

...ich bin mehr als ein
Patient!

Das Ambulanter Hospizdienst Altmühlfranken
– Klausur in Reimlingen

WürdeGespräch

Roland Martin Hanke

nach Harvey Max Chochinov

Qiaohong Guo

hanke@praxishanke.de | www.praxishanke.de



SORGEKULTUR | WÜRDEARBEIT
DR. ROLAND MARTIN HANKE

Würdeorientiertes Handeln

Chefarztvisite:

Eine Corona von Ober- und Assistenzärzten sowie Pflegekräften steht um das Bett einer Patientin in einem Drei-Bettzimmer.

Der Assistenzarzt stellt die Patientin kurz vor.

Der Chefarzt wendet sich daraufhin zur Patientin: „Frau M., die Untersuchungen der letzten drei Tage haben ergeben, dass Sie ein bösartiges Geschwulst haben. Das kann aufgrund der vielen Metastasen nicht mehr operativ entfernt werden. Wir stellen Sie den Kollegen vor, die sich für Sie eine Chemotherapie überlegen sollen.“

Alle verlassen das Zimmer.

Reflexion

Alle?

Eine Pflegekraft bittet ihre Kollegen sie zu entschuldigen, sie möchte zu der Patientin ins Zimmer zurückkehren und bei ihr bleiben.

hanke@praxishanke.de | www.praxishanke.de



SORGEKULTUR | WÜRDEARBEIT
DR. ROLAND MARTIN HANKE

Würdeorientiertes Handeln

Fallbeispiel:

Herr K. liegt im Pflegebett, als zwei Pflegekräfte ohne anzuklopfen das Zimmer betreten und mit der morgendlichen Körperpflege beginnen. Die Tür bleibt offen; eine weitere Person geht vorbei.

Herr K. wirkt angespannt, äußert sich jedoch nicht.

Reflexion

Der Patient wird zum Objekt, die Intimsphäre wird nicht geschützt;
das **Mensch-Sein** wird hinter der pflegerischen Handlung unsichtbar.

Würdeverletzung: Missachtung der Intimsphäre

Würdeorientiertes Handeln

Fallbeispiel:

Während der Visite sagt eine Pflegekraft zu einer Kollegin: „Er ist heute wieder sehr unruhig und isst kaum.“

Der Patient sitzt daneben, wird jedoch nicht direkt angesprochen, obwohl er wach und orientiert ist.

Reflexion

Der Mensch wird kommunikativ übergangen; sein **Mensch-Sein** wird nicht als dialogfähig anerkannt.

**Würdeverletzung: Entmündigende Kommunikation
Senioren-Sprache**

Würdeorientiertes Handeln

Fallbeispiel:

Frau L. äußert abends ihre Angst vor der Nacht.

Die Pflegekraft antwortet: „Ich habe jetzt leider keine Zeit, ich werde morgen das bei der Visite erzählen.“

Reflexion

Existenzielles Erleben bleibt unbeachtet; das Mensch-Sein tritt hinter organisatorische Abläufe zurück.

Würdeverletzung: Zeitdruck als strukturelle Würdeverletzung

Würdeorientiertes Handeln

Fallbeispiel:

Frau L. äußert abends ihre Angst vor der Nacht.

Die Pflegekraft antwortet: „Ich bringe Ihnen ein Medikament vorbei, damit Sie schlafen können.“

Reflexion

Existenzielles Erleben bleibt unbeachtet; der Mensch wird auf ein „nicht-richtig-funktionierendes“ Objekt reduziert.

Würdeverletzung: Das Patient-Sein dominiert das Mensch-Sein

Würdeorientiertes Handeln

Fallbeispiel:

Ein Patient hat sich eingenässt / eingestuhlt.
Die Äußerung fällt: „Und das jetzt auch noch!“
Der Patient senkt den Blick und zieht sich zurück.

Reflexion

Bloßstellung verletzt Schamgrenzen; das **Mensch-Sein** wird
in seiner Verletzlichkeit missachtet.

Würdeverletzung: Beschämung bei Inkontinenz

Würdeorientiertes Handeln

Fallbeispiel:

Eine Patientin hat sich eingenässt / eingestuhlt.
Im Stationszimmer fällt die Äußerung: „Ach die schon wieder.“

Reflexion

Die Haltung der Pflegenden entfernt sie von Patienten: das **Mensch-Sein** des
Patienten wird zum Objekt herabgestuft.

Würdeverletzung: Ent-Menschlichung bei Inkontinenz

Würdeorientiertes Handeln

Fallbeispiel:

Alle Patienten einer Einrichtung werden unabhängig von ihren **Gewohnheiten**, **Lebenssituationen** und **Erkrankungsgraden** und zur gleichen Zeit geweckt, obwohl diese dem Personal bekannt sind ...

... einige Patienten haben dies selbst oder deren Angehörige bereits geäußert.

Reflexion

Biografische Prägungen und aktuelle Diagnosen bleiben unberücksichtigt; das **Mensch-Sein** wird durch Standardisierung ersetzt.

Würdeverletzung: Standardisierung ohne Individualität

Würdeorientiertes Handeln

Fallbeispiel:

Eine Patientin sagt: „Ich habe Angst, dass ich sterben werde.“

Der Arzt antwortet mit: „Sie dürfen die Hoffnung nicht aufgeben“ und lenkt das Gespräch auf organisatorische Fragen.

Reflexion

Existenzielles Leiden wird übersehen; der **Mensch** wird alleine gelassen, ohne dass ihm zugehört wird.

Würdeverletzung: Ignorieren von Angst, Schmerz oder Trauer

Situation am Krankenbett für Patienten und Pflegekräfte

Um wen geht es?

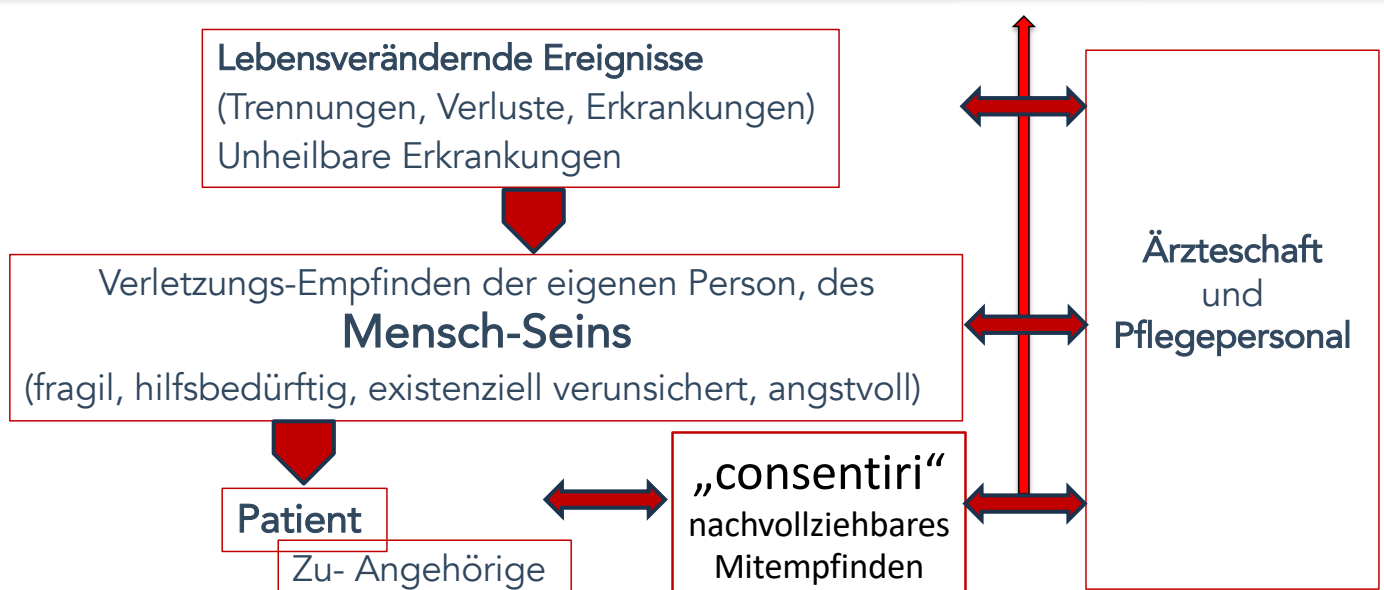
Patient
Ärztenschaft
Angehörige
Pflege
Finanzierung

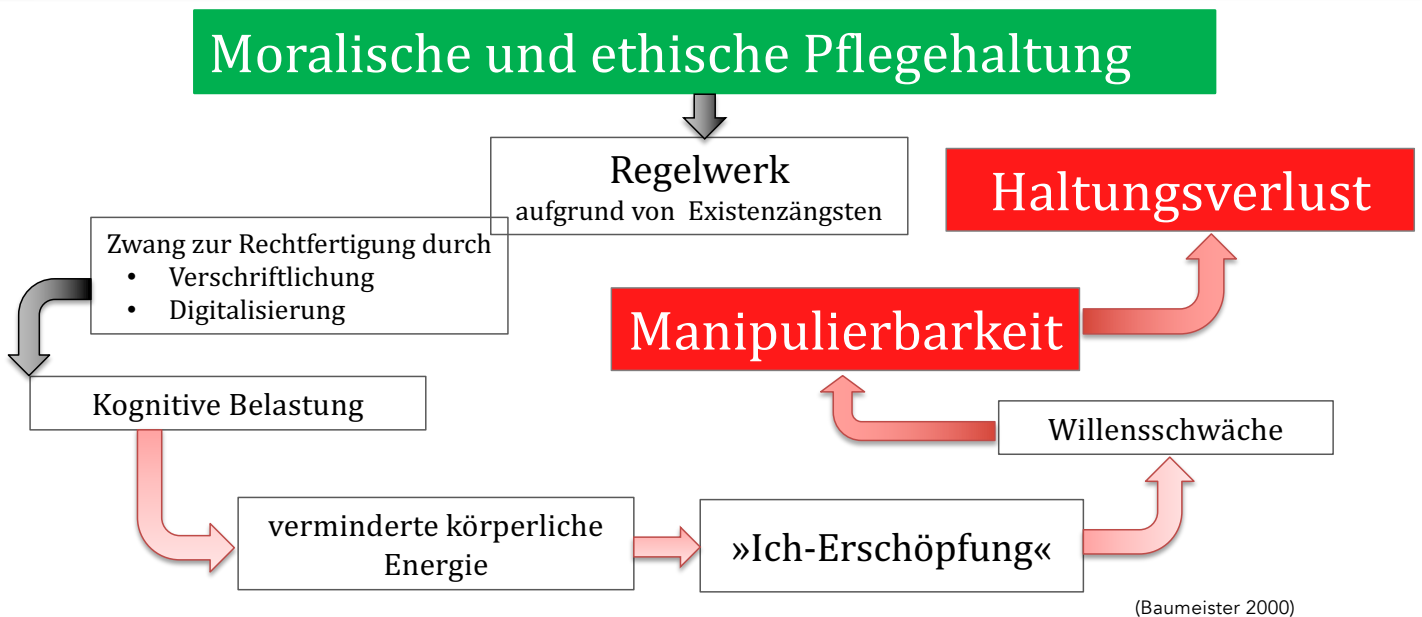
Versorgungsstrukturen

Gesellschaft
Krankenkassen



Wounded Humanity





Würdeorientiertes Handeln

Würde wird dort verletzt, wo das

Mensch-Sein

hinter Funktion, Routine, Sicherheitsdenken,
Überforderung und Diagnosen verschwindet.

Kurzintervention

Ich bin!

... Wer ... Wo ... Wann ... Wohin ...



