



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

## **Diplomarbeit**

### **Pflegemanagement**

Thema der Diplomarbeit:

**Achtsamkeitsbasierte Interventionen in der  
Palliativversorgung. Eine Darstellung der  
Anwendungsmöglichkeiten als Aufgabenfeld für die  
Palliativpflege**

**Alexander Hayn**

**Matrikel-Nr. 1083334**

**Erstprüfer:**

**Dipl.-Ing. Klaus Gunia**

**Zweitprüferin:**

**Dr. med. Gabriele Nigemeier**

Die Diplomarbeit ist bis zum 15.03.2013 einzureichen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>2 PALLIATIVVERSORGUNG UND PALLIATIVPFLEGE.....</b>	<b>6</b>
2.1 Palliativversorgung: Begriffliche Eingrenzung .....	6
2.2 Patientengruppen und Krankheitsbilder.....	6
2.3 Zeitpunkt von palliativen Versorgungsmaßnahmen.....	7
2.4 Lebensqualität von Palliativpatienten.....	8
2.5 Bedürfnisse von Palliativpatienten .....	8
2.6 Palliative Versorgungsmaßnahmen und -bereiche.....	9
2.7 Tätigkeitsfelder der Palliativpflege .....	10
<b>3 ACHTSAMKEITSBASIERTE INTERVENTIONEN .....</b>	<b>11</b>
3.1 Achtsamkeit: Ursprünge und Grundlagen.....	11
3.2 Achtsamkeit im medizinischen Kontext.....	12
3.3 „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“ (MBSR) nach Kabat-Zinn.....	12
3.3.1 Entstehung und Ansatzpunkte des Verfahrens.....	12
3.3.2 Die Achtsamkeitsübungen von MBSR .....	13
3.3.3 Methoden und Ablaufschritte des Übungsprogramms.....	14
3.4 Weitere achtsamkeitsbasierte Interventionen: Ein Überblick .....	16
3.5 Forschungsstand.....	18
3.5.1 Wirkmechanismen von Achtsamkeit .....	18
3.5.2 Einsatzmöglichkeiten von Achtsamkeitsprogrammen.....	21
3.5.3 Kritik.....	22
<b>4 ANWENDUNGSMÖGLICHKEITEN VON ACHTSAMKEITSBASIERTEN GRUPPENANGEBOTEN IN DER PALLIATIVVERSORGUNG.....</b>	<b>23</b>
4.1 Zur Bedeutsamkeit von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten in der Palliativversorgung.....	23
4.2 Effekte von achtsamkeitsbasierten Interventionen mit Relevanz für Palliativpatienten .....	25
4.2.1 Auswirkungen auf den physischen Zustand .....	26
4.2.2 Auswirkungen auf das psychische Befinden.....	29
4.2.3 Wirkungen auf die sozialen Bedürfnisse von Palliativpatienten.....	32
4.2.4 Veränderungen in Bezug auf den Umgang mit der Lebenssituation, Sinnfindung und Posttraumatic Growth .....	33

4.3 Praktische Gestaltung eines palliativen Achtsamkeitsprogramms für Patienten.....	35
4.3.1 Voraussetzungen für die Realisierung von Kursen im Palliativsetting....	35
4.3.2 Grenzen und Kontraindikationen für die Teilnahme an den Gruppenangeboten.....	37
4.3.3 Spezifische Modifikationen im Hinblick auf die Durchführung der Achtsamkeitskurse.....	38
4.3.4 Darstellung eines palliativen Achtsamkeitskurses .....	40
4.4 Achtsamkeitskurse für Mitarbeitende in der Palliativversorgung.....	46
4.4.1 Belastungen und Anforderungen bei der Arbeit mit Sterbenden .....	46
4.4.2 Auswirkungen von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten für Mitarbeitende.....	47
4.5 Achtsamkeitskurse für pflegende Angehörige .....	49
<b>5 DIE DURCHFÜHRUNG VON ACHTSAMKEITSKURSEN ALS AUFGABENFELD FÜR DIE PALLIATIVPFLEGE.....</b>	<b>51</b>
5.1 Formelle Bedingungen und Inhalte der Weiterbildung zur Kursleitung für Achtsamkeit.....	51
5.1.1 Zulassungsvoraussetzungen für die Leitung von Achtsamkeitskursen ..	51
5.1.2 Inhalte eines Weiterbildungskurses zum MBSR-Lehrer .....	51
5.2 Berufliche Voraussetzungen der Palliativpflege für die Übernahme von Achtsamkeitskursen.....	52
5.2.1 Definition und Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Krankenpflege.....	52
5.2.2 Gesundheits- und Krankenpflege als sozial- und geisteswissenschaftliche Profession .....	53
5.2.3 Der Beziehungsaspekt der Palliativpflege.....	54
5.2.4 Zur Eigenständigkeit palliativpflegerischer Tätigkeiten .....	56
5.3 Die Leitung von Achtsamkeitskursen als Beitrag zur Professionalisierung der Pflege .....	57
5.3.1 Professionalisierung: Definition und Merkmale.....	57
5.3.2 Die Professionalisierung der Pflege am Beispiel von Advanced Nursing Practice (ANP).....	58
5.3.3 Achtsamkeitskurse als Bausteine einer professionalisierten Palliativpflege.....	60
<b>6 RESÜMEE.....</b>	<b>61</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>66</b>
<b>EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG .....</b>	<b>81</b>

## 1 EINLEITUNG

Die vorliegende Diplomarbeit „Achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Palliativversorgung. Eine Darstellung der Anwendungsmöglichkeiten als Aufgabenfeld für die Palliativpflege“ hat den Einsatz von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten innerhalb der Palliativversorgung<sup>1</sup> zum Thema, sowie die Bedeutung, die der Palliativpflege bei der Durchführung zufallen könnte.

Im Unterschied zu den klassischen Gebieten im Gesundheitswesen liegt der Fokus der überwiegenden Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen in der Palliativversorgung jenseits von kurativen bzw. rehabilitativen Interventionen. Da eine Heilung der Erkrankung nicht mehr möglich ist, bilden psychosoziale Gesichtspunkte der Versorgung einen zentralen Ansatzpunkt für die Arbeit der meisten involvierten Berufsgruppen; dies ist auch bei der Palliativpflege der Fall. Ausgehend von den individuellen Bedürfnissen ist das Ziel palliativer Versorgungsmaßnahmen hierbei die Erlangung bzw. Aufrechterhaltung einer hohen Lebensqualität der Patienten<sup>2</sup>. Dies umfasst zum einen physische Maßnahmen, wie die Sicherstellung eines effizienten Schmerzmanagements oder die Unterstützung bei der Gewährleistung einer möglichst hohen Selbständigkeit. Zum anderen bilden psychosoziale Interventionen ein umfangreiches Aufgabenfeld der Betreuung. Dies beinhaltet unter anderem die Auseinandersetzung der Patienten mit Tod und Sterben, das Auftreten von Ängsten und Depressionen, die Erfahrung von Unruhe und Schlafstörungen sowie ein verändertes Selbstbild. Das alles stellt für die Patienten selbst, die pflegenden Angehörigen und Nahestehenden sowie die professionell Pflegenden des Versorgungsteams hohe Anforderungen und Belastungen dar.

Eine mögliche Interventionsstrategie für die Betreuung von Palliativpatienten könnte in der Implementierung von achtsamkeitsbasierten Gruppenprogrammen zur Stressreduktion bestehen. Bei diesen Programmen, die auf der von Prof. Dr.

---

<sup>1</sup> Da der englische Begriff “Palliative Care” in der Literatur uneinheitlich verwendet wird, findet nachfolgend der Ausdruck “Palliativversorgung” Anwendung (vgl. Bollig et al. 2010: 304-305). Teilbereiche der Palliativversorgung sind die Palliativpflege und die Palliativmedizin (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 16).

<sup>2</sup> Bei Bezeichnungen wird im allgemeinen zur besseren Lesbarkeit die männliche Form gewählt.

Jon Kabat-Zinn entwickelten Methode der „Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion“ basieren (vgl. Kabat-Zinn 2009), werden Kurse durchgeführt, die Meditations- und Yogasitzungen beinhalten. Mithilfe dieser Kurse könnten Palliativpatienten eine Methode erlernen, die sie in die Lage versetzt, mit den diversen somatischen und psychischen Belastungen, die eine unheilbare Erkrankung im Endstadium mit sich bringt, selbstständig umzugehen und so die Lebensqualität zu verbessern. Darüber hinaus besteht ein weiterer Anwendungsbereich in Gruppenprogrammen für Mitarbeitende und pflegende Angehörige, die eine Methode für den Umgang mit Stressoren erlernen könnten.

Folgende Fragen sollen in der Arbeit beantwortet werden:

- Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen für achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Palliativversorgung?
- Welche Effekte haben die Interventionen?
- Wie müssen spezifische Achtsamkeitsprogramme im Palliativsetting gestaltet sein?
- Welche Voraussetzungen und Eignungen sind in der Palliativpflege vorhanden, die für die Leitung von Achtsamkeitskursen notwendig bzw. förderlich sind?
- Welchen Beitrag könnte dieses neue Aufgabengebiet für den Professionalisierungsprozess der Pflege leisten?

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, kritisch zu reflektieren, welche Möglichkeiten und Grenzen für die Implementierung dieser achtsamkeitsbasierten Gruppenangebote innerhalb der Palliativversorgung bestehen und welche Aufgabe der Palliativpflege bei der Durchführung von Achtsamkeitskursen zukommen könnte. Zum Thema existieren bereits erste empirische Untersuchungen, aber bis jetzt liegt noch keine kritische Darstellung der Anwendbarkeit in diesem Gebiet vor.

