne darstellen, jedoch für das bessere Verständnis der Wandlung der Patienten bzw. ihrer wertassoziierten Erfahrungskondensate benötigt werden. Diese Kategorie dient als Erweiterung des Kategoriensystems.

Beispiele: „Ich hab mich mein Leben lang schuldig gefühlt.“ (Positiv-Thema: Schuld)
„Alles, was man nicht alleine macht, wird nichts; man kann sich nur auf sich selbst verlassen“ (Negativ-Beispiel: Vertrauen in andere Personen).

2.3.3 Hauptachse II: Lebensgegenwart

Kodiert werden hierunter alle wertbezogenen Inhaltskonzepte, die gegenwärtige oder künftige Aspekte des eigenen Lebens mit Eintritt der Krankheit thematisieren. Dazu gehören Werte, die folgende Themenbereiche berühren (Erklärungen und Beispiele s.o.):

Kategorie II.1 Bezugspersonen, soziales Umfeld

(Definition s. I.1 mit Unterpunkten)

Unterkategorie II.1.1 Familie

Beispiel: „Auf einmal ist es mir ganz wichtig, meine Familie bei mir zu haben.“
(Positiv-Wert: Familie)

II.1.1.1 Partner

II.1.1.2 Kinder

Unterkategorie II.1.2 Außerfamiliäre Bezugspersonen: Freunde; Bekannte, Haustiere

Unterkategorie II.1.3 Interpersonelle Erfahrungen

Kategorie II.2 Bewältigungsverfahren, -verhalten

(Definition s. I.2)

Unterkategorie II.2.1 Allgemeine Verhaltensweisen zur Krisenbewältigung

Beispiel: „Die Gespräche mit der Psycho-Onkologin sind richtig befreiend für mich.“
(Positiv-Wert: psychoonkologische Betreuung)

Unterkategorie II.2.2 Alltagsbewältigung, alltägliche Dinge (Essen, Verdauung, Schlafen)

Beispiel: „Man wird bescheidener.“ (Positiv-Wert: Alltägliche Dinge)
„Früher selbstverständliche Dinge werden mir jetzt wichtig, wie zum Beispiel durchzuschlafen.“ (Positiv-Wert: Durchschlafen)

Unterkategorie II.2.3 Autonomie, Kontrolle, Arbeit

Beispiel: „Ich möchte zu gerne wissen, ob mein Schwiegersohn das Haus meiner Eltern auch wirklich für meine Enkel behält.“ (Positiv-Wert Kontrolle)
„Schrecklich, wenn man um alles bitten muss und für jeden Schluck Wasser klingeln muss.“ (Positiv-Wert: Autonomie)

Kategorie II.2.4 Religion, Spiritualität

Beispiel: „Trotz meiner Krankheit erlebe ich Gott mehr als vorher.“ (Positiv-Wert: Gott)
„Ich freue mich richtig auf den Besuch meines Seelensorgers – mit ihm zu sprechen tut mir gut.“ (Positiv-Wert: Gott)

Kategorie II.3 Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen

(Definition s. I.3)

Beispiel: „Gerade in der meiner jetzigen Krankensituation wird mir die Nächstenliebe immer wichtiger.“ (Positive Wertverstärkung: Nächstenliebe)

Kategorie II.4 Umgebung, Versorgung

(Definition s. I.4)

Unterkategorie II.4.1 Zu Hause sein

Unterkategorie II.4.2 Versorgung (nicht nur im häuslichen Bereich, sondern auch in entsprechenden Einrichtungen wie z.B. im Hospiz)

Beispiel: „Ich bin noch nie so gut gepflegt worden wie hier im Mildred-Scheel-Haus!“
(Positiv-Wert: Versorgung)

Kategorie II.5 Lebensfazit

(Definition s. I.5)

Beispiel: „Alles in allem kann ich auf ein gelungenes Leben schauen.“
(Positiv-Wert: Lebensfazit)

Kategorie II.6 Zentrale biographische Themen und Lebensmuster

(Definition und Beispiele s. I.6)

2.3.4 Hauptachse III: Krankheit und Sterben

Kodiert werden hier Themengebiete, die sich - in der Regel - erst mit Auftreten der Krankheit für den Patienten eröffnen und die Gegenwart und nahe Zukunft mit den Bereiche ‚Krankheit‘ und ‚Sterben‘ thematisieren.

Kategorie III.1 Einstellung zum Sterben

Kodiert werden hier alle vom Patienten in Beziehung gebrachten Vor- und Einstellungen zum Thema Tod und Sterben.

Beispiel: „Ich wünsche mir einen schönen Tod ohne Kampf und Leiden.“ (Positiv-Wert: Sanftes Sterben)

Kategorie III.2 Schmerzfreiheit

Diese Kategorie entsteht erst durch die Schmerzerfahrung bei schwerer Krankheit.

Beispiel: „Mein größter Wunsch wäre ein Tag ohne Schmerzen.“ (Positiv-Wert: Schmerzfreiheit)

Kategorie III.3 Medizinisches Umfeld

Konzepte, in denen der Patient seine gegenwärtigen Erfahrungen mit Krankenhäusern, Ärzten, Pflegepersonal, Behandlungsumfeld, Beziehungen zu den Behandelnden etc. thematisiert. Genauere Unterteilung in:

Unterkategorie III.3.1 Empathie von Ärzten und Pflegepersonal

Kodiert werden hier Aussagen der Patienten, die sich auf das Einfühlungsvermögen der Ärzte und des Pflegepersonals beziehen.

Beispiel: „Dieser Arzt hat mir die Diagnose Krebs einfach so an den Kopf geworfen!“
(Positiv-Wert: Empathie)

Unterkategorie III.3.2 Fachkompetenz

Kodiert wird hier das Vertrauen der Patienten in das ärztliche Fachwissen und die Erfahrung mit der Krankheit.

Beispiel: „Nach einer langen Odyssee sind wir endlich beim richtigen Arzt gelandet.“
(Positiv-Wert: Fachkompetenz)

Unterkategorie III.3.3 Umgebung

Kodiert werden hier alle vom Patienten genannten Aussagen über das Ambiente der Klinik/des Hospizes (der Einfluss auf das/bezüglich des allgemeinen Wohlempfindens).

Beispiele: „Nachdem ich von diesem furchtbaren dunklen Bunker ohne Grün in mein freundlichen Zimmer hier her gekommen bin, ging es mir gleich schon viel besser.“ (Positiv-Wert: Umgebung)
„Hier wird man ja noch kränker, als man ohnehin schon ist.“ (Positiv-Wert: Umgebung)

Kategorie III.4 Austausch mit Betroffenen, Selbsthilfegruppen

Kodiert wird hier der Wert für Patienten, Menschen zu begegnen, die sich in derselben Situation (der unheilbaren Krankheit) befinden.

Beispiel: „Hier versteht man sich, ohne viel erklären zu müssen.“ (Positiv-Wert: Austausch mit Betroffenen)

2.3.5 Kodierung

Gekennzeichnet wird in den folgenden thematischen Punkten I. zu II.

ob in den entsprechenden Themenbereichen durch die und mit der Krankheit eine Wert- oder Verhaltensverschiebung stattgefunden hat. Bei Wertveränderungen werden in II. zunächst die ursprüngliche Wertqualität aus I. gesetzt und direkt dahinter die neue Wertqualität, sodass auf einen Blick in II. klar, inwiefern sich der Wert gewandelt hat.

Bei sich nicht ändernden Werten wird in II. nur ein Zeichen, dasselbe wie in I., gesetzt.

Unterschieden werden vier *Wertqualitäten*:

- = negativer Wert
- + = positiver Wert
- +/- = ambivalenter Wert
- 0 = neutraler Wert/keine Information

Wertveränderungen werden mit folgenden Notationen kodiert:

- + = Gleichbleibender positiver Wert
- = Gleichbleibender negativer Wert
- +/- = Gleichbleibender ambivalenter Wert
- 0 = Gleichbleibender neutraler Wert
- ++ = Verstärkung des positiven Wertes
- = Verstärkung des negativen Wertes
- +/-- = bei vorher ambivalentem Wert Verstärkung des negativen
- ++/- = bei ambivalentem Wert Verstärkung des positiven
- 00 = Verstärkender neutraler Wert
- + → - = Wertänderung von positiv zu negativ
- + → +/- = Wertänderung von positiv zu ambivalent
- + → 0 = Wertänderung von positivem zu neutralem Wert/keiner Information
- → + = Wertänderung von negativ zu positiv
- → +/- = Wertänderung von negativ zu ambivalent
- → 0 = Wertänderung von negativem zu neutralem Wert/keiner Information
- +/- → + = Wertänderung von ambivalentem Wert zu positivem
- +/- → - = Wertänderung von ambivalentem Wert zu einem negativen
- +/- → 0 = Wertänderung von ambivalentem Wert zu neutralem/keiner Information
- 0 → + = Wertänderung von neutralem Wert/keiner Information zu positivem Wert
- 0 → - = Wertänderung von neutralem Wert/keiner Information zu negativem Wert
- 0 → +/- = Wertänderung von neutralem Wert/keiner Information zu ambivalentem Wert

Da sich die Hauptachse III. auf medizinische Einrichtung, Schmerzen sowie den Umgang mit Sterben und Tod bezieht, sind hier zumeist durch die Krankheit neu entstandene Werte zu vermerken. Auch das wird mit zwei Zeichen verdeutlicht.

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der mit dem KSW-PP kodierten Patientenaussagen werden zunächst für die Einzelfall-, anschließend für die Gruppendarstellungen präsentiert.

3.1 Einzelfalldarstellungen

Exemplarisch sollen im Folgenden drei Patientenbeispiele zum Wertewandel aufgeführt werden: erstens Negierung der aktuellen Situation und damit Verharren in alten Mustern, zweitens frustrane Bemühungen, die Veränderungsmöglichkeiten zu realisieren und drittens Erkennen inadäquater Verhaltensmuster mit daraus resultierendem Wertewandel angesichts des Todes.

3.1.1 Frau La.: Beispiel für Herkunft und Verhärtung von Werten und Mustern

Im Jahr 1964 wird bei Frau La (Alter unbekannt) eine Billroth I- (spezielle Form der Magen-Teilresektion) und 1968 eine Billroth II-Operation (spezielle Form der Magen-Teilresektion) bei rezidivierender Ileitis (entzündliche Erkrankung des terminalen Dünndarmabschnittes) und mehrfachen Ileus (Darmverschluss) durchgeführt. Wegen Cholezystolithiasis (Gallensteine) wird der Patientin im Jahr 1979 die Gallenblase entfernt (Cholezystektomie). Seit 1964 besteht eine chronische Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung). Außerdem gehen aus der Krankenakte Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus Typ II sowie Hepatitis B und C hervor. 1988 wird bei Frau La die Diagnose Mamma-Karzinom gestellt, worauf im selben Jahr eine Mamma-Ablation (Brustabtrennung) mit chemotherapeutischer Anschlussbehandlung durchgeführt wird. Im Jahr 2004 werden ossäre Metastasierungen in Oberschenkel und im linken Brustkorb festgestellt und ein palliatives Therapiekonzept besprochen. Im Mildred-Scheel-Haus wird sie wegen ihrer Schmerzen bestrahlt.

Wegen der langen Krankengeschichte wird ein Betreuungsantrag gestellt, der wegen einer unverschuldeten Kontopfändung zur Entmündigung der Patientin führt. Von der Betreuung fühlt sich die Patientin in keinsten Weise unterstützt, die Situation belastet die Patientin sehr.

Die resümierende Lebenserfahrung der Patientin ist folgende: „Ich war mein ganzes Leben über stark für andere, bin ausgenutzt und belogen worden und habe kämpfen müssen.“ Demgegenüber kann sie es schlecht aushalten, wenn sie Hilfe erfährt, wie aktuell im MSH. Es ist ihr peinlich („Und ich sehe ja, die geben sich hier alle Mühe. Das ist mir aber so peinlich.“). Ihre Angst ist, andere zu belasten und bei angenommener Hilfe dafür zahlen zu müssen, oder, wenn sie „schwach“ wird, „in die Klappe“ zu kommen. „Dann kriege ich direkt wieder Angst, ich belaste andere Leute, dann wird wieder von hier wieder etwas gefordert und von dort wieder“.

Es ist also das kleinere Übel, in ihrer Enttäuschtheit der Menschheit gegenüber aufzugehen, als Hilfe anzunehmen und anderen sich zuzumuten („Sonntag haben es alle wieder abbekommen, ist für alle eine Last, das tut mir leid, ich mache alle Leute kaputt“).

In den psychoonkologischen Gesprächen erlebt man die Patientin weitgehend unzufrieden und misstrauisch anderen gegenüber. Niemand könne es ihr recht machen, alle seien gegen sie („Alle Leute verarschen mich“). An manchen Tagen belastet sie das: „Die Armen hier, die kriegen es ja auch all‘ ab. Die sind ja so lieb (...) Dann kann ich nachher wieder nicht schlafen.“

Biographischer Hintergrund:

In jungen Jahren von ihrem Vater missbraucht, steht Frau La mit acht Jahren „barfuß und halbnackt“ vor der Tür einer Ärztin, die sie bei sich aufnimmt und auch in den nächsten Jahren unterstützt. Weiter ist bekannt, dass sie sich zur Krankenschwester ausbilden lässt und ihrem Mann so das Studium sowie das gemeinsame Haus finanziert. Die Ehe scheint bis zu diesem Zeitpunkt stabil zu sein, obwohl es schon „zur Sache ging (...), mein Olle hat mir Zoff gemacht“.

Mit dreizehn Monaten stirbt der jüngere von zwei Söhnen. Dieses stark traumatische Erlebnis wirkt weitreichend nach: Sie erleidet mehrere Zusammenbrüche, erlaubt sich aber auf Bitten ihres Mannes kein Ausruhen. Psychologische Betreuung hätte sie sich zwar gewünscht, habe es aber zu jener Zeit nicht gegeben, auch nicht im Krankenhaus. Schließlich begeht ihr Mann Ehebruch, wird gewalttätig und die Ehe zerbricht. Um ihren älteren Sohn und sich „durchbringen“ zu können, arbeitet sie tags wie nachts. Wegen Überforderung bringt sie ihren Sohn im Internat und letztendlich bei einer Pflegemutter unter. Sie verliert mehr und mehr den Bezug zu ihm, so dass sie zum Zeitpunkt des Interviews schon länger keinen Kontakt mehr zu ihm hat.

In ihrer eigenen Familie musste die Patientin ähnliche Erfahrungen wie vermutlich in ihrer Herkunftsfamilie machen, nämlich dass sie sich nur auf sich verlassen kann und muss. Ausruhen ist für sie gleichbedeutend wie Hilfe-annehmen, auf andere angewiesen sein, betrogen werden und aufgeben. In ihrem subjektiven Verständnis ist „Hilfe annehmen“ mit „in die Klapse kommen“ gekoppelt.

Einer der wenigen Menschen, auf den sie sich im Leben verlassen konnte und der sie verteidigt hat, war ihr älterer Sohn („Da hat der Junge mit einem Messer in der Hand da gestanden und gesagt: ‚Ich lasse die (Gerichtsvollzieher) nicht hier rein, ich gehe nicht zur Schule, ich lasse dich hier nicht alleine.‘“). Ihm gegenüber hat sie deswegen ein schlechtes Gewissen. Sie möchte ihm nicht noch mehr zur Last fallen („Er hat schon genug durchgemacht“) und traut sich in ihrem letzten Lebensabschnitt, in dem sie noch „alles regeln“ möchte, nicht, sich bei ihm zu melden. Gleichzeitig hat sich wieder die Erfahrung für sie wiederholt, dass sie sich lieber nicht auf andere verlassen möchte, da sie hinterher stark enttäuscht wird.

Als gute Erfahrung lässt sich die Beziehung zu ihrer Pflegemutter vermerken. Zu ihr hatte sie anscheinend einen guten Kontakt. Von ihr wurde sie aufgenommen in einer Situation, in der sie wirklich auf Hilfe angewiesen war, und sie erlebte, nicht abgewiesen zu werden. Auch beim Tod ihres Sohnes ist sie für sie da („Sie hat mich fast getragen aus der Kirche, als der jüngste Sohn gestorben ist“). Weiter bekommt Frau La im MSH überraschend Besuch von einer langjährigen Freundin. Eine weitere gute Erfahrung kann man im Verhältnis zur Psychoonkologin finden: Trotz all der schlechten Erfahrungen mit Menschen ist sie in der Lage, nach einigen Kontakten und viel Geduld seitens der Psychoonkologin Vertrauen zu dieser

fremden Person zu fassen. Auch wenn Frau La sie manches Mal schroff abweist, macht sie dennoch deutlich, wie wichtig sie ihr ist („Da freue ich mich auch, dass ich mit Ihnen sprechen kann“). Durch das aufgebaute Vertrauen kann sie bei ihr zum ersten Mal von ihren Traumata erzählen.

Ihre Krankheit bedeutet für die Patientin Kraftlosigkeit und auf andere angewiesen zu sein. „Es ist schwer zu ertragen und verzweifelt mich, dass ich das alles habe durchmachen müssen und jetzt als unmündig erklärt werde“. Genau die Instrumente, die ihr Leben lang für sie überlebensnotwendig waren, werden ihr in der Krankheitssituation genommen, nämlich Autonomie und Kraft. So kann man die Bedeutung der Krankheit für Frau La als Krise begreifen, wie einen weiteren Stein begreifen, den ihr das Leben in den Weg legt – eine Bestätigung ihrer bisherigen Erfahrungen.

Frau La bleibt sich in ihren Werten und Ansichten treu. Sie verlässt ihre Werte und ihre Art nicht - diese verfestigen sich eher -, aber es sind diese „Lichtmomente“ zu verzeichnen, in denen sie mit der Psychoonkologin reflektiert und erstmalig über ihre Traumata sprechen kann.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie aufgrund des autobiographischen Hintergrundes Werte entstehen können und wie sie in einer großen Krise bestehen bleiben können.

3.1.2 Frau Le: Beispiel für einen Fastwandel

Bei der 74-jährigen Patientin wird im April 2000 die Erstdiagnose eines kleinzelligen Bronchialkarzinoms mit Metastasierung in die Aderhaut des linken Auges gestellt. Im Sommer desselben Jahres wird die Chemotherapie des Bronchialkarzinoms eingeleitet, sowie im September und Oktober eine Radiatio (Bestrahlung) des linken Auges. Zum Zeitpunkt der Einweisung in das MSH im Oktober 2000 ist das linke Auge erblindet; Frau Le leidet wegen ossärer Metastasierung unter Schmerzen im Kreuzbein, in der Lendenwirbelsäule und im linken Hemithorax (Brustkorbhälfte) sowie unter Dyspnoe (Luftnot) und Müdigkeit. Die Patientin wird vom Personal des MSH als unruhig und zeitweise depressiv erlebt (vgl. Hibbeler 2004, 46f).

Frau Le ist ein religiöser Mensch. Vor ihrer Erkrankung war sie sehr aktiv im Gemeindeleben, nahm an Wallfahrten und Gebetsgemeinschaften teil. Jetzt, da sie diesen Aktivitäten nicht mehr nachgehen kann, betet sie. Das gibt ihr einerseits große Kraft, strengt sie aber auch an. Ihr Verhältnis zu Gott erscheint insgesamt ambivalent, denn Frau Le betet nicht nur, weil es ihr vermeintlich Kraft gibt, sondern weil sie glaubt, man müsse sich die Aufnahme in den Himmel erarbeiten. Gott habe das Schicksal für jeden festgelegt; sich dem zu widersetzen bedeute, gegen Gott zu sein.

Frau Le bemüht sich, sich ihrem Schicksal gern hinzugeben, doch es fällt ihr gleichzeitig sehr schwer („Der Wurm krümmt sich vor dem Tod“). Sie fragt sich, warum gerade sie dieses Leid erfahren muss, „verbietet sich diese Frage aber gleichzeitig, indem sie sagt, es gebe für sie keinen Grund zum Klagen, denn es gebe noch viel schlimmeres Leid auf der Welt“ (Hibbeler 2004, 45).

Nach ihrer persönlichen Krankheitstheorie sieht die Patientin den Grund für die Krebserkrankung in ihrer eigenen Persönlichkeitsstruktur: „Ich war immer mehr so ruhig. Und ich glaube, diese Menschen werden auch mehr so krank, so denkt man. Mehr hineindenken, mehr hineinleiden.“ Außerdem habe sie wenig für sich gesorgt, immer nur für ihre Kinder, denen sie jetzt aber nicht zur Last fallen will. Auch mit dieser Einsicht ist es ihr jetzt noch, als Todkranke, ein Herzenswunsch weiterzuleben, um „noch gern für die Kinder etwas (zu) tun. Nicht für mich selbst“.

Ihr letzter Wunsch ist es, „einen guten Tod“ (ohne Leid und Schmerz) zu sterben; doch auch den erlaubt sie sich nicht zu verlangen, ein guter Tod sei nur wirklich Frommen vorbehalten. Gemäß ihres Glaubens folgt nach dem Sterben die letzte Reinigung im Fegefeuer, wo „der letzte Heller bezahlt wird“ und im Anschluss daran die Ewigkeit.

Bei der Patientin lässt sich das Grundprinzip ‚Aufbäumen versus Sich-Ergeben‘ in ihrem ganzen Wesen finden („ja, das liegt in meinem Charakter. Das Aufbäumen und dann wieder dieses Sich-Ergeben.“) (vgl. Hibbeler 2004, 45ff.). Dieses Prinzip lässt sich auch im Konflikt „Hospiz“ versus „zu-Hause-sein“ finden: Anfangs möchte sie nichts lieber als nach Hause („Aber wenn ich nicht nach Hause komme, dann ist da schon Schmerz, ein ganz bitterer Schmerz“). Sie hat etwas, wogegen sie sich „aufbäumen“ kann. Denn ihr von Gott gewolltes Schicksal ist es, im Anschluss an das MSH in einem Hospiz zu sein und ihre Krankheit zu erleiden. Schließlich entscheidet sie sich für einen Umzug nach Hause, das Sich-Ergeben unterliegt. Es scheint, als würde sie für sich und ihre Bedürfnisse eintreten. Doch dann kommt der entscheidende Punkt, sie kann sich frei entscheiden: „Jetzt könnte ich entscheiden, aber ich soll das selbst entscheiden. Da kommen wohl auch schwere Stunden, wenn ich da allein im Haus bin“. Ihr steht die Rückkehr nach Hause offen, es geht nur noch um ihr Wohlbefinden. An dieser Stelle kippt die Situation. Es stellen sich bei ihr Zweifel ein: „Nachts habe ich Angst, dann bin ich so allein“ - obwohl sie sich vorher sehnlichst Ruhe gewünscht hat („draußen der Lärm von der Strasse, der tut mir mitunter weh (...) die Wände sind so dünn, (...) unangenehme Geräusche von Nachbarn“). Vor allem fürchtet sie, zu Hause einsam und unverorgt angesichts ihrer Krankheit zu sein. Also entscheidet sie sich gemäß ihres gottgegebenen Schicksals für das ungeliebte Hospiz („Es ist eigentlich ein totes Haus. Es ist ein Totenhaus. So denke ich mitunter“).

Diese Entscheidung lässt sich als Bild gegen die Freiheit sehen. Der Umzug nach Hause, der vielen Werten von ihr entsprochen hätte (Familie, soziales, bekanntes Umfeld, ihre Katze, Kirche, Ordnung, Ruhe), hätte für sie zu sehr ein Sich-Aufbäumen bedeutet sowie eine Abkehr von Gott - mit der Angst, dann auch wirklich seine Strafe fürchten zu müssen und unter Qualen zu sterben. Ein Thema, das mit gestreift wird, ist ihre Wertsetzung: Leiden gleichbedeutend mit Größe (Jesus) und Aufbäumen gleichbedeutend mit Strafe („da muss ja der letzte Heller bezahlt werden, es muss ja alles abgetragen werden. Da ist ja die letzte Reinigung“).

In der Situation auf der Palliativstation bleibt sie in der ihr bekannten und geschätzten Situation der Sich-Ergebenden: „Ich habe mich immer so aufgelehnt über die Aufenthalte, aber mittlerweile habe ich mich daran gegeben (...). Wohin soll ich auch sonst? (...) Und ich hatte gedacht, ich will doch zu Hause sterben“.

Diese innere Auseinandersetzung lässt sich als eine Krise für die Patientin werten, ausgelöst durch die Krankheitssituation. Ob es eine ähnlich entscheidende Krise dieser Art schon einmal gegeben hat, ist nicht recherchierbar. Einen Moment schien es, Frau Le würde in dieser vermutlich letzten und für sie sehr wichtigen Krise ihr Lebensmuster und ihre Werte ändern. Doch die bewährten Verhaltensweisen, ihr tiefer Glaube und wahrscheinlich auch die Angst vor Neuem hielten sie davon zurück.

Frau Le ändert ihr Verhalten und ihre Werte nicht. Doch dieses Beispiel zeigt den interessanten Verlauf eines Fast-Wandels, verbunden mit dem inneren Kampf der Patientin.

3.1.3 Frau We: Beispiel für Wandel

Im Jahr 1999 erhält Frau We (Alter unbekannt) die Diagnose eines Kolonkarzinoms rechts (Krebs des rechten Dickdarms), worauf eine Hemikolektomie rechts (Entfernung der rechten Dickdarmschlinge) durchgeführt wird. Zwei Jahre später spürt die Patientin Schmerzen in der Brust. Röntgenaufnahmen und eine Bronchoskopie bestätigen den Verdacht auf Metastasen in Pleura (Rippenfell) und Lunge. Es wird eine Chemotherapie eingeleitet, auf die Frau We mit starker Übelkeit reagiert. Wegen rezidivierender Pleuraergüsse leidet Frau We unter Dyspnoe (Luftnot), des Weiteren hat sie starke Schmerzen. An manchen Tagen ist Frau We so elend zu Mute, dass sie das Gefühl hat zu sterben.

Frau We kann ein Lebensfazit ziehen: „Ich hab eigentlich ein schönes Leben gehabt.“ Ihre Männer, drei an der Zahl, „waren wirklich gut“. Zu den Beziehungen zu ihnen äußert sie: „Ich hab mich von keinem da irgendwie beeinflussen lassen.“ Es wird sehr klar, dass sie die Oberhand gehabt haben muss.

Von ihrem zweiten Mann, den sie sehr geliebt hat, stammt ihr einziger Sohn. Aus dessen Ehe entspringt ihr Enkelsohn, ihr „Sonnenschein“, der eigentlich immer mehr ihr Sohn als der seiner Mutter war und der für sie der wichtigste Mensch im Leben ist. „Für den Enkel musst du noch ein bisschen dableiben.“ Ihre Sorge ist, „dass das, was du (sie) dem Manuel (Enkel) zgedacht hast (hat), er auch bekommt.“

Das Thema Familie ist der Patientin sehr wichtig, doch fühlt sie sich von ihr allein gelassen. Als Eröffnung des ersten Gespräches sagt sie: „Aber wenn man nachher alt wird (...), dann ist man dann allein. Und das ist manchmal recht schwer.“ Von ihrem Sohn und dessen Frau fühlt sie sich nicht unterstützt. „Mein Sohn, der hat seine Frau, alle weg sonst“ - und gerade bei ihrem Sohn vermutet sie „dass er gesagt hat, er sorgt dann für mich, dann wusste ich genau, dass es nur ums Geld geht.“ All ihre Bekannten und Freunde sind schon gestorben. Mit ihrer Mutter, mit der sie zu Lebzeiten Streitigkeiten hatte, unterhält sie sich in ihren Träumen jetzt friedlich aus der Distanz des Alters und fühlt sich ihr sehr nah.