Kurzintervention zur mentalen Verortung

Ziel

Körperliche und mentale Verortung vor Begegnungen mit Patienten und seinen Zu- und Angehörigen. Entlastung bei Arbeitsdruck und das bewahren der eigenen Persönlichkeit mit dem Motto:

... Ich bin! Wer – Wann – Wo – Wohin ...

Durchführung

1. **Einstimmung**
 - Stehen Sie aufrecht, Schultern locker.
 - Hände gegebenenfalls an der Türklinke.
 - Atmen Sie tief ein, halten Sie den Atem kurz und atmen Sie aus.
 - 3 Sekunden
2. **Wer bin ich!**
 - Sagen Sie in Gedanken zu sich bewusst kraftvoll: „Ich bin!“
 - Spüren Sie Ihr **Dasein**, **ohne etwas tun oder erklären zu müssen**.
 - Wahrnehmen, nicht bewerten: **Rolle, Stimmung, Gedanken**.
 - Gönnen Sie sich ein Lächeln.
 - Dauer: 3–5 Sekunden.
3. **Wo**
 - Nach innen fragen: „Wo bin ich?“
 - Den Körper, die Füße, **den Raum wahrnehmen**.
 - Dauer: 5 Sekunden.
4. **Wann**
 - Fragen Sie sich: „Wann – Jetzt!“
 - Den Moment bewusst spüren: **Atem, Herzschlag, Rhythmus der aktuellen Umgebung**.
 - Dauer: 5 Sekunden.
5. **Wohin**
 - Vergegenwärtigen Sie sich, wohin Ihr Auftrag Sie führt. „Wohin gehe ich?“
 - Nehmen Sie die Person, der Sie begegnen werden, als einen Menschen mit einer **einzigartigen Lebensgeschichte** an.
 - Dauer: 5–7 Sekunden.
6. **Begegnung**
 - Werden Sie sich bewusst, dass Sie nun für eine Weile eine **andere Rolle** haben.
 - Blicken Sie dem Gegenüber bewusst in die Augen, lächeln Sie.
 - Gedanken: „Ich bin – hier – jetzt.“
 - Dauer: 1 Sekunde.
7. **Abschluss**
 - Verlassen Sie den Raum, verharren Sie einen Moment und atmen Sie tief ein.
 - Gedanken: „Ich bin – ich!“
 - Dauer: 1 Sekunde.

worin wodurch ist Würde



Grundsätzlicher Würdebegriff

Würde (Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, Wolfgang Pfeiffer)

wirdī 'Ansehen, Verdienst, Ehrung' (8. Jh.)

Würde (16. Jh., mit Übergang von i in ü) ist ein ī-Abstraktum zu dem unter wert.

Als Bedeutung ist anzusetzen 'Wert, Ansehen, Geltung' (auf Grund sozialer Stellung und gesellschaftlichen Ranges) und die sich daraus ergebende 'Ehrung'. Daneben (ebenfalls bereits ahd.) steht

Würde für den 'Wert eines Menschen, der in seinem Wesen, seinen Eigenschaften und Leistungen beruht'.

Mitte des **18. Jhs.** entwickelt sich **Würde** unter dem Einfluss der idealistischen Philosophie und Ethik (Kant, Schiller) zur Bezeichnung für den

'von allen Äußerlichkeiten unabhängigen inneren, absoluten Wert des Menschen, der sich in seinem (ethischen) Denken und Verhalten äußert',

daher häufig in Verbindungen wie *Würde der Menschheit, des Menschen* (18. Jh.)

Grundsätzlicher Würdebegriff

Werte-Hierarchie

Brecht: *Die Ehre ist etwas Äußeres, die Würde etwas Inneres*

Zeitlose Würde

Kant: *Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann etwas anderes als Äquivalent (=Objekt) gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, das hat Würde.*



Der Mensch kann niemals durch einen materiellen Gegenwert (=Preis) ersetzt werden, er ist unverwechselbar einzigartig, ist über jeden Preis erhaben (=Subjekt) und besitzt daher Würde!

Würde des Grundgesetzes

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“



Gesellschaftliche Vereinbarung und Grundhaltung, die den Menschen als das **Wertvollste der Gemeinschaft aus Menschen** anerkennt.

Würdebegriff im Versorgungskontext

Klie

Dimensionen der Würde im Pflegekontext

Würde wird erfahren durch:



- das Erleben der eigenen Person in deren Einmaligkeit (*Subjekt*)
- die soziale Teilhabe und Begegnungsmöglichkeiten
- die Möglichkeit zu Individualität und Freiheit
- Rückzug und Privatheit

Pleschberger

Würde als eine *nicht messbare* Qualität



Würde ist kein zentraler Begriff in der Pflege, da er sich nicht an „**messbaren Mindeststandards**“ und an der Wirtschaftlichkeit orientiert.
Die Würde kann daher nicht als ein „*nachweisbarer Prozess*“ abgebildet werden.

Quellen:

Klie T. Menschenwürde als ethischer Leitbegriff für die Altenhilfe. In: Blonski H.: Ethik in Gerontologie und Altenpflege: Leitfaden für die Praxis. Hagen: Brigitte Kunz Verlag 1998
Pleschberger S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. Age Ageing 2007;36(2):197202

Würdebegriff im Versorgungskontext

Jacelon



Würde durch individuelle Sinnstiftung für das eigene Leben
Würdeerfahrung durch den Umgang mit den Mitmenschen

Nordenfeldt



Würde wird erfahren als durch eigene Verdienste erworbene gesellschaftliche / soziale Werte
Würde als Ausdruck des respektvollen Handelns anderen gegenüber
Würde als Selbstwertschätzung durch Autonomie und die gestaltete Vergangenheit / Gestaltungsmöglichkeiten der Zukunft
Würde als von Natur aus gegebene und unveränderbare Menschenwürde (Kant)

Chochinov

Würdeerfahrung im Rahmen von Therapiekonzepten



Würdeverletzungen entstehen im Zusammenhang mit dem Bewusstwerden der eigenen krankheitsbedingten Abhängigkeiten
Im Zusammenklang der sozialen Beziehungen
Durch das Vorenthalten / Einschränken der eigenen (Über-) Lebensressourcen

Quellen: Jacelon, Cynthia S., et al. "A concept analysis of dignity for older adults." Journal of advanced nursing 48.1 (2004): 76-83. || Nordenfeldt L. Dignity in Care for Older People. DOI:10.1002/9781444316414. 15 May 2009



Würde bestätigen

Der Mensch erfährt sich als wertvoll und wichtig,



wenn ihm dies durch wahrnehmbare Lebenszeugnisse durch Dritte widergespiegelt wird.

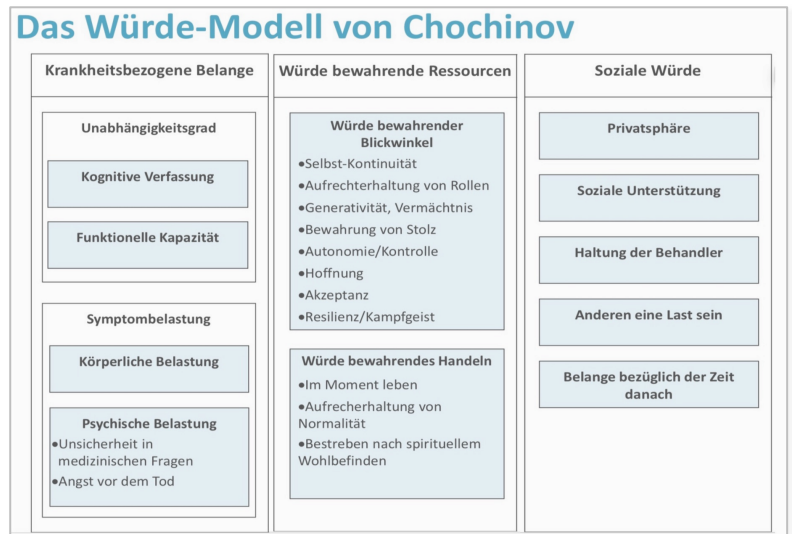
Die Bestätigung durch Dritte hat nicht durch Ehrungen, Urkunden oder Orden zu erfolgen,



sondern durch Gesten, weiterlebende Narrative und aufmerksames Zuhören.



Das Würde-Modell



... ist Würde verletzbar ?

Ursprung der Fragestellung in den 1990ern aufgrund der Verwendung des Würdebegriffs bei der Euthanasiedebatte in den BeNeLux-Ländern

Harvey Max Chochinov, Extinguished Professor für Psychiatrie und Palliativmedizin, Manitoba, Kanada

- strukturierte Patienteninterviews (n=50)
- Erarbeitung von standardisierten Fragen (25)

Würde ist verletzbar !

durch **Missachtung des Bedarfs** eines Menschen,
und **Missachtungserfahrungen** von Patienten und Pflegekräften

- im Zusammenhang mit **krankheitsbezogenen Abhängigkeiten, körperlichen und psychischen Belastungen**
- im **sozialen Kontext**
- durch **Vorenthaltung von Ressourcen**

im Hier und Jetzt!

Chochinov 2017

Würdeverletzungen

erfolgen
durch Dritte
... und durch sich selbst

„Sich das Leben nehmen!“

Monika Müller 2017

Folgen von Würdeverletzungen am Lebensende

- **Verzögerung des Loslassens** → längere Lebenszeit bei verringerter Lebensqualität
- **Sterbeprozess belastet** → vermehrter Versorgungs- und Medikamentenbedarf
- **Existentielles Leid** → Leiden am eigenen Leid nimmt zu
- **Verweigerte Generativität** → Unterbrochenes Weiterleben im Bewusstsein der Zu- und Angehörigen
- **Unsicherheit der Angehörigen,**
alles richtig gemacht zu haben → Trauerarbeit belastet

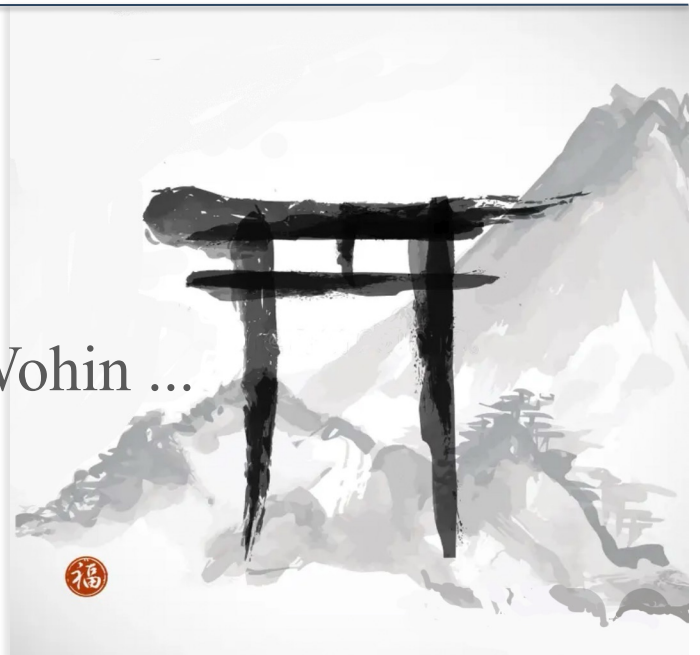
PAUSE



Kurzintervention

Ich bin!

... Wer ... Wo ... Wann ... Wohin ...



Würdeverletzung durch krankheitsbedingte Aspekte

- Selbstgestaltung des Alltags möglich?
- Auf **welche** Hilfen ist Ihr Gegenüber angewiesen?
- Ausmaß der Abhängigkeit von Dritten

Unabhängigkeitsgrad

- kognitiven
- funktionellen Fähigkeiten

Augenhöhe ?