Zunächst soll ein Überblick über die Palliativversorgung gegeben werden. Dabei soll unter anderem dargestellt werden, welche konkreten Bedürfnisse der Patienten im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Lebensqualität bestehen und welche palliativ-pflegerischen Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen sich daraus ergeben.

Im Anschluss werden die Ursprünge und Prinzipien von „Achtsamkeit“ sowie die Anwendung von Achtsamkeitsprogrammen im medizinischen Kontext beschrieben. Es wird die Methode der „Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion“ dargestellt, welche die Grundlage für sämtliche Achtsamkeitsprogramme bildet. Danach werden weitere achtsamkeitsbasierte Methoden zusammenfassend betrachtet sowie ein Überblick über Wirkmechanismen und den aktuellen Forschungsstand gegeben.

Schließlich werden die Anwendungsmöglichkeiten von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten in der Palliativversorgung veranschaulicht. Zunächst erfolgt - unter Einbeziehung empirischer Forschungsergebnisse - eine Beschreibung möglicher Auswirkungen von Achtsamkeitsschulungen. Hierunter fallen Auswirkungen auf den physischen Zustand (z.B. Schmerzen), das psychische Erleben (z.B. Angst), auf soziale Bedürfnisse sowie auf den Umgang mit der Lebenssituation. Danach wird die praktische Gestaltung eines Achtsamkeitsprogramms für Palliativpatienten dargestellt. Es werden die Voraussetzungen für die Implementierung von Achtsamkeitsgruppen im palliativen Setting, mögliche Modifikationen des Programms sowie der Ablauf der Kurse speziell für Menschen am Ende des Lebens beschrieben. Außerdem erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Grenzen der Anwendbarkeit des Programms sowie mit möglichen Kontraindikationen für die Patienten. Das Kapitel schließt mit einer Darstellung von Achtsamkeitsschulungen für Mitarbeitende und pflegende Angehörige.

Der abschließende Teil der Arbeit geht der Frage nach, welche Rolle Mitarbeitende der Gesundheits- und Krankenpflege bei der Gestaltung und Durchführung von Achtsamkeitskursen in der Palliativversorgung einnehmen könnten. Ausgehend vom Berufsbild „Pflege“ sowie dem Tätigkeitsspektrum der Palliativpflege werden fachliche Voraussetzungen sowie Gegebenheiten des Berufsfeldes beleuchtet, die dazu geeignet sind, Achtsamkeitskurse durchzuführen. Schließlich wird der Frage nachgegangen, welchen Beitrag die Übernahme von Achtsamkeitskursen als eigenständiger Aufgabenbereich der Palliativpflege zur Professionalisierung des Berufsstandes beitragen könnte.

## **2 Palliativversorgung und Palliativpflege**

### **2.1 Palliativversorgung: Begriffliche Eingrenzung**

Im Rahmen der Palliativversorgung werden Patienten mit einer unheilbaren Krankheit in einem weit fortgeschrittenen Stadium bestmöglich betreut, die auf kurative Behandlungsmaßnahmen nicht mehr ansprechen (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 16).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert "Palliativversorgung" wie folgt: „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual" (2013). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin versteht in ihrer Definition unter Palliativmedizin „die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist" (Klaschik et al. 2000: 607). Nagele und Feichtner heben hervor, dass die Palliativpflege durch eine „fachlich fundierte, umfassende und individuelle Pflege“ (2009: 18) die Lebensqualität der Kranken fördern sowie deren Autonomie in einem höchstmöglichen Maße sicherstellen soll (vgl. 2009: 18).

Allen Definitionen ist gemein, dass das wesentliche Ziel jeglichen Handelns innerhalb des palliativen Versorgungssystems darin besteht, die Lebensqualität der Palliativpatienten zu fördern und zu verbessern. Die Weltgesundheitsorganisation führt dazu weiter aus, dass dies erreicht werden kann, indem sich das Team an den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen ausrichtet. Mit Hilfe des unterstützenden Systems soll dabei Leiden gelindert und vorgebeugt sowie eine aktive Lebensgestaltung bis zum Tode ermöglicht werden (vgl. World Health Organization 2013).

### **2.2 Patientengruppen und Krankheitsbilder**

Anfänglich auf onkologische Patienten ausgerichtet, hat sich das Spektrum palliativer Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen auf sämtliche Erkrankungen erweitert, bei denen keine Aussicht auf Gesundung gegeben ist. Dies betrifft zum einen Menschen mit chronischen neurologischen Erkrankungen (z.B. Multiple

Sklerose, Morbus Parkinson), aber auch Personen mit unheilbaren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz. Des Weiteren werden an Demenz erkrankte Personen palliativ betreut sowie Menschen, die an Hepatitis oder HIV leiden. Ein weiteres Aufgabenfeld besteht in der Betreuung von Säuglingen und Kindern mit unheilbaren Erkrankungen, sowie in der spezialisierten Palliativversorgung älterer Menschen (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 17).

### **2.3 Zeitpunkt von palliativen Versorgungsmaßnahmen**

Palliativversorgung ist indiziert, sobald das Therapieziel durch die Heilung einer lebensbedrohlichen Krankheit nicht mehr erlangt werden kann. Die Maßnahmen setzen somit so früh wie möglich an (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 18) und zu Beginn gehen unter Umständen kurative und palliative Interventionen in einander über (vgl. Bausewein et al. 2010a: 2-3). Zu diesem Zeitpunkt können Krankheits-symptome möglicherweise behandelt werden und die Rückkehr in den normalen Lebensalltag ist für die Patienten bis zu mehreren Monaten möglich (Rehabilitationsphase). In der Palliativ-Therapie-Phase erfolgt neben der Symptomtherapie auch eine Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung (zum Beispiel durch Chemotherapie) mit dem Ziel der Verlängerung der Lebenszeit. Das Ziel der nachfolgenden Palliative-Care-Phase besteht ausschließlich in einer Verbesserung der Lebensqualität, beispielsweise durch lindernde Versorgungsmaßnahmen. Die im Endstadium der Erkrankung über einen Zeitraum von Stunden bis Tagen dauernde Terminalphase legt den Fokus auf symptomorientierte Maßnahmen, zum Beispiel bei Angst, Unruhe oder Atemnot. In der anschließenden Sterbephase werden schließlich sämtliche Maßnahmen der Symptomtherapie durchgeführt bis hin zur palliativen Sedierung (vgl. Bausewein et al. 2010a: 4-5). Die Begleitung in der Sterbephase ist ein zentrales palliatives Aufgabengebiet. Die weiteren Maßnahmen gehen aber - wie oben beschrieben - über die Versorgung von Sterbenden hinaus (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 18). Mittlerweile verbleiben Palliativpatienten in einem steigenden Umfang in der ambulanten Versorgung oder werden in der Rehabilitationsphase lediglich zur Symptomkontrolle stationär aufgenommen, leben ansonsten aber zu Hause (vgl. Bausewein et al. 2010a: 5).



## **2.4 Lebensqualität von Palliativpatienten**

Die Palliativversorgung ist von einem anderen Paradigma geprägt, als dies in den klassischen medizinischen Bereichen der Fall ist. Bei der Arbeit mit Sterbenden steht die Qualität des Lebens im Vordergrund, im Gegensatz zur kurativen Medizin, deren Hauptziel die Heilung einer Krankheit ist (wobei die Therapie unter Umständen die Lebensqualität beeinträchtigt) (vgl. Radbruch et al. 2007: 1). Eine der originären Aufgaben der Palliativversorgung besteht somit in der Aufrechterhaltung einer möglichst hohen Lebensqualität der Patienten (vgl. World Health Organization 2013). Der Gradmesser für den Erfolg von Interventionen ist daher nicht ausschließlich eine Veränderung des somatischen Zustandes im Sinne einer Symptomkontrolle oder einer Lebensverlängerung. Vielmehr liegt der Fokus der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Handlungen auf dem „subjektive[n] Erleben des Gesundheitszustands“ (Steffen-Bürge 2006: 32) der Patienten, der zufrieden stellenden Gestaltung des täglichen Lebens sowie dem Umgang mit nahe stehenden Menschen (vgl. Steffen-Bürge 2006: 32). Dabei ist zu beachten, dass Lebensqualität individuell unterschiedlich wahrgenommen wird. Sie kann nicht im selben Maße von anderen Personen erfahren werden (vgl. Raspe 1990: 35-36; Helmchen 1990: 106-107). Darüber hinaus wird die Lebensqualität sowohl durch die Krankheit als auch durch andere Faktoren, zum Beispiel Persönlichkeitsmerkmale und soziales Umfeld, beeinflusst (vgl. Raspe 1990: 35).

## **2.5 Bedürfnisse von Palliativpatienten**

Palliativversorgung richtet sich an den spezifischen Bedürfnissen von Sterbenden aus (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 54). Als theoretische Grundlage wird in der Literatur die Bedürfnishierarchie von Maslow genannt. Maslow postuliert, dass Bedürfnisse in fünf aufeinander folgende Bedürfnisebenen eingeteilt werden können. Die Grundlage bilden zunächst die physiologischen Bedürfnisse, danach das Sicherheitsbedürfnis, soziale Bedürfnisse, das Bedürfnis nach Anerkennung sowie schließlich das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Eine Rangfolge erfolgt hierbei dadurch, dass die Befriedigung höherer Bedürfnisse in der Regel erst erfolgt, nachdem die Grundbedürfnisse erfüllt sind (vgl. Maslow 1943).