Zu ihrer Schwiegertochter hat Frau We nie ein gutes Verhältnis gehabt. Beim Aufzählen ihrer Familie nennt sie „einen Sohn, einen Enkel. Natürlich auch eine Schwiegertochter, aber die ist nicht eng mit drin.“ Sie selbst wirft ihr Egoismus vor („das ist ein Mensch, die sagt ‚Ich!‘ - und dann komme eine ganze Weile nichts“) und vermutet Neid auf ihr Verbündnis mit dem Enkel. Vorfälle mit der Schwiegertochter, die die Patientin gegen sich gerichtet sieht,

strengen sie sehr an: „Ist was passiert, Ende der Woche, das hat mir bald den Verstand gekostet.“

Auch das Thema Sterben beschäftigt die Patientin: Frau We möchte gerne sterben („das wäre wunderschön, wenn du morgen nicht mehr wach werden bräuchtest“), um nicht mehr allein, sondern bei ihren Lieben zu sein. Doch sie möchte auch weiter leben, weil sie ihren Enkel nicht gut versorgt sieht. Sterben ist bei ihr zunächst mit Schmerzen gekoppelt: „Ach ja, mein Moxy (Kater). Der ist gestorben an Zahnschmerzen“. Immer wieder hat die Patientin das Gefühl, sterben zu müssen; krankheitsbedingt ist ihr klar, dass sie in absehbarer Zeit stirbt. Sie berichtet von einzelnen Situationen, die sich wie Sterben anfühlen: „Aber das Wochenende habe ich auch gedacht, ich muss sterben.“ Sie begründet das so: „Und dann liegt man da allein. Gebrochen habe ich, mir war es übel, ich konnte nicht geradeaus gucken, also es war fürchterlich (...). Das noch zu den Schmerzen – solche Schmerzen, die allein reichen mir schon.“ So fühlt sich für die Patientin also Sterben an: Einsamkeit, Schmerzen, Übelkeit. Jedoch macht sie die Erfahrung, dass sie in solchen Situationen nicht gestorben ist. Wegen ungeschöner Beispiele von Bekannten, die an einer Krebserkrankung verstarben, hat Frau We vor dem weiteren Krankheitsverlauf und dem Sterben große Angst.

Die Situation ändert sich mit dem Tod des Vaters der Schwiegertochter, was Grund zur Versöhnung mit ihrer Schwiegertochter wird („Schwiegertochter hat das erste Mal ‚Omi‘ zu mir gesagt. Da war ich in die Familie aufgenommen“). Jetzt hätte sie zwar gern Zeit, die schöne Situation zu leben, zum andern ist die Patientin empört darüber, dass dieser Bekannte, mit dessen Tod niemand gerechnet hat, ihr mit dem Sterben „zuvor kommt“. Sie fühlt sich betrogen - „Ich bin ja nicht verrückt auf das Sterben, aber es passt alles nicht mehr in den Zeitenablauf“. Es ist eine Ungerechtigkeit an der Patientin geschehen, etwas außerhalb ihrer Kontrolle. Das trägt dazu bei, dass sie mehr vom Festhalten am Leben abkommt und jetzt wirklich sterben möchte. Die familiäre Versöhnung, die Zusage ihres Sohnes, nicht allein zu sein („sei doch glücklich, dann bleibst du uns noch ein bisschen erhalten“) und die Empörung darüber, dass ihr jemand mit dem Sterben zuvor gekommen ist, erleichtern ihr das Sterben. Eine Bestätigung dieser Annahme sieht man in der Begrüßung der Patientin gegenüber der Psychoonkologin einen Tag nach der Versöhnung: „Ich will sterben“, sie setzt noch hinzu „Aller Abschied tut weh.“. Für ihren Enkel müsse sie jetzt auch nicht mehr leben, „der braucht mich nicht mehr“ entgegnet sie. Wenig später stirbt sie.

Der Wert „Autonomie“ („Ich war immer ein selbstständiger Mensch“) ändert sich bei der Patientin nicht, im Gegenteil: Obwohl sie merkt, dass ihre Selbstständigkeit durch ihren gesundheitlichen Zustand bedroht wird und sie deutlich darunter leidet („Schrecklich, wenn man um alles bitten muss“), gewinnt dieser Wert noch eher an Bedeutung: „Ich darf mich hier (im MSH) nicht verwöhnen lassen, dass ich alles gemacht kriege, ich muss das alleine machen, wenn ich wieder zu Hause bin“. Als sie merkt, dass sie nicht mehr so kann, wie sie gerne hätte, ist für sie die Konsequenz klar: „(Wenn man um alles bitten muss) dann macht das Leben keinen Spaß.“. Dieser Wert findet sich schon früh in ihrem Leben, zumal sie ohne Vater aufwuchs, der Vater ihres Sohnes früh starb, sie so allein zurechtkommen musste und sie insgesamt von sich sagt: „Ich wusste immer, was ich wollte.“

So ist es auch schlimm für sie, krankheits- und altersbedingt, nicht mehr wie gewöhnlich die Kontrolle über Dinge und ihre Angehörige zu haben („Für mich ist das dann so beschä-

mend zu sagen: Ich kann nicht mehr. Es geht nicht mehr“). Auch dieser Wert lässt nicht nach, sondern verstärkt sich: „Bevor ich sterbe, will ich wissen, wer die teure Jacke gekauft hat, die Manuel anhatte: Manuel (von ihrem Geld) oder mein Sohn.“ Zu vermuten ist, dass wenn sie sich nach anderem richten muss, sie sich „gehetzt“ vorkommt – „das ist etwas Schlimmes für mich“. Auch fühlt sie sich bezüglich ihres Todes gehetzt: „Und wenn man dann das Gefühl dann hat, dass alle drum herum stehen und warten.“

Ein neuer Wert ist bei Frau We durch die Krankheit entstanden: Schmerzfreiheit - „Dass ich es aushalten kann (mit Schmerzen), dass das Leben wenigstens noch ein bisschen wert ist.“

An ihrem (Wert) Glauben an Gott hat die Patientin immer festgehalten; sie sei „kein Kirchenläufer (gewesen), aber ich habe mit meinem Herrgott immer gesprochen“. Er habe ihr geholfen, die Schicksalsschläge zu bewältigen. Auch, wenn sie oft darüber verlacht worden ist („das hat mir nichts ausgemacht“), hat sie immer positive Erfahrungen mit ihrem Glauben gemacht.

Ein Wandel hat sich allerdings bei der Patientin vollzogen: Bisher reagierte Frau We in Problemsituationen mit Ablenkung („oder ich lese, dann lenk ich mich von meinem Eigenen ab“), nach dem Tod ihres zweiten Mannes arbeitete sie direkt weiter „aber Sie glauben nicht, was mir das geholfen hat“). Kämpfen („Ich hab immer meinen eigenen Mann gestanden“); Stark-Sein („Ich versuch schon immer, mir selbst Mut zu machen (...) sich selbst in den Hintern treten“) und Hinnehmen/Relativieren („die meisten Leute wollen ja gar keinen Kontakt mit einem haben. Die haben ja alle genug zu tragen.“; „Man muss es eben nehmen wie es ist.“) waren neben der Ablenkung ihre Strategien bezüglich der Problemlösung.

Während der psychoonkologischen Betreuung wundert sie sich zunächst: „Das hätte ich auch nicht gedacht, dass mir hier Sachen von früher her in die Quere kommen.“ Sie denkt: „Nur war man damals jünger und nahm das nicht so tragisch. Jetzt, da man so alt ist, nimmt man das ja doch viel tragischer.“ Und es kommt zu Äußerungen - „Natürlich verletzt es. Es gibt so viele Sachen, die so selbstverständlich hingenommen werden und die so verletzend sind“ -, die man als Reflexion und als ein neues Auseinandersetzen mit Problemen verstehen kann. Die psychoonkologischen Gespräche öffnen der Patientin neue Wege, mit ihrer Situation umzugehen. Auch wenn sie von negativen Dingen spricht, sagt sie „es hat mir gut getan“ und empfindet es als „Befreiung“ („Nein, das tut gut, wenn man mit einem Menschen sprechen kann, der einen auch versteht“). Sie findet einen neuen Wert darin, mit jemandem außerhalb der Familie sprechen zu können: „Aber trotzdem bin ich froh, hier Menschen getroffen zu haben, die eigentlich ja von mir oder von denen ich nichts gewusst habe. Die Frau Dr. J. ist mir innerlich so nah, also wie mir überhaupt noch kein Mensch nah gestanden hat.“ Das ist eine imponierende Aussage, gerade auch hinsichtlich auf den Aufgabenbereich eines Arztes.

An diesem Beispiel sieht man Folgendes: Rückschauend kann Frau We eine positive Bilanz über ihr Leben ziehen. Der Wert der Familie bleibt, verstärkt sich, es kommt zur ersehnten Versöhnung. Bewährte Verhaltensweisen (Glaube an Gott, Autonomie, Kontrolle) bleiben und verstärken sich, geben ihr zum Teil weiterhin Kraft. Durch verschiedene Erfahrungen ändern sich das Bild und der Umgang mit dem Sterben. Durch die psychoonkologischen Ge-

sprache öffnen sich der Patientin neue Wege, mit Krisen umzugehen. Durch ihre Krankheit und das Erleiden von Schmerzen muss die Patientin den Wert der Schmerzfreiheit kennen lernen.

Auch bei Frau We kann man ihre Krankheit als eine Situation (Krise) verstehen, die ihr zusetzt und die viele verschiedene Emotionen auslöst. Vielleicht nicht nur die Krankheit, eher die Gesamtsituation des Sterbens, tragen dazu bei, dass die Patientin einen inneren Entwicklungsprozess und damit Wertewandel durchläuft.

3.2 Gruppenspezifische Auswertung

Im vorherigen Abschnitt wurde anhand spezifischer Einzelfalldarstellungen versucht, exemplarisch die Möglichkeiten des Wertewandels darzustellen. Dieser soll jetzt anhand des Kategoriensystems bei einem breiteren Patientenkollektiv untersucht und ausgewertet werden.

3.2.1 Auswertung der Hauptachsen Lebensrückschau (I) und Lebensgegenwart(II)

3.2.1.1 Häufigkeitsverteilung der Wertkategorien in den Hauptachsen Lebensrückschau und -gegenwart (I, II)

Zur Beantwortung der dritten Fragestellung (Lassen sich „Wertfelder“ herauskristallisieren, die besonders häufig angesprochen werden, vor wie nach der Erkrankung? Vgl. Kapitel 1.8) wird im Folgenden die gruppenspezifische Auswertung der untersuchten Patientengruppe dargestellt. Abb. 1 präsentiert die empirische Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Wertkategorien der Patienten zunächst in der Lebensrückschau der Palliativpatienten (Hauptachse I).

Abb. 1 verdeutlicht, dass die Palliativpatienten am häufigsten die Wertkategorie ‚Bezugspersonen‘ thematisieren (32,94%), gefolgt von ‚Bewältigungsstrategien/-verhalten‘ (22,24%), ‚Umgebung, Versorgung‘ (18,4%), ‚Lebensfazit‘ (13,74%), ‚Zentrale Themen/Lebensmuster‘ (8,14%) und ‚Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen‘ (4,55%).

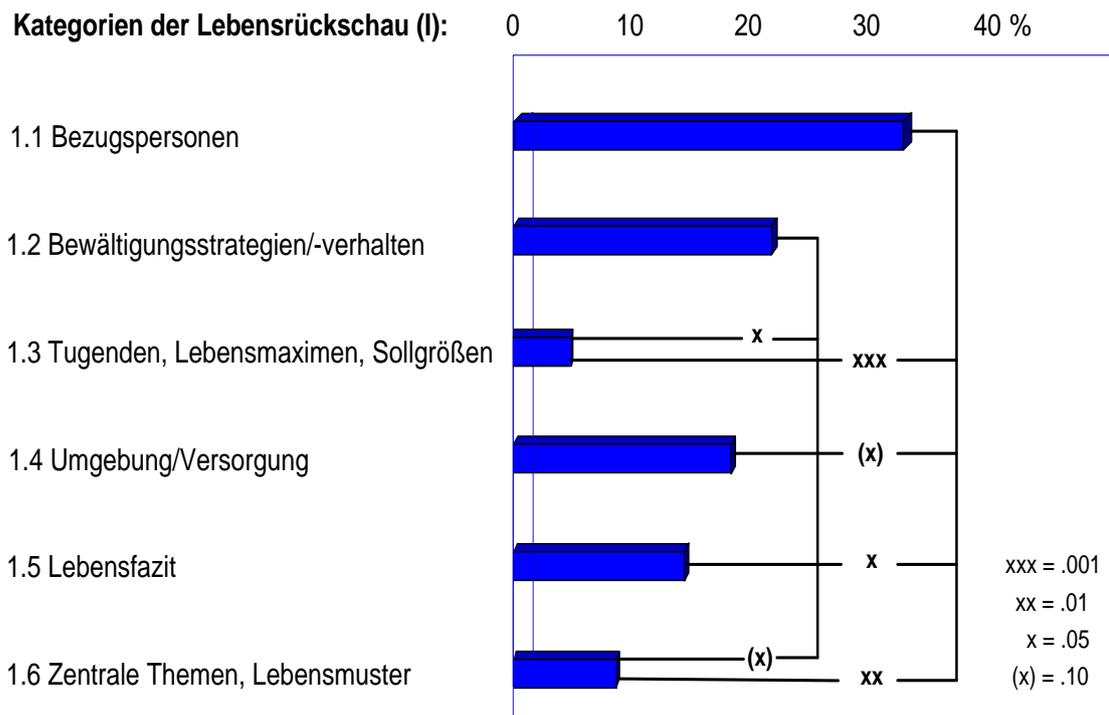


Abb. 1: Mittlere prozentuale Kategorienbelegung (und signifikante Unterschiede) in der Lebensrückschau und -gegenwart von Palliativpatienten

Die Friedman-Rangvarianzanalyse weist einen hochsignifikanten Effekt aus ($\chi_R^2 = 32,53$; $p < .001$). Der anschließende multiple Lokationsvergleich durch Wilcoxon & Wilcox (vgl. Sachs 1978, S. 426; Lienert 1973, 371ff., entspr. Dunn-Rankin-Test) weist einen hochsignifikanten Effekt (vgl. Tab. 1) zugunsten der Kategorie ‚Bezugspersonen‘ gegenüber den Kategorien ‚Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen‘ ($p = .001$) und ‚Zentrale Themen, Lebensmuster‘ ($p = .01$) aus, einen signifikant Effekt gegenüber der Kategorie ‚Lebensfazit‘ ($p = .05$) und einen knapp signifikanten, tendenziellen Effekt gegenüber der Kategorie ‚Umgebung, Versorgung‘. Darüber hinaus zeigt sich ein hochsigifikanter Effekt zugunsten der Kategorie ‚Bewältigungsstrategien/-verhalten) gegenüber der Kategorie ‚Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen‘ ($p = .05$) und ein tendenzieller Effekt gegenüber der Kategorie ‚Zentrale Themen, Lebensmuster‘ ($p = .10$).

Wertkategorien	1.3 Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen	1.6 Zentrale Themen, Lebensmuster	1.5 Lebensfazit	1.4 Umgebung, Versorgung	1.2 Bewältigungsstrategien /-verhalten	1.1 Bezugspersonen
Rangsummen	42	52	58.5	59	76	90.5
1.3 Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen 42		10	16.5	17	34 ^x	48.5 ^{xxx}
1.6 Zentrale Themen, Lebensmuster 52			6.5	7	24 ^(x)	38.5 ^{xx}
1.5 Lebensfazit 58,5				0.5	18	32 ^x
1.4 Umgebung, Versorgung 59					17.5	31.5 ^(x)
1.2 Bewältigungsstrategien und/-verhalten 76		D = 44,6 D = 37.8	xxx = .001 xx = .01			14.5
1.1 Bezugspersonen 90.5		D = 32 D = 23.3	x = .05 (x) = .10			

Tab 1: Multiple Lokationsvergleiche nach Wilcoxon & Wilcox der Wertkategorien in der Lebensrückschau und –gegenwart der Patienten (Hauptachsen I, II)

Gezeigt wurde bisher, welche Wertkategorien die von Palliativpatienten am meisten genannt sind. Deren Wandel in der Lebensrückschau (von der Vergangenheit in die aktuelle Lebensgegenwart) sollen im Folgenden erläutert werden.

3.2.1.2 Aggregierte Wertveränderungen über alle Wert-Kategorien der Hauptachse Lebensgegenwart (II) (pro Patient im Gruppennschnitt)

Die folgende Abb. 2 zeigt – aggregiert über alle Wertkategorien - unterschiedliche Typen von Wandlungen, die die Palliativpatienten innerhalb der Wertkategorien angegeben haben (z. B. „+“ bedeutet: in Lebensvergangenheit und –gegenwart gleich bleibender positiver Wert; „0 → +“ bedeutet: Wertänderung von neutralem Wert/keiner Information zu positivem Wert usw. (vgl. Kap. 2.3.5).

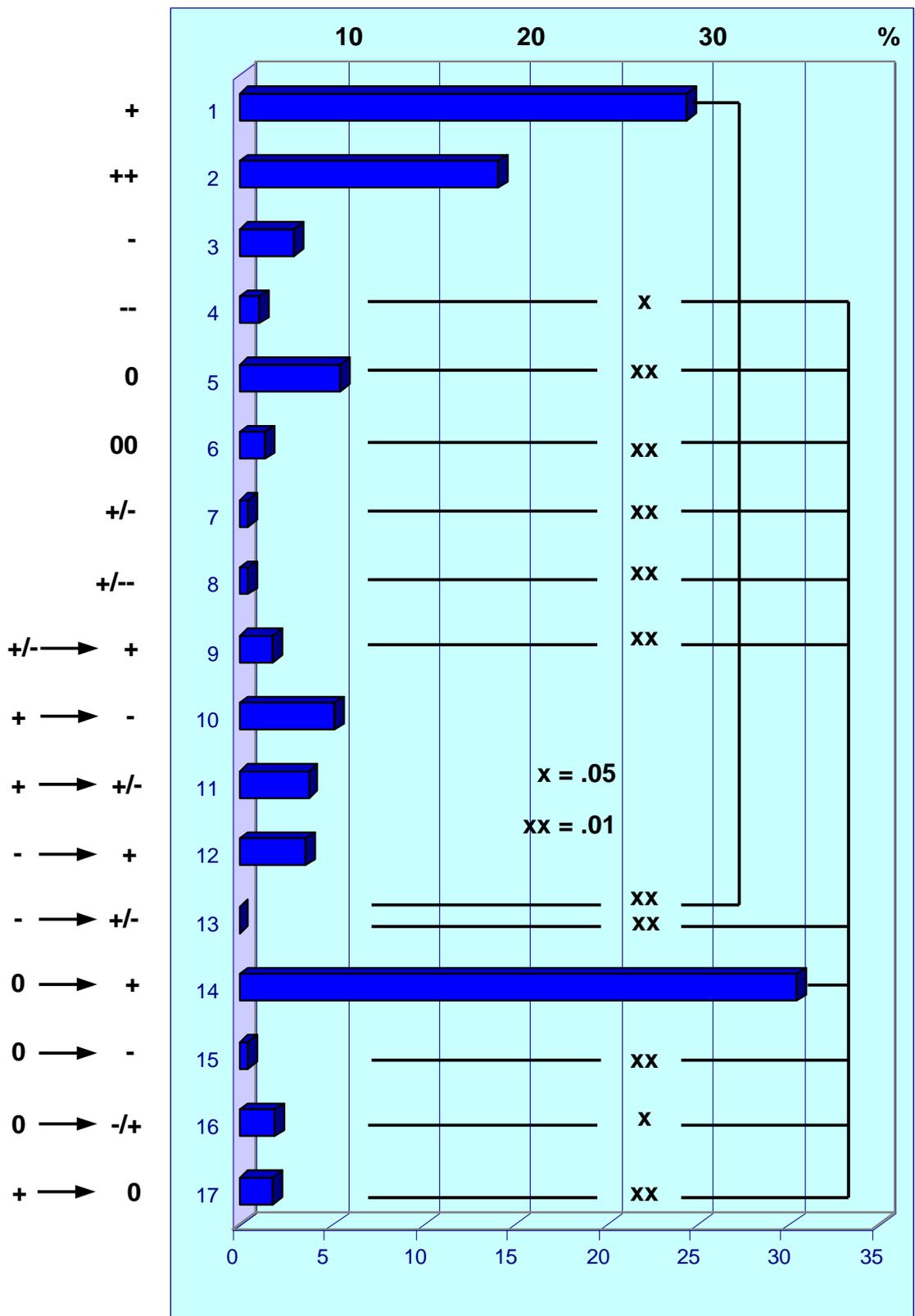


Abb. 2: Prozentuale aggregierte Wertänderungen (und signifikante Unterschiede) über alle Kategorien der Hauptachse II (Beschreibung der Wertänderungstypen s. S. 37)

Abb. 2 zeigt ein eindeutiges Ergebnis: mit 30,53% ist der neu entstandene Wert „0 → +“ über alle Wert-Kategorien die häufigste Wertänderung bei Sterbenskranken. Als zweithäufigste folgt mit 24,53% die sich in der Krankensituation gleich stark bleibende positive Wertqualität „+“. Als dritthäufigste Wertänderung kann die positive Wertverstärkung „++“ mit 14,22% vermerkt werden (Anm.: Weitere Wertveränderungstypen als die in Abb. 3 dargestellten sind prinzipiell möglich, doch für die Ergebnisdarstellung werden nur die in dieser Studie empirisch vorgekommenen aufgelistet).

Die Friedman-Rangvarianzanalyse weist einen hochsignifikanten Effekt aus ($\chi_R^2 = 107,61$; $p < .001$). Der anschließende multiple Lokationsvergleich durch Wilcoxon & Wilcox (vgl. Sachs 1978, S. 426; Lienert 1973, 371ff.) weist den Wertänderungstyp „0 → +“ als den entscheidenden Änderungstyp aus, der sich von den meisten anderen signifikant abhebt. D.h. Dinge, die den Palliativpatienten zuvor selbstverständlich waren, werden jetzt höher positiv bewertet. Die zweithäufigste Wertänderungskategorie „+“ setzt sich signifikant von der Kategorie „- → +/-“, ab (vgl. Tab. 2).

statistischer Test zur Untersuchung von drei oder mehr gepaarten Stichproben auf Gleichheit des Lageparameters. Da er keine Normalverteilung der Daten in den Stichproben voraussetzt, zählt er zu den nichtparametrischen Verfahren

Tab. 2: Multiple Lokationsvergleiche nach Wilcoxon & Wilcox der Wertveränderungstypen in der Kategorie II (Lebensgegenwart)
 (Anm.: Erläuterungen der Abkürzungen der Wertveränderungskategorien s. S. 34)

Wertveränderungstypen	13 - → +/-	8 +/-	15 0 → -	7 +/-	6 00	5 0	9 +/- → +	17 + → 0	4 --	16 0 → +/-	11 + → +/-	12 - → +	3 -	10 + → -	2 ++	1 +	14 0 → +
Rangsummen	132	139	139,5	139,5	140	140,5	140,5	140,5	147	149,5	156,5	161	163	165,5	215,5	237,5	261
132		7	7,5	7,5	8	8,5	8,5	8,5	15	17,5	24,5	29	29	33,5	83,5	105,5 ^x	129 ^{xx}
139			0,5	0,5	1	1,5	1,5	1,5	8	10,5	17,5	22	24	26,5	76,5	98,5 ^(x)	122 ^{xx}
139,5					0,5	1	1	1	7,5	10	17	21,5	23,5	26	76	98 ^(x)	121,5 ^{xx}
139,5					0,5	1	1	1	7,5	10	17	21,5	23,5	26	76	98 ^(x)	121,5 ^{xx}
140						0,5	0,5	0,5	7	9,5	16,5	21	23	25,5	75,5	97,5	121 ^{xx}
140,5									6,5	9	16	20,5	22,5	25	75	97	120,5 ^{xx}
140,5									6,5	9	16	20,5	22,5	25	75	97	120,5 ^{xx}
140,5									6,5	9	16	20,5	22,5	25	75	97	120,5 ^{xx}
147										2,5	9,5	14	16	18,5	68,5	90,5	114 ^x
149,5											7	11,5	13,5	16	66	88	111,5 ^x
156,5												4,5	6,5	9	59	81	104,5 ^(x)
161													2	4,5	54,5	76,5	100 ^(x)
163														2,5	52,5	74,5	98 ^(x)
165,5										D =	134,9	xxx = .001			50	72	95,5
215,5										D =	118,7	xx = .01				22	45,5
237,5										D =	104,8	x = .05					23,5
261										D =	97,9	(x) = .10					

3.2.1.3 Aggregierte Wertänderungen über einzelne Wert-Kategorien Lebensrückschau (I) und Lebensgegenwart (II)

Im Folgenden sollen nun die aggregierten Wertänderung – nach den bisher dargestellten Hauptachsen – auch hinsichtlich der Unterkategorien dargestellt und erläutert werden. Zu bemerken ist, dass aufgrund zu geringer Häufigkeitsbesetzungen eine statistische Signifikanzprüfung nicht indiziert war. Die Ergebnisse entsprechen also Tendenzen.

I.1 zu II.1: Bezugspersonen, soziales Umfeld

Die folgende Abb. 3 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit der Kategorie I.1 zu II.1, „Bezugspersonen, soziales Umfeld“.

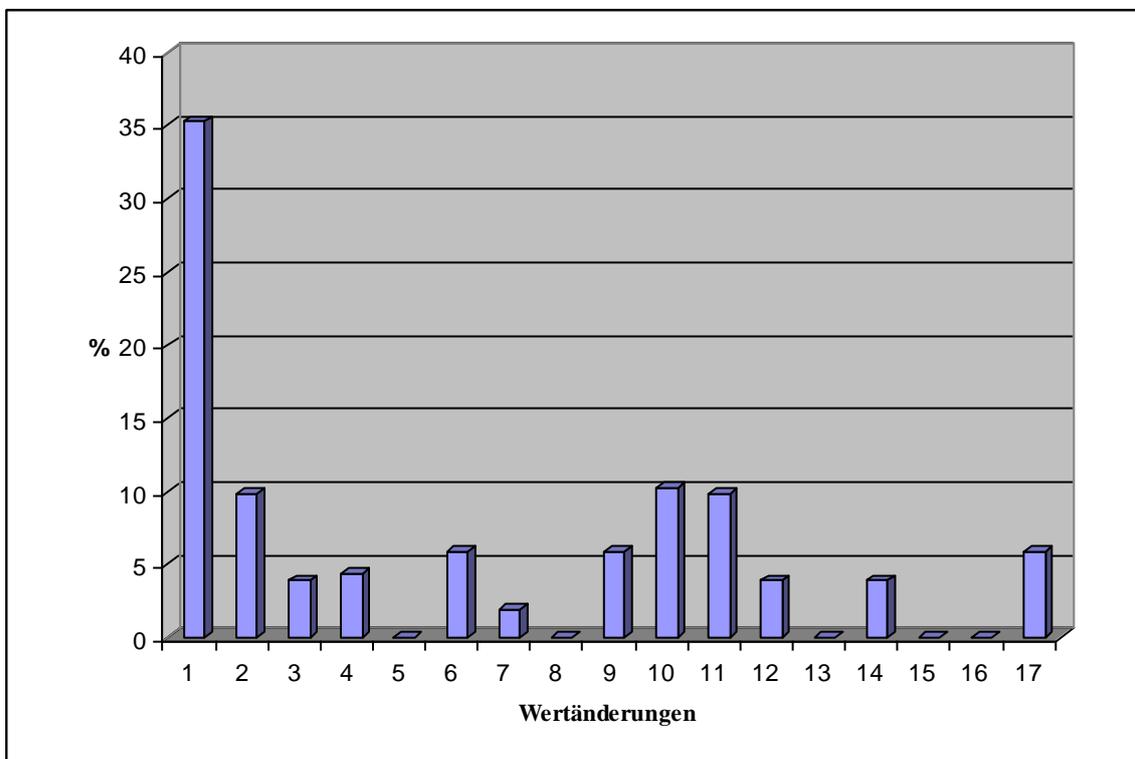


Abb. 3: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgegenwart (II) von Palliativpatienten (N=18) in Kategorie II.1 („Bezugspersonen, soziales Umfeld“)

Legende der Wertänderungen:

1 = +	4 = --	7 = +/-	10 = + → -	13 = - → +/-	16 = 0 → +/-
2 = ++	5 = 0	8 = +/-	11 = + → +/-	14 = 0 → +	17 = + → 0
3 = -	6 = 00	9 = +/- → +	12 = - → +	15 = 0 → -	

Eindeutig ersichtlich ist, dass die Mehrheit der Patienten die Wertigkeit gegenüber ihren Bezugspersonen nicht ändert, mit 35,29% „+“ innerhalb dieser Kategorie. Der Wert der Verhältnisse von Bezugspersonen für die meisten bleibt also konstant in der Krankensituation. Weiter

zeigt die Abbildung, dass sich aber auch sehr wohl Änderungen einstellen können, nämlich mit recht ähnlichen Ergebnissen abnehmende Wertigkeiten, „+ → -“ (10,29%) und „+ → +/-“ (9,80%), sowie eine sich verstärkende Wertigkeit „++“ (9,80%) durch die Krankensituation.