Symptome

- körperliche Belastungen
- Psychische Belastungen
 - Angst vor den Sterben
 - Unsicherheiten bei medizinischen Fragen

Chochinov 2017

Würdeverletzung durch krankheitsbedingte Aspekte

- Wie? ... leidet Ihr Gegenüber?
 - körperlich – psychisch – sozial – spirituell / existentiell
- Darf auf eine adäquate Entlastung vertraut werden?
- Wie und auf welcher Gesprächsebene werden Informationen vermittelt?

krankheitsbedingt

Unabhängigkeitsgrad

- kognitiven
- funktionellen Fähigkeiten

um wen geht es?

Belastung durch Symptome

- körperliche Belastungen
- Psychische Belastungen
 - Angst vor dem Sterben
 - Medizinische Ungewissheit

Chochinov 2017

Würdeverletzung der sozialen Würde

- Welche soziale Rolle lebt Ihr Gegenüber?
- Welche wird ihm zugewiesen?
- Wer ist er/sie:
Vater / Mutter – Kind – Chef –Abhängiger
- Welche Abhängigkeiten bestehen?
 - Von wem / von was?

Wie werden Tagesroutinen angeboten?

- z.B. Hilfe bei der Körperpflege
- Essenseingaben
- Freizeitgestaltung
- rhetorisch – reflektorisch
- wie bestimmend sind Sie?

Inventar sozialer Würde

- Privatsphäre
- Soziale Unterstützung
- Haltung der Behandelnden
- Belastung für andere sein
- Sorgen hinsichtlich der Zeit nach dem Tod

Objekt oder
Subjekt?

Chochinov 2017

Würdebewahrendes Repertoire

Kenne Sie die
Kraftquellen / Kraftorte
Ihres Gegenübers?

- weltanschauliche Haltung
- spirituelle Einstellungen
- religiöse Bekenntnisse und Regeln

*Puffer zwischen den Würdeerlebnissen
als Ausgleich von deren temporärem
Vernichtungspotential*

→ **Wirkungsvollste Möglichkeit zur
Stabilisierung aus sich selbst heraus**

Würdebewahrende Perspektiven

- Selbst-Kontinuität
- Aufrechterhaltung von
Rollen
- Generativität / Vermächtnis
- Bewahrung von Stolz
- Autonomie / Kontrolle
- Hoffnung
- Akzeptanz
- Resilienz/Kampfgeist

Chochinov 2017

Selbst-Kontinuität

Selbstkontinuität bezeichnet das Empfinden, dass das Wesen dessen, wer man ist, trotz der Belastungen durch eine Krankheit, unversehrt bleibt.

Fühlt er sich *(noch)* **als Mensch?**

- Ein ganzheitliches Wesen mit eigener Lebenserfahrung? (**Subjekt**)
oder
- lediglich EIN OBJEKT des Handelns | **Behandeln**

Bsp.: Wundversorgung

→ **Wissen Sie, „wie sein Gesicht aussieht?“**

- Ist er entblößt und verletzbar aufgrund des Wissens, das andere über ihn besitzen?
- Kann er in diesem Zusammenhang seine eigene Identität bewahren?

Aufrechterhaltung von Rollen

- Was waren die wichtigsten Dinge für Ihn vor der Krankheit / Pflegebedürftigkeit?
- Welchen Beruf hat er erlernt, welchen ausgeübt?
- Wie groß war seine Verantwortung?

Die Rolle als Ressource,

- durch die der Mensch sich bisher beweisen konnte
- die ihm / er sich einen Wert zuweist
- die ihm Sicherheit und Ordnung in der Unordnung gibt.

Generativität, Vermächtnis

- Was ist es, was ein Mensch von sich erzählt wissen will?
- Was wünscht er sich, das von ihm in Erinnerung behalten wird?

Suche nach dem Lebenssinn:

- welchen Beitrag habe ich durch mein Dasein, mein Leben geleistet?
- Was hat mein Leben für mich und andere besonders wertvoll gemacht?
- Was habe ich der nachfolgenden Generation als Orientierung hinterlassen?
- Was wirkt nach meinem Tod weiter?

Generativität versus Stagnation

Erwachsene im mittleren Lebensalter haben das Bedürfnis, gebraucht zu werden.

Sie streben nach
symbolischer Unsterblichkeit
durch einen Beitrag für das Allgemeinwohl,
der sie selbst überdauert.

(Erikson 1957, Kotre 2001)



Zuhören - nicht kommentieren!

Bewahrung von Stolz

Wissen Sie, auf was Ihr Gegenüber am meisten stolz ist?

Wie spiegeln Sie ihn wider:

- Anrede: „Sie“ oder „Du“?
- Ganze Sätze?
- Welche Kleidung repräsentiert ihn?
- Wie will er nach dem Tod gekleidet / geschminkt / gezeigt werden?

Titel oder Charisma?

- Als wer gelte ich in der Gesellschaft?
- Wie wird von mir jetzt und am Ende meines Daseins gesprochen?
- Habe ich eine Rufschädigung zu erwarten?

Autonomie/Kontrolle

Wissen Sie, über was Ihr Gegenüber (noch) Kontrolle behalten will?

- Darf er sich noch lebendig fühlen,
oder
- wird er nur noch „verwaltet“?
- Wie ehrlich wird um Zustimmung / Einverständnis bei Pflegehandlungen gebeten?

Selbständigkeit und Entscheidungs-Hoheit

- Nicht als Zusicherung von außen, sondern aufgrund der in sich selbst wohnenden Wahrnehmung
- Beibehaltung der **ich-authentischen Perspektive**
- Nachdrückliche Willensbekundung
- Finanzielle und gesellschaftliche Unabhängigkeit

Hoffnung

Wie mächtig sind ... die Hoffnungen, die Ihrem Gegenüber Kraft und Zuversicht geben?

Hoffnung als stärkste Quelle des Überlebens des Menschen

- Überlebensversuche mit wildlebenden und mit domestizierten Ratten

(Richter 1957)



Hoffnung

Hoffnung

ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die **Gewissheit**, dass etwas **Sinn** hat, gleichwie wie es ausgeht.

Vaclav Havel 1936–2011



Darf Ihr Gegenüber mit dem Schicksal hadern?

- mit was ist er nicht in Frieden?
- darf er Zweifel aussprechen und ausdrücken?

➤ Bin ich bereit und fähig, Veränderungen anzunehmen und mich anzupassen?

Wissen Sie, was Ihr Gegenüber antreibt, um die Einschränkungen zu überwinden?

- Worauf baut dessen Kraft?
- Wie verhalten Sie sich (bei besserem Wissen) ihm gegenüber?

Mehr als "positives Denken"

- Die aus dem Inneren kommende Stärke, dem – ohne zu zögern – gegenüberzutreten, was vor einem steht
- Innere Ermutigung zum Weitermachen
- Rückgriff auf ein psychisches und spirituelles Sicherheitsnetz

Würdebewahrendes Handeln

- Leben im Hier und Jetzt
- Aufrechterhaltung von Normalität
- Bestreben nach spirituellem Einklang

Würdezentrierte Haltung

Drei wesentliche Elemente:

- Generativität / Hinterlassenschaft
- Essenz der Persönlichkeit des Patienten
- Grundhaltung der Behandler

Ziel:

Stärkung des würdebewahrenden Repertoires

Würdebewahrendes Repertoire

Würdebewahrende Perspektiven

- Selbst-Kontinuität
- Rollenbewahrung
- Vermächtnis
- Stolz
- Autonomie
- Hoffnung
- Akzeptanz
- Kampfgeist

Würdebewahrendes Handeln

- Leben im Hier und Jetzt
- Aufrechterhaltung von Normalität
- Bestreben nach spirituellem Einklang

Das Würde-Modell



Würde

*ist kein Zustand, sondern eine soziale Beziehung,
die nicht das leiseste Schwanken im Gleichgewicht
zwischen der Selbstachtung und
der durch die Anderen erfahrenen Bestätigung zulässt.*

David Le Breton, Schmerz: Eine Kulturgeschichte, Diaphanes Verlag, Zürich - Berlin 2003

„Er ist so viel mehr, als nur seine Krankheit !“

Einsatz der Patient Dignity Question (PDQ), um das Mensch-Sein zu erschließen und die Würde auf der Intensivstation zu stärken:
Eine Machbarkeitsstudie mit Rückmeldungen von Angehörigen und Gesundheitsfachkräften.

Kendiss Olafson, et al. 2025

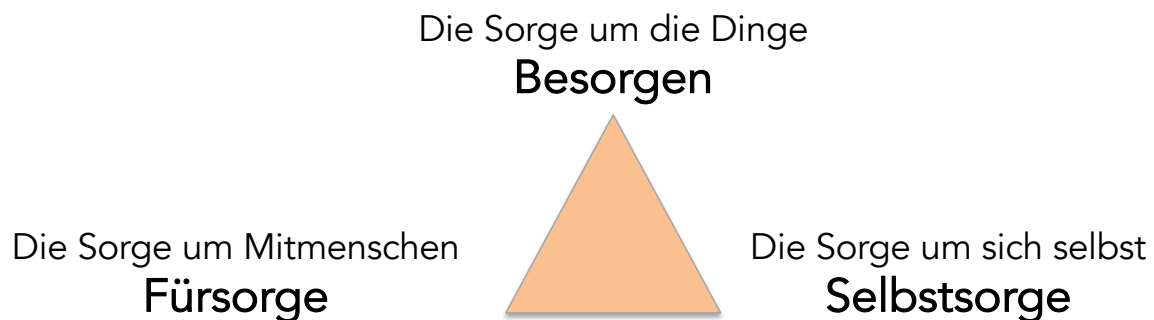
Wie Patientenversorgung gelingt

Wie fühlt man sich als „Patient“?

- reduziert auf Krankheitssymptome und Diagnosen
- Medikamenten (-einnahmen)
- Objekt / Sache
- verwaltet / verfügbar
- abhängig (essen, trinken, Mobilität, Zeitvorgaben)
- „sitzen- / hingengelassen“
- eigene Persönlichkeit nicht respektiert oder gar übersehen

- **Wie empfinde ich** meine eigene **Einmaligkeit, Wertigkeit, meine Würde?**
- **Bin ich ...**
 - für mich / für andere ...ich selbst?
 - ...einmalig?
 - ...wertvoll?
 - ... habe ich einen Wert, eine Würde?
- **Bestimme ich** die Gestaltung meines Lebens selbst?
- **Empfinde ich** Maßnahmen durch Andere ohne meine direkte Zustimmung als eine Verletzung meiner Person?

Das sorgende "In-der-Welt-sein" ¹



(1) Heidegger, M. Sein und Zeit. Gesamtausgabe, Abt. 1, Veröffentlichte Schriften, Band 2. Tübingen 1927/2006

Ausdruck des sozialen Miteinanders und der Schaffung von Werten für die Zukunft

Es ist uns Menschen angeboren,

- füreinander zu sorgen,
- Glück zu empfinden, wenn wir „gebraucht“ werden,
- in Erinnerung bleiben zu wollen,
- Geschichten davon zu erzählen, wie wir Werte mit „Ewigkeitscharakter“ schufen, die die soziale Gemeinschaft prägen
- Wahrgenommen zu werden

„Supererogation“

„Helfensbedürftigkeit“

Wir sind traurig und im Selbstzweifel, wenn

- wir uns nicht wahrgenommen fühlen
- unsere Erfahrung ignoriert oder nicht erwünscht ist,
- *über uns*, jedoch nicht *mit uns* geredet wird.

Würde bestätigen

Der Mensch erfährt sich als wertvoll und wichtig,

... wenn ihm dies durch wahrgenommene Lebenszeugnisse von außen widergespiegelt wird.