So sind die physiologischen Bedürfnisse Sterbender zum Beispiel auf Schmerzfreiheit oder eine ungestörte Atmung gerichtet. Das Sicherheitsbedürfnis beinhaltet Aspekte wie das Gefühl, nicht allein zu sein oder Trauer und Ängste artikulie-

ren zu können. Die sozialen Bedürfnisse äußern sich unter anderem in der Zuneigung durch andere Menschen oder einer taktilen Zuwendung beim Ausfall anderer Sinne. Das Bedürfnis nach Anerkennung manifestiert sich darin, Selbständigkeit bewahren zu können oder nicht mit der Krankheit gleichgesetzt zu werden. Schließlich erstreckt sich das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung auf Gesichtspunkte wie persönliche Angelegenheiten zu regeln oder Verantwortung für die verbleibende Lebensphase übernehmen zu können (vgl. Kostrzewa, Kutzner 2009: 49-50). Diese Wünsche werden auch von Kränzle als von zentraler Bedeutung für die Patienten beschrieben (vgl. 2011: 20). Weitere Studien bestätigen diese Ergebnisse (Singer et al. 1999; Steinhauser et al. 2000; Carter et al. 2004).

Das Wissen um die spezifischen und individuellen Wünsche der Patienten ist somit der zentrale Ausgangspunkt, um bestmögliche Behandlungs- und Betreuungsinterventionen einleiten zu können (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 54). Laut dem National Institute For Clinical Excellence (NICE) umfassen diese Maßnahmen die physische, emotionale, spirituelle und soziale Unterstützung von Palliativpatienten (2004).

## **2.6 Palliative Versorgungsmaßnahmen und -bereiche**

Die Arbeit in palliativen Einrichtungen ist geprägt von der interdisziplinären Zusammenarbeit vieler unterschiedliche Berufsgruppen und Fachbereiche, zum Beispiel Pflege, Medizin, Psychologie, Physiotherapie, Seelsorge und ehrenamtliche Mitarbeitende (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 32, 34).

Zentrale Schwerpunkte der Palliativversorgung sind hierbei (vgl. Deutsche Krebshilfe 2012: 11, 14, 21, 26-36):

- Systemtherapie und -kontrolle (z.B. Tumorschmerztherapie, Behandlung bei Atemnot oder Erbrechen)
- Psychosoziale Betreuung und emotionaler Beistand von Palliativpatienten und deren Angehörigen (z.B. Unterstützung bei Ängsten und Depressionen, Umgang mit emotionalen Belastungen)
- Spirituelle und religiöse Fürsorge für Patienten und Angehörige (z.B. bezogen auf religiöse Bräuche oder auf Fragen nach dem Sinn des Lebens)
- Physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlungsmaßnahmen (z.B. Bewegungstherapien, Massagen oder Entspannungstechniken)

- Unterstützung bei der Klärung von organisatorischen und rechtlichen Angelegenheiten (z.B. die Koordinierung einer nachfolgenden Palliativversorgung zu Hause, Hilfe bei der Anfertigung einer Patientenverfügung)
- Sterbebegleitung und Trauerbeistand (z.B. individuelle Begleitung in der Terminalphase, Unterstützung der Angehörigen nach dem Tod des Patienten)

## **2.7 Tätigkeitsfelder der Palliativpflege**

Im Einzelnen werden durch die Palliativpflege folgende Aufgaben und Funktionen übernommen (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2013; Kern 2001: 346-348):

### **Pflegerische Betreuung von kranken und sterbenden Patienten**

- Spezielle palliativpflegerische Versorgung (z.B. entlastende Lagerung, palliative Wundversorgung, Mundpflege in der Terminalphase)
- Maßnahmen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle (z.B. Applikation von Schmerzmedikamenten nach ärztlicher Anordnung, Maßnahmen bei Atemnot, Verlaufskontrolle)
- Durchführung von invasiven Maßnahmen (z.B. Injektionen) und Assistenz bei ärztlichen Eingriffen (z. B. Punktionen)
- Pflegerische Anamnese bei Aufnahme (Ermittlung der Patientendaten, Bestimmung von somatischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen sowie von Ressourcen und Defiziten) und Erstellung einer Pflegeplanung

### **Psychosoziale Betreuung, Beratung und Anleitung**

- Psychosoziale Betreuung der Patienten bei der Konfrontation mit Sterben und Tod
- Beratung und Anleitung von Angehörigen (z.B. bezogen auf den Umgang mit dem Erkrankten, Vermittlung von Lagerungstechniken)
- Anleitung von Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege, Ehrenamtlern und Hospizhelfern

### **Betreuung von Palliativpatienten in spezifischen Situationen**

- Sterbebetreuung und -begleitung
- Versorgung von Verstorbenen
- Notfallhilfe (z.B. bei Bewusstlosigkeit)
- Koordinierung von Aufnahmen und Entlassungen (z.B. in den häuslichen Wohnbereich)

Außerdem werden organisatorische Tätigkeiten und Verwaltungsaufgaben durchgeführt, zum Beispiel Pflegedokumentation (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2013).

Für Pflegekräfte besteht die Möglichkeit, im Rahmen einer fachlichen Weiterbildung die zertifizierte Zusatzqualifikation „Palliative Care“ zu erlangen (vgl. Hein 2007: 81). Die psychosoziale Betreuung von Patienten und deren Angehörigen hat dabei einen besonderen Stellenwert (vgl. Deutsche Krebshilfe 2012: 31).

Eine zusätzliche Erweiterung des pflegerischen Aufgabenbereichs könnte in der Durchführung von Stressreduktionsprogrammen durch Fachkräfte der Palliativpflege bestehen. Nachfolgend werden die Grundlagen und wesentlichen Inhalte dieser Programme beschrieben.

### **3 Achtsamkeitsbasierte Interventionen**

#### **3.1 Achtsamkeit: Ursprünge und Grundlagen**

Die Kultivierung von Achtsamkeit entstammt als Form der Geistesschulung östlichen, vorwiegend buddhistischen, Traditionen und wird dort in Form von meditativen Techniken gelehrt (vgl. Meibert et al. 2011: 329). „Achtsamkeit“ bedeutet in diesem Zusammenhang eine Form der Aufmerksamkeit, die durch ein nicht-wertendes, absichtsvolles Verweilen im gegenwärtigen Augenblick charakterisiert ist (vgl. Kabat-Zinn 2009a: 18). Die Aufmerksamkeit wird zunächst bewusst auf den Atem gelenkt und der Strom von Gedanken, Emotionen, Empfindungen oder Geräuschen, welche unablässig kommen und wieder gehen, im Geist wahrgenommen, ohne darauf zu reagieren oder diese willentlich verändern zu wollen. Bewertungen der geistigen Phänomene, wie etwa „angenehm“ oder „unangenehm“, sollten dabei vermieden werden. Dadurch wird die „Vergänglichkeit aller Erfahrungen“ (Meibert et al. 2011: 329) bewusst und diese können aus einem gewissen Abstand heraus betrachtet werden. Der menschliche Geist hat jedoch die Tendenz abzuschweifen, Vergangenes zu rekapitulieren bzw. Zukünftiges zu planen. Wenn das geschieht, wird dies einfach registriert, um danach wieder zur Wahrnehmung des Atems im gegenwärtigen Augenblick zurückzukommen (vgl. Meibert et al. 2011: 329). Dies sollte aus einer Haltung von Akzeptanz und Ge-

duld heraus erfolgen, ohne die Erwartung, bestimmte Ergebnisse zu erzielen (vgl. Kabat-Zinn 2009: 52-53). Auf diese Weise ist es möglich, den Geist zu beruhigen und ein inneres Gleichgewicht zu entwickeln (vgl. Meibert et al. 2011: 331).

### **3.2 Achtsamkeit im medizinischen Kontext**

Obwohl Methoden, welche die Kultivierung von Achtsamkeit zum Inhalt haben, seit langer Zeit zumeist in Asien angewendet wurden (vgl. Heidenreich et al. 2007: 70), werden achtsamkeitsbezogene Behandlungsmaßnahmen erst seit Ende der 1970er Jahre in der klinischen Medizin durchgeführt. Mit Gründung der „Stress Reduction Clinic“ an der Universitätsklinik der University of Massachusetts wurden Achtsamkeitsmeditationen erstmals im Rahmen einer komplementärmedizinischen Behandlung eingesetzt (vgl. Salzberg, Kabat-Zinn 1999: 148-149). Als erstes Gruppenprogramm wurde die „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“ (engl. Mindfulness-Based Stress Reduction - im Folgenden mit MBSR abgekürzt) in diesem Zusammenhang entwickelt. Aus dieser Methode leiten sich wesentliche Elemente anderer achtsamkeitsbasierter Programme ab (vgl. Shapiro, Carlson 2011: 84). Daher soll dieses Programm im Folgenden beschrieben werden.

### **3.3 „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“ (MBSR) nach Kabat-Zinn**

#### **3.3.1 Entstehung und Ansatzpunkte des Verfahrens**

MBSR wurde 1979 von Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn entwickelt (Kabat-Zinn: 2009). Die Methode bezeichnet einen achtsamkeitsbasierten, verhaltensmedizinischen Ansatz für die Behandlung einer Vielzahl verschiedenartiger physischer und psychischer Symptome (vgl. Heidenreich et al. 2007: 73). Das Verfahren entstand aus der Überlegung heraus, Patienten, die durch die herkömmliche Medizin keine Besserung ihrer Beschwerden erfahren konnten, neue Behandlungsmethoden anzubieten (vgl. Shapiro, Carlson 2011: 84-85). Das Ziel der Methode besteht darin, die Stressreaktionsmuster der Teilnehmenden mit Hilfe der Achtsamkeitspraxis zu identifizieren und einen neuen Umgang mit Stressoren einzuüben (vgl. Meibert et al. 2004: 155). Von besonderer Bedeutung für den Erfolg der Interventionen ist laut Ernst et al. in diesem Zusammenhang „das Mobilisieren innerer salutogeneti-

scher Ressourcen und das Verändern krankmachender Verhaltensmuster“ (2009: 297).