Genauere Erläuterungen gemäß den Unterkategorien:

I.1.1 zu II.1.1: *Familie*

20,72% der gesamten Wertungen konnten zu dieser Kategorie verzeichnet werden. Die Hälfte aller Patienten machte schon in der Lebensrückschau 14 positiven Aussagen von insgesamt 14 zu dieser Kategorie wertenden Patienten. Wenn ein Patient in I.1.1 (Familie) sowie I.1.1.1 (Partner) oder I.1.1.2 (Kinder) unterteilte, dann waren alle genannten gleichsam positiv. Von diesen insgesamt 14 positiven Wertungen blieben sieben in der Lebensgegenwart unverändert, also gleichwertig, viermal gewann die Unterkategorie Familie an Wert, zweimal wurde der Wert ambivalent (Frau Br, „+ → +/-“ in II.2 und Herr M in II.1.1.1). In einem Fall schlug ein in der Lebensrückschau positiver Wert sogar in einen negativen um (Herr L, II.1.1). Bei 14 in der Lebensrückschau positiven Nennungen blieben also in der Krankensituation sieben positiv, vier verstärkten sich; auf die Patienten bezogen blieben bzw. verstärken sich bei sechs Patienten die Werte (zweimal nur Gleichwertigkeit, einmal nur Verstärkung, viermal gemischt); nur bei einem, Herrn M, blieb ein Wert in II.1.1 (Familie) positiv bestehen und ein anderen in II.1.1.1 (Partner) wurde ambivalent.

27, Von acht Personen, die in der Kategorie I.1 eine „0“, „-“ oder „+/-“ Wertung hatten, verstärkte ein Patient seine neutrale Haltung („0“, Herr Rü in II.1.1.1), vier blieben gleich („0“, zweimal „-“, einmal „+/-“) und dreimal änderte sich eine Qualität in eine positivere (Frau W „0 → +“ und „- → +“ in II.1.1.1, Frau Sc „+/- → +“ in II.1.1).

27, Genauere Untersuchung der Unterteilung in „Partner“ (I.1.1.1) und „Kinder“ (I.1.1.2) ergibt, dass der genannte positive Bezug zu den Kindern immer gleich stark blieb oder sich sogar verstärkte. Die Unterkategorie der Partner sieht etwas anders aus: von in der Lebensrückschau vier positiven Nennungen blieben drei unverändert positiv und eine nahm an Bedeutung ab. Von zwei neutrale Aussagen in I.1.1.1 verstärkte sich in II.1.1.1 ein, die andere wandelte sich zum Positiven; eine vorher negative blieb gleich in der Lebensgegenwart. Bei 22 Nennungen blieben elf in der Lebensgegenwart gleichwertig, fünf verstärkten sich und sechsmal änderten sie sich (dreimal abnehmend, dreimal zunehmend).

Nach diesem Ergebnis scheint also der Wert Familie im Moment der schweren Krankheit zum größten Teil unbeeinflusst (elf von 22 Nennungen). Besonders eine positive Familienbindung blieb hier in der Krankensituation gleich positiv oder sie verstärkte sich (sieben von 14 gleich bleibend, vier Verstärkungen), wobei die Hälfte aller Patienten in der Lebensrückschau ihre Familie positiv bewertete. Alle positiven Verstärkungen zusammen genommen („++“, „+/- → +“, „- → +“, „0 → +“), nahm der Wert der Familie durch die Krankensituation in sieben von 22 Wertungen zu, in dreien ab. Der Wert der Kinder blieb bei allen Nennungen positiv, verstärkte sich und bei einer Patientin führte deren Nichtvorhandensein zu inneren Konflikten. Die Bedeutung der Partner blieb in den meisten Fällen bestehen.

I.1.2 zu II.1.2: *Außerfamiliäre Bezugspersonen*

Der Anteil der Häufigkeit dieser bewerteten Kategorie macht 7,64% aus. Von acht ausnahmslos positiven Aussagen in der Lebensrückschau blieben die Hälfte positiv, eine gewann an Wert. Die restlichen verloren in der Gegenwart an Wert („+ → +/-“, „+ → 0“, „+ → -“).

Ein soziales Umfeld hat nach diesem Ergebnis eine ähnlich hohe Bedeutung im Moment der schweren Krankheit für die Personen wie das familiäre (62,5% außerfamiliäre vgl. mit 73,7% (14 von 19) positiv bleibenden/sich verstärkenden familiären Wertungen), wobei die Krankensituation als Wendepunkt angesehen werden kann.

I.1.3 zu II.1.3: *Interpersonelle Erfahrungen*

Nur 4,19% beträgt der Anteil dieser Kategorie. Die Hälfte der Wertungen war rückschauend negativer Qualität, von denen sich gegenwärtig zwei von drei verstärkten; eine Wandlung von negativ zu positiv fand statt („- → +“, Frau W, II.1.3). Von zwei in I.1.3 positiven blieb eine, die andere schwang in das Gegenteil um; ein positiver Wert trat neu auf („0 → +“). Interessant an dieser Kategorie ist, dass sich außer bei einer Person (Frau T) alle Qualitäten änderten: Zwar ist dieser Wandel nicht eindeutig in die eine oder die andere Richtung - alle Varianten sind vertreten - doch tut sich anscheinend in der interpersonellen Erfahrung der Patienten im Angesicht des Todes viel. Jedoch sind hier wegen der geringen Fallzahl in dieser Kategorie keine tendenziell verallgemeinerbaren Aussagen zu machen.

I.2 zu II.2: Bewältigungsstrategien und Bewältigungsverhalten

Abb. 4 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit der Kategorie I.2 zu II.2, „Bewältigungsstrategien und Bewältigungsverhalten“.

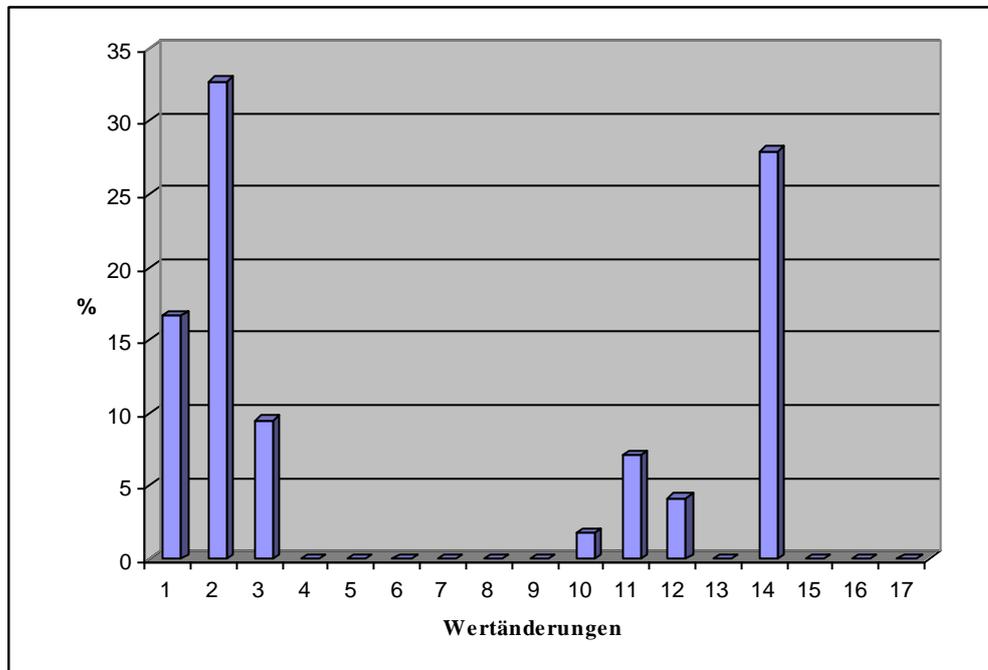


Abb. 4: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebens gegenwart (II) von Palliativpatienten (N=14) in Kategorie II.2 („Bewältigungsstrategien und -verhalten“)

Legende der Wertänderungen:

1 = +	4 = --	7 = +/-	10 = + → -	13 = - → +/-	16 = 0 → +/-
2 = ++	5 = 0	8 = +/-	11 = + → +/-	14 = 0 → +	17 = + → 0
3 = -	6 = 00	9 = +/- → +	12 = - → +	15 = 0 → -	

Am häufigsten vertreten sind die Wertveränderungskategorie positive Verstärkung „++“ und das positive Neuauftreten eines Wertes „0 → +“ (32,74% und 27,98%). Mit etwas Abstand schließen sich positive „+“ (16,67%) und negative Gleichwertigkeit an. Mit sehr geringem Vorkommen können Wertabnahmen, „+ → +/-“ (7,14%) und „+ → -“ (1,79%), und Wertzu nahmen „- → +“ mit 4,17% verzeichnet werden.

Genauere Untersuchung der Unterkategorien:

I.2.1 zu II.2.1: Allgemeine Verhaltensweisen zur Krisenbewältigung

Acht Patienten haben zu dieser Kategorie Aussagen mit elf Wertungen unterschiedlicher Natur gemacht. Nur drei dieser Nennungen blieben durch die Krankensituation unbeeinflusst, alle anderen entwickelten eine Wertänderung: Patienten mit der Wertqualität „0“ in I.2.1 wandelten diese in II.2.1 in eine positive um (dreimal „0 → +“); das heißt, sie erfuhren in der

Krankensituation einen neuen Umgang mit Krisen, wovon vorher nichts bekannt war. Zwei Patienten verstärkten ihre Verhaltensweisen und bei zwei weiteren konnte die Qualitätsänderung vom Negativen ins Positive vermerkt werden („- → +“ bei Frau W und Frau We), was als positive Verhaltensänderung angesehen werden kann.

I.2.2 zu II.2.2: *Alltagsbewältigung, alltägliche Dinge*

Sieben Patienten haben hierzu insgesamt zehn Aussagen gemacht, von denen 40% positiver und 60% neutraler Qualität waren. Auch in dieser Unterkategorie treten in der Lebensgegenwart vorher nicht bekannte positive Werte auf. Im Kontext bedeutet das, den Menschen wurden in der eingeschränkten Krankheitssituation Dinge bewusst und wichtig, die vorher alltägliche Kleinigkeiten für sie waren (z.B. Durchschlafen, schmecken können, sich waschen können). Von den positiven Aussagen verstärkte sich die Hälfte, die andere blieb gleich wertvoll.

I.2.3 zu II.2.3: *Kontrolle, Autonomie, Arbeit*

Ein Drittel der Patienten hat in der Lebensrückschau positive Aussagen in dieser Unterkategorie gemacht. Mit Eintritt der Krankheit verstärkte sich bei fast allen dieser Wert – bei einem bleibt er unverändert positiv. Das heißt, dass Autonomie und Kontrolle eine wichtige Rolle spielen und die Menschen nicht gerne davon ablassen.

I.2.4 zu II.2.4: *Religion, Spiritualität*

Nur für vier Patienten spielte Religion und Spiritualität eine Rolle. Vor der Krankheit wird diese Unterkategorie durchgehend als wertvoll geschildert, jedoch verändert sich dies in der Lebensgegenwart in alle Richtungen: Der Glaube verstärkte sich („++“, Frau Le), geriet ins Wanken („+ → +/-“, Frau Sc) verlor sich, schlug sogar ins Gegenteil um („+ → -“, Frau T) und behielt nach wie vor seinen Wert („+“, Frau We). Nach diesem Ergebnis kann man zum einen die schwache Präsenz der Religion im Erleben der Menschen, zum anderen die interindividuellen Unterschiede hierzu nennen.

Die Kategorie der Bewältigungsstrategien und des Bewältigungsverhaltens scheint eine recht aussagekräftige zu sein. Fast alle Patienten, außer vieren, äußerten sich zu mindestens einer der Unterkategorien. Dabei traten zu 100% alltägliche Dinge positiv ins Bewusstsein der Patienten. 20% blieben unverändert positiv, 80% wurden neu bewusst bzw. verstärkten sich. Daher kann man die Krankensituation als Auslöser für diese Wandlung betrachten. Eine ähnlich hohe Eindeutigkeit hat die Unterkategorie Kontrolle, Autonomie, Arbeit: auch hier verstärkte sich der Großteil der positiven Nennungen (fünfmal „++“, einmal „+“ in II.2.3). Diese Werte sind also vorher bei den Patienten schon vorhanden gewesen und durch die, bzw. in der Krankensituation verstärkt sich dieser Wert nur noch. Das führt allerdings auch dazu, dass die Patienten schlechter ihre oft passive Krankenrolle annehmen konnten, da sie gewohnt waren, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen. Wieder ist die Krankheit der Drehpunkt für die Verstärkung.

27, Deutliche, von den Patienten berichtete Verhaltensänderungen traten bezüglich der Krisenbewältigung auf: Patienten erlebten und lernten in der Krankheitssituation, oft auch durch die psychoonkologische Betreuung, andere Arten der Krisenbewältigung (vier

Neuerlernungen „0 → +“, zwei Umwandlungen „- → +“). Andere verharrten in ihren positiven bzw. negativen Verhaltensstrategien oder verstärkten sie.

Zum Thema Religion ist, wie schon oben erläutert, keine eindeutige Aussage zu machen und ist nach diesen Ergebnissen individuell zu verstehen.

I.3 zu II.3: Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen

Abb. 5 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit der Kategorie I.3 zu II.3, „Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen“.

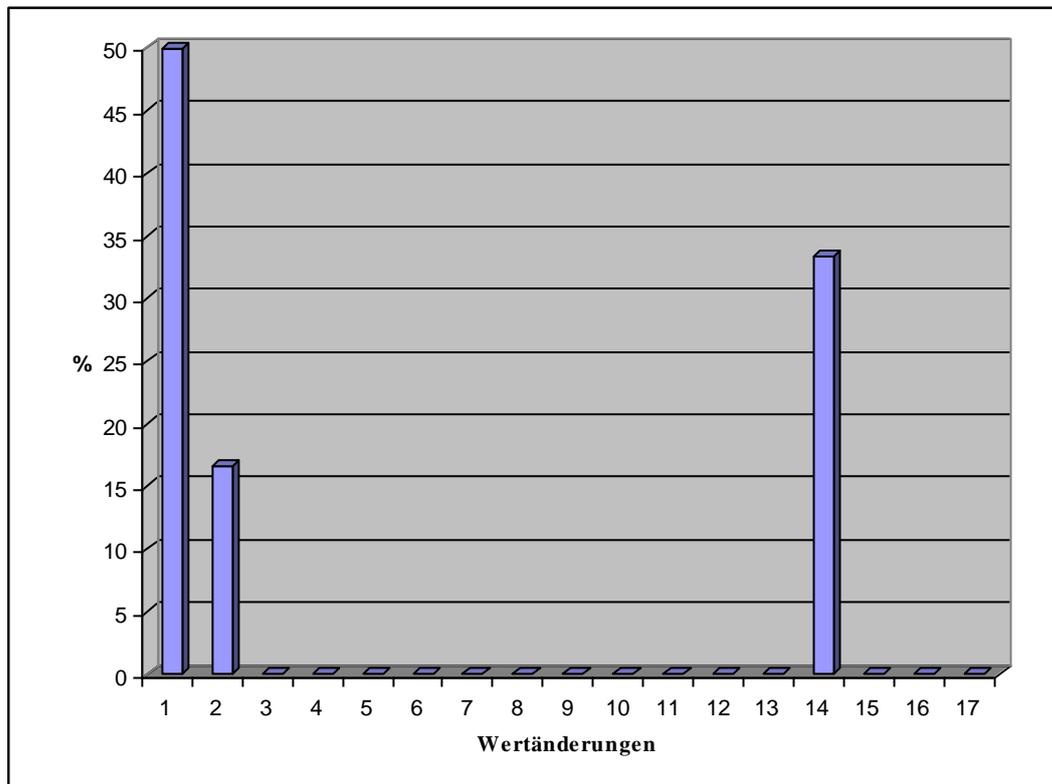


Abb. 5: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgenwart (II) von Palliativpatienten (N=6) in Kategorie II.3 („Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen“)

Legende der Wertänderungen:

1 = +	4 = --	7 = +/-	10 = + → -	13 = - → +/-	16 = 0 → +/-
2 = ++	5 = 0	8 = +/--	11 = + → +/-	14 = 0 → +	17 = + → 0
3 = -	6 = 00	9 = +/- → +	12 = - → +	15 = 0 → -	

Nur drei Wertqualitäten wurden insgesamt hier genannt, nämlich mit eindeutiger Mehrheit die positive Gleichwertigkeit „+“ mit 50%, Neuauftritt „0 → +“ mit 33,34% und die positive Wertverstärkung „++“ mit 16,6%.

Vor der Krankheit aufgetretene Tugenden blieben auch weiterhin feste Werte für die Patienten. Wenn es sie nicht schon gab, entstanden auch einige erst mit Krankheitseintritt für sie, bzw. wurden ihnen bewusst. Einige verstärkten sich auch. Man kann hier die Krankheitssituation als beeinflussend auf diese Werte verstehen.

I.4 zu II.4: **Umgebung, Versorgung**

Abb. 6 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit der Oberkategorie I.4. zu II.4., „Umgebung, Versorgung“

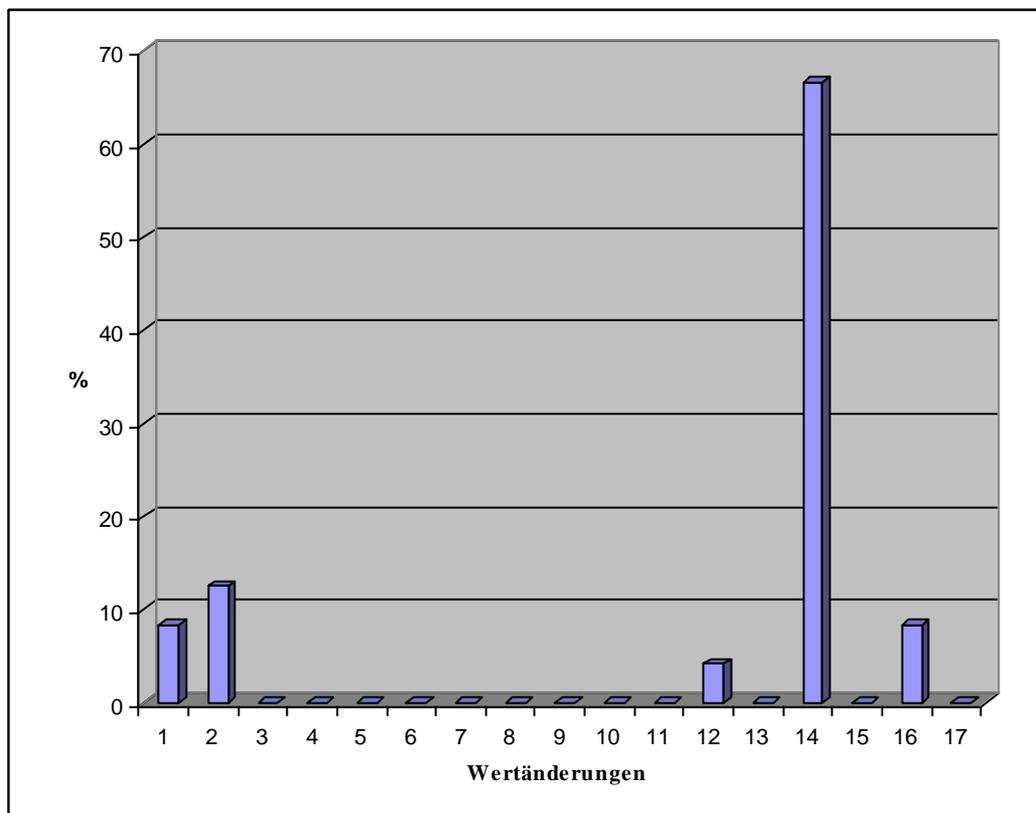


Abb. 6: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgenwart (II) von Palliativpatienten (N=12) in Kategorie II.4 („Umgebung, Versorgung“)

Legende der Wertänderungen:

1 = +	4 = --	7 = +/-	10 = + → -	13 = - → +/-	16 = 0 → +/-
2 = ++	5 = 0	8 = +/--	11 = + → +/-	14 = 0 → +	17 = + → 0
3 = -	6 = 00	9 = +/- → +	12 = - → +	15 = 0 → -	

Mit 66,67% ist das Neuauftreten eines Wertes „0 → +“ vertreten. Als zweithäufigstes, aber in viel geringerem Maße, verstärken sich mit 12,5% positive Werte „++“. Auch genannt wurden

positive gleich bleibende positive Werte und ein neu auftretender ambivalenter Wert mit jeweils 8,34%. Auch geht aus den Ergebnissen mit 4,17% ein Wertumschwung statt „-→ +“.

Die Kategorie belegte ein Patient, für den es, vor wie nach der Krankheit, immer wichtig war, sich in schönen, wohltuenden Umgebungen, besonders der Natur, aufzuhalten (in I.4 und II.4 jeweils „+“).

Unterteilung in die Unterkategorien:

I.4.1 zu II.4.1: *Zu Hause sein*

Der Wert, in seiner gewohnten Umgebung zu sein, gewann für alle Patienten, die diese Kategorie ansprachen, an Wert. Für die Hälfte dieser sechs Patienten spielte es in der Lebensrückschau keine Rolle bzw. sagten nichts darüber, für die andere Hälfte hatte es schon vor der Erkrankung einen gewissen Wert (in I.4.1 dreimal „+“, dreimal „0“). Allen wurde es durch die Krankheits- und Klinikerfahrungen und den Aufenthalt in einem Hospiz wichtig, zu Hause zu sein, wenn es vorher nicht schon so gewesen war. Ein Patient sah den häuslichen Aufenthalt seit seiner Krankheit ambivalent (Herr M, „0 → +/-“ in II.4.1).

I.4.2 zu I.4.2: *Versorgung*

Neun von zehn Patienten wurde dieser Wert durch ihr Krankheitserlebnis bewusst und wichtig (achtmal „0 → +“), wovon eine Patientin ihre Wertung in der Lebensgegenwart umschlug (Frau Le, „- → +“). Eine neu auftretende ambivalente Qualität ist bei einem Patienten (Herr M, „0 → +/-“) zu verzeichnen. Bei allen Patienten durchweg positive Aussagen und Lob fand man über das MSH, der Versorgung, des Personals, die Umgebung, die Arbeit und Professionalität und besondere Freundlichkeit. Das half den Patienten, auch bei noch so großem Wunsch nach dem zu Hause, sich mit der Krankenhaus-Situation besser abzufinden und sich wohl zu fühlen.

Hier haben wir Werte, die den Patienten erst durch die Krankheitssituation bewusst werden. Durch die häufige Nennung liegt der Verdacht nahe, dass die Umgebung und Versorgung eine durchaus wichtige Rolle in der Realität der Palliativpatienten spielen. Der Wert oder der Wunsch, die verbleibende Lebenszeit in seiner vertrauten, wohltuenden Umgebung, zu Hause, zu verbringen und das – bei fast allen – neue Erleben des Wertes, sich gesundheitlich gut versorgt zu wissen und gut aufgehoben im Hospiz zu sein, könnte man als Gegensätze verstehen. Doch bei dem Großteil der Patienten in I.4.2 stehen beide Werte positiv nebeneinander (vier von sechs Patienten). Das heißt, es entsteht eine gewissen Ambivalenz bezüglich des bevorzugten Ortes des weiteren Aufenthaltes. Am deutlichsten kommt das bei Herrn M zum Vorschein, der sich in einer „Zwischensituation“ befindet: ihm geht es verhältnismäßig so gut, dass er sich im MSH unpassend vorkommt und durchaus zu Hause wie gewohnt weiterleben kann, jedoch hat er zeitweise gesundheitliche Rückschläge („wenn mich die Krankheit überfällt“), die ihm den häuslichen Aufenthalt unsicher, ja unheimlich werden lassen (vgl. Kapitel 3.2.2.). Diese beiden Werte können also durchaus nebeneinander vorkommen.

I.5 zu II.5: Lebensfazit

Abb. 7 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit von Kategorie I.5 zu II.5, „Lebensfazit“.

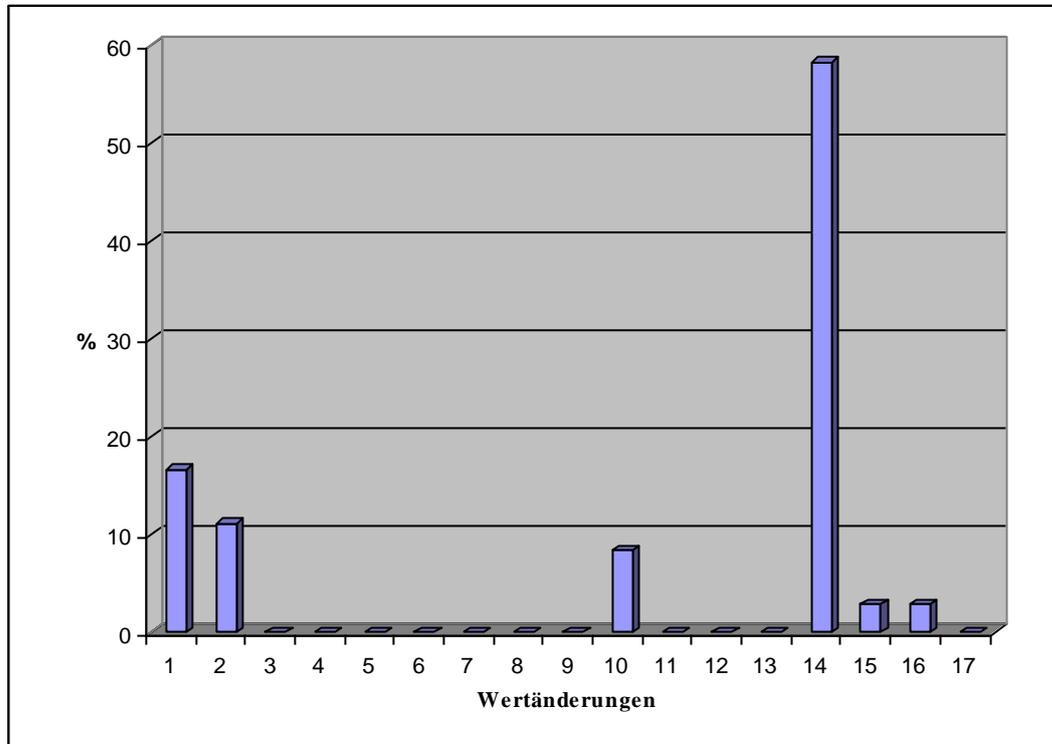


Abb. 7: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgegenwart (II) von Palliativpatienten (N=12) in Kategorie II.5 („Lebensfazit“)

Legende der Wertänderungen:

1 = +	4 = --	7 = +/-	10 = + → -	13 = - → +/-	16 = 0 → +/-
2 = ++	5 = 0	8 = +/-	11 = + → +/-	14 = 0 → +	17 = + → 0
3 = -	6 = 00	9 = +/- → +	12 = - → +	15 = 0 → -	

Auch zu diesem Themenbereich treten die meisten Werte mit 58,34% positiv neu auf („0 → +“). In etwa denselben Mengenverhältnissen konnten auch mit 16,67% die positive Gleichwertigkeit „+“ verzeichnet werden, sowie eine Wertverstärkung „++“ mit 11,11% und interessanterweise eine Wertabnahme „+ → -“ mit 8,34%.