Die Bestätigung durch Dritte haben nicht durch Ehrungen, Urkunden oder Orden zu erfolgen,

... sondern durch das aufmerksame – aktive – Zuhören.

Würdestärkende Grundsätze in der Patientenversorgung

Unterstreichen Sie den Wert des Menschen

- Geben Sie der Patientin/dem Patienten das Gefühl, dass sie/er als der Mensch wahrgenommen wird, der sie/er ist oder war – **nicht bloß als medizinischer Fall.**

Betrachten Sie die Menschen losgelöst von seiner Erkrankung

- Kommunizieren und unterstreichen Sie die Aspekte des Menschseins, die nicht von der Krankheit berührt werden.

Schutz der Privatsphäre der Person

- Denken Sie stets daran, dass bestimmte Vorgänge für Gesundheitsexperten Routine sind – nicht aber für die meisten Patienten.

Würdestärkende Grundsätze in der Patientenversorgung

Thematisieren Sie Schmerzen und Beschwerden

- Geben Sie der Behandlung körperlicher Schmerzen oberste Priorität, vergessen Sie aber nicht andere Ursachen.

Setzen Sie sich mit den Ängsten und Befürchtungen der Betroffenen auseinander

- Informieren Sie über den zu erwartenden medizinischen Verlauf, Therapieoptionen und Möglichkeiten, wie die Erkrankung behandelt werden kann.
- Erkennen und behandeln Sie die Symptome einer kognitiven Störung, einschließlich Delirium.

Tragen Sie dazu bei, dass die Patientinnen und Patienten ein Gefühl der Kontrolle und Unabhängigkeit bewahren

- Ermöglichen Sie ihnen eine Mitsprache an Entscheidungen über ihre Versorgung oder sonstige persönliche Angelegenheiten.

Bieten Sie soziale Unterstützung an oder stärken Sie diese

- Fördern Sie die Einbeziehung von Angehörigen, anderen Gesundheitsdienstleistenden und Seelsorgenden.

Das Wesentliche der Patientenfürsorge

Menschen vergessen

... was wir zu ihnen
gesagt haben

... was wir getan haben

doch sie vergessen nie,

... wie sie sich
dabei **geföhlt** haben.



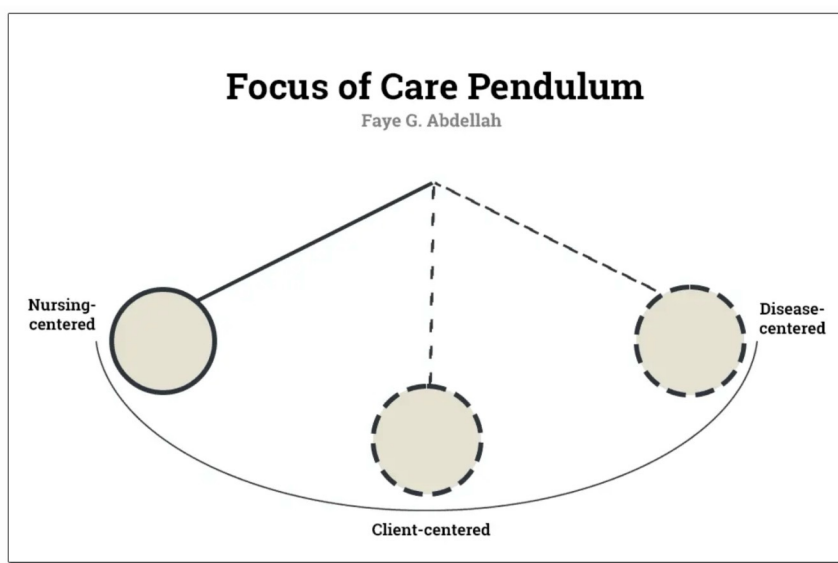
*Patienten sind Menschen mit Empfindungen
– und **das** zählt!*

*Dilemma
Pflegesetting*

PAUSE



Patientenzentrierte Pflege



Gonzalo Angelo, Faye Abdellah: 21 Nursing Problems Theory, <https://nurseslabs.com/faye-g-abdellahs-21-nursing-problems-theory/> update April 30, 2024, abgerufen am 4.2.2026

Personenzentrierte Versorgung

bezieht Werte, Präferenzen und Versorgungsbedarfe der Patienten ein

Würde in der Versorgung

schafft ein Umfeld, in dem Patienten sich der Ehre und des Respekts würdig fühlen

(Chochinov HM et al., 2002)

Angehörige und Patienten

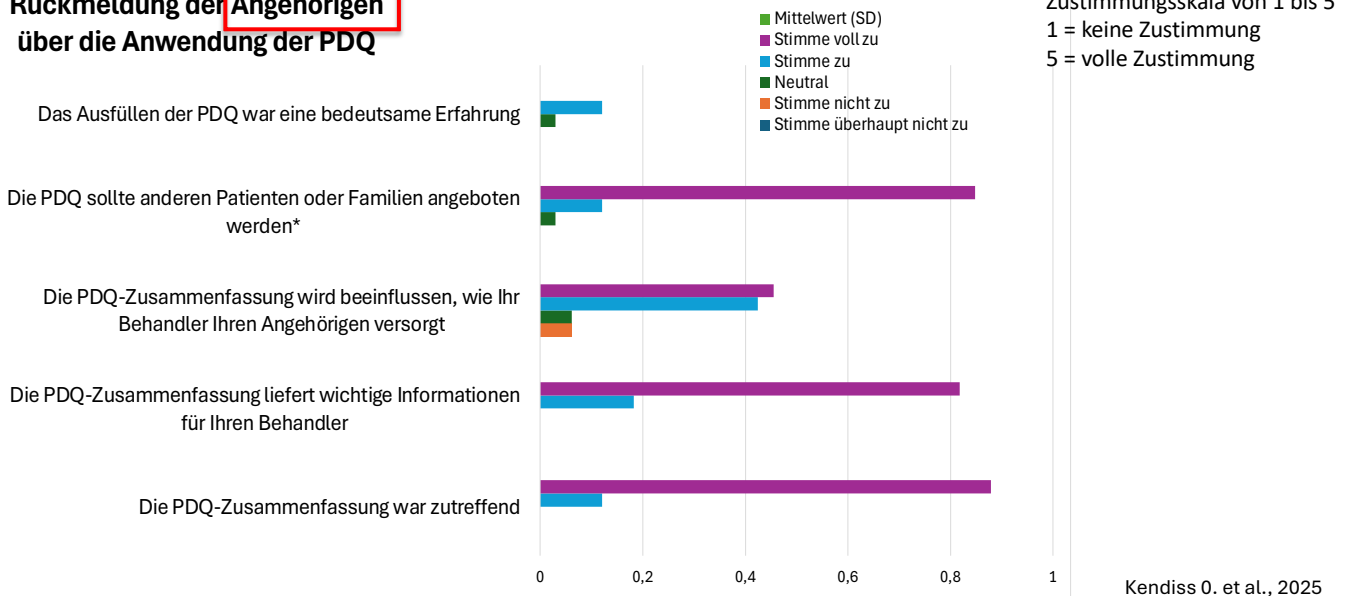
während intensiv(-stationären) Behandlungen

33% äußerten ein schlechtes „**Klima gegenseitigen Respekts**“,

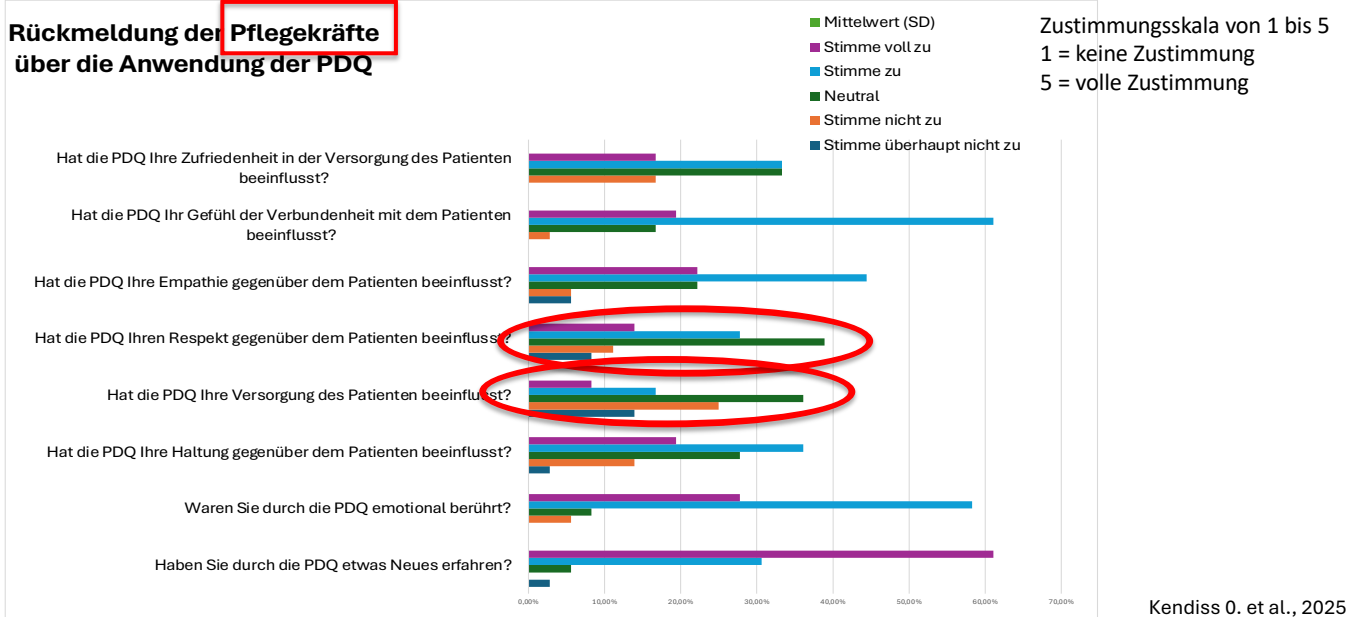
18 % maßen einer respektvollen **Umgebung** einen hohen Stellenwert bei

(Van den Bulcke | Jensen)
Multizenterstudie in Europa und den USA

Rückmeldung der Angehörigen über die Anwendung der PDQ



Rückmeldung der Pflegekräfte über die Anwendung der PDQ





Schlussfolgerungen 1

Angehörige fühlen sich in ihrer Sorge stärker an- und wahrgenommen als die (Intensiv-)Pflegekräfte,
die sich möglicherweise

- zum Selbstschutz als bereits *empathisch* definieren
- oder empathisch Wahrgenommenes abblocken,
um eigene Verletzungen zu vermeiden.

Kendiss O. et al., 2025



Schlussfolgerungen 2

Entmenschlichung und das **Abkoppeln von menschlichen Qualitäten** der Patienten,
wird von Mitarbeitenden manchmal genutzt,

1. um Belastung zu mildern, da das Anerkennen des Mensch-Seins emotional aufwühlend sein kann. (Testoni)
2. **Entmenschlichung** geschieht auf Kosten personenzentrierter Versorgung (Williams)
3. und kann mit professionellem Burnout, Gefühlen klinischer Sinnlosigkeit (Kearny | Shanafelt)
4. und erhöhter medizinischer Prozessführung verbunden sein (Smith DD)

Kendiss O. et al., 2025



Schlussfolgerungen 3

- Mündlich-persönliche Übergaben
- hierarchiefreies Setting
- ganzheitlicher Resonanz durch die Teilnehmenden
→ deutliche Vorteile gegenüber der Verschriftlichung.