MBSR wird in Form von Gruppensitzungen mit bis zu 30 Teilnehmern durchgeführt, in denen die Grundlagen von Achtsamkeit dargestellt und geübt werden. Ergänzt wird dies durch informelle Übungen, die die Teilnehmer selbständig zu Hause vornehmen sollen. Ziel ist es dabei, die Achtsamkeitspraxis über die Kurse hinaus in den Alltag aufzunehmen (vgl. Heidenreich et al. 2007: 73-74).

Obwohl der Ansatz der „Achtsamkeit“ einen östlich-buddhistischen Ursprung hat, wird „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“ in einem weltanschaulich-neutralen Kontext vermittelt. Den Vorteil sieht Kabat-Zinn gerade darin, dass die Methode „unabhängig von Glaubenssystemen und Ideologien funktioniert“ (2009: 28).

### 3.3.2 Die Achtsamkeitsübungen von MBSR

Im Rahmen der Kurse werden folgende geführte Übungen durchgeführt (vgl. Meibert et al. 2004: 167-177):

- **Sitzmeditation:** Alle Gruppenmitglieder sitzen in aufrechter Haltung auf einem Meditationskissen, einem Meditationsbänkchen oder einem Stuhl. Der Fokus der Wahrnehmung wird auf das Ein- und Ausströmen der Luft beim Atmen gelenkt. Wenn Gedanken abschweifen, wird dies registriert und die Aufmerksamkeit wieder auf den Atem gerichtet. In gleicher Weise wird mit Geräuschen, Empfindungen und Gefühlen verfahren.
- **Body-Scan:** Die Teilnehmer liegen auf dem Rücken und „tasten“ gedanklich den Körper systematisch von den Zehen bis zum Kopf ab. Die Aufmerksamkeit wird dabei in die einzelnen Körperteile gelenkt und die jeweiligen Empfindungen wahrgenommen, ohne diese zu bewerten. Dadurch sind die Teilnehmer im Körper „präsent“ und es kann sich ein neues Körpergefühl entwickeln.
- **Yoga-Übungen:** Es werden Yoga-Übungen durchgeführt. Dabei steht nicht die korrekte Ausführung im Vordergrund, entscheidend ist eine innere achtsame Haltung. Die Teilnehmer lernen dabei Körperempfindungen wahrzunehmen und zu spüren, wo ihre Grenzen sind.
- **Gehmeditation:** Die Gruppe geht langsam und achtsam im Kreis oder von Wand zu Wand und lenkt die Aufmerksamkeit auf den Atem oder die Bewegung, zum Beispiel das Aufsetzen und Heben der Füße. Da es kein Ziel

zu erreichen gibt und sie sich auch nicht beeilen müssen, lernen sie dadurch, in der Ruhe des gegenwärtigen Augenblicks zu verweilen.

Ergänzend erfolgen informelle Achtsamkeitsübungen im Tagesverlauf:

- **Achtsamkeit im Alltag:** Die Tätigkeiten des täglichen Lebens (zum Beispiel Kochen oder Putzen) werden achtsam ausgeführt. Angenehme bzw. unangenehme Begebenheiten und die Reaktionen darauf werden registriert. Außerdem werden Kommunikationsmuster sowie der Umgang mit Gefühlen und Gedanken erfasst.

### 3.3.3 Methoden und Ablaufschritte des Übungsprogramms

Das MBSR-Übungsprogramm besteht aus einem individuellen Vorgespräch zwischen dem Kursleiter und den einzelnen Teilnehmern, einem achtwöchigen Gruppen-Programm von jeweils 2,5 Stunden Dauer pro Woche - inklusive dem „Tag der Achtsamkeit“ - sowie einem individuellen Nachgespräch. Zusätzlich führen die Kursteilnehmer Übungen zu Hause durch (vgl. Heidenreich et al. 2007: 73-74).

Die Ablaufschritte des Übungsprogramms gestalten sich im Einzelnen wie folgt (vgl. Meibert et al. 2004: 177-187):

- **Vorgespräch:** Die Teilnehmer am Achtsamkeitsprogramm werden in einem persönlichen Gespräch über die Ablaufschritte informiert. Es wird ihnen erklärt, dass die Teilnahme regelmäßiges Üben und Ausdauer erfordert, was unter Umständen zu Beginn zu verstärktem Stress führen kann. Außerdem werden Erwartungen geklärt und Ziele vereinbart.
- **Gruppensitzung Woche 1:** Zu Beginn erfolgt das Kennenlernen der Kursteilnehmer. Der Kursleiter stellt die Inhalte des MBSR- Programms dar. Als Einstieg in das Übungsprogramm erfolgt ein Body-Scan, der auch zu Hause informell mit Hilfe einer CD geübt werden soll. Danach werden die Teilnehmer dazu angehalten, Achtsamkeit bei täglichen Routinetätigkeiten (zum Beispiel beim Essen und Spülen) zu praktizieren.
- **Gruppensitzung Woche 2:** Die Kursteilnehmer tauschen Erfahrungen mit den informellen Übungen aus. Anschließend wird die Wahrnehmung von Sinneseindrücken und das Abschweifen von Gedanken besprochen. Nach

einem Body-Scan wird die Sitzmeditation vorgestellt und geübt. Die Teilnehmer sollen zu Hause wiederum Tätigkeiten achtsam ausführen und positive Erfahrungen aufschreiben.

- **Gruppensitzung Woche 3:** Der Gegenstand dieser Sitzung ist die Reflexion der Achtsamkeitspraxis (Hindernisse, Reaktionen der Umwelt). Es beginnen die Yoga-Übungen, die in den folgenden Tagen abwechselnd mit dem Body-Scan selbständig zu Hause durchgeführt werden sollen. Zusätzlich wird eine zehnminütige Sitzmeditation praktiziert.
- **Gruppensitzung Woche 4:** Hierbei ist das Thema „Stress und die Folgen“ („Was ist Stress?“, „Wie erlebe ich Stresssituationen?“, „Wie gehe ich mit Stress um?“). Danach erfolgt eine Sitzmeditation von etwa 30 Minuten Dauer.
- **Gruppensitzung Woche 5:** In Kleingruppen wird der Umgang mit Stress erarbeitet. Danach wird wiederum eine Sitzmeditation durchgeführt. Die Hausaufgabe besteht im achtsamen Umgang mit Stress und der Beobachtung des Atems während täglicher Handlungen.
- **Gruppensitzung Woche 6:** Diese Woche hat als Thema „achtsame Kommunikation“ oder „der Umgang mit schwierigen Gefühlen“ zum Inhalt. Es wird der „Tag der Achtsamkeit“ vorbesprochen. Zu Hause werden der Body-Scan, Yoga und die Sitzmeditation abwechselnd geübt, sowie Achtsamkeit im Alltag angewandt.
- **„Tag der Achtsamkeit“:** Während einer Dauer von sechs bis sieben Stunden praktizieren die Kursteilnehmer Achtsamkeit. Dies bedeutet, dass nach einer Einführung während dieser Zeit nicht mehr gesprochen wird. Das Wahrnehmen eigener Erfahrungen steht im Fokus und der Body-Scan, Yoga, Sitz- und Gehmeditation erfolgen im Wechsel. Das Essen wird schweigend eingenommen. Zum Abschluss sprechen die Kursteilnehmer über ihre Erfahrungen.
- **Gruppensitzung Woche 7:** Die Reflexion des „Tages der Achtsamkeit“ steht im Mittelpunkt. Die Teilnehmer sollen ab jetzt die Übungen zu Hause ohne CD durchführen und eine selbständige Übungspraxis aufbauen.
- **Gruppensitzung Woche 8:** Die Kursteilnehmer entwickeln gemeinsam Methoden, mit denen die Achtsamkeitspraxis in den Alltag integriert werden kann. Der Kursleiter verdeutlicht, dass mit dem Ende des Übungspro-



gramms die „eigentliche Praxis“ beginnt. Der MBSR-Kurs endet mit einem Abschiedsritual.

- **Nachgespräch:** Zwei Wochen nach Kursende erfolgt ein individuell geführtes Gespräch zwischen dem Kursleiter und jedem Teilnehmer. Das Erreichen und Ausbauen gesetzter Ziele wird hierbei reflektiert.