Zwölf Patienten machten zu dem Thema „Lebensfazit“ 16 Aussagen. Fünf davon bezogen sich schon vorher auf die Lebensreflektion, elf traten erst in der Lebensgegenwart auf. 13 dieser 16 Aussagen, darunter alle neu auftretenden, konnten eine positive Bilanz über ihr Leben ziehen, bzw. die vorherige positive Rückschau verstärkte sich (neunmal „0 → +“, zweimal „++“, zweimal „+“). Das heißt, die Patienten setzten sich in der Palliativsituation mit ihrem bisherigen Leben auseinander, Reflektionen wie „Eigentlich habe ich ein gutes Leben gelebt“ kamen auf, was sie ruhiger werden lassen schien. Daraus entstand in der passiven Krankensituation der Wert, Gelebtes zu erinnern, zum Beispiel in Form von alten Tagebüchern oder

Requisiten. Auch gab es negative Wendungen: ein Patient, bei dem ein ambivalenter Wert neu auftrat, fragt sich in Hinblick auf sein Leben, „ob es das jetzt schon gewesen“ sei (Herr M „0 → +/-“), wobei er an anderen Stellen auch mit seiner Krankheit durchaus die Früchte seines Leben genießen konnte („++“ und „0 → +“); auch ein neu auftretender negativer Wert („0 → -“), der mit der Aussage „Ich habe immer Pech gehabt im Leben“ steht neben zwei neu auftretenden positiven Werten (Herr S). Und eine Patientin, die ihr Leben lang ihre innigsten Gefühle und Gedanken ihrem Tagebuch anvertraute, zerriss dieses in der Krankensituation („+ → -“, Frau Sc).

Die Mehrheit der Patienten reflektierte in der Krankheit über ihr Leben und davon konnte der größte Teil positive Bilanz ziehen (hauptsächliche Nennungen „0 → +“), ein neuer Wert entstand für sie: der Wert des eigenen Lebens. Interessant wäre nun zu sehen, was mit den Patienten ist, die keine Aussage dazu gemacht haben – ob die Lebensfazit für sie unwichtig war, in den Gesprächen einfach nicht auftauchte oder sie unbewusst sich nicht damit beschäftigten - aus Angst, vielleicht kein positives Ergebnis vorzufinden (nur drei negativ werdende Werte). Tatsächlich befanden sich vier der sechs Patienten ohne diesbezügliche Aussage in einer Situation so großer Schmerzen bzw. waren so von ihrer Krankheit eingenommen, dass es hauptsächlich darum in den Gesprächen geht (Herr B, Frau Dr, Herr J, Herr L).

I.6 zu II.6: **Zentrale biographische Themen und Lebensmuster**

Abb. 8 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit von Kategorie I.6 zu II.6, „Zentrale Themen, Lebensmuster“. Die meisten Werte bleiben gleich positiv in der Krankensituation „+“ mit 52,5%. Die zweithäufigsten Wertungen sind die positive Wertverstärkung „++“ und überraschenderweise ein Umschwung von negativ in positiv (jeweils 15%).

Wie schon in der Darstellung des Kategoriensystems erläutert (vgl. Kapitel 2.3), werden hier Lebensmuster und ihr eventueller Wandel vor und nach der finalen Krankensituation dargestellt. Tatsächlich lassen sich acht Patienten mit 15 zentralen Themen verzeichnen. Neun (60%) der 15 Muster waren in der Lebensrückschau schon manifestiert, die sich alle in der Krankensituation hielten und sogar verstärkten (sechsmal „+“, dreimal „++“ in II.6). Sich bewährt habende Verhaltensweisen blieben also in der finalen Krankensituation bestehen oder verstärkten sich. Drei negative Qualitäten traten in der Lebensrückschau auf: Eine blieb gleichwertig, zwei wandelten sich in der Krankensituation in positive; das heißt, manche Muster und Verhaltensweisen konnten sehr wohl in der Krankensituation gewandelt werden (vgl. Kapitel 3.2.4, Frau T und Frau W).

Bei Frau Le änderten sich in der Palliativsituation Haltungen zu Themen. Schon vorher ambivalentes Verhalten begann zu schwanken, die Patientin schien kurz vor einer Änderung, doch sie verharrte und verstärkte einen Teil der Ambivalenz („+/-“ in II.6, vgl. Einzelfalldarstellung, Kapitel 3.1.2). Eine andere Ambivalenz zeigte sich deutlich in ihrem aktuellen Verhalten, bei der das Vorhandensein vor der Krankheit unklar bleibt („0 → +/-“ in II.6).

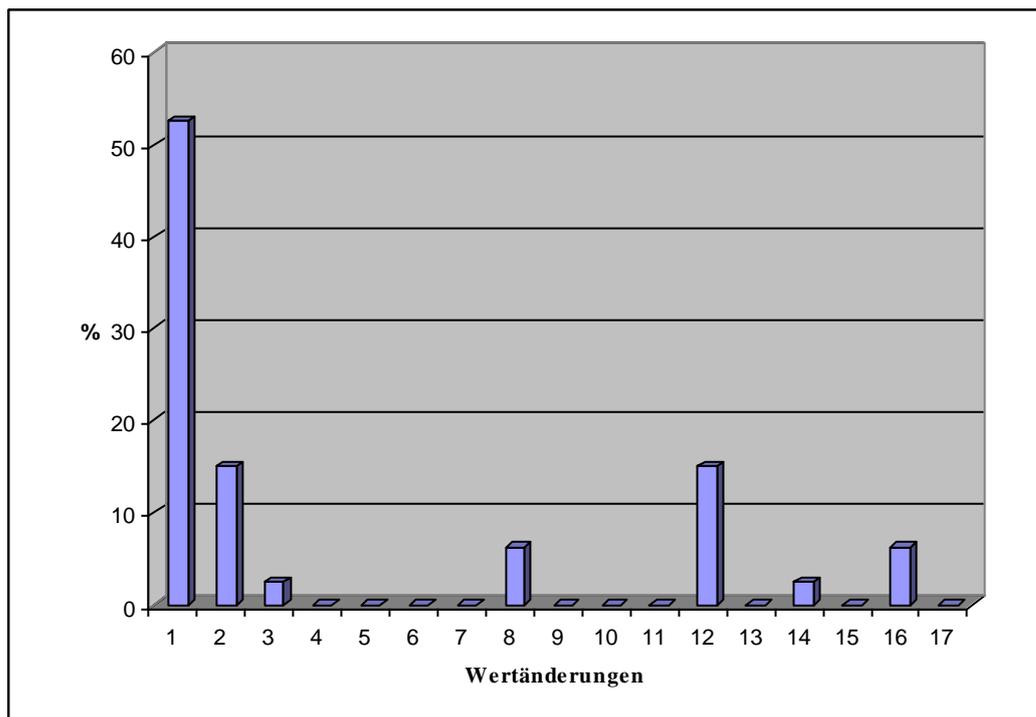


Abb. 8: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgenwart (II) von Palliativpatienten (N=8) in Kategorie II.6 („Zentrale biographischen Themen und Lebensmuster“)

Legende der Wertänderungen:

1 = +	4 = --	7 = +/-	10 = + → -	13 = - → +/-	16 = 0 → +/-
2 = ++	5 = 0	8 = +/-	11 = + → +/-	14 = 0 → +	17 = + → 0
3 = -	6 = 00	9 = +/- → +	12 = - → +	15 = 0 → -	

Bezüglich dieser Kategorie lässt sich zusammenfassen, dass zum größten Teil feste Verhaltensweisen bestehen bleiben, Patienten feste Verhaltensweisen auch weiter in der Krankensituation nutzen. Der Fakt, dass sie sich auch verstärken und es vielerlei interindividuelle Schwankungen gibt, zeigt, dass die Krebsdiagnose einen Wendepunkt darstellen kann; die genauere Darstellung mancher Patienten mit ihren Variationen der Wandlungen bzw. Nichtwandlungen verdeutlicht dies. Jedoch kann man diese Kategorie nur in Hinblick auf den einzelnen Menschen, auf die Bedeutung der Krankheit für ihn und sein Erleben darin verstehen und werten - eine allgemeine Aussage bleibt ungenau.

3.2.2 Auswertung der Hauptachse Krankheit und Sterben (III)

3.2.2.1 Häufigkeitsverteilung der Werkategorien in Hauptachse Krankheit und Sterben (III)

Abb. 9 präsentiert die empirische Häufigkeitsverteilung der einzelnen Wertnennungen der Patienten zur Kategorie III pro Kategorie.

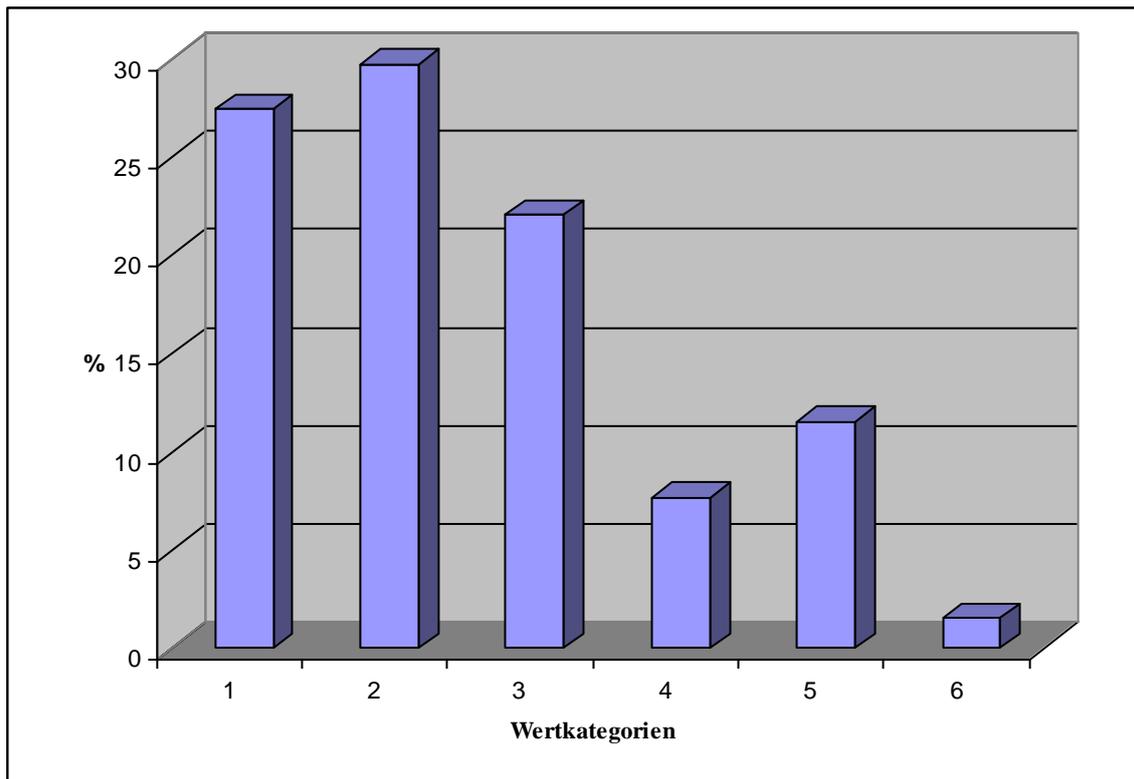


Abb. 9: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertkategorien in der Lebensgegenwart von Palliativpatienten (N=13) (Wertkategorien vgl. Unterteilungen in III, vgl. Kapitel 2.3)

Legende der Wertkategorien:

1 = Einstellung Sterben

3 = Empathie Ärzte/Pflege

5 = Räumliche Umgebung

2 = Schmerzfreiheit

4 = Fachkompetenz

6 = Austausch Betroffene

Fünf der 18 Patienten äußern sich hierzu gar nicht. Am häufigsten wurden Aussagen zu dem Wert „Schmerzfreiheit“ (III.2) mit 29,74% gemacht. Weiter ist die Kategorie „Einstellung zum Sterben“ (III.1) mit 27,44% genannt, sowie mit 22,05% „Empathie von Ärzten und Pflegepersonal“ (III.3.1) genannt. Von den mit geringerer Häufigkeit angeführten Kategorien ist mit 11,54% „Umgebung“ (III.3.3) etwas hervorgehoben.

27, Die Friedman-Rangvarianzanalyse verfehlt allerdings knapp die .05-Signifikanz und weist nur einen tendenziellen Effekt aus ($\chi^2_{(DF=5; N=18)} = 9,89; p < .078$). Die Unterschiede der Wertkategorien in der Hauptachse III (Krankheit und Sterben) sind also nur als tendenziell zu werten.

3.2.2.2 Aggregierte Wertveränderungen über alle Wert-Kategorien in Kategorie Krankheit und Sterben (III)

In den genannten Wertkategorien der Kategorie III, „Krankheit und Sterben“ finden sich nur vier Wertänderungstypen: „++“, „- → +“, „0 → +“ und „0 → +/-“, wobei der am häufigsten auftretende der positiv neu auftretende ist („0 → +“).

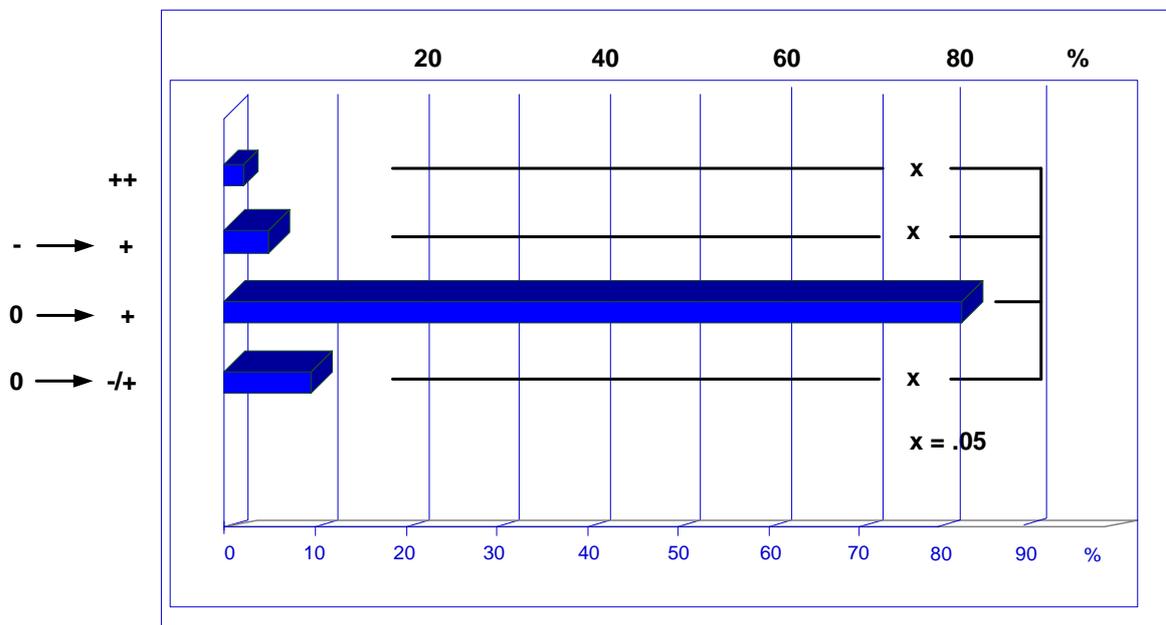


Abb. 10: Prozentuale aggregierte Wertänderungen (und signifikante Unterschiede) über alle Kategorien der Hauptachse III.,(Beschreibung der Wertänderungstypen vgl. Kap.2.3.5)

Auch hier zeigt sich mit 82,82% der neu auftretende positive Wert. Mit geringerem prozentualen Anteil lässt sich ein neu auftretender ambivalenter Wert verzeichnen „0 → +/-“, 9,23%. Es schließen sich ein Wertumschwung „- → +“ mit 5,38% und die positive Wertverstärkung, 2,56%, an.

Die Friedman-Rangvarianzanalyse weist einen hochsignifikanten Effekt aus ($\chi^2_{df=3} = 27,07; p < .001$). Der anschließende multiple Lokationsvergleich durch Wilcoxon & Wilcox (vgl. Sachs 1978, S. 426; Lienert 1973, 371ff.) weist die Wertveränderungskategorie „0 → +“ als die entscheidende Kategorie aus, die sich von drei anderen signifikant abhebt

Tab 3: Multiple Lokationsvergleiche nach Wilcoxon & Wilcox der Wertveränderungstypen in der Kategorie III (Krankheit und Sterben)

	++ 38	- →+ 40	0 → +/- 40	0 → + 62
++ 38		2	2	24 ^x
- →+ 40				22 ^x
0 → +/- 40				22 ^x
0 → + 62				x = .05

3.2.2.3 Aggregierte Wertänderungen über einzelne Wertkategorien in Kategorie Krankheit und Streben (III)

Im Folgenden sollen nun die aggregierten Wertänderung gemäß den Unterkategorien dargestellt und erläutert werden. Zu bemerken ist, dass wegen zu geringer Häufigkeitsbesetzungen statistische Signifikanzprüfungen nicht indiziert waren. Die Ergebnisse lassen sich also nur als Tendenzen verstehen.

III.1: Einstellung zum Sterben

Abb. 11 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit für die Kategorie „Einstellung zum Sterben“ (III.1).

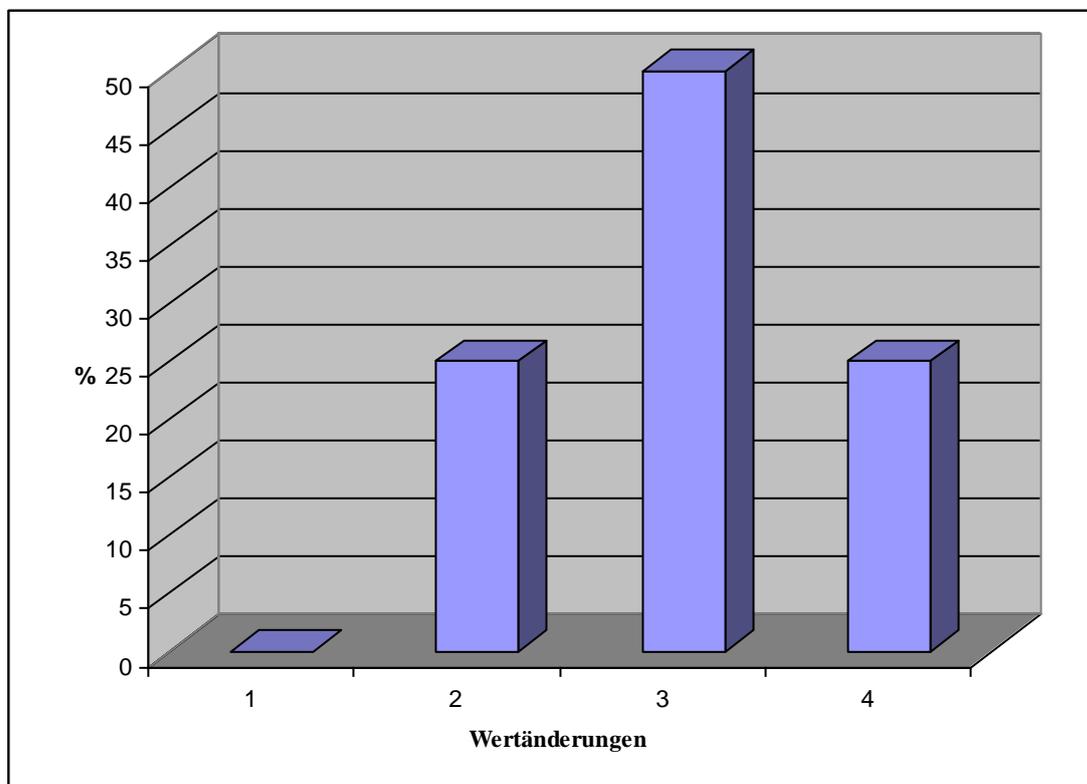


Abb. 11: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgegenwart von Palliativpatienten (N=6) in Kategorie „Einstellung zum Sterben“ (III.1)

Legende der Wertänderungen:

1 = ++

2 = - → +

3 = 0 → +

4 = → +/-

50% der Aussagen sind neu auftretende positive Werte („0 → +“), mit jeweils 25% neu auftretende ambivalente („0 → +/-“) und sich umschlagende („- → +“).

Sechs Patienten beschäftigten sich mit dem Thema Sterben. Fünf von sieben wandelten ihre Wertungen ins Positive, was heißt, die Personen konnten ihre Situation annehmen (Frau La

„Sterben in Würde“, Frau Le „Guter Tod“, Herr Rf mit einem friedfertigen Hinnehmen der Situation). Zweimal konnte eine vorher schon bestehende Angst vor dem Tod, eine negative Qualität, in der Palliativsituation in eine positive umgewandelt werden: Frau We hatte zum einen traurige Beispiele vom Tod von Bekannten vor Augen, die ebenfalls an Krebs starben, zum anderen sträubte sie sich gegen den Tod, weil sie für ihren Enkel noch leben möchte (vgl. Einzelfalldarstellung Kapitel 3.1.3); nachdem sich Dinge geregelt hatten, wünschte sie sogar zu sterben („- → +“). Herr M machte die Ungewissheit des Zeitpunktes des Sterbens zu schaffen („Dann habe ich das Gefühl, es geht zu Ende – das ist furchtbar“), andererseits hatte er in solchen Situationen erfahren, nicht gestorben zu sein, was ihn entspannter werden ließ („- → +“).

Nach diesem Ergebnis wird deutlich, dass die Patienten, die sich mit ihrem Tod oder dem Sterben auseinander gesetzt haben, zu einer größtenteils akzeptierenden Haltung demgegenüber gekommen sind, auch, wenn der Weg dorthin über Momente der großen Angst führte. Interessant an dieser Stelle wäre das Erleben der anderen Patienten zu kennen, die diese Kategorie nicht benannt haben. Einen Zusammenhang zwischen Religion und Spiritualität und der Einstellung zum Sterben ist nicht aufzeigbar.

III.2: Schmerzfreiheit

Abb. 12 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit für die Kategorie „Schmerzfreiheit“ (III.2).

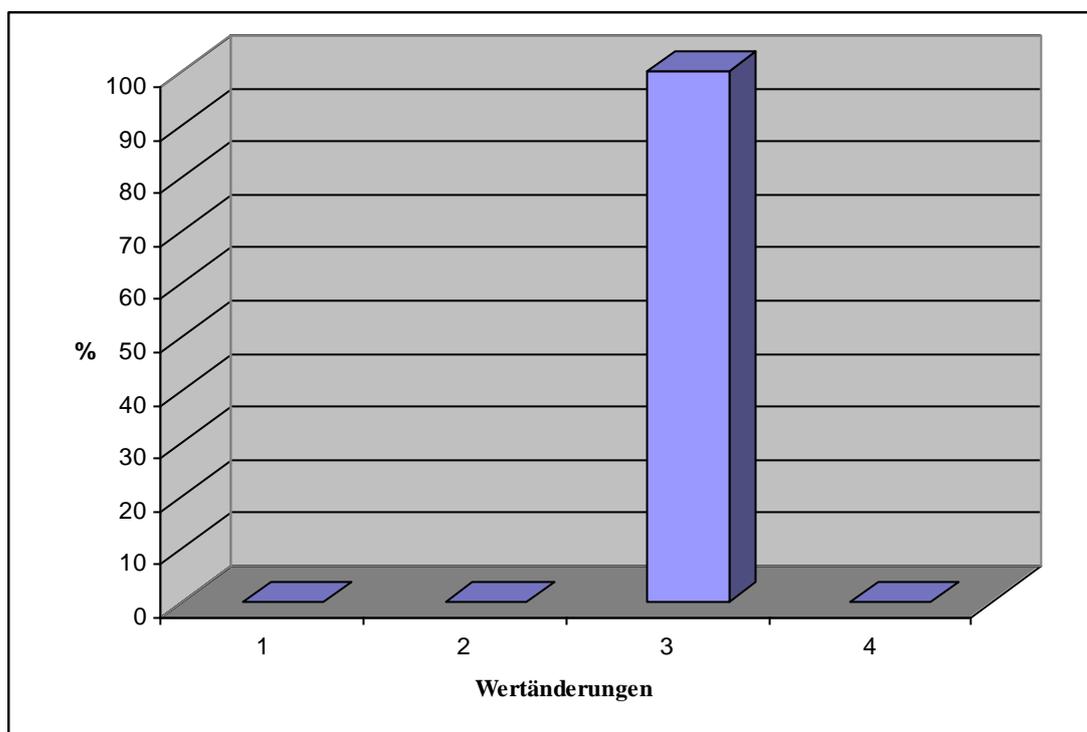


Abb. 12: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgegenwart von Palliativpatienten (N=7) in Kategorie „Schmerzfreiheit“ (III.2)

Legende der Wertänderungen:

1 = ++

2 = - → +

3 = 0 → +

4 = → +/-

Eindeutig trat dieser Wert positiv neu „0 → +“ durch die Krankensituation auf mit 100% (häufigst genannter Wert der Kategorie III, signifikant gegenüber den anderen Wertänderungen)

Sieben Patienten formulierten ihr Leiden unter Schmerzen. Keiner von ihnen war der Wert der Schmerzfreiheit vorher bewusst gewesen, sie mussten ihn unter der Krankheit am eigenen Leibe erfahren (siebenmal „0 → +“). Für die meisten von ihnen war die Linderung das Hauptanliegen ihres Klinikaufenthaltes und, einmal geschehen, für sie das größte Geschenk (Herr B: „Hauptsache, die Luft ist da, das ist das Allerwichtigste“, Herr R „Ich habe schon mal einen Tag schmerzfrei gehabt – aber da hab ich Hoffnung gehabt!“, Frau We „Dass ich es aushalten kann (mit Schmerzen), dass das Leben wenigstens noch ein bisschen wert ist“, Herr Rü: „Ich habe zum ersten Mal heute morgen mich bewegen können“). Bei drei Patienten sind Schmerzen zunächst eindeutig mit Sterben verbunden (Frau We, Herr M, Herr R).

Dieses Ergebnis zeigt nur zu deutlich, wie wichtig eine gute Schmerztherapie ist, wie sehr sie zur Lebensqualität der Patienten damit beiträgt, was bereits ein großer Schwerpunkt der Palliativmedizin ist (vgl. Voltz, Ostgathe, Borasio 2007; Ostgathe, Voltz 2008; Radbruch, Voltz 2008; Schiessl 2008).

III.3 Medizinisches Umfeld

Abb. 13 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit für die Kategorie III.3.

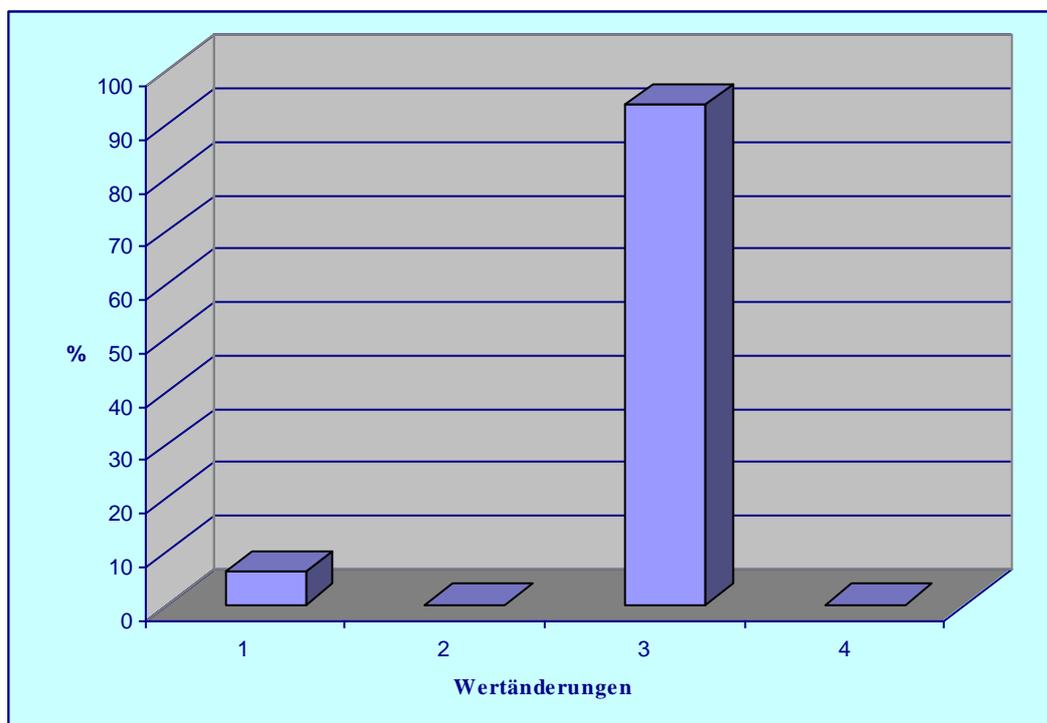


Abb. 13: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgegenwart von Palliativpatienten (N=8) in Kategorie „Medizinisches Umfeld“ (III.3)

Legende der Wertänderungen:

1 = ++

2 = - → +

3 = 0 → +

4 = → +/-

In der gesamten Oberkategorie „Medizinisches Umfeld“ sind fast alle Wertungen, 93,75%, in der Krankensituation neu erfahrene („0 → +“). Eine Wertverstärkung zu 6,25% („++“) ist zu vermerken.