Falls unumgänglich:

- Narrative der PDQ besser als stichwortartige Interpretationen von PK / Arzt

Kendiss O. et al., 2025



Schlussfolgerungen 4

Angehörige und Patienten erleben mehrere entmenschlichende Verhaltensweisen,

- wie schlechte oder respektlose Kommunikation,
- mangelndes Mitgefühl und
- (räumliche) Trennung voneinander (Wilson | Law | Brown)

Kendiss O. et al., 2025

Zusammenschau

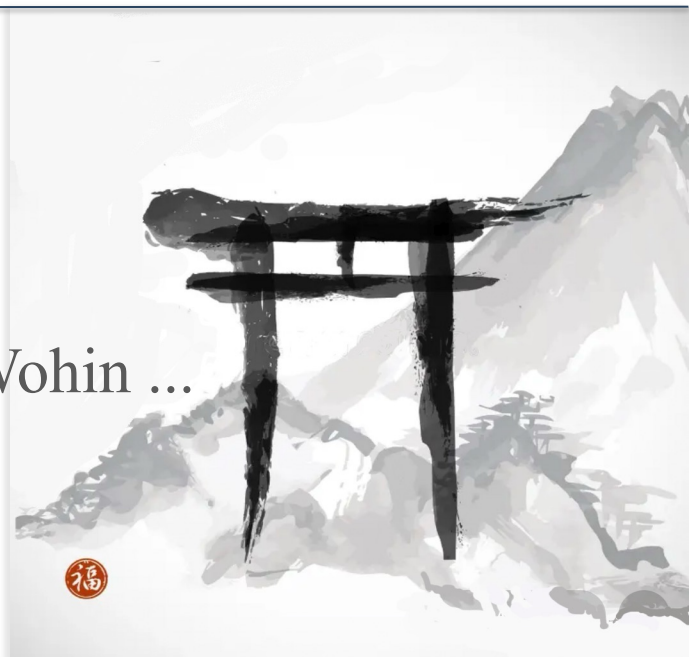
1. Würde und Respekt sind miteinander verbunden
2. ICU-Patienten und –Angehörige sind durch Respektlosigkeit verwundbar
3. Verletzungen von Respekt und Würde in der ICU sind häufig und überschneiden sich wesentlich mit Entmenslichung,
4. Respektlosigkeit kann mit primären und sekundären Schäden assoziiert sein
5. systemische Barrieren erschweren das Verständnis und die verlässliche Praxis von Respekt in der ICU

(Brown SM et al.)

Kurzintervention

Ich bin!

... Wer ... Wo ... Wann ... Wohin ...



PDQ

Patientenwürdefrage

Patient Dignity Question

Patientenwürdefrage (Patient Dignity Question, PDQ)

*Was sollte ich über Sie als Mensch wissen,
um Sie bestmöglich versorgen zu können?*

Qualitäten der Informationsweitergabe

Stichwortartige Patientenbeschreibungen

- lassen viel Interpretationsspielraum, der von der augenblicklichen Lebenssituation der Pflegekräfte unterschiedlich wahrgenommen wird

Patientenwürdefragen (PDQs) sind

- Narrative
- detaillierter, nuancierter und emotional eindringlicher;
- geben den Angehörigen (und den Patienten) die Möglichkeiten, in freier Rede den Schwerpunkt ihrer eigenen Erlebnisse und Erfahrungen und Werte mitzuteilen (was ist aktuell wichtig und belastend)

(Charon R et al., 2001) (Laskow T et al., 2019)

PDQ

Kategorie	Typisches Whiteboard-Beispiel
Persönliche Eigenschaft(en)	Rücksichtsvoll
Familienrolle(n)	Hingebungsvoller Vater
Familienrolle(n)	Familienernährer
Berufliche Rolle(n)	Landwirt

Kendiss O. et al., 2025

Kategorie	Typisches Whiteboard-Beispiel	
	Begleiterkrankung(en)	Psychische Gesundheitsprobleme
	Begleiterkrankung(en)	Empfänger eines Organtransplantats
	Hobbys	Eine wunderbare Köchin.
	Zentrale biografische Information	Trauert um den Verlust der Eltern

Kendiss O. et al., 2025

Patient Dignity Question PDQ

Auswirkungen auf die Pflegekräfte

Verbesserung

- des Verständnisses und der Empathie gegenüber Patienten und Angehörigen
- der beruflichen Zufriedenheit
- der beruflichen Belastung (Chochinov HM et al., 2015)
- des Burnout - Risikos
- des prozesshaften Leitlinienhandelns (Yue Z et al., 2022) (Tenemt S et al.; 2021)

PAUSE



Einladung zum **WürdeGespräch**

WürdeGesprächskarten



Bedarf für ein WürdeGespräch

Bei emotionaler Hemmung

... wahre Gefühle, Sorgen und Bedürfnisse mitzuteilen
(Patienten, Familienmitglieder und Beziehungen
zur gegenseitigen Unterstützung und Verständnis)

Bei hierarchischen Gesprächs-Settings

... zwischen (Palliativ-) Patienten mit ihren Ärzt:innen,
Pflegekräften, Therapeuten und Ehrenamtlichen,
nicht aber mit den Menschen des stützenden
und betroffenen Lebensumkreises.

Guo Q, 2018



Bedarf für ein WürdeGespräch

Thematisierung von unerledigten Dingen

um sich von verdrängten Belastungen zu befreien.

Mitteilung von verdrängten Wünschen

um gehegte Träume verwirklicht zu sehen.

Verbesserung vernachlässigter familiärer Bindungen und Beziehungen

Rückversicherung des Selbstwert

Bestätigung der gefühlten Würde /
Bedeutung / Einmaligkeit.

Guo Q, 2018



Bedarf für ein WürdeGespräch

- **Psychosozialen Stress** durch das Gefühl der **Einsamkeit** und **Hoffnungslosigkeit** (Kristjanson 2004, Zhang 2003)
- **Emotionaler Stress** durch das Vorenthalten von Bedürfnissen und das Verschweigen von Sorgen und ehrlichen Gefühlen (Zhang 2003, Salander 2002)
- Verbesserung der **Trauerzeit** (Braithwaite 2011, Dumont 2008)
- **Fehlende Sinnfindung** für Sterbenden und Familien (Duke 1998)
- **Gestörte Beziehung** zu den **Pflegekräften** (Murray 2015)
- **Rückversicherung und Wertschätzung** des Lebens (Kutner 2009)
- **Bestätigung** des eigenen, anhaltendes Wertegefühls (Chochinov 2005)
- **Bedürfnisse nach Generativität** (Chochinov 2005)
- **Belastung am Lebensende** durch Nicht-Erledigung der „unerledigten“ Aufgaben

Guo Q, 2018



Wesentliche Haltung beim WürdeGespräch

Grundhaltung

Behandler / Pflegekräfte / Sorgeleistende

haben eine dem Patienten zugewandte Haltung zu leben.

*Dadurch verändern sie die gemeinsam geteilte Wahrnehmung von Zeit und Raum und schaffen einen **Sehnsuchtsort**.*

Ihn zu gestalten ist keine Frage von mehr Zeit mit Patienten, sondern vielmehr eine Frage der Qualität der Zeit.“

(Foucault 2021)

HOHER RAUM – HOHE ZEIT

(Tulku 1986)



Wesentliche Haltung beim WürdeGespräch

- Zeitloses / transzendierendes / Angebot zur Versöhnung
- Einstellung vermitteln: Soziales Eingebundensein
 Wahrgenommen werden
 Wertschätzung zeigen
- Keine Verfluchungen oder Anklagen



Einstimmung und Haltung beim WürdeGespräch

- Seien Sie sich bewusst, dass Sie lediglich Gäste auf Zeit in einem höchst privaten und intimen Raum sind, dem Zuhause der Gesprächspartner.
- Bemühen Sie sich um eine ungestörte Gesprächssituation, in der sowohl die Zeit als auch der Raum aus dem Alltag entrückt, transzendiert wird.
- Laden Sie den Gesprächspartner ein, indem Sie ihm die verhüllte Box präsentieren, die **Geschichten aus seinem Leben** hütet.
- Die Box hat ein Fenster, die einen neugierigen Blick auf die behüteten Lebensgeschichten erlaubt.
- Die Karten mit den einzelnen Fragen sind auf Filz¹ gelagert, dem Symbol für wärmende Lebensenergie.

(1) Kolk K. Von der Wand in den Raum - Das Material Filz im Werk von Joseph Beuys. Inauguraldissertation im Fachbereich Sprach- und Kulturwissenschaften. Johann Wolfgang Goethe-Universität. Frankfurt 2018.



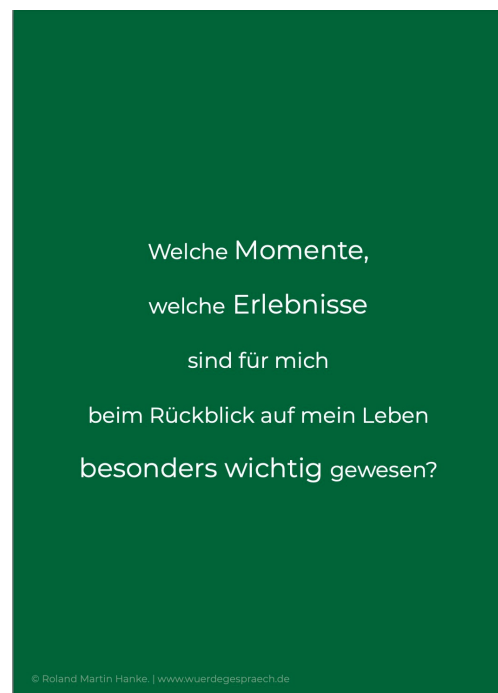
Einstimmung und Haltung beim WürdeGespräch

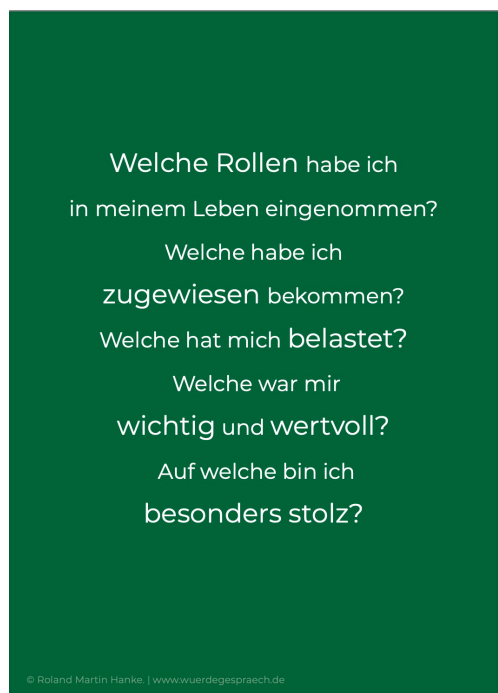
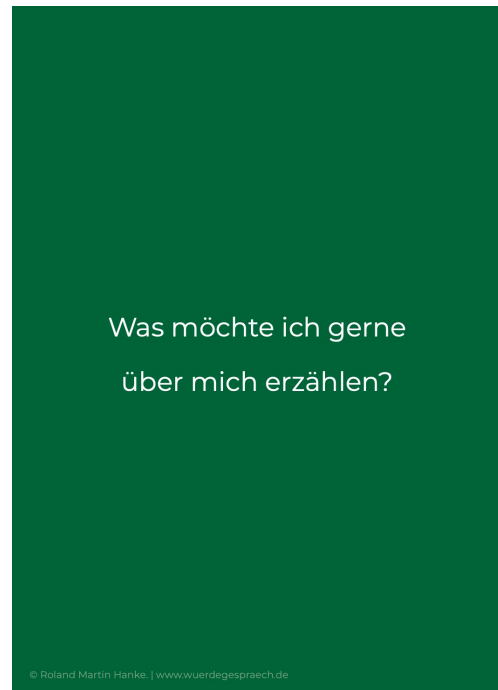
- Nachdem Sie oder Ihr Gesprächspartner die Karten herausgeholt haben, breiten Sie diese auf der Tischdecke oder der Bettdecke fächerförmig aus.
- Allein Ihr Gesprächspartner darf entscheiden, welche Frage ihn zum Erzählen lockt – oder er lieber momentan unbeantwortet lassen möchte.
- Es ist streng darauf zu achten, dass Sie die Erzählungen nicht kommentieren, sondern allenfalls durch ermunternde Blicke oder Worte befördern.
- Ihr Gesprächspartner darf so viele oder so wenige Geschichten erzählen, wie es ihm persönlich wichtig ist. Gegebenfalls können Sie sich zu einem weiteren Termin verabreden.