### **3.4 Weitere achtsamkeitsbasierte Interventionen: Ein Überblick**

In den letzten Jahren wurden nach dem Vorbild von MBSR zahlreiche weitere Methoden entwickelt, die Achtsamkeitspraktiken anwenden und die sich gezielt an spezifische Zielgruppen und Krankheitsbilder richten (vgl. Shapiro, Carlson 2011: 82-83). Nachfolgend erfolgt die Beschreibung von Therapien, die im Rahmen dieser Arbeit von Relevanz sind, weil ihr Einsatz in der Palliativversorgung möglich erscheint:

Die **Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie** (Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)) wurde zur Rückfallprävention bei Depressionen entwickelt. Sie kombiniert wesentliche Elemente von MBSR mit Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (Segal et al. 2008). Patienten sollen mittels dieser Technik befähigt werden, sich negativer Gedanken (zum Beispiel „es hat alles keinen Sinn“) bewusst zu werden und eine andere Sichtweise einzunehmen. Anstatt unablässig über diese Gedanken und die damit verbundenen Gefühle nachzudenken, können die Personen lernen, sie als bloße geistige Phänomene zu identifizieren, die ständig kommen und wieder gehen. Sie erfahren so, dass depressive Gedanken vergehen, wenn ihnen der „Nährboden“ entzogen wird und sie nicht als unabänderliche Wirklichkeit betrachtet werden. Die Gedanken sollen aber nicht modifiziert oder durch positive Gedanken ausgetauscht werden. Stattdessen werden sie einfach in ihrem Kommen und Gehen wahrgenommen. Die Achtsamkeitsübungen sind auf die Beobachtung und Akzeptanz dieser Phänomene gerichtet (vgl. Shapiro, Carlson 2011: 89-90)

Die Struktur von MBCT entspricht weitgehend der des MBSR-Programms. Es werden Meditationen, der Body-Scan und Yoga praktiziert, sowie eine speziell für MBCT entwickelt Kurz-Meditation, der „Drei-Minuten-Atemraum“ (vgl. Shapiro, Carlson 2011: 89-90). Anders als bei MBSR wird bei dieser Methode über Depressionen anstatt über Stress informiert. Außerdem sind die Gruppen kleiner und

der „Tag der Achtsamkeit“ wird nicht durchgeführt (vgl. Baer, Krietemeyer 2006: 14).

Die **Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie bei Krebs** (Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Cancer (MBCT-Ca)) (Bartley 2012) ist ein spezielles Achtsamkeitsprogramm für onkologische Patienten, in welchem die grundlegenden Übungen von MBSR sowie Methoden von MBCT (zum Beispiel der „Drei-Minuten-Atemraum“) zur Anwendung kommen. Ergänzt wird dies durch spezielle Kurzübungen für Krebspatienten von ein bis fünf Minuten Dauer, die dem physischen und psychischen Zustand entgegenkommen und flexibel von den Patienten angewandt werden können, wenn längere Übungsperioden nicht möglich sind (vgl. Bartley 2012: 269-282). Theoretische Grundlage für MBCT-Ca ist das „Three Circle Model“ (vgl. Bartley, Bates 2012: 354-363):

- Im „Circle Of Suffering“ werden die Entstehungsmuster für das Leiden im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung verdeutlicht.
- Der nachfolgende „Circle Of Practice“ stellt Methoden der achtsamen Bewusstheit in das Zentrum, welche dazu beitragen die Beziehung zum Leiden zu verändern.
- Schließlich symbolisiert der „Circle Of Presence“ nach Abschluss des Kurses den veränderten Umgang mit den Schwierigkeiten der Krebserkrankung im täglichen Leben.

MBCT-Ca wird in einer modifizierten Form im Rahmen der Palliativversorgung eingesetzt (vgl. Bates 2012: 289-302). Darauf wird in Kapitel 4.3.4 genauer eingegangen.

Ein weiteres Programm, das enge Bezüge zu MBSR aufweist, ist **Mindfulness-Based Cancer Recovery** (MBCR) (Carlson, Speca 2010). Es beinhaltet die wesentlichen Elemente von MBSR (vgl. Carlson, Speca 2010: 4), erweitert den Fokus der Interventionen über den Umgang mit Stress hinaus auf die Auswirkungen von onkologischen Erkrankungen bzw. die Nebenwirkungen von Krebstherapien (z.B. Haarausfall, Erschöpfung oder ein verändertes Selbstwertgefühl) (vgl. Carlson, Speca 2010: 7).

In der **Achtsamkeitsbasierten Kunsttherapie** (Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT)) werden Praktiken von MBSR und künstlerische Ausdrucksformen verbunden. Auf der Grundlage des MBSR-Programms werden dabei kreative Aktivitäten thematisiert und angewandt (zum Beispiel die Erstellung eines Selbstportraits am Anfang und am Ende des Kurses). Dabei sollen Gedanken und Gefühle, welche die Krankheit begleiten, zum Ausdruck gebracht, Leid und Schmerz identifiziert und mittels achtsamer Methoden betrachtet werden. Durch die Achtsamkeitspraktiken werden danach veränderte Betrachtungsweisen für den Umgang mit den Gefühlen eingeübt. Das Ziel der Methode besteht darin, das Ausmaß an psychischem Leid zu verringern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Teilnehmer zu erhöhen. MBAT wurde im Rahmen einer randomisierten Studie an Frauen mit Brustkrebs getestet (vgl. Monti et al. 2006: 364-366).

**Mindfulness-Based Chronic Pain Management (MBCPM)** (Gardner-Nix 2009) ist eine auf der Grundlage von MBSR entwickelte Methode für Menschen mit chronischen Schmerzen. Die Positionen der Übungen richten sich hierbei nach den physischen Möglichkeiten, die die Schmerzen der Teilnehmer zulassen. Der Wahrnehmung des Schmerzes während des Body-Scans kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Außerdem werden Visualisierungen eingesetzt, beispielsweise die Vorstellung des Schmerzes als Eisblock, der langsam schmilzt (vgl. Gardner-Nix 2009: 373).

Nachfolgend wird der Erkenntnisstand hinsichtlich der Wirkmechanismen von Achtsamkeit sowie verschiedene Anwendungsbereiche dargestellt.

### **3.5 Forschungsstand**

#### **3.5.1 Wirkmechanismen von Achtsamkeit**

Die Wirkmechanismen, die Achtsamkeit zugrunde liegen, sind noch nicht hinreichend erforscht (vgl. Meibert et al. 2011: 331). Eine Schwierigkeit besteht darin, eine ursächliche Wirkung zu identifizieren, die die Grundlage für weitere Auswirkungen darstellt und diese zueinander in Beziehung setzt (vgl. Ernst et al. 2009: 299).

Shapiro et al. (2006) beschreiben ein Modell, das diese Mechanismen beinhaltet. Grundlage des Modells ist die Definition von Achtsamkeit durch Kabat-Zinn: „Achtsamkeit beinhaltet, auf eine bestimmte Weise aufmerksam zu sein: bewusst, im gegenwärtigen Augenblick und ohne zu urteilen.“ (2009a: 18).

Die Autoren leiten hieraus **drei Axiome als Grundelemente von Achtsamkeit** ab. Diese treten gleichzeitig auf und sind miteinander verflochten:

- **Absicht** (intention): Absicht beinhaltet die Beweggründe, warum Achtsamkeit praktiziert wird. Diese sind dynamisch und entwickeln sich mit Vertiefung der Praxis kontinuierlich weiter (vgl. Shapiro et al. 2006: 376). Beispielsweise kann die ursprüngliche Absicht einer Praktizierenden in der Palliativversorgung darin bestehen, mit Ängsten besser umzugehen. Im Verlauf der Praxis entwickelt sie darüber hinaus eine akzeptierende Haltung für ihre Lebenssituation.
- **Gewahrsein** (attention): Gewahrsein bedeutet, die internen und externen Erfahrungen von Augenblick zu Augenblick wahrzunehmen. Dabei sollen Interpretationen vermieden werden. Stattdessen soll die Erfahrung an sich registriert werden, so wie sie sich im Hier und Jetzt manifestiert (vgl. Shapiro et al. 2006: 376).
- **Haltung** (attitude): Haltung bezeichnet die Einstellung, die dem eigenen Gewahrsein zugrunde liegt. Shapiro et al. betonen, dass es von Bedeutung ist, dass den registrierten Erfahrungen mit Mitgefühl und Geduld begegnet wird. Sind diese Qualitäten nicht vorhanden, kann dies unter Umständen zur Verurteilung innerer Erfahrungen führen. Die Ergebnisse können dann im Gegensatz zur ursprünglichen Absicht stehen (vgl. Shapiro et al. 2006: 376-377).

Shapiro et al. gehen davon aus, dass die Kultivierung von Achtsamkeit im Sinne dieser Axiome eine Veränderung der Perspektive bewirkt. Durch die Beobachtung des eigenen Bewusstseins, ohne unmittelbar auf Inhalte zu reagieren, erfolgt eine **Neu-Wahrnehmung (re-perceiving)**. Sie ermöglicht es, die Inhalte des Bewusstseins (z.B. Gedanken) aus einer objektiven Perspektive zu betrachten. Dies stellt einen grundlegenden Betrachtungswechsel dar. Neuwahrnehmung ist dabei ein Prozess, in dem das Kultivieren von Achtsamkeit die natürliche menschliche

Entwicklung fördert, innere Erfahrungen zu objektiveren. Achtsamkeitspraktiken setzen diesen Prozess fort und intensivieren ihn. Neu-Wahrnehmung ermöglicht in diesem Zusammenhang einen größeren Abstand zu den Geistesinhalten durch vermehrte Klarheit. Dies bedeutet aber nicht, bestimmte Wahrnehmungen auszublenzen. Stattdessen werden sämtliche Sinneseindrücke in Körper und Geist vernommen, und ihr kontinuierliches Kommen und Gehen beobachtet (vgl. Shapiro et al. 2006: 377-379).