Genauere Unterteilung gemäß der Unterkategorien

III.3.1: *Empathie von Ärzten und Pflegepersonal*

Ein Drittel aller Patienten betonte die Wichtigkeit des Einfühlungsvermögens des medizinischen Personals für sie. Es gab eindeutig nur positive Nennungen, darunter eine schon vorher positive Verstärkungen; was auch bedeutet, dass die Patienten besonders hervorhoben, wenn ein Arzt aus ihrer Sicht kalt und unsensibel mit ihnen umgegangen war. Beispielsweise ist Herr J tief erschüttert von der sehr brutalen Diagnosemitteilung eines Arztes. Herr M schätzt seinen Hausarzt, der sich sehr sorgenvoll um ihn gekümmert hat („wenn der kam, das war auch noch schön, dann konnte ich mit dem sprechen. Dann war das so, dass man da schon mal etwas losgeworden ist, (...) der hat mir auch unheimlich geholfen“).

III.3.2: *Fachkompetenz*

Diese Kategorie sprachen nur zwei Patienten an, beide lernten erst durch die Krankensituation den Wert eines fachkompetenten, erfahrenen Arztes kennen („0 → +“). Nach Zitaten wie die des Herrn M (vgl. III.3.1) lässt sich die Hypothese formulieren, eine innige Arzt-Patienten-Beziehung eine bedeutende Rolle im Genesungsprozess des Patienten hat und zu dessen Wohlbefinden beiträgt.

III.3.3 *Umgebung*

Vier Patienten wurde durch die Krankensituation die Umgebung einer Klinik für das allgemeine Wohnbefinden wertvoll (viermal „0 → +“). Die Aussagen bezogen sich auf Negativbeispiele, z.B. bemerkt Herr A, ein Natur liebender Mensch, über das Kölner Universitätskrankenhaus: „Die Verlegung ins Bettenhaus gehört nicht zu den angenehmsten Erfahrungen meines Lebens (...), das Haus selbst ist ein Alptraum (...) man kann Klaustrophobie hoch drei kriegen.“, oder Frau W über das selbe Gebäude: „Angst, unsympathisch, da ist man eine Nummer“. Noch deutlicher wird der Einfluss der Umgebung auf die Psyche der Patientin: „Zwei Dinge waren entscheidend (für ihre gesundheitliche Besserung): der Wechsel vom Bettenhaus zum MSH! Das hat meiner Psyche so gut getan! Hier bin ich richtig aufgeblüht.“. Von den beiden anderen Patienten findet man ähnliche Aussagen über den Einfluss der Krankenhausumgebung (Licht, Ruhe, Natur, freundliche Räume) auf deren – körperliches wie seelisches – Wohlbefinden.

III.4: Austausch mit Betroffenen, Selbsthilfegruppen

Abb. 14 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Wertveränderungen, Wertverstärkungen oder Gleichwertigkeit für die Kategorie „Austausch mit Betroffenen, Selbsthilfegruppen“ (III.4).

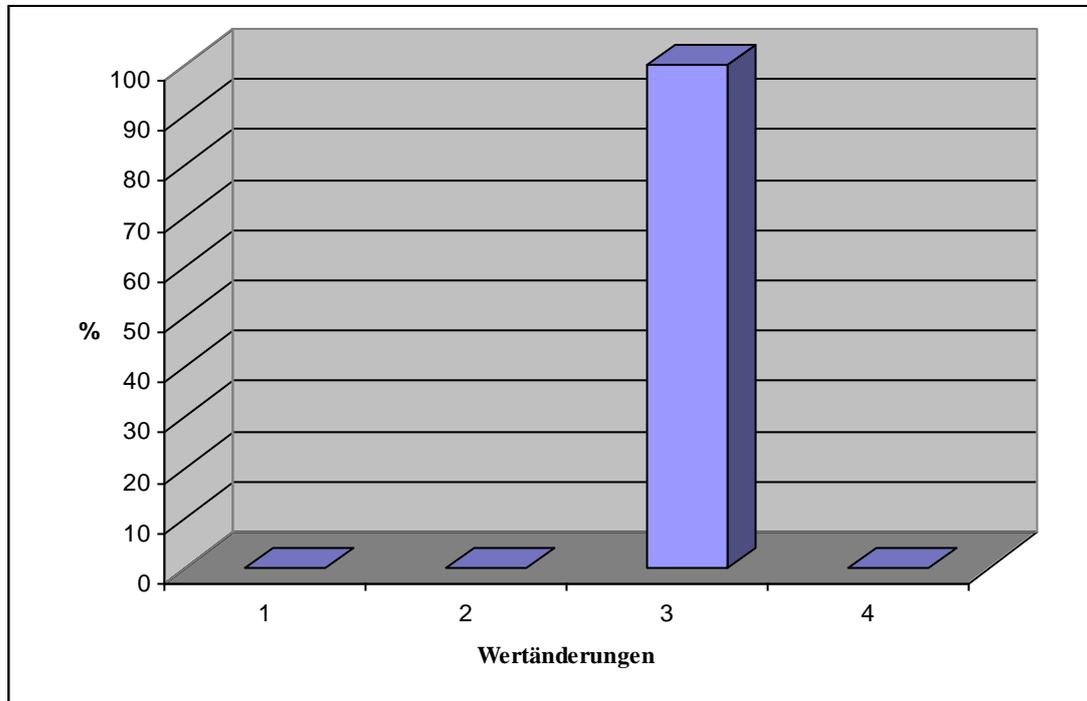


Abb. 14: Verteilung der Wertänderungen in der Lebensgegenwart (nur von N=1 der Palliativpatienten thematisiert) in Kategorie „Austausch mit Betroffenen, Selbsthilfegruppen“ (III.4)

Legende der Wertänderungen:

1 = ++ 2 = - → + 3 = 0 → + 4 = → +/-

Diese Kategorie wurde von einem Patienten positiv in der Lebensgegenwart bedient (Herr M, „0 → +“). Dieser hatte einen Mitpatienten in einer ähnlichen Situation getroffen, mit dem er gerne Erfahrungen ausgetauscht hätte, der jedoch nicht mehr aufzufinden war, was er sehr bedauerte. Herr M befindet sich in einem noch verhältnismäßig guten gesundheitlichen Zustand, für den eher der Umgang mit der Krankheit im alltäglichen Leben als mit dem Tod im Vordergrund steht. Eine Hypothese für die geringen Nennungen in dieser Kategorie wäre das fortgeschrittene Krankheitsstadium, in dem der Austausch mit Betroffenen zu anstrengend ist, oder, wie oben genannte Ergebnisse zeigen, der starke Bezug zu Familie und Freunden.

Nach den Ergebnissen dieser Hauptachse kann man deutlich sehen, dass die Themen Tod und Sterben nicht sehr präsent im krankheitsfreien Leben zu sein scheinen. Mit dem Bewusstwerden durch eine schwere Krankheit werden die Patienten gezwungen, sich mit solchen Themen auseinander zu setzen; doch nicht alle tun das, fünf von 18 Patienten äußerten sich nicht.. Verständlich sind die Neuauftritte der Werte bezüglich des Medizinischen Umfeldes – wenn die Patienten vorher nicht in Krankensituationen sich befanden, war die Wichtigkeit z.B. der Umgebung einer Klinik nicht im Bewusstsein.

3.2.3 Synopse der Gruppenergebnisse

Die am häufigsten thematisierte Wertkategorie mit 32,94% ist die Kategorie „Bezugspersonen“ (signifikant gegenüber allen anderen Kategorien). Für die meisten Patienten bleibt die vor der Erkrankung schon bestehende Wertigkeit der Bezugspersonen (Familie, soziales Umfeld) in der Krankensituation unbeeinflusst, besonders eine positive Familienbindung bleibt mit 35,29% gleich positiv „+“. Bei erwähnten Kindern war die Wertung bei allen Patienten positiv und blieb bzw. verstärkte sich in der Krankensituation noch.

Zweithäufigst angesprochene Kategorie ist mit 22,24% die Kategorie „Bewältigungsstrategien/-verhalten“ (signifikant gegenüber allen anderen Kategorien). Hier sind die häufigsten Wertänderungen die positive Verstärkung „++“ mit 32,74% und das positive Neuauftreten eines Wertes „0 → +“ mit 27,98% zu verzeichnen. Fast alle Patienten machten hierzu Aussagen, wobei zu 100% „Alltägliche Dinge“ positiv in der Lebensgegenwart im Bewusstsein sind. Ein Drittel aller Patienten machte zu der Unterkategorie „Kontrolle, Autonomie, Arbeit“ in der Lebensrückschau nur positive Aussagen. Außer bei einem Patienten verstärkten sich bei allen die positive Nennung „++“. Ein buntes Bild von Verhaltensänderungen sind zum Thema „Allgemeine Verhaltensweisen zur Krisenbewältigung“ zu sehen, wobei hier der Einfluss der psychoonkologischen Betreuung mit zu vermerken ist. „Religion und Spiritualität“ hat insgesamt einen Anteil von 3,42% an Nennungen (geringste Nennung), also lässt sich diesbezüglich keine Aussage machen.

18,4% der Aussagen, an dritter Stelle stehend, beziehen sich auf die Kategorie „Umgebung, Versorgung“. Hier zeigt sich mit 66,67% das positive Neuauftreten eines Wertes („0 → +“) als häufigste Wertänderung in der Krankensituation. Der Mehrheit der Patienten (neun von zehn Nennungen) wird „Versorgung“ erst in der Krankensituation bewusst und wichtig („0 → +“ und „- → +“). Für fast alle Patienten wurde der Wert „Häusliche Umgebung“ positiv bedeutsam („0 → +“ und „+“).

Mit 13,74% wurde die Kategorie „Lebensfazit“ thematisiert. Die Mehrheit der Patienten reflektierte in der Krankheit über ihr Leben und davon konnte gut die Hälfte positive Bilanz ziehen 58,34% („0 → +“).

Mit einer Häufigkeit von 8,14% wird die Kategorie „Zentrale Themen, Lebensmuster“ bedient. Patienten mit vorher schon festen Verhaltensweisen bleiben in diesen zu 52,5% auch in der Krankensituation („+“), zu jeweils 15% verstärken sich positive Nennungen („++“) und schwingen vom Negativen ins Positive um („- → +“).

Vor der Krankensituation schon bestehende „Tugenden, Lebensmaximen, Sollgrößen“ ändern sich zu 50% der Wertungen der sich hierzu geäußert habenden Patienten in der Lebensgegenwart nicht („+“), mit 33,34% trat dieser Themenkomplex positiv neu auf („0 → +“).

Betrachtet man sich die Wertänderungen bei Sterbenskranken über alle Kategorien in II, ergibt sich ein eindeutiges Ergebnis: mit 30,54% entstehen Werte neu „0 → +“ (signifikant gegenüber fast allen Wertveränderungen). Als zweithäufigste - nicht mehr signifikante, je-

doch tendenzielle - Wertqualität bleiben zu 24,53% positive Werte von dieser besonderen Situation unbeeinflusst („+“) und zu 14,22% verstärken sich vorher positive Werte („++“).

Für das Teilgebiet **„Krankheit und Sterben“** ergibt sich Folgendes: Von 18 Patienten machen hierzu fünf keine Aussagen. Häufigst genannter Wert ist die „Schmerzfreiheit“ mit 29,74%, zu 100% trat dieser Wert positiv neu auf durch die Krankheitserfahrung („0 → +“). Zu beachten ist jedoch, dass diese und die folgenden Verteilungen nicht signifikant, sondern eher tendenziell zu verstehen sind.

Weiter können mit 27,44% Aussagen zu „Einstellung zum Sterben“ verzeichnet werden. Zu 50% sind diese neu auftretende positive Werte („0 → +“), mit jeweils 25% neu auftretende ambivalente („0 → +/-“) und sich umschlagende Werte („- → +“).

Die Kategorie „Empathie von Ärzten und Pflegepersonal“ wird mit 22,05% bedient. Ein Drittel aller Patienten betont diesen Wert; so gibt es nur positive Nennungen („0 → +“ und „++“).

Mit 11,54% wird die klinische „Umgebung“ von den Patienten angesprochen, wobei auch hier dieser Wert hundertprozentig erst in der Krankensituation wertvoll wird („0 → +“).

Auch die Wertungen zur „Fachkompetenz“ der Ärzte und Pfleger, die 7,69% der Nennungen ausmachten, sind zu 100% neu auftretende („0 → +“).

In der Oberkategorie dieser drei Unterkategorien treten also zu 93,75% Werte neu auf; zu 6,25% werden schon vorher positive in der Krankensituation verstärkt („++“).

Mit 1,54% wird „Austausch mit Betroffenen, Selbsthilfegruppen“ benannt (ausschließlich 0 → +).

In der Kategorie „Krankheit und Sterben“ ist der positive neu auftretende Wert („0 → +“) mit 82,82% die meist vermerkte Wertänderung (hochsignifikant gegenüber den anderen empirisch aufgetretenen Wertveränderungskategorien). Mit 9,23% entsteht ein ambivalenter Wert in der Krankensituation neu („0 → +/-“), was jedoch nicht signifikant ist.

Nach diesen gruppenorientierten Auswertungen (in der Reihenfolge des KSW-PP) wenden wir uns den individualorientierten Auswertungen zu..

3.3 Personenspezifische Auswertung

Nachdem den bisherigen gruppenspezifischen Daten hinsichtlich der verschiedenen Wertkategorien soll im Folgenden personenspezifisch aufgezeigt werden, ob und wie sich ein Wandel intraindividuell zeigen lässt und was die tödliche Krankheit für die einzelnen Patienten bedeutet. In dieser Beurteilung werden die Ergebnisse der Hauptachsen II und III zusammengefasst beurteilt.

Herr A bleibt sich in sieben von 13 Werten treu, ohne Einfluss der Krankheit. Drei Werte verstärken sich (II.1.2, II.2.1, I.5) und drei Werte treten neu auf („0 → +“ in II.2.2, III.3.1 und III.3.3). Demnach ließe sich folgern, Herr As scheint eine in sich soweit stabile Person zu sein, dass die Krankheit – zumindest im untersuchten Zeitfenster – ihn nicht massiv destabilisiert und er sich in manchen Dingen sogar an sie anzupassen scheint. Zu bedenken ist, dass Herr A im Laufe seines Lebens an Krankheiten litt (chronische Hepatitis C, Nephrektomie, arterielle Hypertonie und koronare Herzerkrankung, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, u.v.m.), sodass eine biographisch gewachsene Adaptationsleistung anzunehmen ist, und er gelernt hat, zwischen diesen Krankheiten sein Leben „stark zu leben“: Er übte z.B. mehrere, sehr interessante und zum Teil abenteuerliche Berufe aus und lebte in verschiedenen Ländern, was von ihm forderte, sich immer wieder in neuen Situationen zurecht zu finden: „Wenn ich jetzt Behinderter bin, bleibe ich jedenfalls vom Thema her am Ball. Ich gehöre nicht zu den Leuten, die dann so sich abfinden und sagen, ach ja, nur das Ende sehe ich. (...) So dass ich also mit meinen Kräften entsprechend leben will. Also das habe ich mir vorgenommen.“ Zum Sich-auf-neue-Situationen-Einstellen gehört bei ihm allerdings dazu, dass bei man bei ihm „sogenannte Grundwerte“ auffinden kann, nach denen er lebt und die sich im Laufe seines Lebens immer wieder bestätigt haben (soziale Gerechtigkeit, seine Familie, Natur). Für ihn bedeutet die Krebserkrankung also eher ein neues Glied einer langen Kette, eine neue Herausforderung, auch wenn ihm bewusst ist, dass es das wahrscheinlich letzte Glied sein wird: „Alles hat ein Ende, auch das wilde Leben eines alten Mannes“.

Die Frage nach der Krankheit als Krise gestaltet sich hier schwierig: Im untersuchten Zeitfenster sieht man zwar einen Mann, der mit der Situation offenbar gut und adäquat umzugehen weiß; gleichwohl sind auch gerade bei Patienten mit einer weitgehend befriedigenden Lebensbilanz bzw. einer aktiven Lebensleistung mit Ängsten vor Autonomieverlust zu rechnen, weil letztere möglicherweise mit der Persönlichkeit, die ein solches Leben gelebt hat, wenig kompatibel wären (Speidel 2007, 33).

Auch, oder gerade wenn Herr A schon mehrere schwere Krankheiten hinter sich hat, könnte man sich vorstellen, dass diese Situation besonders belastend ist, da er sich von seiner jetzigen Krebserkrankung nicht wieder *restitutio ad integrum* erholen wird, um neue Abenteuer zu erleben. Krise ja oder nein, bleibt unbeantwortet

Tab. 4: Wertveränderungen bei Herrn A

	+	++	0 → +	Krankheit = Krise
A	7 (53,85%)	3 (23,08%)	3 (23,08%)	?

Herr A zeigt unter seinen 13 Wertänderungen gut 54% gleich positiv bleibende Wertqualitäten, 23% sich positiv verstärkende und 23% neu auftretende positive, die Krankheit als Krise ist fraglich.

Zur Person des **Herrn B** lässt sich wenig sagen, da er unter starken Schmerzen und Luftnot leidet („0 → +“ in III.2). Seine Familie spricht er zwar an, doch erfährt man keine Wertigkeit („0“ in II.1.1).

Tab. 5: Wertveränderungen bei Herrn B

	0	0 → +	Krankheit = Krise
B	1 (50%)	1 (50%)	?

Bei Herrn B entsteht ein Wert neu, ein zweiter bleibt gleich ungewiss; Krankheit als Krise ist ungewiss.

Bei **Frau Br** lässt sich die Krankheit als sehr einschneidendes Ereignis verstehen, wenn man die Ergebnisse zu Wertwandlungen als Indikatoren für dieses Verständnis sieht: Von sechs Wertungen bleiben nur zwei unverändert. Die restlichen vier verändern sich in verschiedene Richtungen (zweimal „++“ in II.2.3 und II.4.1, „+ → +/-“ in II.1.1, „0 → +“ in II.5), wobei eher die Verharrung bei ihr überwiegt. Über ihr Leben erfährt man im Gespräch, dass ihr oft „das Rückrat gebrochen“ wurde. Auch sie war gezwungen, sich auf immer neue Lebenssituationen einzustellen. Doch das Leben hat sie auch gelehrt, „daraus keinen Krieg zu machen“. Als Überlebensstrategie formte sich bei ihr die Einstellung, „Egoist (zu) sein, sonst kommt man nicht durch das Leben“. Ihre aktuelle Krankheit belastet sie besonders, denn dadurch verliert sie ihre Motivation nach Unabhängigkeit – die Verhaltensweise, die sie so oft in ihrem Leben in Krisensituationen angewandt hatte. Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich auch die Verstärkungen und bleibenden Wertqualitäten verstehen: „...und ich bin nun hier und weiß, das ist ungefähr die Endstation – Sie, das ist nicht so leicht hinzunehmen! Auch mit achtzig nicht!“. Die Situation bringt aber auch den Wert für die Patienten, ein positives Fazit über ihr Leben ziehen zu können. Für Frau Br bedeutet die tödliche Krankheit also eine Krise, durch die ihre Werte zwar aufgewirbelt, letztendlich aber verstärkt werden.

Tab. 6: Wertveränderungen bei Frau Br

	+	++	+ → +/-	0 → +	Krankheit = Krise
Br	2 (33,34%)	2 (33,34%)	1 (16,67%)	1 (16,67%)	Ja

Von sieben Wertungen bleiben zwei gleich positiv, zwei verstärken sich, eine vorher positive Wertung wird ambivalent, ein weiterer Wert tritt neu positiv auf. Die Krankheit stellt eine Krise dar.

Frau D verstärkt letztlich ihre Werte und Verhaltensweisen in Krisensituationen. Besonders wichtig wird ihr, zu Hause („++“ in II.4.1) und bei ihrer Familie zu sein. Durch die Krankheit der Kürze des Lebens bewusst geworden, haben sich Spannungen und Streite innerhalb der Familie entspannt („++“ in II.1.1). Noch in der Krankensituation, vielleicht dadurch noch hervorgehoben, vergleicht sie sich mit anderen Patienten, sehnt sich nach Ruhe und Weinen; sie fürchtet jedoch, dem nachgebend „nicht mehr hoch zu kommen“. Auch hier kann man die Palliativsituation als Krise betrachten.

Tab. 7: Wertveränderungen bei Frau D

	+	++	-	0 → +	Krankheit = Krise
D	1 (20%)	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	ja

Frau D verstärkt zwei vorher positive Wertungen, eine bleibt gleich positiv, eine gleich negativ und es findet sich ein neu entstandener positiver Wert. Die Krankheit stellt eine Krise dar.

Herr F bleibt in seinen sich biographisch bisher bewährten Werten, der Wertschätzung des Kölner Karnevals in seinem Leben („+“ in II.1.2). Dazu erlebt er den neuen Wert ‚einfühlsamer Ärzte‘ (zweimal „0 → +“ in III.3.1). Ob die Krankheit für Herrn Fr eine Krise darstellt, wird von ihm im zeitlichen Untersuchungsfenster nicht explizit benannt; was jedoch dafür sprechen würde, sind Aussagen von ihm wie „ich ziehe dann wieder meine Tarnung an. Und dann bin ich in einer anderen Welt“. Um die Schwere der Situation auszuhalten, verkleidet er sich (Tarnkappe), gemäß des Karnevals, und in schlaflosen Nächten betrachtet er seine Karnevalsorden, was ihm Freude bereitet.

Tab. 8: Wertveränderungen bei Herrn F

	+	0 → +	Krankheit = Krise
F	2 (50%)	2 (50%)	vermutlich

Von vier Werten bleiben verändern sich bei Herrn F zwei nicht, die anderen bilden sich neu positiv. Die Krankheit als Krise ist zu vermuten.

Herr J berichtet überwiegend von seiner Krankensituation und den Erlebnissen mit den Ärzten („0 → +“ in III.3.1 und III.3.2). Die Krankheit scheint für ihn ein großer Schock zu sein – so berichtet er, nie krank gewesen zu sein und immer verantwortungsvoll mit seinem Körper umgegangen zu sein (Gartenarbeit). „Ich habe gedacht, ich gehe hierhin, man schneidet das heraus und dann kommt eben eine Chemotherapie und dann hat sich das“. Er bezeichnet seine Diagnosemitteilung als „dicken Hammer“, der Arzt hätte ihm diese „sehr brutal“ überbracht. Sie hatte offenbar für ihn einen Trauma ähnlichen Charakter. Die wenigen anderen Werte, die er anspricht, entstehen ebenfalls neu in der ungewöhnlichen Situation, so wird es ihm wichtig, gut aufgehoben, im MSH zu sein („0 → +“ in II.4.1 und II.4.2). Aus dem vorliegenden Ergebnis lässt sich nicht erschließen, ob die Krankheit einen Wendepunkt für seine Werte darstellt; doch scheint sie für ihn eine große Krise, wenn nicht sogar ein Trauma zu bedeuten.

Tab. 9: Wertveränderungen bei Herrn J

	0 → +	Krankheit = Krise
J	4 (100%)	Ja

Vier Werte treten positiv neu auf, die Krankheit ist als Krise zu werten.

Herr L: Von sieben genannten Werten bleiben fünf gleichbedeutend. Bei diesem Patienten verliert der vorher positive Wert Familie etwas an Wert („+ → -“ in II.1.1), alle anderen werden positiv. Herr L ist in seinem Leben immer gesund gewesen, hat immer Sport gemacht und gearbeitet, sich gut ernährt und war „gesellig“ – dann, aus dem Nichts, kommt der Tumor und „bei der Chemo sind dann am Rücken irgendwo Metastasen aufgebrochen, die Wahnsinnschmerzen verursacht haben“. Er empfindet seine Krankheit durchaus als schwer, doch er fasst sie eher als einen schweren Unfall auf, in dem man einiges durchstehen muss, durchaus mit Rückfälle rechnen muss, wobei es aber letztendlich aufwärts geht. Doch hinsichtlich seiner Lebensvorstellung kann man die Krankheit als Krise verstehen.

Von der Herkunft des Patienten erfährt man nichts, doch er erzählt von seiner „teilweise ganz beschissene(n) Ausbildung“; diese unschönen Erfahrungen nahm er als negatives Beispiel und formte sie positiv um: Er qualifizierte sich, machte die Meisterprüfung und bildete sich zum „Ausbilder“ von Jugendlichen fort, um nicht sein ganzes Leben dasselbe machen zu müssen. Er fand eine sichere Arbeitsstelle, wo er trotzdem selbstständig und kreativ sein konnte. Diese fand er in einer Institution, in der er Jugendlichen half, die „draußen so ein bisschen daneben geraten sind“. Hier erntet er Erfolg und Anerkennung. In seinem Leben hat sich die Erfahrung bestätigt, „sich da dran auf(zu)richten, wo etwas bei heraus kommt, dann klapp(e) das“. Deshalb scheint seine Arbeit für ihn im Mittelpunkt zu stehen, nicht so sehr sein Sohn und seine Schwester; das ist sein Antrieb, für den er leben möchte, „wenn das (die Arbeit) nicht so wär, wäre mir das (die Krankheit) vielleicht auch egal, aber das ist so schön eingespielt alles (...) ich will noch!“. Der mögliche Verlust dessen und seiner Autonomie durch die Krankheit bereiten ihm Sorge.

Herr L versucht, seinen Wert der Kontinuität auf seine Krankensituation anzuwenden: „Solange ich merke, da tut sich was, ist das ja auch immer beruhigend“. Doch ist ihm nicht be-

wusst, dass seine aktuelle Situation im MSH weder Kontinuität noch Besserung bedeutet. Damit verdrängt er den Ernst seines Zustandes.

Ein Wandel lässt sich allerdings aufzeigen: das Schätzen alltäglicher Dinge „Das sind ja auch so positive Dinge, die normalerweise im Leben normal ablaufen und man sich überhaupt keine Gedanken macht“.

Bei Herrn L sind Wertvorstellungen früh in der Lebensgeschichte entstanden und sind immer wieder bestätigt worden. Sie tragen ihn auch durch die Krankensituation und lassen ihn alles geduldig und verständnisvoll durchleben. Zwar ist die Krankensituation eine schwere Krise für den Patienten, sie erschüttern seine Werte jedoch nicht. Das verhindert die Chance, andere Lebensinhalte als seine Arbeit zu finden.

Tab. 10: Wertveränderungen bei Herrn L

	+	+ → -	0 → +	Krankheit = Krise
L	5 (71,43%)	1 (14,29%)	1 (14,29%)	Ja

Fünf von sechs im Rückblick positive Werte verändern sich bei Herrn L nicht, einer wandelt sich zum Negativen. Ein Wert entsteht neu positiv, die Krankheit ist als Krise zu verstehen.

Frau La, Einzeldarstellung Kapitel 3.1.1.

Tab. 11: Wertveränderungen bei Frau La

	+	++	--	0 → +	Krankheit = Krise
La	1 (9,09%)	4 (36,36%)	1 (9,09%)	5 (45,45%)	ja

Bei Frau La finden sich elf Wertungen, von denen eine gleich positiv bleibt, fünf sich in ihrer Wertung verstärken, fünf treten neu positiv auf. Die Krankheit ist als Krise zu verstehen.

Frau Le, Einzeldarstellung Kapitel 3.1.2.

Tab. 12: Wertveränderungen bei Frau Le

	+	++	--	+/-	- → +	0 → +	0 → +/-	Krankheit = Krise
Le	3 (21,42%)	4 (28,57%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	3 (21,42%)	1 (7,14%)	ja

Bei Frau Le bleiben drei positive Wertungen unverändert, fünf verstärken sich. Eine ambivalente Wertung verstärkt sich weiter positiv, eine Negativ-Nennung wandelt sich ins Positive, drei Werte entstehen neu positiv, ein anderer neu ambivalent. Die Krankheit ist als Krise zu verstehen.