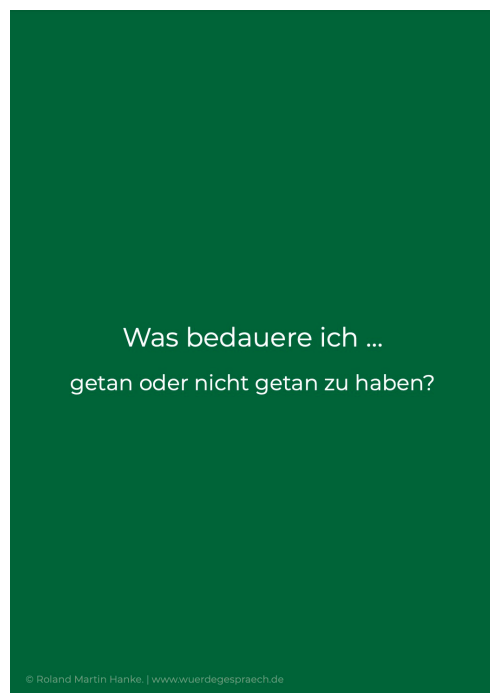
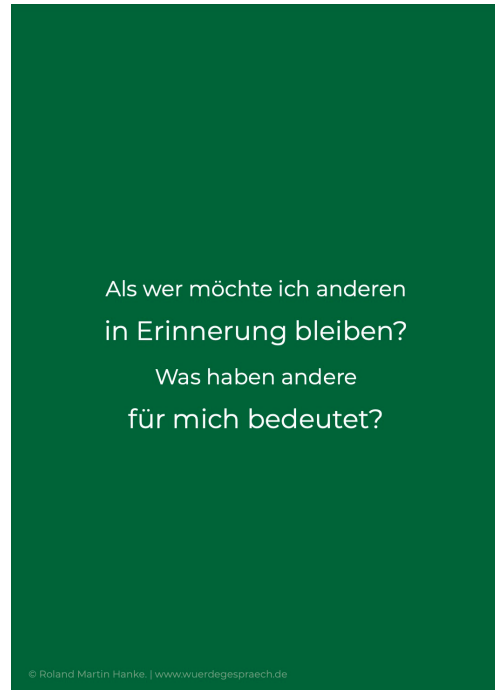
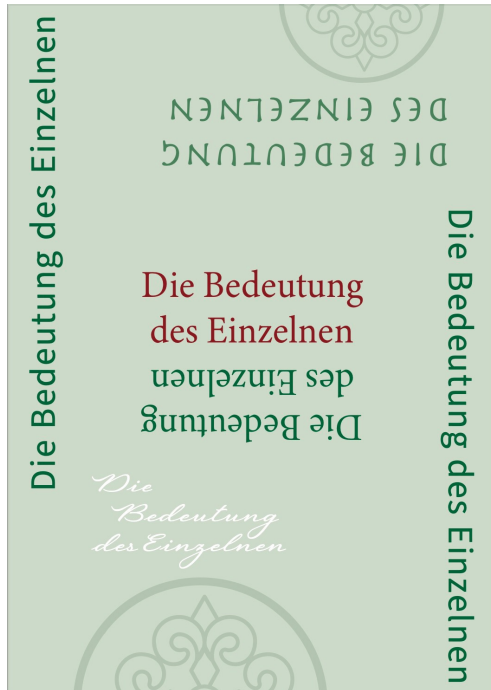


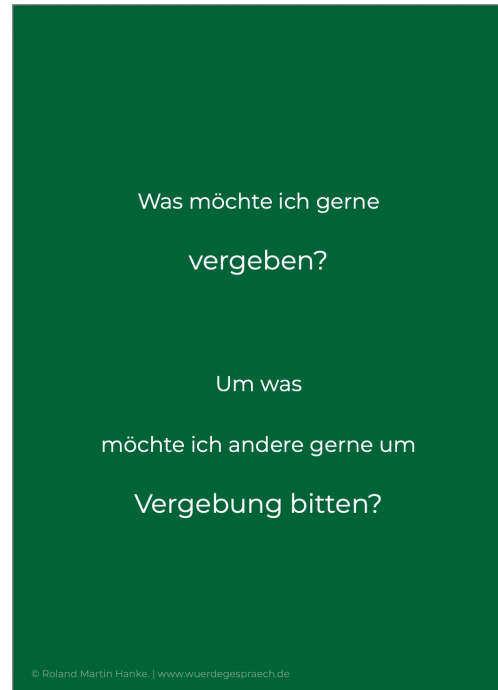
Themen des WürdeGesprächs

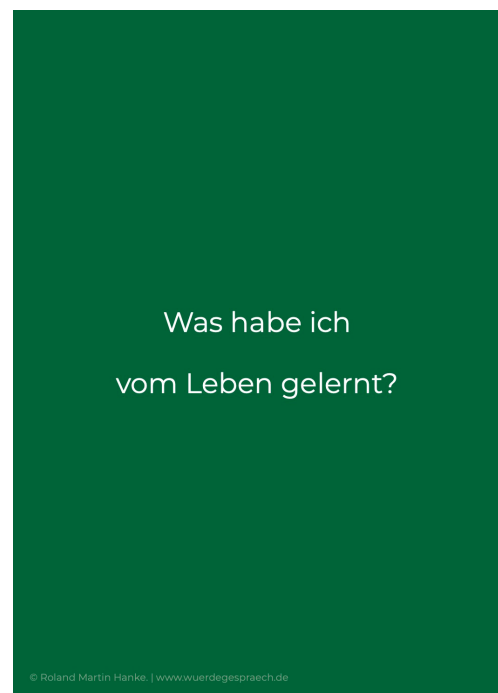
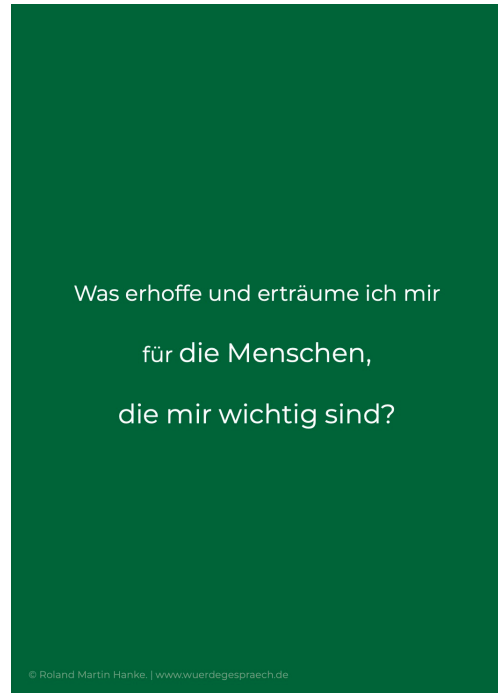
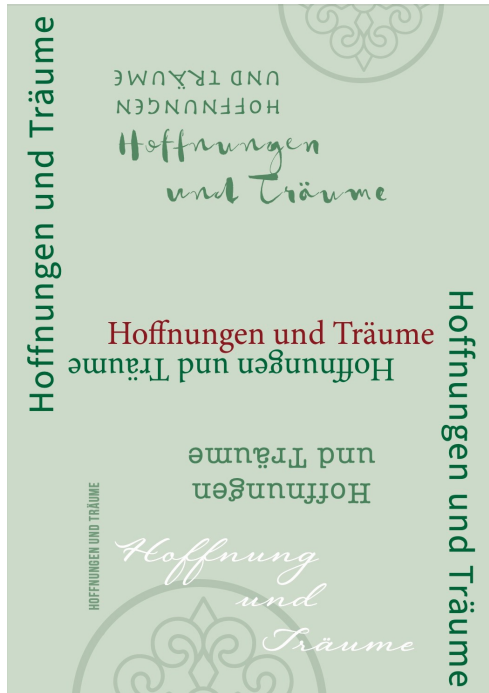
ERINNERUNGEN	Wenn Sie auf Ihr Leben zurückblicken, gibt es da besondere Erinnerungen oder Momente, über die Sie berichten wollen?
DINGE ÜBER SICH SELBST	Gibt es Dinge über Sie selbst, über die Sie berichten möchten?
BESONDERE ROLLEN	Gibt es besondere oder wichtige Rollen in Ihrem Leben, über die Sie sprechen möchten? (Was hat diese Rollen so besonders gemacht? Auf welche dieser Rollen sind Sie besonders stolz?)
DIE EIGENE BEDEUTUNG	Was für eine Bedeutung meinen Sie, für andere gehabt zu haben? Und, was haben andere für Sie bedeutet?
BEDAUERN	Gibt es etwas, was Sie bedauern?
VERGEBUNG	Gibt es etwas, das Sie anderen vergeben möchten - oder für das Sie Vergebung wünschen?
DANKBARKEIT	Für was in Ihrem Leben sind Sie dankbar?
HOFFNUNGEN UND TRÄUME	Welche Hoffnungen und Träume haben Sie für die Menschen, die Ihnen wichtig sind? (Familie, Freunde, andere?)
GELERNTES	Was hat Sie das Leben gelehrt? Oder, was haben Sie durch andere gelernt oder diesen vermitteln können?
RATSchLÄGE	Welche Ratschläge haben Sie für besonderen Menschen in Ihrem Leben, was möchten Sie diesen mit auf den Weg geben? (Familie, Freunde, andere?)
WEITERE THEMEN	Gibt es weiteres aus Ihrem Leben, über die Sie noch erzählen wollen?
WEITERES ZU SAGEN	Gibt es weitere Dinge, die Sie noch mitteilen wollen?