Shapiro et al. postulieren ferner, dass es sich bei der Neu-Wahrnehmung um einen **Meta-Wirkmechanismus** handelt (vgl. 2006: 377), der weitere Wirkmechanismen beinhaltet:

- **Selbstregulation und Selbstmanagement:** Selbstregulation und Selbstmanagement umfassen einen Prozess, durch den ein System Funktionsstabilität und Anpassungsfähigkeit an Veränderung erhält. Dieser gründet sich auf Rückkopplungsschleifen. Durch das Betrachten von geistigen Zuständen können automatische Reaktionsmuster verändert werden, die zu Disregulation (zum Beispiel maladaptive Verhaltensweisen, wie Alkoholkonsum bei Angst) und schließlich zu Erkrankungen führen.
- **Wertklärung:** Neu-Wahrnehmung kann bewusst machen, was für das Individuum bedeutsam und von Wert ist. Werte sind vielfach durch Familie oder Gesellschaft vorgegeben und werden unbewusst übernommen. Sie zu beobachten und zu reflektieren bedeutet unter Umständen Werte zu entdecken, die dem Einzelnen eher entsprechen.
- **Kognitive, emotionale und Verhaltensflexibilität:** Neu-Wahrnehmung kann im Gegensatz zu starren, reflexartigen Mustern, flexible und besser angepasste Verhaltensweisen an die Umwelt fördern. Der gegenwärtige Moment wird mit größerer Klarheit betrachtet. Die Reaktionen erfolgen weniger konditioniert und dadurch der Situation angepasst.
- **Reizkonfrontation:** Durch Neu-Wahrnehmung werden auch starke Emotionen objektiver und weniger reaktiv wahrgenommen. Dies wirkt der gewohnheitsmäßigen Neigung entgegen, schwierige emotionale Zustände zu meiden. Stattdessen setzt man sich diesen aus und kann lernen, dass Gedanken und Gefühle nicht überwältigend oder beängstigend sein müssen (vgl. Shapiro et al. 2006: 380-382).

Diese Effekte haben Auswirkungen auf Störungen jeglicher Art. Dabei folgen die Mechanismen nicht linear aufeinander, sondern sind in ständiger Wechselwirkung begriffen (vgl. Shapiro et al. 2006: 377).

Carmody et al. untersuchten in einer Studie (2009) die Elemente des Modells. Sie befragten 309 Teilnehmer vor und nach der Teilnahme an einem Achtsamkeitsprogramm (vgl. Carmody et al. 2009: 615). Die Werte für Achtsamkeit als auch für Neu-Wahrnehmung waren nach den Kursen signifikant erhöht. Ebenso verhielt es sich mit den weiteren Wirkmechanismen Selbstregulation, Wertklärung, Verhaltensflexibilität und Reizkonfrontation. Außerdem hatten psychologische Symptome und das Stressniveau signifikant abgenommen. Es konnte aber keine Korrelation zwischen der Erhöhung von Neu-Wahrnehmung als übergeordnetem Wirkmechanismus und einer verbesserten Achtsamkeit sowie den weiteren Wirkmechanismen festgestellt werden. Nach Ansicht der Autoren sind Neu-Wahrnehmung und Achtsamkeit vielmehr Zustände, die in hohem Maße deckungsgleich sind und die sich in ähnlicher Weise im Verlauf eines MBSR-Kurses verändern. An der Studie ist kritisch anzumerken, dass die Erfassung der Daten auf Selbstauskünften der Teilnehmer beruhte. Beispielsweise ist fraglich, ob alle Personen dasselbe unter den Items der Fragebögen verstanden. Außerdem wurden Skalen zur Verhaltensmessung benutzt, die sich nicht spezifisch auf Achtsamkeit bezogen (vgl. Carmody et al. 2009: 622-623).

### **3.5.2 Einsatzmöglichkeiten von Achtsamkeitsprogrammen**

Bei gesunden Menschen ist die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Interventionen belegt. So zeigten sich positive Effekte bei der Stressreduktion von Angehörigen im Gesundheitswesen (Shapiro et al. 2005) und bei der Burnout-Prophylaxe von Mitarbeitenden in der Gesundheits- und Krankenpflege (Cohen-Katz et al. 2004; Cohen-Katz et al. 2005; Cohen-Katz et al. 2005a). Außerdem konnte eine Senkung des Stressniveaus bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten festgestellt werden (Oken et al. 2010).

Auch bei einer Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen und Störungen konnten positive Effekte achtsamkeitsbasierter Interventionen nachgewiesen werden, so unter anderem bei Krebs (Specia et al. 2000; Carlson et al. 2001; Shapiro et al. 2003), Schmerzen (Kabat-Zinn 1982; Kabat-Zinn et al. 1985; Kabat-Zinn et al. 1987; Plews-Ogan et al. 2005; Tacón 2011), Angststörungen (Kabat-Zinn et al.

1992; Tacón et al. 2003), Depressionen (Teasdale et al. 2000; Ma, Teasdale 2004), Multipler Sklerose (Grossman et al. 2010) und HIV (Williams et al. 2005). Zwei Meta-Analysen von Baer (2003) und Grossman et al. (2004), die Achtsamkeitsprogramme als klinische Intervention untersuchten, erbringen einen Nachweis für die Wirksamkeit vieler Methoden.

### **3.5.3 Kritik**

Trotz der positiven Ergebnisse bisheriger Studien sind jedoch weitere Forschungsprojekte erforderlich, da methodologische Mängel bzw. spezifische Schwierigkeiten bei der Durchführung von Achtsamkeitsstudien bestehen. Zu kritisieren ist unter anderem die begrenzte Anzahl von Studien mit Follow-Up-Daten, welche die dauerhaften Auswirkungen der Interventionen belegen. Des Weiteren wird die weitgehend fehlende Berücksichtigung von Drop-Out-Raten und der Qualifikation des Gruppenleiters beanstandet (vgl. Grossman et al. 2004: 40). Bei allen Studien besteht zudem eine Herausforderung darin, den Bewusstseinszustand „Achtsamkeit“ zu operationalisieren (vgl. Ernst et al. 2009: 300). Darüber hinaus ist eine verlässliche Methode zur Bestimmung der täglichen Übungszeit erforderlich, da die Achtsamkeitsübungen auch außerhalb der Gruppenangebote stattfinden. Ein weiterer Kritikpunkt besteht darin, dass die Messung von Achtsamkeit nicht durch standardisierte Verhaltensmessung erfolgt, sondern durch Fragebögen, in denen die Teilnehmer über ihre Veränderungen berichten. Selbstauskünfte könnten zu Unschärfen führen, da die Antworten unter Umständen durch soziale Erwünschtheit beeinflusst werden (vgl. Kabat-Zinn et al. 2012: 280-281). Außerdem stellt sich die Frage nach der Art der Kontrollgruppe, die für Vergleiche geeignet ist. Oft werden Wartelistenkontrollgruppen gebildet, die inzwischen nicht mehr als ausreichend betrachtet werden (vgl. Kabat-Zinn et al. 2012: 279). Bei Wartelistenkontrollgruppen handelt es sich um Kontrollgruppen, bei der die Achtsamkeitskurse nach Abschluss des MBSR-Programms der Behandlungsgruppe, also zeitversetzt, durchgeführt werden (vgl. Speca et al. 2000: 615). Eine aktive Kontrollgruppe sollte hingegen Achtsamkeit als Methode ausschließen, aber in der Struktur und im Ablauf mit dem Achtsamkeitsprogramm vergleichbar sein, indem alle nicht-charakteristischen Merkmale von MBSR, zum Beispiel Bewegungsübungen, enthalten sind (vgl. MacCoon et al. 2012: 4). So könnten diejenigen Effekte der Interventionen, die explizit auf einer erhöhten

Achtsamkeit beruhen, von denjenigen Wirkungen abgegrenzt werden, die auf andere Aspekte, beispielsweise Gruppeneffekte, zurückzuführen sind (vgl. Kabat-Zinn et al. 2012: 279-280).

In einer Studie von MacCoon et al. (2012) wurde erstmals eine Kontrollgruppe (Health Enhancement Programm (HEP)) zur Validierung eines Achtsamkeitsprogramms bei insgesamt 63 gesunden Probanden eingesetzt. Die Interventionen von HEP bestanden aus Musiktherapie, Ernährungsberatung und körperlichen Übungen (z.B. Jogging, Stretching). Die MBSR Gruppe hatte nach Abschluss der Kurse signifikant verminderte Werte der Schmerzempfindung, während keine Veränderung bei HEP zu verzeichnen war. Bei weiteren geistigen und physischen Symptomen zeigten sowohl MBSR als auch HEP Verbesserungen. Es war aber nicht festzustellen, dass MBSR die effektivere Methode war. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch Schwächen der Studie zu berücksichtigen. So müsste unter anderem die Stichprobe bei einem Kontrollgruppendesign deutlich größer sein, um aussagefähigere Effektstärken zu erhalten. Außerdem könnten die Wirkungen von MBSR und HEP erst nach einer längeren Übungszeit über das Ende des Programms hinaus deutlich werden (vgl. MacCoon 2012: 8-10).

Eine Möglichkeit, die positiven Wirkungen von Achtsamkeitsprogrammen zu nutzen, besteht im Einsatz in der Palliativversorgung. Nachfolgend werden die wesentlichen Gesichtspunkte und Möglichkeiten in diesem Bereich dargestellt.