Herr M ist ein Patient, bei dem durch die Krankheit viele Werte ins Schwanken geraten: von 16 insgesamt genannten Werten werden sechs ambivalent; davon treten vier neu auf („0 → +/-“), zwei, beide die Familie und seine Frau betreffend, waren vorher positiv („+ → +/-“ in II.1.1 und II.1.1.1). Vier Werte verstärken sich bzw. bleiben unverändert, fünf treten positiv neu auf, davon drei in der Kategorie Krankheit und Sterben, und einer wandelt sich vom Negativen ins Positive. Betrachtet man sich diese Auswertung, wird klar, dass es schwer ist, eine eindeutige Aussage über eine Wandlungsrichtung zu machen; jedoch lässt sich sagen, dass einiges in Bewegung ist. Herr M scheint vor seiner Krankheit ein recht stabiles Leben gehabt zu haben, war schon sehr früh selbstständig und Ausbilder in seinem Beruf, gründete im selben Jahr eine Familie und war auch im Freizeitleben sehr aktiv (Kegelverein, Schach, Angeln). Er stellt sich in der Lebensrückschau als selbstsicheren Menschen dar, der auch in der Beziehung zu seiner Frau der dominierende Part war. Seit der Krankheit kommt er im analysierten Zeitfenster in allen Bereichen und auf allen Ebene ins Schwanken, da die Krankensituation auch eine ganz besondere darstellt: Dem Patienten geht es so gut, dass er sich von den anderen Patienten auf der Palliativstation absetzen kann: „Es gibt andere, was ich hier so sehe, was hier so herum liegt, sagen wir mal. (...) Da bin ich noch gut gegen.“ Andererseits ist er so krank, dass er seine Rolle in seinem bisherigen Leben nicht mehr weiter führen kann. Das kann man als eine zusätzliche Krise verstehen, „obwohl ich weiß nicht, ob meins schlimmer ist oder das der anderen Patientin“, denn er gehört so weder zu den Kranken noch zu den Gesunden. Er kann sich auf keinen seiner Zustände verlassen („Wenn etwas passiert, dann passiert das immer an diesen Tagen [Wochenenden]“). Und „vor 14 Tagen war es so toll, und dann direkt, ein paar Tage später, dann haben wir versucht, gleich wieder ein Zimmer (im Krankenhaus) zu kriegen.“ So hat er in keine Richtung Hoffnung, hat keine eindeutige Basis, von der aus er ein adäquates Leben anknüpfen könnte.

Die Krankensituation lässt sich also bei Herrn M als Lebenskrise verstehen, in einer – nach unseren Kenntnissen – noch nie vorher da gewesenen Form. Er personifiziert die Krankheit sogar: „wenn mich die Krankheit überfällt“. Es scheint, als würde er an seine äußersten Grenzen geführt: „Warum ist denn das so eine unruhige Krankheit, warum habe ich denn das? (...) Was ist das, was ich habe? Das ist, was ich nicht begreife. Warum, warum geht es einem so?“.

Inmitten dieser schlimmen Situation erlebt er aber auch, dass er in subjektiven Sterbemomenten nicht gestorben ist, was ihn wiederum ein Stück gelassener macht, „weil man ja doch nicht stirbt“. Auch berichtet er positiv von der Einnahme von Tavor (Lorazepam, aus der Gruppe der Benzodiazepine, hochwirksames Beruhigungsmittel) in solchen Momenten. Insgesamt beschäftigt sich Herr M sehr mit den Themen Tod und Sterben (fünf Nennungen in Hauptkategorie III), was er vorher anscheinend nicht getan hat. Auch lernt er, sein gelebtes Leben zu schätzen, er empfindet Stolz. Auch wenn es ihm abwechselnd kurz und lang vor- kommt.

In welche Richtung sich die Schwankungen ausrichten, ob sie zu einem Wandel führen oder sich Werte und Verhaltensweisen verfestigen (vgl. Einzelfalldarstellung Frau Le, Kapitel 3.1.2.), lässt sich nicht sagen – doch das analysierte Zeitfenster dieses Patienten zeigt deutlich, dass die Krankheit eine Krise für alle Lebensbereiche darstellt.

Tab. 13: Wertveränderungen bei Herrn M

	+	++	-	+ → +/-	0 → +	0 → +/-	- → +	Krankheit = Krise
M	1 (6,25%)	2 (12,5%)	1 (6,25%)	2 (12,5%)	5 (31,25%)	4 (25%)	1 (6,25%)	ja

Bei Herrn M verstärken sich zwei positive Nennungen, eine positive sowie eine negative bleiben unverändert. Zwei vorher positive Werte werden ambivalent, fünf treten neu positiv auf, vier neu ambivalent, ein negativer wird positiv. Die Krankheit ist als Krise zu verstehen.

Herr R ist sehr auf seinen Körper fixiert. So lassen sich auch seine Wertnennungen verstehen: Seit dem ersten Tag seiner Krankheit hält er minutiös alle Details der Untersuchungen und Verlegungen sowie die Reaktionen seines Körper darauf in einem Tagebuch fest. Dieser Wert bleibt – wenn er etwas nicht sofort eintragen kann, merkt er es sich, um es später nachzutragen („+“ in II.5). Herr R ist auch einer der zwei untersuchten Patienten, der von vorne herein bevorzugt, im MSH anstatt zu Hause zu bleiben, aus angegebenen rationalen Gründen „oder ich konnte nach Hause, aber (...) wie wollen Sie das machen, Verband und so weiter, (...) muss ja jeden Tag nachgesehen werden“ („0 → +“ in II.4.2). Es scheint, als ob er alles mit seinem Körper ausdrücke: Auf Fragen nach seinem Wohlergehen antwortet er z. B. mit Gewichtsschwankungen seines Körpers, „’mal rauf ’mal runter“; im Gespräch hält sich der Patient zu sich selbst distanziert. „Seit der Bestrahlung, da arbeitet ja auch jetzt wieder ’was“, wobei er „also direkte Fortschritte (...) noch nicht gesehen“ habe. In Bezug auf seinen Körper ist er Spezialist.

Wie es zu solch einer Haltung kommt, wird nicht klar. Nur an einem einzigen Punkt lässt sich ein großes Leiden erahnen, woraus man eine solche Abwehrhaltung zu sich selbst verstehen könnte: „Ich hab schon mal einen Tag schmerzfrei gehabt. Aber da habe ich Hoffnung gehabt“ („0 → +“ in III.2); dies ist auch die einzige Stelle in den Gesprächen, an der er von sich direkt spricht.

Unklar bleibt auch, in welchen Verhältnissen der Patient lebt. Man erfährt nur, dass er eine Frau hat und hin und wieder mit Arbeitskollegen ein Kölsch getrunken habe. Vielleicht sagt bei ihm auch das Nicht-Sagen etwas aus.

Aus dem kurzen Kontakt mit dem Patienten lässt sich das Vorliegen eines Wertewandels nicht zuverlässig erschließen. Es drängt sich eher der Eindruck auf, dass er eine eingespielte Abwehrhaltung aufrecht zu halten versucht. Dadurch und wegen der angedeuteten Aussage über große Schmerzen könnte man eine große Krise vermuten, doch bleibt diese Vermutung sehr im Bereich des Wahrscheinlichen.

Tab. 14: Wertveränderungen bei Herrn R

	+	0 → +	+ → 0	Krankheit = Krise
R	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	eventuell

Herr R hält einen vorher positiven Wert, ein zweiter ändert sich ins Ungewisse. Zwei positiv neu-auf tretende Werte sind zu verzeichnen, die Krankheit hat eventuell krisenartigen Charakter.

Bei **Herrn Rü** richtet sich alles nach dem Schmerz. Dieser ist so unvorstellbar groß, dass er das dominierende Thema sowohl in seinem als auch im Leben seiner Frau („Wir leben zu dritt im Haus: Er, ich und die Schmerzen“) sowie im Gespräch ist und für die Ärzte größte Herausforderungen bedeutet. Schmerzfreiheit ist also oberster Wert („0 → +“ in III.2) bzw. in seinem Schmerzstadium die Schmerzlinderung. Daran schließt sich der Wert alltäglicher Dinge an („0 → +“ in II.2.2), da diese schon nicht mehr möglich sind. „Ich habe zum ersten Mal heute Morgen mich bewegen können. Ich war wach gewesen, habe mich geduscht, habe mir die Haare schneiden lassen“. Tatsächlich sind alle außer einem der genannten Werte neu aufgetretene und beziehen sich ausschließlich auf die Krankensituation („0 → +“ in II.2.2, II.4.2, II.5, III.2 und III.3.2).

Mit in seine Situation verwoben und beim Gespräch anwesend ist seine Frau; es macht keinen Unterschied, ob er oder sie von ihm erzählt, so sehr sind Krankheit und Schmerzen zu ihrem Leben und ihrer Realität geworden. Doch wird nicht klar genannt, ob die Frau einen großen Wert für den Patienten darstellt, weder in der Vergangenheit noch in der Lebensgenwart („00“ in II.1.1.1). An einer Stelle wird ein Sohn genannt („mein Sohn war also Chemiker“), sonst wird nichts Privates außerhalb des Schmerzes erwähnt; auch nicht, wie sich die Vergangenheitsform in Bezug auf den Sohn verstehen lässt.

So lässt sich auch bei diesem Patienten zumindest aus seinen Aussagen nicht eindeutig schließen, ob die Krankheit eine Krise darstellt. Der Tumor selbst mit seinen Begleiterscheinungen (durch Bestrahlung defekte Blase, gezwungen, im Rollstuhl zu sitzen, Müdigkeit, nächtliche Unruhe, Depressionen und Appetitlosigkeit durch Chemotherapie, künstlicher Darmausgang nach Kolonektomie, Erleiden eines Atemstillstandes mit Reanimation) spielt aktuell keine so große Rolle im Leben des Ehepaars, es ist der unkontrollierbare Schmerz, der das Problem darstellt. Interessant zur Beantwortung dieser Frage wäre hier, den Kontext des Krankheitseintrittes zu erforschen.

Trotz der unaushaltbaren Schmerzen hat Herr Rü nie daran gedacht, nicht mehr so leben zu wollen, er hat immer noch Lebensmut. Wandel haben sich durch die Krankheit, im Schätzen alltäglicher Dinge getan; dann hat sich die Zeitwahrnehmung für den Patienten geändert – statt in Stunden oder Tagen lebt er von einer Spritzeneinheit zur nächsten.

Tab. 15: Wertveränderungen bei Herrn Rü

	00	0 → +	Krankheit = Krise
Rü	1 (16,67%)	5 (83,34%)	?

Herr Rü verstärkt einen qualitativ vorher nicht bestimmbar Wert, fünf weitere werden in der Krankensituation als wertvoll auf. Die Frage nach Krankheit als Krise ist nicht zu beantworten.

Herr Rf hat seine eigene Krankheitstheorie: „Da hing ich mit dem Ekel da. Und da habe ich mir das geholt. Das weiß ich hundertprozentig!“ Den genannten Ekel erlebte der Patient, als er bei einer manisch-depressiven Bekannten und deren Ex-Ehemann, einem „Säufer“, eine Weile lebte. Die Erfahrung mit den extremen Stimmungsschwankungen dieser Frau haben ihn nachhaltiger schockiert als seine eigene Erkrankung: „Das ist was ganz Schlimmes, da ist das hier gar nichts gegen (...). Um meinen Zustand, da brauchen Sie sich keine Sorgen zu machen.“ Seine Krankheit relativiert sich also für ihn im bekannten Zeitfenster. Auch bezüglich seines Lebens ist seine Stellungnahme: Nachdem er immer gesund war, habe er sich „damit abgefunden, ich habe einmal Bilanz gezogen und bin damit im Reinen, hat ja keinen Sinn da jetzt ständig zu jammern, das bringt ja nichts“ („0 → +“ in II.5).

Nach dem Zusammenleben mit genannten Bekannten fühlt der Patient sich nun im MSH überaus wohl („0 → +“ in II.4.2), in dem man sich um seine Schmerzen kümmert - „das funktioniert“ („0 → +“ in III.2) - und er Ruhe hat („0 → +“ in III.3.3).

Fast alle genannten Werte von Herrn Rf sind neu aufgetreten (fünfmal „0 → +“), einer ist ein Wertwandel von positiv zu negativ („+ → -“ in II.3.1), was diese zwischenmenschlich schlechte Erfahrung darstellt. Der Dreh- und Angelpunkt bei Herrn Rf stellt dieses Erlebnis dar, Werte oder Erlebnisse im Leben vorher sind nicht bekannt. Als Wandel lassen sich die neu auftretenden Werte allerdings verstehen, ist ihm jetzt Ruhe und eine ruhige Umgebung wichtig geworden, Schmerzfreiheit, und er scheint sich im dargestellten Zeitfenster mit seiner tödlichen Krankheit abgefunden zu haben.

Tab. 16: Wertveränderungen bei Herrn Rf

	+ → -	0 → +	Krankheit = Krise
Rf	1 (16,67%)	5 (83,34%)	Anderes Erlebnis = Krise

Ein vorher positiver Wert wandelt sich ins Negative bei Herrn Rf, fünf treten positiv neu auf. Ein anderes Erlebnis als die Krankheit fungiert als Krise und vermutlich Änderungsachse.

Bei **Frau Sc** verändern sich die genannten Werte in verschiedene Richtungen. Das lässt auf einem ersten Blick vermuten, dass die Krankheit in ihr etwas auslöst. Tatsächlich lassen sich im kurzen Kontakt Wertwandel durch die Krankensituation aufzeigen: ihr vorher fester Glauben gerät in Zweifel („+ → +/-“ in II.2.4). Vorher eine eifrige Tagebuchschreiberin gewesen, „Dinge, Gefühle, die man selbst einem Tagebuch nicht anvertraut“, ist sie jetzt so belastet von

der Krankensituation, dass sie dieses zerreißt („+ → -“ in II.5). In ihrer Familie hat sich jedoch durch das Bewusstsein des Lebensendes das vorher nicht gute Verhältnis zu der älteren Tochter geklärt und sich versöhnt („+/- → +“ in II.2.1). Jedoch war auch hier der Kontakt zu kurz, um mit hoher Wahrscheinlichkeit diese Aussage festigen zu können.

Tab. 17: Wertveränderungen bei Frau Sc

	+/- → +	+ → -	+ → +/-	Krankheit = Krise
Sc	1 (33,34%)	1 (33,34%)	1 (33,34%)	ja

Zwei vorher positive Wertqualitäten nehmen bei Frau Sc ab, einmal ins Negative, einmal ins Ambivalente, eine vorher ambivalente Wertqualität ins Positive. Die Krankheit lässt sich als Krise verstehen.

Für **Herrn S** ergeben sich sieben Werte neu (fünf „0 → +“, ein „0 → -“, ein „0 → +/-“), ein Wert verstärkt sich und vier bleiben gleichbedeutend. Bei diesem Patienten trifft eher der Begriff „Bewusstwerdung der Werte“ durch seine Krankheit zu, anstatt Neuentstehung. So macht er sich Gedanken über sein Leben, in dem er schon mindestens zweimal durch eine Morbus Hodgkin-Erkrankung den Tod vor Augen gehabt habe. Jetzt reflektiert er im Nachhinein über die Jahre, die ihm danach noch geschenkt worden sind („0 → +“ in II.5). Er resümiert: „Irgendwie habe ich immer Pech gehabt“ („0 → -, in II.5) und vergleicht sich mit seiner Schwester, „egal, was sie anfasst, irgendwie klappt es immer (...) Die hat jedenfalls keinen Krebs“. Herr S lebt alleine, seine vorherige Lebensgefährtin leidet unter Depressionen und ist auf Psychopharmaka eingestellt. „Irgendwie habe ich mir immer die falsche Frau ausgesucht“ („-“ in II.1.1.1), so hat in seinem Leben eine Familiengründung „nie funktioniert“. Er bemerkt, „ich muss mich wenigstens nicht fragen, was jetzt aus meiner Familie werden soll“ („+/-“ in II.1.1). Seiner Schwester „geht Familie über alles“, so ist auch sie diejenige, die sich gründlich um ihn kümmert; das macht es für den Patienten nicht leichter, verstehen sie sich nach ihm nicht gut („-“ in II.1.1).

Auf sich allein gestellt hat Herr S angefangen, sich im Leben gerne etwas zu gönnen, so wurden ihm Autos und besonders gutes Essen wichtig. Das stellt für ihn den obersten Wert dar („+++“ in II.2.2): „primär Wohlfühl-Faktor“, vielleicht sogar ein Ersatz für sein Alleinsein, als auch sekundär, er hat so viel an Gewicht verloren, dass es überlebenswichtig geworden ist. Als Folge der Chemotherapie sind seine Geschmacksnerven irreversibel geschädigt worden, mit der Auswirkung, dass alles nach „rostigen Nägeln“ schmecke, „das ist eine fürchterliche Geschichte und das deprimiert mich sehr“. Wundersamerweise scheint im MSH „in meinem Kopf ein Schalter umgelegt worden zu sein“. Hier kann er, wenn auch nicht immer, essen und manchmal sogar schmecken, jedoch ohne jeglichen Anhaltspunkt, wann oder was er schmecken kann. Auch deutet er einige Male an, wie gern er länger im MSH bleiben würde, „ich würde es hier noch eine Weile aushalten“ („0 → +“ in II.4.2), und er bemerkt ironisch, er werde nach Ablauf seiner Chemotherapie „rausgeschmissen“.

Was Herrn S besonderst mitzunehmen scheint, ist das Fehlen einer neuen Linie in seinem Leben: „keine Linie, das ist das Verrückte“; es scheint, als habe er nach seiner Morbus Hodg-

kin Erkrankung und durch das Alleinsein diese Linie im Genuss des Essens gefunden; dieser Wert wurde ihm jetzt genommen, was ihn sehr mitnimmt („Wen soll ich verantwortlich machen?“), und im MSH, wo er sich sehr wohl fühlt, wird er hinausgeschmissen.

Von den Ärzten hat Herr S erfahren, dass er bei der neuen Diagnose Lungenkrebs maximal noch ein Jahr zu leben habe. Er sagt ganz klar zu einem Wertewandel: „Da verschieben sich die Prioritäten ganz gewaltig, nicht, (...) ganz andere Dinge (...) scheinen einem jetzt wichtig. (...), zum Beispiel, einfach zu leben, ohne große Ansprüche zu stellen, mit der Situation, so wie sie sich darstellt, einfach versuchen, so zufrieden und ausgeglichen wie möglich zu leben und umzugehen.“

Die Krankheit bedeutet eine Krise für den Patienten, „und dann, und zwar am 2.05., das weiß ich genau, den Tag werde ich nicht mehr vergessen, habe ich erfahren, dass ich einen unheilbaren Lungenkrebs habe“; das war für ihn der finale Tiefpunkt seines Lebens.

Tab. 18: Wertveränderungen bei Herrn Si

	+	++	-	+/-	0 → +	0 → -	0 → +/-	Krankheit = Krise
Si	1 (8,34%)	1 (8,34%)	2 (16,67%)	1 (8,34%)	5 (41,67)	1 (8,34%)	1 (8,34%)	ja

Herr Si verstärkt eine positive Wertqualität, eine weitere vorher positive, eine ambivalente und zwei negative bleiben gleich wertig. Neu auftretende Werte sind fünf positive, ein negativer und ein ambivalenter. Die Krankheit stellt eine Krise dar.

Bei **Frau T** verändern sich von 16 genannten Werten nur vier (zweimal „+ → -“, einmal „0 → +“, einmal „- → +“), die restlichen 12 verstärken sich oder bleiben gleich. Anhand dieser Ergebnisse – auch im Vergleich mit Patienten ähnlicher Resultate – könnte man annehmen, dass Frau T nicht einen umschwingenden Wandel erlebt und sie in der Krankensituation eher alte Verhaltensweisen verhärtet. Es ist schwierig, Frau T in Werte- bzw. Wertewandel-Kategorien einordnen zu wollen. Die Werte, die sich herausfiltern lassen, sagen unvollständig und ungenau etwas über ihren Wandel aus. Zwar berichtet die Patientin viel von subjektivem Wandel, doch ist es fraglich, ob es sich nicht hierbei um Wunschenken handelt, da sie im Interview unsterk von einem Gedankenfeld zum nächsten springt.

Auch ist nicht genau zu bestimmen, wann oder durch was Wandel zustande kommen, ob sie sich überhaupt vollziehen und wie Frau T in ihrem vorherigen Leben mit sich umging. Zum Beispiel könnte man für einen eventuellen Wandel die psychoonkologische Betreuung sehen, in den Gesprächen passiert schon etwas zu einzelnen Themen. Nun ist die Patientin aber, seitdem sie sich von ihrer Medikamentensucht hat lösen können, esoterisch und spirituell sehr interessiert, was auch Auslöser für bestimmte Erkenntnisse gewesen sein kann. Auch der Tod ihrer Mutter war ein Moment, in dem die Patientin ihr Leben überdacht und wodurch sich viel bei ihr geändert hat (Geld geerbt, zu Tochter Kontakt gesucht).

Der Krebs im Genitalbereich rüttelt bei Frau T einen in der Kindheit oder Jugend erlebten Missbrauch auf, was sehr schlimm für sie ist.

Doch scheint die Krebserkrankung überladen mit alten Erinnerungen und Bezügen zu Vergangenheitem und auch nur so zu verstehen, als dass man ihn als allein stehende Krise werten könnte.

Tab. 19: Wertveränderungen bei Frau T

	+	++	-	+ → -	- → +	0 → +	Krankheit = Krise
T	6 (37,5%)	5 (31,24%)	1 (6,25%)	2 (12,5)	1 (6,25%)	1 (6,25%)	?

Bei Frau T bleiben sechs Werte in der Lebensgegenwart gleich positiv und einer negativ, fünf vorher positive verstärken sich; zwei vorher positive wenden sich ins Negative, ein vorher negativer Wert ins Positive, ein neu auftretender positiver Wert ist zu verzeichnen. Die Krankheit als Krise bleibt unklar.

Die Wertungen der **Frau W** sind folgende: zehn Neuauftritte „0 → +“, vier „- → +“. In diesem Ergebnis wendet sich alles zum Positiven, und man kann die Krankheitssituation als Wendepunkt ansehen. Zwei Dinge darin haben nach Aussagen der Patientin zu ihrem Wandel geführt: „Der Wechsel vom Bettenhaus zum MSH. Das hat meiner Psyche so gut getan (...) und dann der Kraftakt nach Essen“ (0 → + in III.3.3 und II.4.2); dort nahm sie an einer Studie teil, was ihr neuen Lebensmut gegeben hat. In der für sie schlimmen Zeit im Bettenhaus (Uniklinikum in Köln) war sie z. B. schon von den Ärzten abgeschrieben, so schlecht ging es ihr. Wenn sie vorher Probleme eher mit sich ausmachte, öffnete sie sich aus der Not heraus ihrem Mann, wodurch sich für sie und ihre Beziehung ganz neue Perspektiven eröffneten „Hilfe fordern und auch annehmen (...) Wir kämpfen beide!“ („- → +“ in II.1.3 und „0 → +“ in I.1.1.1). Was der Patientin auch Lebensmut gegeben hat, ist die Tatsache, dass sie eine so schlimme Zeit überstanden hat, „man kämpft ja nur noch um Leben und Tod und denkt gar nicht an andere Dinge, sei es an Brillengläser (...) na, aber ich hab es überstanden“. So ist sie zum untersuchten Zeitpunkt sehr glücklich mit ihren jüngsten Erlebnissen: „Jetzt ist der Zeitpunkt, wo ich merke, ich kann mehr, kann mir mehr zutrauen und ja, das muss ich ausnützen!“

Für Frau W stellte die Krankheit eine tiefe Krise dar, in der sie sich aber in vorher nicht gekannten Facetten kennen lernen konnte. Für sie steht fest: „Im Inneren, Körperlichen und Mentalen, muss ich dazu sagen, da hat sich auch ne ganze Menge abgespielt. Das ist auch wichtig, das gehört dazu; das ist ein Ganzes, das kann man für mich persönlich nicht trennen.“

Tab. 20: Wertveränderungen bei Frau W

	- → +	0 → +	Krankheit = Krise
W	1 (4,29%)	6 (85,71%)	Ja

Frau W nennt sechs neu auftretende positive Werte und eine Umwandlung von Negativ in Positiv. Die Krankheit bedeutet Krise für die Patientin.

Frau We, Einzelfalldarstellung Kapitel 3.1.3.

Tab. 21: Wertveränderungen bei Frau We

	+	++	- → +	0 → +	Krankheit = Krise
We	2 (22,22%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)	3 (33,33%)	Ja

Von vorher vier positiven Werten verstärken sich bei Frau We zwei, zwei bleiben gleichwertig. Eine Umwandlung von Negativ zu Positiv ist zu vermerken sowie ein positiver Neuauftritt. Die Krankheit bedeutet eine Krise für die Patientin.

Von insgesamt 18 Patienten stellt die tödliche Krankheit für elf Patienten hochwahrscheinlich eine Krise dar, bei dreien lässt es sich vermuten, bei zwei Patienten liegen keine Informationen über den krisenhaften Charakter vor, für einen Patienten stellt eine andere Situation die Krise dar und für einen Patienten lässt sich die Krankheit im untersuchten Zeitfenster neben einer vermutlichen Krise als ein Glied unter mehreren in einer Kette seines Lebens verstehen. Acht Patienten, für die alle die Krankheit eine Krise darstellt, verhärten sich in ihren Verhaltensweisen. In acht Fällen fallen Krise und Verstärkung einer Wertqualität zusammen.

4 Diskussion und Ausblick

4.1 Methodische Begrenzungen

Die vorliegender Arbeit verwendeten Daten wurden im Rahmen des Projektes „Lebensqualität und subjektiver Wertewandel onkologischer Patienten im Dr. Mildred Scheel Haus der Universitätsklinik zu Köln“ erhoben (gefördert von der Deutschen Krebshilfe e.V., Projekt 70-2435-Kö 2). Als Grundlage des Werteerlebens der Patienten dienten psychoonkologisch-supportive Gespräche, die bewusst frei weitgehend ohne inhaltliche Vorgaben durchgeführt wurden, um sich den aktuellen Leitthemen der Patienten öffnen zu können (vgl. Kapitel 2.2.). Somit war es den Patienten möglich, die Themen zur Sprache zu bringen, die für sie in ihrer aktuellen Situation besondere Relevanz haben.

Der Vorteil der patientensensiblen Offenheit – insbesondere bei den hier vom Tode gezeichneten Schwerkranken - trägt den methodischen Nachteil mit sich, nicht gezielt über das zur Sprache Gebrachte hinaus präzisierende Folgefragen zu stellen.

Andererseits hätte ein strukturiertes Interview mit Einbezug von theoretisch vorab fixierten Wertthemen als Problem, dass Änderungen innerer Standards und Konzepte nicht gezielt abgefragt werden könnten, ohne die Befragten für die Änderungen dabei zu sensibilisieren, so dass man es Beeinflussung nennen könnte (Llewellyn-Thomas & Schwartz 2000).

Insgesamt ist zu bemerken, dass das der Wertauswertung zugrunde liegende Kategoriensystem induktiv entwickelt wurde, d.h., alle hier untersuchten Wertfelder sind bei dieser Patientengruppe häufig angesprochene. Ihre Generalisierung auf andere Menschen und Patienten jenseits einer lebensbedrohlichen Situation wäre zunächst nicht indiziert bzw. bedürfte einer Überprüfung und vermutlich Modifikation. Darüber hinaus ist, was die retrospektiven Anteile der Gespräche betrifft, mit der Frage nach dem Auftreten der Wertfelder vor und nach dem Krankheitseintritt darauf hinzuweisen, „dass die retrospektive Messung eher die wahrgenommene Veränderung in der Zwischenzeit abbildet, denn eine Erinnerung der Zeit vor der Behandlung“ (Güthlin 2004, 169; Ahmed 2004). Die retrospektive Erinnerung muss nicht mit dem tatsächlichen Wertezustand vor der Erkrankung deckungsgleich sein, ist aber die für die Patienten aktuell relevante Gedankenwelt.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass einige Patienten in ihrem Krankheitsverlauf schon so geschwächt waren, dass sie kaum mehr zu sprechen in der Lage waren; andere starben während des Projektes, so dass ein vollständiges Bild ihres Werterlebens nicht nachzuvollziehen war.