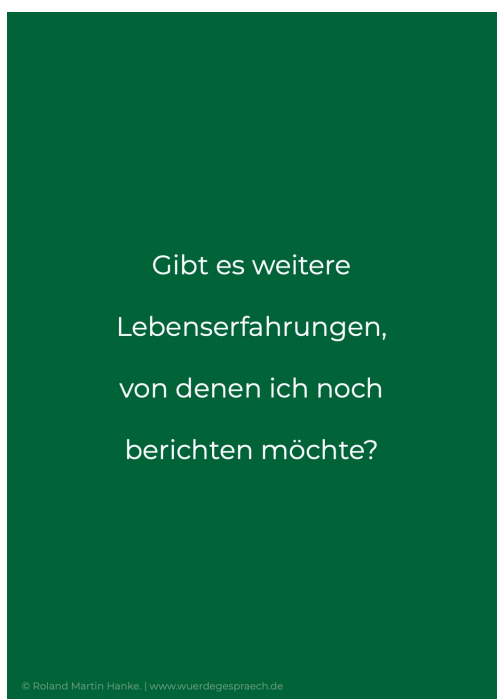
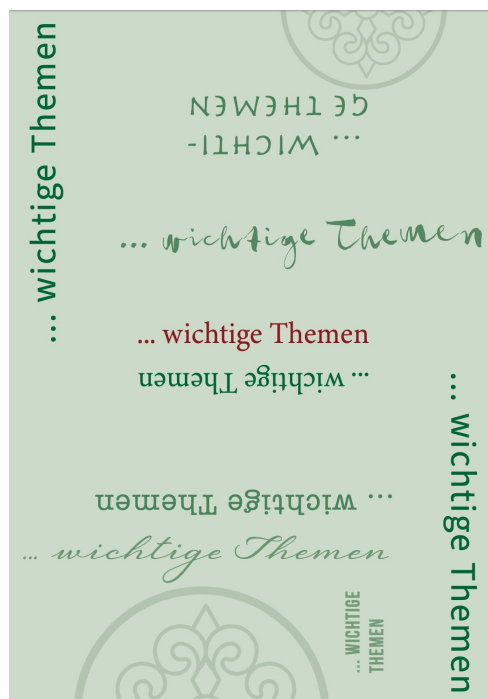
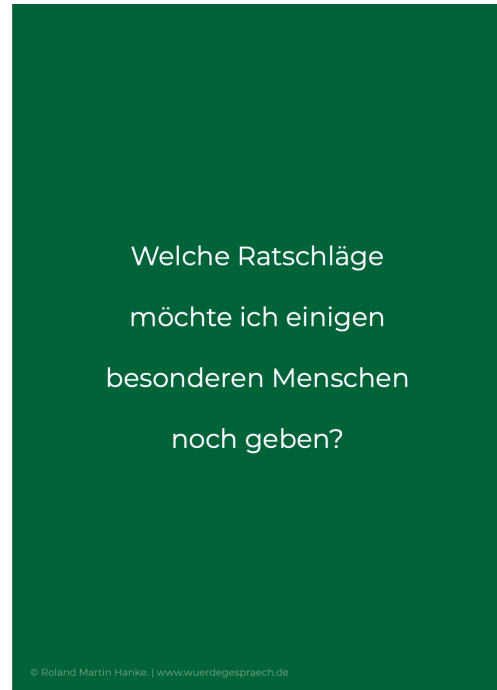


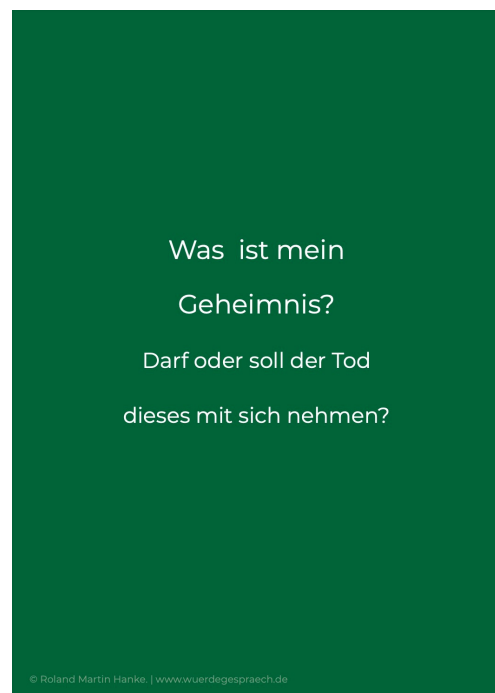
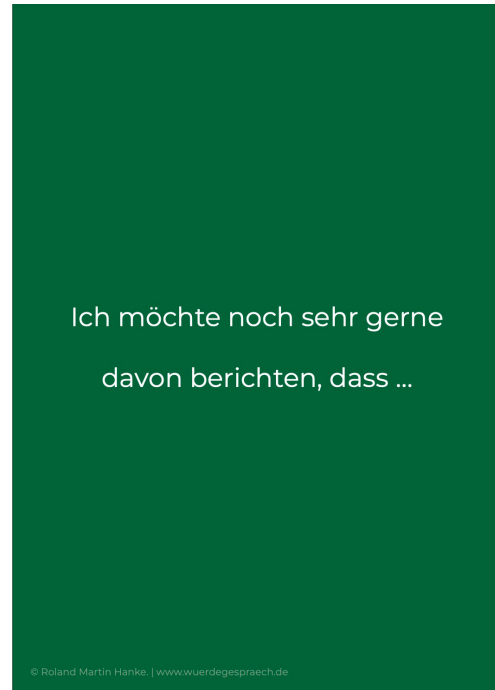












Praktischer Nutzen des WürdeGespräch

Das Würde-Gespräch hat das Potenzial,

- die Erfahrung des Lebensendes zu verbessern,
- indem es Palliativpatienten und ihren Familien durch den Austausch von
- Erinnerungen, Dankbarkeit, Vergebung, Wünschen und Hoffnungen
- ein gemeinsames Gefühl der Bedeutung vermittelt.

Erleichterung der Trauerarbeit und -zeit

Unabhängigkeit von einem Therapeuten

Guo Q, 2018



Praktischer Nutzen des WürdeGesprächs

Wirksame Kommunikation zwischen Patient und Familie

als Grundlage für Beziehungen

- zur gegenseitigen Unterstützung und Verständnis
 - zur Linderung emotionaler Belastungen
- sowohl für den Patienten als auch für die Familie.

Lösung von Problemen von Patienten mit lebensbegrenzenden Krankheiten und ihrer Familienmitglieder,
einander ihre **wahren Gefühle, Sorgen und Bedürfnisse mitzuteilen**.



Eine der wenige Interventionen zur Erleichterung der Kommunikation zwischen Palliativpatienten und ihren Familien.

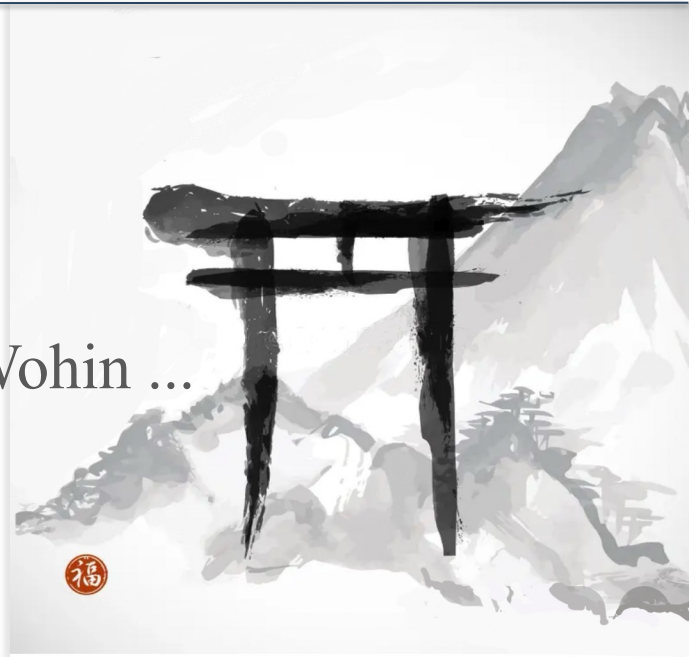
Guo Q, 2018



Kurzintervention

Ich bin!

... Wer ... Wo ... Wann ... Wohin ...



PAUSE



Übungseinheit WürdeGespräch



Fazit



... ich nehme mich nicht aus

- Immer wieder verletzen wir im Verlauf des Tages die Würde des Gegenübers ...
... aus Stress, Zeitnot, Genervtsein, Überforderung.
- Immer wieder fühlen wir uns selbst ...
... verdächtigt, verunglimpft, unter Druck gesetzt und un-frei.

Seit heute aber verstehen wir die Zusammenhänge von unserer und der Not Anderer.

Und: Wir können unsere Einstellung ändern und zu einer neuen Haltung gelangen.

Gedanken auf dem Weg

Ich wünsche mir ...

dass Sie sich stets Ihres eigenen Wertes und dem Ihres Gegenübers bewusst sind
*dass sich Ihr Gegenüber als **Spiegelbild in Ihren Augen** angenommen sieht*
dass Sie um die Zusammenhänge der Verletzung von Werten und Würdeverlusten wissen
dass Sie sich nicht aus Bequemlichkeit dazu hinreißen lassen, die mehrdimensionale Wertigkeit und Würde eines Menschen zu übersehen oder gar zu missachten
*dass Sie Ihre Gegenüber nicht mehr als **Leute**, sondern als **Menschen** wahrnehmen*
dass Sie sich niemals schuldig fühlen müssen, wenn Sie aus tiefster humanitärer Überzeugung und ehrlicher Haltung gehandelt haben
*dass Sie sich als **Mensch** treu bleiben.*

Forschung in Deutschland:

Dipl. Psych. Sandra Mai, Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin, III. Medizinische Klinik, Universitätsmedizin Mainz

Dr. Elisabeth Jentschke, Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin Universitätsklinikum Würzburg

Dr. med. Sascha Weber, Oberarzt Privatambulanz und Tagesklinik Aachen
Sprachliche Umsetzung des Fragenkatalogs, Anwendbarkeit, Akzeptanz der WzT

Weitere Informationen auf:

www.dignityincare.ca www.patientenwuerde.de
Website der Deutschen Gesellschaft für Patientenwürde

Die wahre Kunst des Helfens

**... jede wahre Kunst der Hilfe
muss mit einer Erniedrigung anfangen:**

*Wir haben zu begreifen,
dass zu helfen nicht zu herrschen ist
sondern zu dienen.
Dass helfen nicht eine Macht,
sondern eine Geduldsausübung ist.*

*Dass die Absicht zu helfen einem Willen
gleichkommt,
bis auf weiteres zu akzeptieren,
im Unrecht zu bleiben
und nicht zu begreifen,
was der andere verstanden hat.*

*Wenn wir beabsichtigen,
einen Menschen zu einer bestimmten Stelle
hinzuführen
müssen wir uns zunächst bemühen,
ihn dort anzutreffen, wo er sich befindet,
und dort anfangen.*

*Jeder, der dies nicht kann,
unterliegt einer Selbsttäuschung,
wenn er meint, anderen helfen zu können.*

*Wenn ich wirklich einem andern helfen will,
muss ich mehr verstehen als er,
aber zuallererst muss ich begreifen,
was er verstanden hat.*

*Falls mir dies nicht gelingt,
wird mein Mehr-Verständnis für ihn keine Hilfe sein.
Würde ich es trotzdem durchsetzen,
dürfte dies wohl in meiner Eitelkeit begründet sein.
Ich möchte meine Unterstützung
durch seine Bewunderung ersetzen.*

Søren Aabye Kierkegaard

5. 5. 1813 - 11. 11. 1855

Deutsche Übersetzung aus dem Englischen aus:
Einübung im Christentum (1850)

*... und
denken Sie auch
an die eigene Würde,
bleiben Sie behütet!*



Quellen

- Baumeister RF. et al. Ego Depletion: A Resource Model of Volition, Self-Regulation, and Controlled Processing. *Social Cognition* 18, 2: 130 – 150, 2000.
- Berk L E. *Entwicklungspsychologie*. 7., aktualisierte Auflage, E-ISBN: 978-3-86326-822-0, 2019.
- Besser R. Werte-Reflexion statt Werte-Diskussion und Definition, *Themenzentrierte Interaktion (TZI)*, Psychosozial-Verlag, Gießen, 2016.
- Braithwaite M, Philip J, Tranberg H, et al. End of life care in CF: patients, families and staff experiences and unmet needs. *J Cyst Fibros* 2011; 10: 253–257.
- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5520–5525.
- Chochinov HM, *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens*, Vandenhoeck & Ruprecht, 2017.
- Chochinov HM. Vortrag: Minnesota Coalition for Death Education and Support Fall Conference, 2024a.
- Corradi-Perini C, Beltrão JR, Ribeiro URV de CO. Circumstances Related to Moral Distress in Palliative Care: An Integrative Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2021;38(11):1391-1397. doi:10.1177/1049909120978826.
- Conradi E. *Gemeinsam. Selbstfürsorge und und Fürsorge in einer Ethik der Achtsamkeit*. Beitrag DGP Kongress 2024.
- Duke S. An exploration of anticipatory grief: the lived experience of people during their spouses' terminal illness and in bereavement. *J Adv Nurs* 1998; 28: 829–839.
- Dumont I, Dumont S and Mongeau S. End-of-life care and the grieving process: family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qual Health Res* 2008; 18: 1049–1061.
- Erikson, E H. *Kindheit und Gesellschaft*. Pan-Verlag, Zürich 1957.