## **4 Anwendungsmöglichkeiten von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten in der Palliativversorgung**

### **4.1 Zur Bedeutsamkeit von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten in der Palliativversorgung**

Patienten in palliativen Versorgungssituationen leiden an einem Spektrum unterschiedlicher physischer und psychischer Symptome und Störungen. Die Prävalenz von Schmerzen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen oder finalen Krebserkrankung wird von Bonica auf etwa 71% beziffert (vgl. 1985: 590-591). Diese Metaanalyse ist allgemein anerkannt, obwohl sie in ihrer Methodik kritisiert wird (zum Beispiel eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der enthaltenen Studien bezo-



gen auf die Größe der Stichproben oder die Art der Methoden) (vgl. Sorge 2007: 148-149). Neuere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Portenoy, Lesage 1999; Goudas et al. 2005). Das Datenmaterial zu psychischen Störungen ist inkonsistent (vgl. Schwarz, Krauß 2000: 615). Kaasa et al. geben an, dass 69% der Krebspatienten im fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung unter hochgradigem psychologischen Belastungen leiden (vgl. 1993: 196). 75% aller stationären Patienten mit progredienten Karzinomen zeigen laut Stone et al. Symptome einer „schweren subjektiven Fatigue“ (vgl. 1999: 1481). Laut der Definition des National Comprehensive Cancer Network handelt es sich dabei um ein anhaltendes, subjektives Gefühl von Müdigkeit oder Erschöpfung im Zusammenhang mit Krebs oder einer Krebsbehandlung (vgl. 2011: FT-1). Wilson et al. beziffern in ihrer Studie mit Palliativpatienten die Prävalenz von depressiven Störungen auf 20,7% und von Angststörungen auf 13,9% (vgl. 2007: 122). 70% der Teilnehmer einer Studie mit Hospizbewohnern litten laut Hugel et al. an Symptomen von Schlafstörungen (vgl. 2004: 318).

Das große Spektrum an Belastungen, welche in der Palliativversorgung vorherrschen, stellt hohe Anforderungen an die Patienten, die Angehörigen sowie die Mitarbeitenden des Palliativteams (vgl. Schwarz, Krauß 2000: 616).

Palliativpatienten sind in der Regel in geringerem Maße körperlich und sozial belastbar, da die psychologischen Abwehrmechanismen aufgrund körperlicher Einschränkungen geringer sind (vgl. Carlson, Halifax 2011: 172). Für Menschen am Ende des Lebens ist es deshalb von großer Bedeutung, ein Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissen, die sie an ihr Leben stellen, und den Tatsachen ihrer Lebenssituation zu finden (vgl. Schwarz, Krauß 2000: 616). In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, worauf die Aufmerksamkeit gerichtet wird. Denn die Gedanken kreisen einerseits vielfach um zukünftiges Geschehen, im Besonderen um die Endlichkeit des eigenen Lebens, vor der große Angst besteht. Andererseits beschäftigen sich die Patienten mit der Vergangenheit und rekapitulieren Begebenheiten, in denen sie sich zum Beispiel gerne anders verhalten hätten. Daher ist es für Palliativpatienten von besonderem Belang, sich dem gegenwärtigen Augenblick zuzuwenden, den Moment zu erfahren und die Dinge so zu akzeptieren, wie sie sind. Dann besteht die Möglichkeit, dass physisches und psychisches Leiden weniger im Fokus steht und die Augenblicke des Lebens wieder voll be-

wusster Aufmerksamkeit registriert werden können. So kann das Kultivieren von Achtsamkeit dazu beitragen, sich beispielsweise bewusst dem Schmerz zuzuwenden und gleichzeitig zu versuchen, diesen aus einem gewissen Abstand heraus zu betrachten. Es kann die Erfahrung gemacht werden, dass alles einem Wandel unterliegt und dies auf alle Lebewesen zutrifft. Auf diese Weise könnte das eigene Dasein wieder mehr Lebensqualität erfahren; und letztendlich kann Achtsamkeit dazu beitragen, loszulassen und den Tod anzunehmen (vgl. Harrer 2009: 156-157).

Achtsamkeitspraxis kann dabei in mehrfacher Hinsicht eine Unterstützung bieten:

- sie kann zu einer ausgewogenen, stabilen und nicht urteilenden Aufmerksamkeit führen,
- emotional ausgleichend wirken, zum Beispiel durch die Förderung von Eigenschaften wie (Selbst)-Mitgefühl oder Gelassenheit,
- dazu beitragen, Wahrnehmung gezielt zu lenken anstatt unbewusst zu reagieren und
- die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren erhöhen (vgl. Carlson, Halifax 2011: 174-175).

Für die Beschäftigten in der Palliativversorgung erfordert die tägliche Erfahrung von stark emotional belastenden Situationen neben den pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Kompetenzen einen hohen psychosozialen Sachverstand (vgl. Schwarz, Krauß 2000: 612-613). Die Schulung von Achtsamkeit kann dazu beitragen, zum einen für die Patienten voll und ganz da zu sein, zum anderen die eigenen Möglichkeiten und Grenzen bewusster wahrzunehmen. Belastenden Situationen kann so mit mehr Präsenz begegnet und Stress möglicherweise verringert werden. Dies gilt im selben Maße für die Angehörigen von Palliativpatienten (vgl. Harrer 2009: 156-157).

#### **4.2 Effekte von achtsamkeitsbasierten Interventionen mit Relevanz für Palliativpatienten**

Im Folgenden werden die Effekte von Maßnahmen, die auf Achtsamkeit beruhen, in Bezug auf die maßgeblichen Richtlinien des National Institute For Clinical Excellence (NICE) beschrieben. Dort wird empfohlen, dass zur unterstützenden

und palliativen Versorgung von Krebspatienten und deren Angehörigen, ein vielfältiges Angebot an physischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Hilfestellungen angeboten werden sollte (vgl. 2004). Bestätigt wird dies durch die Definition von „Palliative Care“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche die vorgenannten Bereiche als Hauptaufgaben der Palliativversorgung benennt (vgl. WHO 2013).

Die Wirkungen von Maßnahmen, die Achtsamkeit beinhalten, beziehen sich auf eine Vielfalt von Erkrankungen und Zuständen, zum Beispiel auf Schmerzen, Angst oder Schlafstörungen. Dementsprechend sind die unterschiedlichen Auswirkungen der Achtsamkeitspraxis nicht voneinander abgrenzbar und können auf den verschiedenen Ebenen des physischen und psychischen Befindens zur selben Zeit ihre Wirkung entfalten. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass Psyche und Körper nicht voneinander zu trennen sind und mit einander in Wechselwirkung stehen (vgl. Kabat-Zinn 2009: 139). So können sich Belastungen beispielsweise in psychosomatischen Beschwerden manifestieren.

Die Effekte von Achtsamkeitsprogrammen, die einen Bezug zur Palliativversorgung aufweisen, wurden größtenteils an Krebspatienten erforscht. In weiteren Studien, die palliativ-assoziierte Erkrankungen beinhalteten, konnten ähnliche Wirkungen aufgezeigt werden, zum Beispiel bei Multipler Sklerose (Grossman et al. 2010) oder bei AIDS (Williams et al. 2005).

#### **4.2.1 Auswirkungen auf den physischen Zustand**

**Schmerzen** stellen eines der Hauptprobleme dar, unter denen Palliativpatienten zu leiden haben. Sie beinhalten überdies eine psychologische Komponente, denn sie führen den Betroffenen das Fortschreiten der Erkrankung und damit die Endlichkeit des Lebens vor Augen. Dies kann wiederum psychische Wirkungen haben (z.B. Hoffnungslosigkeit oder Angst), was zu einer Zunahme der Schmerzsymptomatik führen kann (vgl. Sorge 2007: 148).

Mehrere Studien von Kabat-Zinn (1982) und Kabat-Zinn et al. (1985; 1987) erforschten die Wirkungen eines Achtsamkeitsprogramms auf Patienten mit chronischen Schmerzen. In einer Studie an 51 Patienten wurde eine signifikante Reduktion des Schmerzniveaus festgestellt. Außerdem gab die überwiegende Zahl der Teilnehmer an, dass sich ihre Stimmungslage verbessert habe und dass weitere assoziierte psychische Symptome rückläufig seien, wie zum Beispiel Angst (vgl.

Kabat-Zinn 1982: 43-45). Die Studie wurde jedoch ohne Kontrollgruppe durchgeführt und die Datenerhebung beruhte auf Selbstberichten der Patienten. Die Follow-Up-Studie mit zusätzlichen 39 Patienten einer Kontrollgruppe mit einer Standard-Schmerzbehandlung kam zu ähnlichen Ergebnissen. Neben einer signifikanten Verbesserung der Schmerzsymptomatik gab die Mehrheit der Teilnehmenden unter anderem an, dass sich die Wahrnehmung ihres Körperbildes verbessert habe. Sie waren zudem weniger durch den Schmerz daran gehindert, an Aktivitäten des täglichen Lebens teilzunehmen. Außerdem hatte das Programm positiven Einfluss auf psychologische Symptome, zum Beispiel ein verbessertes Selbstwertgefühl. Bei der Vergleichsgruppe zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen (vgl. Kabat-Zinn et al. 1985: 171-177, 182). In einer weiteren Follow-Up-Studie wurden 225 Schmerzpatienten befragt, die über mehrere Jahre an Achtsamkeitsprogrammen teilgenommen hatten. Obwohl die Schmerzhöhe im Allgemeinen wieder auf das Niveau vor den Interventionen gestiegen war, gaben die Probanden an, dass sie eine gesteigerte Schmerzkontrolle hätten. Außerdem wurden lang anhaltende, verbesserte psychische und somatische Symptome festgestellt. Methodische Schwächen der Studie lagen unter anderem im Fehlen von standardisierten Instrumenten zur differenzierten Messung von Schmerzdimensionen (z.B. Schmerzstatus, Schmerzverhalten). Außerdem wurden die Follow-Up-Daten lediglich per Telefon erhoben und es fehlte eine Kontrollgruppe (vgl. Kabat-Zinn et al. 1987: 167-168).