Die Auswahl der Patienten war nicht davon beeinflusst, ob gleichzeitig eine andere Betreuung seitens der Patienten wahrgenommen wurde, wie zum Beispiel die eines Seelsorgers. In einem solchen Fall wäre nicht klar, ob eine solche zusätzliche Hilfe das Wertempfinden ggfs. mitbeeinflusst. Die relativ kleine Stichprobe hat zwar eine patientenintensive Auswertung ermöglicht, sowohl was die Einzelfall- als auch Gruppenauswertung betrifft, lässt aber weder weitere Subdifferenzierung etwa nach Geschlecht oder zugehöriger Ethniengruppe noch eine weitergehende Generalisierung auf größere Patientengruppen zu. Gleichwohl waren selbst in dieser relativ kleinen Patientenstichprobe varianzanalytisch signifikante Ergebnisse erzielbar,

was als erster Schritt zur methodischen Erhebung von Wertewandel bei Schwerstkrankengeesehen und zur Validierung des ‚Kategoriensystem zum Wertewandel bei Palliativpatienten‘ (KSW-PP) gesehen werden kann.

4.2 Diskussion der Forschungsfragen im Licht der Ergebnisse)

Die in der Einleitung herausgearbeiteten Fragen (vgl. Kapitel 1.8) sollen nun bezüglich der Ergebnislage geprüft werden.

4.2.1 Diskussion zu Frage 1 – Krankheit als Krise?

In der ersten Fragestellung sollte geklärt werden, ob für Menschen ihre *finale Krankheit eine Krise* darstellt (vgl. Kapitel 1.8).

Direkte Hinweise ergeben die personenspezifischen Auswertungen. Bei elf von 18 Patienten ist die Krankensituation hochwahrscheinlich eine Krise, was von ihnen z. T. sehr deutlich genannt wird. Herr J nennt als sein schlimmstes Erlebnis die Diagnosemitteilung, die er als „sehr brutal gesagt“ von den Ärzten empfand: „Das war ein Schlag auf den anderen ... eine Horrormeldung nach der andern“. Bei drei weiteren Patienten lässt sich die Bedeutung einer Krise vermuten. In den Interviews mit Frau T z. B. kann man die Lebenssituationen vor und nach der Krankheit schwer trennen, sie fließen ineinander über. In einem anderen Fall wurde ein Patient durch ein Ereignis in der Vergangenheit so sehr geschockt, dass das die aktuelle Erkrankung für ihn relativiert. Jenes Ereignis hat für ihn krisenhaften Charakter und ist Auslöser für einen Wertewandel (vgl. Kapitel 3.3 Herr Rf).

Ebenso lässt sich auch ein indirektes Ergebnis in den aggregierten Wertveränderungen über alle Wert-Kategorien finden. Häufigste Wertänderungen sind der neu auftretende positive Wert, der in der Krankensituation anhaltende positive Wert und der sich verstärkende positive Wert (s.u.). Das heißt, in Anbetracht dessen, dass sich Werte durch diese spezielle Situation ändern und da signifikant neue Werte auftreten, lässt sich rückschließen, dass diese Situation eine besondere ist, auch wenn es nicht eindeutig als Krise gewertet werden kann. Auch die anderen Wertänderungen zeigen, wie sehr diese Situation ausschlaggebend für Turbulenzen im Wertempfinden ist. Dieses indirekte Ergebnis lässt sich als Unterstützung des direkten Ergebnisses verstehen.

Als weiteres indirektes Indiz lässt sich die Kategorie „Bewältigungsstrategien und –verhalten“ (Kategorie II.2) anführen: Innerhalb dieser Kategorie ist die Unterkategorie „Allgemeine Verhaltensweisen zur Krisenbewältigung“ (Kategorie II.2.1) mit rund acht Prozent aller Kategorien am häufigsten anzutreffen. Von elf Nennungen in dieser Kategorie waren nur drei unbeeinflusst, alle anderen verändern sich in verschiedene Richtungen. Das heißt, dadurch, dass Verhaltensweisen zur Krisenbewältigung als Kategorie gehäuft auftreten und dass sie als solche erprobt und variantenreich geändert werden, zeigt sich, dass die Krankensituati-

on krisenartige Themen und Verhaltensweisen mit sich bringt, sie also indirekt als Krise verstanden werden kann.

27. Führt man sich das im ersten Kapitel stehende Zitat vor Augen, demzufolge der Mensch aus seinem Alltags-Trott häufig nur durch verschiedenste Formen der Erschütterung, wie z.B. Krankheit und Tod, gerissen werden könne (vgl. Kapitel 1.7), so bestätigen vorliegende Ergebnisse diese Aussage.

Tatsächlich kann schwere Krankheit als Krise bzw. markanter Wendepunkt verstanden werden, in der herkömmliche Werte aufgewirbelt werden. In den geschilderten Beispielen wurde gezeigt, dass zum größten Teil die finale Krankensituation die Krise darstellt; doch auch Situationen im weiteren Bedeutungsfeld können eine Krise darstellen – die Erkrankung als Glied in einer Kette, als Auslöser für Erinnerungen an zurückliegende schlimme Erlebnisse oder ein anderes Ereignis als Auslöser für eine Krise.

4.2.2 Diskussion zu Frage 2 – Wertewandel im Erleben der Patienten?

Weiter heißt es im angesprochenen Zitat (vgl. Kapitel 1.8), dass in einer solchen Krise bisherige Einstellungen, Lebensweisen und Wertvorstellungen von den Patienten überdacht werden. So schließt sich die zweite Frage nach einem *etwaigen Werte- und Verhaltensweisenwandel* an.

Wie in der oben beantworteten Frage schon erwähnt, ließen sich in vorliegender Untersuchung besonders drei häufig vorkommende Richtungen des Wertewandels heraus kristallisieren: Mit 30,53% entstehen positive Werte neu („0 → +“) (hochsignifikant gegenüber fast allen anderen Formen des Wertewandels), zu 24,53% wandeln sich positive Werte nicht, sondern bleiben gleich wertvoll („+“) und mit 14,22% verstärken sich vorher positive Werte („++“). Da bei angeführten Wertewandeln immer die Krankheitssituation als Wandlungsachse fungiert, kann man nach diesem Hauptergebnis sagen, dass sich in der Krankensituation durchaus Werte wandeln. (Weitere Vorkommnisse an Wertänderungen sind mit 5,19% der Wertverlust „+ → -“, eine Wertabschwächung „+ → +/-“ mit 3,79% und die Wertumkehr „- → +“ mit 3,59%.)

4.2.2.1 Diskussion zur Wertänderung „Neuaufretender positiver Wert“ („0 → +“)

Zu 30,53% bilden sich in der Krankensituation positive Werte neu oder werden bewusst, die vorher nicht bekannt waren oder als selbstverständlich erlebt wurden. Dieser Wert hebt sich hochsignifikant von fast allen anderen Formen der Wertänderung ab.

Vor allem entsteht der neu auftretende positive Wert zu den Kategorien „Alltägliche Dinge“, „zu Hause sein“, „Versorgung“, „Lebensfazit“ und sehr häufig zu Themen zu „Tod und Sterben“ (s. u.). Das heißt, Dinge werden den Patienten bewusst und wichtig, wie sie es vorher in der Form nicht waren. Besonders eindrücklich ist dies bei der Kategorie „Lebensfazit“ zu beobachten – Patienten fangen an, über ihr Leben nachzudenken und kommen zum größten Teil zu befriedigenden Bilanzen. Für Herrn A geht es sogar weiter, für ihn ist der Wert entstanden, das Gelebte in seinen Tagebüchern nach zu erleben und daraus ein Buch zu ver-

fassen. Herr M kann jetzt sagen, stolz zu sein auf das, was er in seinem bisherigen Leben geleistet hat.

Betrachtet man sich die restlichen Kategorien hierzu, fällt auf, dass es sich um Themenfelder handelt, die relativ viel mit der Krankheitssituation zu tun haben. Wären diese Menschen nicht an ihren Leben limitierenden Leiden erkrankt, ist es fraglich, ob auch durch andere Erfahrungen genau diese Werte neu hätten entstehen können, wie der so häufig genannte Wunsch zu Hause zu sein, die Sicherheit zu haben, versorgt zu sein oder das Schätzen des Alltags. Das erinnert an eine Kernaussage von Ronald Inglehart, derzufolge sich mit den Lebensumständen auch die Werte änderten (vgl. Kapitel 1.5; Hossli 2007). Auch die Mangelhypothese nach Abraham Maslow findet zum Teil Bestätigung, der zu Folge den größten Wert das hat, was gerade relativ knapp ist. Diese Hypothese entwirft auch einen pyramidalen Aufbau, deren unterste und grundlegendste Stufe physiologische Bedürfnisse wie Unterkunft, Nahrung und Kleidung stehen. Das korreliert mit vorliegenden Ergebnissen: „Sicherheit“, gesund sein und „Schmerzfreiheit“ sowie „Alltägliche Dinge“ (diese kommen hundertprozentig positiv neu ins Bewusstsein). Eine gewisse Selbstständigkeit und Essen können, sind Grundbedürfnisse des Menschen, die gerade in der Krebserkrankung in Gefahr geraten und dadurch an Wichtigkeit gewinnen. So ist nachzuvollziehen, warum diese Wertqualität signifikant gegenüber anderen Wertqualitäten ist.

Zur genaueren Untersuchung des Wertewandels lässt sich bestätigend sagen, dass Wandlung hier in kleinen Verschiebungen von Rangplätzen einzelner Werte innerhalb eines Wertesystems abläuft (vgl. Kapitel 1.4; Jaide 1983). Oder anders ausgedrückt, Wertungen sind positiven oder negativen Verstärkungen durch Lob, Belohnung, Strafe oder Tadel unterworfen (Skinner 1973; vgl. Kapitel 1.6.1). Im Falle der Krankheitssituation entspräche das Erfolg der Behandlung versus Misserfolg oder Schmerz – mit den Worten von Herrn L ausgedrückt, sich daran aufzurichten, wobei etwas herauskommt (vgl. Kapitel 3.3).

4.2.2.2 Diskussion zur Wertänderung „Gleichbleibender positiver Wert“ („+“)

Darüber hinaus sind Wertewandel zu beobachten, die nicht in diesen Themenkreis fallen, so die zweit häufigst genannte Veränderung, die eben keine Veränderung, sondern einen gleichwertig bleibenden Wert „+“ zeigt. Dass sich die Wertqualität nicht geändert hat, muss nicht gleichzeitig bedeuten, dass sie nicht überdacht wurde bzw. nicht doch eine Wertkontrolle durchlaufen hat. Löwenthal (1979) versteht Wertewandel als ständige Neuinterpretation der Werte angesichts neuer Lebensumstände, damit diese glaubhaft und aktuell bleiben (vgl. Kap. 1.4). Vielleicht sind diese, sich in ihrer Qualität nicht veränderten Werte – bewusst oder unbewusst – einer solchen Neuinterpretation hinsichtlich der Krankensituation überdacht und für weiterhin wertvoll übernommen worden und haben sich so als feste Werte bestätigt. Weiter nach Becker (1959) sind Grundwerte ja existentiell zum Bestehen einer Gesellschaft (vgl. Kapitel 1.4), nach unserem Ergebnis vermutlich auch für das des Individuums. Sehr eindrücklich kann man diese Neuinterpretation - man könnte es schon fast ein Ringen nennen - bei Frau Le sehen. Die Krankensituation stellt für sie eine große Krise dar, in der sie kurz davor

ist, ihre Werte zu `erneuern`, dann aber ihren alten treu bleibt (vgl. Kapitel 3.1.2), sie zum Teil sogar verstärkt.

Doch manche Werte sind tatsächlich, ohne darüber nachzudenken, feste Pfeiler im Welterleben der Menschen. Solche Pfeiler sind vor allem die Familie und Bezugspersonen, gerade eine vorher schon positive Wertung bleibt vom Krankheitsgeschehen unbeeinflusst (32,29% „+“). Dann bestehen auch „Tugenden, Sollgrößen“, die rund 5% der codierten Werte ausmachen, zu 50% weiter, zu 33,34% treten diese positiv neu auf. Möglich ist, dass sie schon vorher, im Rahmen anderer Krisen, als Pfeiler dienten. „Zentrale Themen und Lebensmuster“, die rund 8% der codierten Werte ausmachen, bleiben auch zu 52,5% bestehen (vgl. Kapitel 3.3 Herr A, Frau Br, Herr L). Das heißt z.B., Herrn L's Lebensstrategie war es, sich an dem aufzurichten, „wo etwas bei herauskommt, dann klappt das“. Er versucht sie auch in seine jetzige Situation zu adaptieren; solange „sich etwas tut“, kann er die Schmerzen und den Krankheitsverlauf besser aushalten. Eines der zentralen Themen von Frau T ist das der Opferrolle versus Verantwortung, welche sie mit Schuld gleichstellt. Leider trägt sie dieses Verständnis mit in ihre Krankensituation, so dass sie deutlich sagt, sie sei schuld an ihrer Krankheit (vgl. Kapitel 3.3)

4.2.2.3 Diskussion zur Wertänderung „Sich verstärkender positiver Wert“ („++“)

Zum Teil verhärten sich Werte auch („++“). Besonders in der Kategorie „Bewältigungsstrategien und –verhalten“, die rund 22% der kodierten Werte ausmachen, ist das der Fall (32,74%), genauer zu den Themen „Kontrolle, Autonomie, Arbeit“: Außer bei einem Patienten verstärkten sich bei allen die positive Nennung. Das heißt: Hat ein Patient immer sehr autonom gelebt, war erfolgreich in seiner Arbeit gewesen, oder musste die Erfahrung machen, sich nur auf sich verlassen zu können, so fällt es ihm in der passiven Krankensituation besonders schwer, auf andere angewiesen zu sein (vgl. Kapitel 3.3 Frau Br, Herr M, Frau La, Frau T, Frau We) – der Wert der Autonomie verstärkt sich. Eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Autonomieverlust und Krise zeigte ein interessantes Ergebnis: In sieben von elf Fällen, bei denen Krankheit eine Krise darstellt, lässt sich eine allgemeine Verhärtung feststellen (vgl. Kapitel 3.3 Herr Br, Frau D, Herr L, Frau La, Frau Le, Herr S, Frau We). Das kann so verstanden werden, dass manche kontrollbedürftigen Patienten es schwerer zu haben scheinen, sich auf diese neue Situation einzustellen.

4.2.2.4 Diskussion zu weiteren Wertänderungen

Neben diesen drei hauptsächlich Wertänderungen gibt es natürlich noch verschiedenste weitere Änderungen („0“, „+ → -“, „+ → +/-“, „- → +“). Ein buntes Bild von Verhaltensänderungen findet man z.B. zur Kategorie „Allgemeine Verhaltensweisen zur Krisenbewältigung“: Jeder Patient hat seine eigenen Weisen, mit Krisen umzugehen, von denen manche Bestand haben in der Krankheit, manche nicht. Frau W machte vor ihrer Erkrankung alles mit sich selbst aus; in der Krankensituation machte sie schlimme Erfahrungen, die sie zwangen, Hilfe von ihrem Mann annehmen zu müssen. Das bringt eine ganz neue Perspektive in ihr Leben

und ihre Beziehung, was sie ohne die Erkrankung wahrscheinlich nicht erlebt hätte. Eine wichtige Rolle kommt der psychoonkologischen Betreuung zu, durch die die Patienten profitieren können. Beim Beispiel von Frau We (vgl. Kapitel 3.1.3) wird deutlich, wie sich durch diese Gespräche neue Bewältigungsmechanismen ergeben, die sie sonst nicht kannte: Früher lenkte sie sich in Krisen ab, relativierte oder stand ‚ihren eigenen Mann‘, jetzt entdeckt sie den Wert, sich jemandem anvertrauen zu können und kann daraus Kraft schöpfen.

Rückbesinnend auf die Hauptfrage, ob sich Werte und Verhaltensweisen ändern oder nicht, lässt sich die Ergebnislage so zusammenfassen, dass sich Werte, die schon vor der Krankensituation feste Pfeiler im Leben der Menschen waren (Familie und Bekanntenkreis, Tugenden, zentrale Lebensmuster), bei der Mehrzahl der Patienten auch weiterhin bestehen bleiben. In Themenbereichen, die die neue Situation direkt betreffen, treten neue Werte auf, gemäß der Mangelhypothese von Maslow (Alltag, Sicherheit, zu Hause sein), u.a. in der von Jaide (1983) genannten Verschiebung von Rangplätzen.

An dieser Stelle ist mit Blick auf die Problemstellung des Response Shift hinsichtlich möglicher Neubewertungen und Veränderungen des Bewertungsmaßstabes bei schwerkranken Patienten zu ergänzen: Diese Veränderungen können sich in drei Dimensionen vollziehen, nämlich in Rekalibrierung (Änderung interner Standards, relationale Neubewertung im Vergleich zu anderen Personen oder früheren Zeitpunkten), Veränderung von Wertigkeiten oder individuelle Neukonzeption von Gesundheit und Krankheit für den Einzelnen (Schwarz und Sprangers 1999, 2000; Güthlin 2004, 165). Vorliegende Arbeit thematisiert vor allem die ersten beiden der genannten Dimensionen und eben genannte Ergebnisse bestätigen es. Bei von den Patienten berichteten Verhaltensweisen ist es schwieriger, einen Wandel hervorzurufen – haben sich nach Ihnen erst einmal Verhaltensweisen eingestellt, die sich womöglich auch schon in Krisensituationen bewährt haben, wäre es seltsam, sie in dieser neuen Krise umzuwerfen – auch, wenn an manchen Stellen ein Wandel oder ein Sich-neu-Einstellen auf die Situation eine Erleichterung im Umgang mit der Situation ermöglichen würde, wie das Festhalten-Wollen an Autonomie und Kontrolle, eingespielte Schuld- oder Opferrollen u.a..

Jedoch ist das Werterleben auch immer im Kontext und vor allem individuell zu verstehen. So schlägt bei manchen Patienten die vorher positive Familienwertung ins Ambivalente oder Negative um. Das Modell der säkularen und der sakralen Gesellschaft trifft also hier auch auf das Individuum zu (Becker 1959; Kapitel 1.4): Ganz losgelöst würde es zerfallen, gewisse Grundwerte gewährleisten also die innere Festigkeit, um Krisen durchstehen zu können. Doch müssen manche Werte situationsspezifisch neu überprüft und angepasst werden (vgl. hierzu den „Schwebezustand“ von Herrn M, in dessen Situation alle Werte sich im Schwanken befinden und er überhaupt keinen Halt zu haben scheint, Kapitel 3.3). Geschieht auch das nicht, so widerfährt der Person gemäß Toynbee (1986) aber in jedem Fall eine Entwicklung. Diese Aussage erinnert an Response Shift, wonach Wertungsmaßstäbe sich ändern, jedoch ohne Vorgaben über Richtung der Veränderung, Ausprägung etc. (Güthlin 2004). Kann der Mensch (in einer Krise) sich also gar nicht *nicht* ändern?

4.2.3 Diskussion zu Frage 3 – zentrale Wertfelder der Patienten?

Die dritte Aufgabenstellung (vgl. Kapitel 1.8) fragt nach bestimmten „Wertfeldern“, die sich im aktuellen und retrospektiven Erleben der Patienten vor wie nach Krankheitseintritt herauskristallisieren lassen. Dabei nehmen die neuen Themenfelder ‚Krankheit, Hospitalisierung und Sterben‘ eine Sonderstellung ein und werden separat abgehandelt

Am häufigsten und von nahezu allen Patienten wurde der Themenkomplex „Bezugspersonen, soziales Umfeld“ (32,94%) signifikant angesprochen. Innerhalb dieser Hauptkategorie wurde besonders die Familie mit 20,72% thematisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass sie sowohl vor Eintritt der Erkrankung als auch nachher eine wichtige Rolle spielt (überwiegend Wertqualität „+“ in Kategorien I.1 und II.1). Mit 22,24% wurden zur Kategorie „Bewältigungsstrategien/-verhalten“ signifikante Aussagen gemacht (signifikant). Besonders hervorzuheben ist hier der verstärkte positive Wert („++“) in der Unterkategorie „Autonomie, Kontrolle, Arbeit“ (II.2.3.). Schon vorher vorhandene Werte verstärken sich also in der Krankensituation, besonders wenn eine zunehmende Abhängigkeit empfunden wird (Medikamente, Versorgung durch andere Menschen, Maschinen). Auch zu erwähnen ist der positiv neu auftretende Wert („0 → +“) in der Unterkategorie „Alltägliche Dinge“ (II.2.2.). Die dritthäufigsten Nennungen wurden zur Kategorie „Umgebung, Versorgung“ (II.4.) gemacht (18,4%) mit dem neu aufgetretenen positiven Wert („0 → +“). Patienten wurden sich in der Krankensituation sowohl des Wertes der vertrauten häuslichen Umgebung als auch einer guten medizinischen Versorgung bewusst.

Wie schon in der Beantwortung zur Frage 2 diskutiert, stellen die Familie und das soziale Umfeld wohl wichtige Säulen im Leben und Werteleben vieler Menschen dar, die besonders in Krisen festen Halt zu geben scheinen. Ganz nach der Theorie der Wertsetzung nach Inglehart (2007) - wert und wichtig würde, woran es mangle (vgl. Kapitel 1.5) oder Wert als Streben (Rowohl 1991; vgl. Kapitel 1.1.1) - werden in der Krankensituation Gebiete wie die Versorgung, Autonomie, Alltag wichtig, gerade, wenn sie vorher schon feste Säulen im Leben waren. Andere lernen die Versorgung und eine wohlthuende Versorgung zu schätzen.

4.2.3.1 Diskussion zu Wertewandel zu Themenfeld Krankheit und Sterben

Während des Studiums der Patientenakten zeigte sich ein eigenes Themengebiet, bezogen auf die Situation der krankheitsbedingten, absehbaren Endlichkeit des Lebens mit daraus resultierendem Sterben und nahem Tod (Hauptachse III).

Auch in dieser Hauptachse des Kategoriensystems dominiert der positive neu auftretende Wert („0 → +“) mit 82,82%. Die Friedman-Rangvarianzanalyse und der anschließende Lokationsvergleich nach Wilcoxon & Wilcoxon zeigen diese Wertänderungskategorie als signifikant unterschiedlich zu den anderen. Weitere 9,23% stehen für einen neu auftretenden ambivalenten Wert („0 → +/-“), womit in 92,05% Werte in der Krankensituation völlig neu entstehen. Am bedeutendsten wurde der Wert „Schmerzfreiheit“ mit 29,74%, außerdem äußerten sich die Patienten zum Thema Sterben mit 27,44%, sowie zur „Empathie von Ärzten und Pflege-

personal“ mit 22,05%. Diese Häufigkeitsverteilung der Wertkategorien konnte in ihrer Unterschiedlichkeit nur als statistische Tendenz gesichert werden.

Wie schon in den Ergebnissen (vgl. Kapitel 3) erläutert, handelt es sich hierbei um Themenfelder, die einen Menschen ohne lebensbedrohliche Erfahrungen in seinem „normalen“ Alltag nicht sonderlich zu tangieren scheinen. Genauer bedeutet dies zum Thema „Einstellung zum Sterben“, dass die hier untersuchten Patienten sehr mit sich ringen und Ängste haben. Ein neu auflebender Glaube oder Religiosität wurde nicht beobachtet.

Der Wert der „Schmerzfreiheit“ entsteht zu 100% neu; alle Patienten, die durch ihre Erkrankung unter Schmerzen leiden, wird die Linderung zu einem ihrer Hauptanliegen (vgl. Herr B, Herr R, Herr Rü, Frau We: „Dass ich es aushalten kann (die Schmerzen), dass das Leben wenigstens noch ein bisschen Wert ist“, vgl. Kapitel 3.3). Für drei Patienten ist der Schmerz direkt mit Sterben verbunden (vgl. Kapitel 3.2; Kategorie III.2).

Krebs ist eine Diagnose, die bei all den hier untersuchten Patienten zu vermerken ist, die oft unsagbare Schmerzen, psychisches und physisches Leid verursacht und zum Tode führen kann. „Die am häufigsten untersuchte Gruppe von Patienten hinsichtlich des Auftretens von Response Shift sind Krebspatienten“ (Güthlin 2004, 171, vgl. Breetvelt & Van Dam 1991; Andrykowski, Brady & Hunt 1993; Schwartz & Feinberg 1999; Sprangers & Schwartz 1999; Jansen, Stiggelbout, Nooij, Noordijk & Kievit 2000; Lepore & Eton 2000; Visser, Smets, Sprangers & Haes 2000; Bernhard, Lowy, Maibach & Hurny 2001; Hagedoorn, Sneeuw & Aaronson 2002; Sprangers 2002). Denn ihre Schwere der Erkrankung, die Bedrohlichkeit des Lebens und eine oft mit der Krankheit einhergehende Funktionseinschränkung sei der Motor für Response shift. Bei Krebspatienten sei ein aktives Auseinandersetzen mit veränderter Situation notwendig (vgl. Güthlin 2004).

Die Ergebnislage zeigt deutlich, dass in dem Zustand, eine lebensbedrohliche Krankheit zu haben, sehr wahrscheinlich Werte neu entstehen. Die Situation, sein Ende nahe vor Augen zu haben, lässt sich als eine Krise verstehen, die das Potential hat, Werte und Verhaltensweisen zu ändern und vielleicht ein positives Lebensfazit ziehen zu können.

4.2.3.2 Diskussion zu Wertewandel im Kontext von Krankenhaus und Umgebung

In Anlehnung an den vorangehenden Abschnitt, wurde in der finalen Krankensituation häufig *Krankenhauspersonal und Umgebung* in den Wertewandel thematisiert. Kategorie III.3 beinhaltet diese Themengebiete, von denen, wie schon oben erwähnt, die Unterkategorie „Empathie von Ärzten und Pflegepersonal“ in Hauptachse III mit 22,05% die dritt häufigst benannte war. Wie auch in den hier zugehörigen anderen Kategorien haben die meisten hier untersuchten Patienten vor der Erkrankung keine bemerkenswerten Erfahrungen zum medizinischem Umfeld benannt (93,75% „0 → +“).

Interessant ist das Ergebnis der Wertigkeit der „Empathie“ gegenüber der „Fachkompetenz“ der Ärzte und des Pflegepersonals (Häufigkeit: 22,05% gegenüber 7,69%). Ein fundiertes ärztliches Wissen wird möglicherweise vom Patienten vorausgesetzt, man vertraut in die fachlichen Fähigkeiten und diese wurde von den hier untersuchten Patienten nur bei negativen Erfahrungen benannt (Herr J und Herr Rü). Hingegen wird häufig ein einfühlsames, persönli-

ches und empathisches Verhalten eines Arztes betont und als wichtig, ja heilsam empfunden. So schwärmt Herr M von seinem Hausarzt: „Wenn der kam, das war auch noch schön, dann konnte ich mit dem sprechen. Dann war das so, dass man da schon mal etwas losgeworden ist, und dann hat er auch das richtige Wort gefunden (...) der hat mir auch unheimlich geholfen.“ Hieraus ergeben sich neue Ansprüche an Behandelnde von Palliativpatienten (vgl. Kapitel 1.3): Ärzte und Pflegepersonal können durch Empathie einen Teil der Wünsche der Patienten erfüllen und sind in manchen Fällen selbst zum „Wert“ geworden. Frau We ist „froh, hier Menschen getroffen zu haben, die eigentlich ja von mir oder von denen ich nichts gewusst habe (...). Die Frau Doktor. ist mir innerlich so nah, wie mir überhaupt noch kein Mensch nahe gestanden hat.“

Darüber hinaus erstaunlich ist es, welchen Einfluss das klinische Ambiente auf das Wohlergehen der Patienten zugeschrieben wird. Krebspatienten verbringen oft eine lange Zeit, manchmal den Rest ihres Lebens, im Krankenhaus. Von daher gewinnt die äußerliche Umgebung in ihrer Realität eine wichtigere Rolle als bei einem relativ harmlosen, kurzfristigen Krankenhausaufenthalt. Eindrücklich werden verschiedene Atmosphären in Krankenhäusern von Frau W und Herrn A geschildert (vgl. Kapitel 3.3). Frau W ist klar: „Zwei Dinge waren entscheidend: der Wechsel vom Bettenhaus (Kölner Uniklinikum) zum MSH – das hat meiner Psyche so gut getan! (...) Hier bin ich richtig aufgeblüht!“ Und Herr A bemerkt, „die Verlegung ins Bettenhaus gehört nicht zu den angenehmsten Erfahrungen meines Lebens (...). Das Haus selbst ist ja nur ein Alptraum (...) da kann man Klaustrophobie hoch drei kriegen!“

So zeigt sich also, dass die schöne Umgebung des Krankenhauses einen wichtigen Teil zum Wohlempfinden der Patienten beiträgt. Diesen Aspekt versucht man heute bei neuen Krankenhausbauten oder –restaurationen zu berücksichtigen. Besonderer Augenmerk wird auf viel natürliches Licht gelegt, da neueste Forschungslage zeigt, dass die Genesung maßgeblich von der allgemeinen Umgebung (auch der räumlichen) abhängt. Gleichzeitig verbessern sich die Arbeitsbedingungen für das Personal (vgl. Karl-Trummer, Nagel Cupal, Aumayer, David 2006; Neumann 2009).