Quellen

- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5520–5525.
- Schramm, Berthold, Weber, Gramm | Eine psychologische Kurzintervention zur Stärkung der Würde am Lebensende | *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2014; 15.
- Kristjanson LJ and Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 359–365.
- Zhang AY and Siminoff LA. Silence and cancer: why do families and patients fail to communicate? *Health Commun* 2003; 15: 415–429.
- Salander P and Spetz A. How do patients and spouses deal with the serious facts of malignant glioma? *Palliat Med* 2002; 16: 305–313.
- Braithwaite M, Philip J, Tranberg H, et al. End of life care in CF: patients, families and staff experiences and unmet needs. *J Cyst Fibros* 2011; 10: 253–257.
- Duke S. An exploration of anticipatory grief: the lived experience of people during their spouses' terminal illness and in bereavement. *J Adv Nurs* 1998; 28: 829–839.
- Dumont I, Dumont S and Mongeau S. End-of-life care and the grieving process: family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qual Health Res* 2008; 18: 1049–1061.
- Murray C, McDonald C and Atkin H. The communication experiences of patients with palliative care needs: a systematic review and meta synthesis of qualitative findings. *Palliat Support Care* 2015; 13: 369–383.
- Kutner JS and Kilbourn KM. Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers, and their physicians. *Prim Care* 2009; 36: 825–844.
- Guo Q, Chochinov HM, McClement S, Thompson G, Hack T. Development and evaluation of the dignity talk question framework for palliative patients and their families: a mixed-methods study. *Palliat Med*. 2018;32(1):195–205.

Quellen

- Guo Q, Chochinov HM, McClement S, Thompson G, Hack T. Development and evaluation of the dignity talk question framework for palliative patients and their families: a mixed-methods study. *Palliat Med*. 2018;32(1):195–205.
- Haidt, J. *The Righteous Mind. Why Good People are Divided by Politics and Religion*. New York: Penguin, 2012, Seite 187.
- Hammacher K. Einübungsethik Überlegungen zu einer freimaurerischen Verhaltenslehre, *Schriften der Forschungsloge Quatuor Coronati Bayreuth*, Nr. 45/2005, Anmerkung 23, S. 161.
- Immenschuh U. Scham und Würde in der Pflege. DOI 10.1055/a-0598-9813, *GGP* 2018; 2: 115–119, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart New York, 2018.
- Klie T. Menschenwürde als ethischer Leitbegriff für die Altenhilfe. In: Blonski H.: *Ethik in Gerontologie und Altenpflege: Leitfaden für die Praxis*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag 1998.
- Kristjanson LJ and Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 359–365.
- Kotre J N. *Lebenslauf und Lebenskunst*, Hanser 2001. ISBN 10: 3446199853.
- Kutner JS and Kilbourn KM. Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers, and their physicians. *Prim Care* 2009; 36: 825–844.
- Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, Hynes J, Giardini A. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019 Sep;9(3):245–254. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001674. Epub 2019 Jan 12. PMID: 30636204.
- Müller M. Festvortrag: „Haltung um zu halten“. *Palliativ ohne Grenzen*, Meran 2017.
- Murray C, McDonald C and Atkin H. The communication experiences of patients with palliative care needs: a systematic review and meta synthesis of qualitative findings. *Palliat Support Care* 2015; 13: 369–383.
- Musharbash Y, Stark H. Wer ist Jahia Sinwar. *Die Zeit*, No. 43, 10. Oktober 2024.

Quellen

- Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, Hynes J, Giardini A. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019 Sep;9(3):245-254. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001674. Epub 2019 Jan 12. PMID: 30636204.
- Corradi-Perini C, Beltrão JR, Ribeiro URV de CO. Circumstances Related to Moral Distress in Palliative Care: An Integrative Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2021;38(11):1391-1397. doi:10.1177/1049909120978826.
- Conradi E. Gemeinsam. Selbstfürsorge und und Fürsorge in einer Ethik der Achtsamkeit. Beitrag DGP Kongress 2024.
- Stanze H. Ich pflege, also bin ich?! Moral Distress und moralische Verletzungen in der Palliativversorgung. Beitrag DGP Kongress 2024.
- Chochinov HM, Würdezentrierte Therapie: Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens, Vandenhoeck & Ruprecht, 2017.
- Tulku Tarthang. Raum, Zeit und Erkenntnis, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, Oktober 1986 .
- Foucault M. Die Heterotopien. Der utopische Körper, Zwei Radiovorträge, Suhrkamp Verlag, 5. Auflage, 2021.
- Kolk K. Von der Wand in den Raum - Das Material Filz im Werk von Joseph Beuys. Inauguraldissertation im Fachbereich Sprach- und Kulturwissenschaften. Johann Wolfgang Goethe-Universität. Frankfurt 2018.
- Pleschberger S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age Ageing* 2007;36(2):197202.
- Jacelon, Cynthia S., et al. "A concept analysis of dignity for older adults." *Journal of advanced nursing* 48.1 (2004): 76-83.
- Nordenfelt L. Dignity in Care for Older People. DOI:10.1002/9781444316414. 15 May 2009.

Quellen

- Richter C P. On the Phenomenon of Sudden Death in Animals and Man. *Psychosomatic Medicine* Vol. xix, No. 3, 1957.
- Salander P and Spetz A. How do patients and spouses deal with the serious facts of malignant glioma? *Palliat Med* 2002; 16: 305–313.
- Schramm, Berthold, Weber, Graml I Eine psychologische Kurzintervention zur Stärkung der Würde am Lebensende I *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2014; 15.
- Schöttl, L. Bedeutung von Integrität in Unternehmen. In: *Integrität in Unternehmen*. Springer Gabler, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21429-6_3, 2018.
- Stanze H. Ich pflege, also bin ich?! Moral Distress und moralische Verletzungen in der Palliativversorgung. Beitrag DGP Kongress 2024.
- Stoecker R. Das höchste Gut? Menschenwürde aus moralphilosophischer Sicht. In: *Dr. med. Mabuse* 2017; 227 (Mai/Juni): 22–25.
- Terry Pratchett: *Der Zeitdieb*, <https://www.amazon.it/Zeitdieb-Ein-Scheibenwelt-Roman-Terry-Pratchett/dp/3442545285>.
- Tulku Tarthang, Raum, Zeit und Erkenntnis, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, Oktober 1986 .
- Zhang AY and Siminoff LA. Silence and cancer: why do families and patients fail to communicate? *Health Commun* 2003; 15: 415–429.
- Kunze R. *Zimmerlautstärke*. S. Fischer, Frankfurt am Main, 1972.
- Pellegrino, E. Being ill and being healed: some reflections on the grounding of medical morality. *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 57(1), 70-79. 1981.
- Testoni I, Sicari G, Ronconi L, Biancalani G, Franco C, Cottone P, et al. Dehumanization and burden of care among caregivers of terminally ill patients. *Health Psychol Res* 2021;9(1):29052. <https://doi.org/10.52965/001c.29052>.

Quellen

Williams ES, Lawrence ER, Sydow Campbell K, Spiehler S. The effect of emotional exhaustion and depersonalization on physician–patient communication: a theoretical model, implications, and directions for future research. In: Savage GT, Fottler MD, editors. *Biennial Review of Health Care Management: Meso Perspective. Advances in Health Care Management*. 8. Emerald Group Publishing Limited; 2009. p. 3–20.

Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, Mount BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “being connected ... a key to my survival”. *JAMA* 2009;301(11):1155–64. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.352>.

Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012;172(18):1377–85. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>.

Smith DD, Kellar J, Walters EL, Reibling ET, Phan T, Green SM. Does emergency physician empathy reduce thoughts of litigation? A randomised trial. *Emerg Med J* 2016;33(8):548–52. <https://doi.org/10.1136/emermed-2015-205312>.

Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajizadeh N, et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care* 2019;23(1):32. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7>.

Basile MJ, Rubin E, Wilson ME, Polo J, Jacome SN, Brown SM, et al. Humanizing the ICU patient: a qualitative exploration of behaviors experienced by patients, caregivers, and ICU staff. *Crit Care Explor* 2021;3(6):e0463. <https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000463>.

Law AC, Roche S, Reichheld A, Folcarelli P, Cocchi MN, Howell MD, et al. Failures in the respectful care of critically ill patients. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2019;45(4):276–84. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.05.008>.

Brown SM, Azoulay E, Benoit D, Butler TP, Folcarelli P, Geller G, et al. The practice of respect in the ICU. *Am J Respir Crit Care Med* 2018;197(11):1389–95. <https://doi.org/10.1164/rccm.201708-1676cp>.

Quellen

Van den Bulcke B, Piers R, Jenssen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, et al. Ethical decision-making climate in the ICU: theoretical framework and validation of a self-assessment tool. *BMJ Qual Saf* 2018 Oct;27(10):781–9. Epub 2018 Feb 23, <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007390>.

Van den Bulcke B, Piers RD, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, et al. Perceptions of end-of-life decision making climate among European and US ICU health care providers: development and validation of a self-assessment tool to differentiate end-of-life decision making climates [abstract A42]. *Intensive Care Med Exp* 2016;4(Suppl. 1):27.

Jensen HI, Piers R, Van den Bulcke B, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, et al. Perceptions of end-of-life decision-making climate among healthcare providers working in European and US ICUs: differences between nurses and physicians [abstract A41]. *Intensive Care Med Exp* 2016;4(Suppl. 1):27.

Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286(15):1897–902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>.

Laskow T, Small L, Wu DS. Narrative interventions in the palliative care setting: a scoping review. *J Pain Symptom Manage* 2019;58(4):696–706. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.009>.

Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002; 287(17):2253–60. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>.

Chochinov HM, McClement S, Hack T, Thompson G, Dufault B, Harlos M. Eliciting personhood within clinical practice: effects on patients, families, and health care providers. *J Pain Symptom Manage* 2015;49(6):974–80. e2, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.11.291>.

Yue Z, Qin Y, Li Y, Wang J, Nicholas S, Maitland E, et al. Empathy and burnout in medical staff: mediating role of job satisfaction and job commitment. *BMC Public Health* 2022;22(1):1033. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13405-4>.

Quellen

Tement S, Ketis ZK, Mirosevic S, Selic-Zupancic P. The impact of psychological interventions with elements of mindfulness (PIM) on empathy, well-being, and reduction of burnout in physicians: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(21):11181. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111181>.

Kendiss Olafson, Salina Pirzada, Lucas Mosienko, Kelsey Papineau, Lily Pankratz, Gagan Gill, Tim Hiebert, Maia S. Kredentser, Kristin Reynolds, James M. Bolton, Renée El-Gabalawy, Christian La Rivière, Harvey Max Chochinov. "He is so much more than just his illness" using the Patient Dignity Question (PDQ) to elicit personhood and enhance dignity in the intensive care unit (ICU): A feasibility study examining family and healthcare professional feedback, *J Crit Care* 92 155360, 2025.

Gonzalo Angelo, Faye Abdellah: 21 Nursing Problems Theory, <https://nurseslabs.com/faye-g-abdellahs-21-nursing-problems-theory/> update April 30, 2024, abgerufen am 4.2.2026.

Abdellah, F. G., et al. *Patientcentered approaches to nursing*. New York: Macmillan. 1960