4.2.4 Diskussion Frage 4 – Entwicklung eines empirischen Erhebungsinstrumentes

Mit der Entwicklung des ‚Kategoriensystem(s) zum Wertewandel bei Palliativpatienten‘ (KSW-PP) wurde ein Instrument präsentiert, mit dem sich qualitativ und quantitativ Wertewandel bei Palliativpatienten erfassen lässt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass mit ihm Aussagen von Palliativpatienten vor ihrem Tod empirisch sicherbar und auswertbar sind. Das Kategoriensystem berücksichtigt die in der aktuellen Situation wichtigen Werte der Patienten im Vergleich zu denjenigen in ihrem Lebensrückblick.

4.3 Ausblick

Response shift bei schwerstkranken Menschen wurde als Neubewertung und Veränderung des Bewertungsmaßstabes mit drei Mechanismen vorgestellt: die Rekalibrierung (Änderung interner Standards, relationale Neubewertung im Vergleich zu anderen Personen oder früheren Zeitpunkten), eine Veränderung von Wertigkeiten und individueller Neukonzeption von Gesundheit und Krankheit.

Hibbeler (2003) betont zum besseren Verständnis der Lebensqualität von Sterbenskranken die Frage nach Prozessen des Wertewandels. Gütthlin (2004) spricht von einer „Nichtvergleichbarkeit von Antworten aufgrund vorangegangener intraindividuelle Werteveränderung“ (S.168), da bestimmte Wünsche (und somit auch Werte, der Verfasser) im Laufe einer chronischen Erkrankung schwächer werden können (S. 168).

In vorliegender Arbeit wurde mit der Entwicklung des ‚Kategoriensystem(s) zum Wertewandel bei Palliativpatienten‘ (KSW-PP) ein erster Schritt gemacht, um intraindividuelle Werte und Wertewandel empirisch zu erfassen und mit denen anderer Patienten in Relation zu setzen. Als Dreh- und Angelpunkt fungierte die Krankheit als Krise.

Aufgrund der hier untersuchten relativ kleinen Patientenstichprobe mit Methodenentwicklung stellt sich jetzt die Aufgabe der Applikation der entwickelten Methodik bei größeren Patientengruppen. Gleichzeitig sollte bedacht werden, dass Forschung im palliativmedizinischen Bereich andere Sensibilitäten benötigt als vergleichsweise problemlosere Forschung in einigen anderen, nicht-palliativen Bereichen, in denen manchmal größere Stichproben leichter rekrutierbar sind.

Auch ist der Vorschlag bei Brossart (2002) auf zu greifen, neben Prä-Messungen mehrere Intermediär-Messungen durch zu führen, um so besser eventuelle Veränderungen aufspüren zu können. Eine solche Technik erlaubte es auch, den genaueren Zeitpunkt des Auftretens eines Wertewandels besser aufspüren zu können (vgl. auch Guthlin 2004), um so auch der Frage nach der Krankheit/Krise als Drehachse bei zu kommen. Wahrscheinlich lassen sich in der Praxis bei Krebspatienten Prä-Messungen als auch Intermediär-Messungen als schwierig gestalten. Die hier erhobenen Daten stellen Auswertungen der aktuellen und retrospektiven Perspektive aus der Sicht der Patienten dar.

Ferner wäre es höchst interessant, Unterschiede in verschiedenen Kulturen zum Thema „Wertewandel im Angesicht des Todes“ zu erfassen. Dafür wäre es gerade wichtig, eine verlässliche Ergebnislage unserer Kultur zu haben, um sie mit denen anderer Kulturen vergleichen zu können.

5 Zusammenfassung

Palliativpatienten leben in der Situation, den nahen Tod vor Augen zu haben. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit diese Situation aus Sicht der Patienten als Krise erlebt wird, in der sich Werte und Verhaltensweisen ändern und bestimmte Wertfelder besonders Bedeutung erlangen. Ein spezifisches Instrument zur gezielten Untersuchung innerpsychologischer Wertwandlungsprozesse bei Palliativpatienten scheint noch nicht vorzuliegen.

Aus diesem Grunde wurde auf der Basis von tonkonservierten, psychoonkologisch-supportiven Gesprächen mit 18 Palliativpatienten ein inhaltsanalytisches Kategoriensystem (KSW-PP) entwickelt, das zentrale Wertbereiche sowie deren mögliche Veränderung in der Lebensrückschau bis hin zur aktuellen Lebensgegenwart aus der subjektiven Sicht der Palliativpatienten empirisch fassbar macht.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine tödliche Krankheit mit bevorstehendem Tod von den Patienten mehrheitlich als Krise erlebt wird, die einige Wertwandlungsprozesse in Gang setzt. Das Auftreten eines neuen positiven Wertes erwies sich signifikant als die meistgenannte Wertänderung (30,53%), besonders in den Themenfeldern „Alltägliche Dinge“, „Zu-Hause-Sein“, „Versorgung“ und „Lebensfazit“: Vieles, was vorher selbstverständlich war, wurden den Patienten bewusst und wichtig. Nur tendenziell blieben in der Lebensrückschau positiv genannte Werte in der Lebensgegenwart unverändert, vor allem in der Kategorie „Persönliches Umfeld, Bezugspersonen“ (z.B. der Wert der Familie/Freunde blieb auch in der Krankensituation gleich stark). Als am dritthäufigsten genannten Wertänderungen erwies sich die weitere Verstärkung bereits bestehender positiver Werte (besonders im Themenfeld „Autonomie, Kontrolle, Arbeit“), insbesondere dann, wenn sie nicht mehr realisierbar waren. Unter den inhaltlichen Wertkategorien wurde signifikant die Kategorie „Persönliches Umfeld“ (32,94%) und „Bewältigungsverfahren“ (22,24%) am häufigsten thematisiert.

Im Kontext des engeren Themenbereichs ‚Krankheit und Sterben‘ war eine neu auftretend positive Wertänderung der markanteste Wandlungsprozess (82,82%), besonders hinsichtlich der Kategorie „Schmerzfreiheit“. Dieser Wert wurde den Patienten erst im Schmerzerleben in der Krankheitssituation bewusst. Hinsichtlich der emotionalen Unterstützung wird von den Patienten über das persönliche Umfeld hinaus, insbesondere, wenn dieses fehlt, die persönliche Zuwendung des Personals als sehr entscheidend genannt. Das Ambiente des Krankenhauses und eine gute Schmerztherapie werden als weitere entscheidende supportive Faktoren aufgeführt.

In der vorliegenden Arbeit wurden mit dem ‚Kategoriensystem zum Wertewandel von Palliativpatienten‘ (KSW-PP) ein Instrument zur Untersuchung von Wertewandelprozessen bei schwerstkranken Patienten entwickelt und erste empirische Ergebnisse präsentiert. In zukünftigen umfassenderen Untersuchungen können diese spezifiziert und erweitert werden.

6 Literaturverzeichnis

1. Ahmed, S., Mayo, N.E., Wood-Dauphin, S., Hanley, J.A., Cohen, R.S. (2004): Response shift influenced estimates of change in health-related quality of life poststroke. *Journal of Clinical Epidemiology*, (57), 561-570.
2. Anderle, O. (1955): *Das universal-historische System Arnold Joseph Toynbees*, Frankfurt/M., Wien: Humboldt-Verlag.
3. Andrykowski, M. A., Brady, M. & Hunt, J.W. (1993): Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2, 261-276.
4. Bauer, A. (1996): Braucht Medizin Werte? In: *Medizinisch Ethische Materialien* (106). Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik.
5. Becker, H. (1959): *Soziologie als Wissenschaft vom sozialen Handeln* (bearbeitet und hrsg. von B. Holzner). Würzburg: Holzner.
6. Beier, H. M. (2009): Tätigkeitsbereich der Zentralen Ethik-Kommission für Stammzellenforschung (ZES). Sechster Brief nach Inkrafttreten des Stammzellgesetzes (StZG) für den Zeitraum vom 01.12.2007 bis 30.11.2008. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2009, 6(2), 43-47.
7. Bering, R. (2005): *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Aachen: Shaker Verlag.
8. Bernhard, J., Lowy, A., Maibach, R. & Hurny, C. (2001): Response shift in the perception of health for utility evaluation; an explorative investigation. *European Journal of Cancer*, 37(14), 1729-1735.
9. Bibliographisches Institut Mannheim (Hrsg.) (1984): *Das neue Duden Lexikon*. Wien, Zürich: Dudenverlag.
10. Bierhaus A. & Nawroth P. (2003): A mechanism converting psychosocial stress into mononuclear cell activation, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 18. Februar 2003, 100(4), 1920-1925.
11. Blech, J. & Bredom, R. von (2007, 30. Juli): Das Böse im Guten. Die Biologie von Moral und Unmoral. *Der Spiegel*, 31, 98-114.
12. Breetvelt, I.S. & Van Dam, F. (1991): Underreporting by cancer patients: The case of response-shift. *Social Science & Medicine*, 32(9), 981-987.
13. Brossart, D.F., Clay, D.L. & Willson, V.L. (2002): Methodological and statistical considerations for threats to internal validity in pediatric outcome data: Response shift in self-report outcomes. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(1), 97-107.
14. Bühler, C. (Hrsg.) (1975): *Die Rolle der Werte in der Entwicklung der Persönlichkeit und in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett.
15. *Das Herkunftswörterbuch, Duden, Etymologie der deutschen Sprache* (2001). Mannheim: Bibliographisches Institut & Brockhaus.
16. *Das neue Duden-Lexikon* (1984). Mannheim, Wien, Zürich: Bibliographisches Institut.

17. Deppert W. (2001): Individualistische Wirtschaftsethik. In: Deppert, W., Mielke, D. & Theobald, W. (Hrsg.), Mensch und Wirtschaft. Interdisziplinäre Beiträge zur Wirtschafts- und Unternehmensethik. Leipziger Universitätsverlag, 133-197.
18. Dörner, K. (2002): Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens. Neuausgabe. Neumünster: Paranus-Verlag.
19. Ehrenfels, C. von (1897): System der Werttheorie. I. Band. Allgemeine Werttheorie. Psychologie des Begehrens. Leipzig: Reisland.
20. Eisler, R. (1930): Kantlexikon, Nachschlagwerk zu Immanuel Kant <http://www.textlog.de/32516.html> (Zugriff: 21.02.08).
21. Engelmayr, O. (1977): Einführung in die Wertpsychologie. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
22. Fichtner, U. (2009, 28. Dezember): Das Friedhofssterben. Der Spiegel, (53), 55-61.
23. Gensicke, T. (2006): Zeitgeist und Wertorientierungen. In: Deutsche Shell Jugendstudie (Hrsg.), Jugend 2006. Eine pragmatische Jugend unter Druck. Frankfurt/M.: Fischer.
24. Gensthaler, B.M. (2001): Stammzellforschung: Ethik und Forscherdrang. Pharmacon Meran, Pharmazeutische Zeitung online. <http://mobil.pz-o.de/index.php?id=22759> 25. (Zugriff: 06.08.08).
25. Güthlin, C. (2004): Response shift: Alte Probleme der Veränderungsmessung, neu angewendet auf gesundheitsbezogene Lebensqualität. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, (13), 165-174.
26. Hagedoorn, M., Sneeuw, K.C. & Aaronson, N.K. (2002): Changes in physical functioning and quality of life in patients with cancer. Response shift and relative evaluation of one's condition. Journal of Clinical Epidemiology, (55), 176-183.
27. Hartmann, E. von (1890): L'axiologie et ses divisions, Revue de la France et de l'étranger, juillet – décembre, vol. XXX, 466-479.
28. Hauser, M. (2007): Moral minds, New York: Ecco.
29. Heim, E. (1980): Krankheit als Krise und Chance. Stuttgart: Kreuz Verlag.
30. Heller, G. (1995): Grundkurs Philosophie, Denken Sprache Wissenschaft. München: Bayerischer Schulbuch-Verlag.
31. Herbert, W. (1991): Wandel und Konstanz von Wertstrukturen. Speyer: Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung.
32. Hibbeler, B. (2004): Subjektive Lebensqualität von Palliativpatienten (unveröffentlichte Dissertation). Universität zu Köln.
33. Hillmann, K.H. (1986): Wertwandel. Zur Frage soziokultureller Voraussetzungen alternativer Lebensformen. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
34. Hillmann, K.H. (2004): Wertwandel. Ursachen – Tendenzen – Folgen. Würzburg: Carolus.
35. Höffe, O. (2001): Kleine Geschichte der Philosophie. München: Verlag C.H. Beck.
36. Hossli, P. (2007): Ändern sich Lebensumstände, ändern sich die Werte. Credit Suisse Bulletin 29.01.08 <http://www.hossli.com/articles/2007/01/29/andern-sich-die-lebensumstande-andern-sich-die-werte/> (Zugriff: 01.04.08).

37. Hügli, A. & Lübecke P. (Hrsg.) (1991): Philosophielexikon. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
38. IAF Institut für Axiologische Forschungen (2004): Was ist Axiologie? Zur Geschichte und Aktualität der Axiologie http://www.iaf.ac.at/iaf/index.php?module=pagemaster&PA_GE_user_op=view_page&PAGE_id=2&MMN_position=2:2 (Zugriff: 16.02.09).
39. Inglehart, R. (1989): Kultureller Umbruch. Wertewandel in der westlichen Welt. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
40. Inglehart, R. (1998): Modernisierung und Postmodernisierung. Kultureller, wirtschaftlicher und politischer Wandel in 43 Gesellschaften. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
41. Inglehart, R. & Welzel, C. (2005): Modernization, Cultural Change and Democracy. New York: Cambridge University Press.
42. Jaide, W. (1983): Wertewandel? Grundfragen zu einer Diskussion. Opladen: Sutton Verlag.
43. Jansen, S.J.T., Stiggelbout, A.M., Nooij, M.A., Noordijk, E.M. & Kievit, J. (2000): Response shift in quality of life measurement in early-stage breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Quality of Life Research*, (9), 603-615.
44. Jevons, W.S. (1924 [1911]): Die Theorie der Politischen Ökonomie. Jena: G. Fischer.
45. Kaerger, H. & Obliers, R. (2004): Die Bedeutung des individuellen Biographieverständnisses von Palliativ-Patienten im Angesicht von lebensbedrohlicher Erkrankung und Sterben. In: Lilie U., & Zwierlein, E. (Hrsg.), *Handbuch integrierte Sterbebegleitung* (S. 88-98). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus..
46. Kaerger-Sommerfeld, H., Diedrich, M., Obliers, R. & Köhle, K. (2003): Schmerz, Beeinträchtigungen und Lebensqualität aus der Sicht von Palliativpatienten – Fallberichte. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, (4), 59-65.
47. Kanitscheider, B. (1984): Kosmologie, Geschichte und Systematik in philosophischer Perspektive. Ditzingen: Reclam.
48. Kant, I. (1978): Philosophie. In: Türk; H.J. & Trutwin, W. (Hrsg.), *Philosophisches Kolleg 4, Anthropologie* (S. 53-58). Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann.
49. Klages, H. (1984): Wertorientierungen im Wandel. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
50. Klages, H. & Gensicke, T. (1999): Wertewandel und Bürgerschaftliches Engagement an der Schwelle zum 21. Jahrhundert, Speyerer Forschungsbericht 193, Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung.
51. Klages, H., Hippler, H.-J. & Herbert W. (1992): Werte und Wandel. Frankfurt/M., New York: Campus Verlag.
52. Klinkenhammer, G. (1995): Deklaration der UNESCO. Forschung am Genom erlaubt. *Deutsches Ärzteblatt* 92, (39), C.1673.
53. Köhler, W. (1968 [1938]): Werte und Tatsachen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
54. Köhne, C. (2003): Familiäre Strukturen und Erziehungsziele zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Eine internet-basierte Befragung von Müttern. http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=969833784&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=969833784.pdf (Zugriff. 21.0.08).

55. Kraus, O. (1901): Zur Theorie des Wertes. Eine Bentham-Studie. Halle a. d. Saale: Niemeyer.
56. Kübler-Ross, E. (2002): Über den Tod und das Leben danach. 10. Auflage. Göllesheim: Silberschnur Verlag.
57. Kuhn, T. S. (1970): The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press.
58. Kuhn, T. S. (1977): The essential tension: Selected studies in scientific tradition and change. University of Chicago Press.
59. Lepore, S. J. & Eton, D. T. (2000): Response shift in prostate cancer patients: An evaluation of suppressor and buffer models. In: Schwartz, C. & Sprangers, M.A.G. (ed.), Adapting to changing health. Response shift in quality of life research. Washington: American Psychological Association.
60. Lienert, G.A. (1973): Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Meisenheim am Glan: Hain.
61. Llewellyn-Thomas H. & Schwartz C. (2000): Response shift effects on patients' evaluations of health states: Sources of artefact. In: Schwartz, C. & Sprangers, M.A.G. (ed.), Adapting to changing health. Response shift in quality of life research. Washington: American Psychological Association.
62. Löwenthal, R. (1979): Gesellschaftswandel und Kulturkrise. Zukunftsprobleme der westlichen Demokratie. Frankfurt/M.: Fischer.
63. Meinong, A. (1923): Zur Grundlegung der allgemeinen Werttheorie. Graz: Leuschner & Lubensky.
64. Meyer, J.E. (1979): Todesangst und das Todesbewußtsein der Gegenwart. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
65. Meyers Lexikon online 2.0. Suchbegriff: Umwertung aller Werte. http://lexikon.meyers.de/meyers/Umwertung_aller_Werte (Zugriff: 21.02.2008).
66. Meyer, W.-J. (1999): Einführung in die Emotionspsychologie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
67. Miller, C.W. (1976): Benjamin Franklin's Philadelphia printing (S. 1728-1766). A descriptive bibliography. Philadelphia: American Philosophical Society.
68. Moser, S. (2006): Rights and values in expanding europe: A mutual enrichment through different traditions. IAF, Institut für Axiologische Forschungen. http://www.iaf.ac.at/iaf/index.php?module=pagemaster&PAGE_user_op=view_page&PAGE_id=13 (Zugriff: 16.02.09).
69. Müller, C. (1992): Verantwortungsethik. In: Pieper, A. (Hrsg.), Geschichte der neueren Ethik 2. (S. 103-131). Tübingen und Basel: Mohr.
70. Münsterberg, H. (1908): Philosophie der Werte. Leipzig: Barth.
71. Nietzsche, F. (1969 [1886]): Jenseits von Gut und Böse. Werke in drei Bänden. Frankfurt/Main: Insel.
72. Nietzsche, F. (1980): Sämtliche Werke. In: Colli G. & Montinari M. (Hrsg.), Kritische Studienausgabe in 15 Bänden. München, Zürich: Pieper.
73. Nordelbische Evangelisch-Lutherische Kirche (2009): Gesellschaft, Bestattungen, Gedenktage, Wandel in der Bestattungskultur – Trend zur Einäscherung hält an.

<http://www.nordelbien.de/nachrichten/newsne.1/one.news/index.html?entry=page.newsne.200911.47> (Zugriff: 16.12.2009).

74. Obliers, R., Köhle, K. (2011): Palliative Medizin. In: Adler, R. H., Herzog, W., Joraschky, P., Köhle, K., Langewitz, W., Söllner, W. & Wesiack, W. (Hrsg.): Uexküll – Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis (S. 1018 – 1032); www.netmediaviewer.de. München: Elsevier.
75. Ostgathe C, Voltz R. (2008): Praktische Palliativmedizin. In: Heidenreich A (Hrsg). Medikamentöse Tumortherapie solider urologischer Tumore.
76. Phillex Lexikon der Philosophie (2008): Suchbegriff: Wert. <http://www.phillex.de/wert.htm> (Zugriff: 21.02.08).
77. Piaget, J. (1978): Das Weltbild des Kindes. Stuttgart: Klett-Cotta.
78. Plaum, E. (1986): Psychologie der Werte – antiquiert oder aktuell? München: Minerva Publikation.
79. Pukrop R. (2003): Subjektive Lebensqualität: Kritische Betrachtung eines modernen Konstruktes. *Der Nervenarzt*, (74), 48-54.
80. Radbruch L, Voltz R (2008): What is special in specialised palliative care? *Schmerz*, 22(1), 7-8.
81. Rimpau, W. (1998): Ärztliche Anamnese, *Forum Psychosomatik* 1/98, Auszug aus dem Festvortrag anlässlich der Verleihung des Forschungspreises zur Psychosomatik der MS im November 1997), Stiftung LEBENSNERV. Berlin. <http://www.lebensnerv.de/basis/fp/fp00-1/fp00-1-11-054-rimpau-anamnese.html> (Zugriff: 14.04.2008).
82. Rokeach, M. (1973): *The nature of human values*. New York: Free Press.
83. Roßteutscher, S. (2005): Wertesynthese: Kein unsinniges Konzept, sondern traurige Realität. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (57), 543-549.
84. Rühmkopf, D. (2003): Krankheit als dramatisches Erleben. *Deutsches Ärzteblatt* 100, PP 2, (10), 07.03.2003, 140.
85. Sacher, W. (1988): *Eduard Spranger 1902-1933. Ein Erziehungsphilosoph zwischen Dilthey und den Neukantianern*. Frankfurt: Peter Lang.
86. Sachs, L. (1978): *Angewandte Statistik*. Berlin: Springer.
87. Schiessl C, Sittl R, Griessinger N, Lutter N, Schuettler J (2008): Intravenous morphine consumption in outpatients with cancer during their last week of life--an analysis based on patient-controlled analgesia data. *Support Care Cancer*, 16(8), 917-23.
88. Schlöder, B. (1993): *Soziale Werte und Werthaltungen. Eine sozialpsychologische Untersuchung des Konzepts sozialer Werte und des Wertewandels*. Oplade: Leske & Budrich.
89. Schott, H. (2002): Embryonenforschung und PID: „Ethik des Heilens“ versus „Ethik der Menschenwürde“, *Deutsches Ärzteblatt*, (4), 172-175.
90. Schütz, A. (2000): *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart: Kohlhammer.

91. Schwartz C. E., & Sprangers M. A. G. (1999): Methodological approaches for assessing response-shift in longitudinal health-related quality-of-life research. *Social Science & Medicine*, 48, 1531-1548.
92. Schwartz C. E. & Sprangers M. A. G. (2000): *Adapting to changing health. Response shift in quality of life research*. Washington: American Psychological Association.
93. Schwartz, C. E. & Feinberg R. G. (1999): An evaluation of a psychosocial intervention for survivors of childhood cancer: Paradoxical effects of response shift over time. *Psychooncology*, (8), 344-354.
94. Senf, W. (1997): *Essener Unikate 9/1997*, 116-125.
95. Shakespeare, W. (2004 [1597]): *King Richard III. Englisch-Deutsche Studienausgabe. Deutsche Prosafassung, Anmerkungen, Einleitung und Kommentar von Ute Schläfer*. Tübingen: Stauffenburg.
96. Skinner, B.F. (1973): *Jenseits von Freiheit und Würde*. Hamburg: Rowohlt.
97. Sorokin, P.A. (1969): *Social and cultural dynamics. Society, culture, and personality: Their structure and dynamics. A system of general sociology*. New York: American Book Company.
98. Speidel, H. (2007): Angst in der Palliativmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, (8), 31-34.
99. Sponsel, R. (2005): *Was bin ich wert? Psychologische Grundlagen des Werterlebens. Zur Psychotherapie der Minderwertigkeitsgefühle*. Aus der Abteilung Werte, Werterleben, Selbstwert, Minderwertigkeitserleben u.ä. IP-GIPT. Erlangen. <http://www.sgipt.org/gipt/wert/werterl0.htm> (Zugriff: 18.12.07).
100. Spranger, E. (1922): *Lebensformen*. Halle/S.: Niemeyer Verlag.
101. Sprangers, M. A. G. & Schwartz, C. (1999): The challenge of response shift for quality-of-life-based clinical oncology research. *Annals of Oncology*, (10), 747-749.
102. Sprangers, M. A. G. (2002): Quality-of-life assessment in oncology. *Acta Oncologica*, (41), 229-237.
103. Terzani, T. (2007): *Noch eine Runde auf dem Karussell. Vom Leben und Sterben*. München: Knaur Taschenbuch Verlag.
104. Toynbee, A. (1986): *Der Gang der Weltgeschichte. Bd. 1. Aufstieg und Verfall der Kulturen*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
105. Uexküll, T. von & Wesiack, W. (2003): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: Ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler, R. H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W. Schonecke, O.W., Uexküll, T. von & Wesiack, W (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (S. 1-42). München, Jena: Ruban & Fischer.
106. Uexküll, T. von & Wesiack, W. (2011): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: Ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler, R. H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W. Schonecke, O.W., Uexküll, T. von & Wesiack, W (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis* (S. 1 - 40). München: Elsevier.
107. Vierecke, A. (2009): *cpw context politik: wissenschaft: kultur, Wertphilosophie*. <http://www.cpw-online.de/lemmata/wertphilosophie.htm> (Zugriff: 16.02.09).

108. Visser, M. R. M., Smets, E. M. A., Sprangers, M. A. G. & de Haes, H. J. C. J. (2000): How response shift may affect the measurement of change in fatigue. *Journal of Pain and Symptom Management*, (20), 12-18.
109. Voltz R., Ostgathe C., Borasio G. (2007): Palliativmedizin in der Neurologie. In: Brandt T., Dichgans J, Diener H.C. (Hrsg.). *Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen*. Kohlhammer 5. Auflage, 825-831.
110. Waschulewski, U. (2002): *Die Wertepsychologie* Eduard Sprangers. Münster: Waxmann.
111. Westmeyer, H. (1984): Methodologische Probleme der Wertforschung in der Psychologie. In: Stiksrud, A. (Hrsg.): *Jugend und Werte. Aspekte einer politischen Psychologie des Jugendalters* (S. 32-44). Weinheim, Basel: Beltz.
112. Wewetzer, H. (2010): Stammzellforschung ohne Stammzellen, Nerven aus dem Zellbaukasten. *ZEIT online*. 02. Februar. <http://www.Zeit.de/themen/wissen/gesundheit/stammzellen/index> (Zugriff: 05.05.2008).
113. Wikipededia (2008a): Oberbegriff Wert. <http://de.wikipedia.org/wiki/Wert> (Zugriff: 21.02.08).
114. Wikipedia (2008b): Oberbegriff Wertvorstellung. <http://de.wikipedia.org/wiki/Wertvorstellung> (Zugriff: 22.02.08).
115. Wikipedia (2008c): Oberbegriff Wertwandel. <http://de.wikipedia.org/wiki/Wertewandel> (Zugriff: 01.04.08).
116. Wikipedia (2008d): Oberbegriff Axiologie. [http://de.wikipedia.org/wiki/Axiologie_\(Philosophie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Axiologie_(Philosophie)) (Zugriff: 02.05.08).
117. Wikipedia (2008e): Oberbegriff Krise. <http://de.wikipedia.org/wiki/Krise> (Zugriff: 07.08.2008).

7 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.