Plews-Ogan et al. (2005) führten eine randomisierte Studie an Patienten mit chronischen Schmerzen durch, die entweder an einem MBSR-Programm teilnahmen, Massagen erhielten oder einer Kontrollgruppe ohne Interventionen zugeteilt wurden. Die Massagen bewirkten eine Verringerung der Schmerzen unmittelbar nach den Maßnahmen, während das MBSR-Programm länger anhaltende Effekte einen Monat nach den Interventionen hatte, zum Beispiel eine gesteigerte Stimmung. Zu kritisieren ist bei dieser Studie jedoch die kleine Stichprobengröße, die hohe Drop-Out-Rate bei der MBSR-Gruppe sowie der begrenzte Follow-up Zeitraum (vgl. Plews-Ogan 2005: 1137-1138).

Eine von Tácon (2011) durchgeführte Prä-Post-Studie untersuchte die Auswirkungen eines MBSR-Programms auf Krebschmerzen bei 41 Frauen mit Brustkrebs. Als Ergebnis berichteten die Teilnehmerinnen nach Beendigung des Kurses über einen signifikanten Rückgang von Auswirkungen der Erkrankung. Die über-

wiegende Anzahl schilderte, dass Gedanken, die eine negative Fixierung auf den Schmerz erzeugen, rückläufig waren. Außerdem hatte die Angst vor dem Schmerz sowie die Schmerzintensität abgenommen. In diesem Zusammenhang konnte auch eine verbesserte geistige Anpassung an den Schmerz festgestellt werden. Einschränkungen der Studie bestanden in einer fehlenden Kontrollgruppe. Außerdem wurden keine Langzeiteffekte erforscht und es konnte nicht ermittelt werden, welche Effekte welchen Übungsbestandteilen zuzuordnen waren (vgl. Tácon 2011: 61-62).

Van der Lee und Garssen (2010) untersuchten in einer randomisierten Wartelistenkontrollstudie den Einfluss von Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie auf chronische krebsbedingte **Fatigue**. Nach Ende der Kurse zeigten 30% der Teilnehmenden der Behandlungsgruppe (N=59) eine klinische Verbesserung der Fatigue, im Gegensatz zur Kontrollgruppe (N=24), bei der lediglich bei 4% der Probanden eine Verbesserung zu verzeichnen war. Außerdem waren höhere Werte für allgemeines Wohlbefinden in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe feststellbar. Auch sechs Monate nach Programmende ließen sich die gemessenen Effekte in einem ähnlichen Ausmaß feststellen. Diese konnten aber nicht mit der Kontrollgruppe verglichen werden, da diese zu diesem Zeitpunkt bereits das MBCT-Programm absolviert hatte. Eine weitere Unschärfe der Studie bestand in der kleinen, heterogenen Stichprobe (vgl. van der Lee, Garssen 2010: 268-271).

Im Rahmen einer Pilotstudie erforschten Lengacher et al. (2012) die Wirkung von MBSR auf 26 Patienten mit einer **fortgeschrittenen Krebserkrankung** sowie deren Angehörigen. Ermittelt wurde die Veränderung des physischen und psychischen Status, der Lebensqualität, des Stresslevels und der Immunparameter Kortisol und Interleukin-6. Erhöhte Kortisolwerte sind ein Indiz für Stress und können die Immunabwehr schwächen. Außerdem können Fatigue und ein gestörter Stoffwechsel begünstigt werden (vgl. Lengacher et al. 2012: 180). Hohe Werte von Interleukin-6 sind ein Indiz für eine schlechtere Prognose und invasives Tumorstadium (vgl. Goldberg, Schwertfeger 2010: 1133). Der Kortisolspiegel von Patienten und Angehörigen hatte sich über den Verlauf des Kurses signifikant reduziert. Außerdem zeigte sich eine Senkung des Interleukin-6 (vgl. Lengacher et

al. 2012: 180). Darüber hinaus wiesen die Patienten signifikante Verbesserungen bei Stress und Angst auf. Angehörige von Patienten, bei denen sich die Depressionswerte verbessert hatten, zeigten ebenfalls positive Veränderungen bei depressiver Symptomatik (vgl. Lengacher et al. 2012: 176-178). Kritisiert werden kann die Durchführung der Studie ohne Kontrollgruppe. Außerdem wies sie eine geringe Stichprobengröße sowie keine Untersuchung der langfristigen Auswirkungen des Programms auf (vgl. Lengacher et al. 2012: 181).

#### **4.2.2 Auswirkungen auf das psychische Befinden**

Vorherrschende Symptome hinsichtlich psychischer Belastungen von Patienten mit unheilbaren Erkrankungen sind Angst und Depressionen. Dies kann unter anderem einhergehen mit innerer Unruhe, permanentem Grübeln oder vermindertem Antrieb (vgl. Deutsche Krebshilfe 2012: 29).

In einer von Kabat-Zinn et al. (1992) durchgeführten Studie wurden die Auswirkungen eines MBSR-Programms auf 22 Teilnehmer mit **Angststörungen** erforscht. Bei 20 Personen konnte eine signifikante Verringerung von Angst-, Depressions- und Paniksymptomen verzeichnet werden. Dies war auch drei Monate nach dem Programm festzustellen. Patienten berichteten, dass das alleinige Identifizieren von Angst erzeugenden Gedanken als bloße Gedanken und nicht als Realität, ihnen dabei half, ihre Angst zu reduzieren und angsterfüllten Situationen angemessener zu begegnen. Die Studie beinhaltete aber keine randomisierte Kontrollgruppe und eine niedrige Teilnehmerzahl (vgl. Kabat-Zinn et al. 1992: 941-943). In einer Folgestudie (Miller et al. 1995) mit 18 der Teilnehmenden ließen sich positive Langzeiteffekte bezogen auf sämtliche Symptome der Erststudie feststellen. Darüber hinaus hatten die meisten Personen die Achtsamkeitspraxis beibehalten (vgl. Miller et al. 1995: 196-199).

Die Auswirkungen eines Achtsamkeitsprogramms auf Angststörungen bei Patientinnen mit Herzerkrankungen wurden von Tacón et al. untersucht (2003). Die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verminderung der Angstwerte auf. In diesem Zusammenhang berichteten diese, dass sie negative Emotionen weniger unterdrückten. Die Unterdrückung von Gefühlen wird mit erhöhter Krankheitsanfälligkeit assoziiert. Außerdem reagierten die Teilnehmerinnen nicht mehr mit reflexartigen Mustern auf

Belastungen, sondern waren in der Lage, andere Bewältigungsstrategien einzusetzen. Schwächen der Studie bestanden in einer geringen Stichprobengröße und homogenen ethnischen und sozioökonomischen Merkmalen der Teilnehmerinnen, was die Verallgemeinerung der Ergebnisse erschwert (vgl. Tacón et al. 2003: 31-32).

Die Rückfallprävention mittels MBCT bei Patienten mit **Depressionen**, die sich zum Zeitpunkt der Intervention nicht in einer depressiven Phase befanden, wurde von Teasdale et al. (2000) in einer randomisierten Kontrollstudie erforscht. Das Rückfallrisiko bei Patienten mit drei oder mehr vorausgegangenen depressiven Episoden hatte sich in der MBCT-Gruppe verglichen mit der Kontrollgruppe um etwa die Hälfte verringert. Durch die Achtsamkeitstechniken war es für die Teilnehmenden möglich, negative Denkmuster zu unterbrechen, die eine depressive Phase auslösen können. Bei Patienten mit zwei Episoden war keine Verringerung zu verzeichnen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass das Risiko eines Rückfalls mit den wiederholten negativen Gedanken der vorhergehenden depressiven Episoden zunimmt. Das Studiendesign ließ aber keine Schlussfolgerungen zu, ob die Auswirkungen auf bestimmte Methoden des MBCT-Programms oder auf unspezifische Faktoren (beispielsweise die Zuwendung durch den Lehrer) zurückzuführen waren (vgl. Teasdale et al. 2000: 622). Eine Folgestudie von Ma und Teasdale bestätigte die Ergebnisse der Studie von Teasdale et al. (2000). Bei Patienten mit mehr als drei depressiven Episoden sank die Rückfallrate in der Achtsamkeitsgruppe auf 36% im Gegensatz zur Kontrollgruppe mit 78%. Diese Studie beinhaltete jedoch auch keine aktive Kontrollgruppe und die Anzahl der Teilnehmenden mit zwei oder mehr depressiven Episoden war gering (vgl. Ma, Teasdale 2004: 36, 38)

Die Anwendbarkeit von MBCT bei Patienten, die sich akut in einer depressiven Episode befanden und bei denen keine Behandlung Wirkung gezeigt hatte, wurde von Kenny und Williams untersucht (2007). Eine große Anzahl von Patienten verzeichnete eine deutliche Verbesserung der Depressionssymptome, selbst bei Personen mit schweren Störungen, zum Beispiel mit suizidaler Depression. Durch eine fehlende Kontrollgruppe konnten die Effekte aber nicht eindeutig den Achtsamkeitsinterventionen zugeschrieben werden (vgl. Kenny, Williams 2007: 623-624).

In einer randomisierten Wartelistenkontrollstudie untersuchten Speca et al. (2000) die Auswirkungen eines MBSR-Programms auf die **Stimmungslage** und **Stresssymptomatik** von Patienten mit unterschiedlichen Arten und Stadien einer Krebserkrankung. Die Interventionsgruppe zeigte im Gegensatz zur Kontrollgruppe eine deutliche Verbesserung der Stimmung. In diesem Zusammenhang waren verringerte Angst, Depressivität, Aggression und Konfusion sowie eine gesteigerte Vitalität zu verzeichnen. Außerdem wurden geringere Stresssymptome festgestellt. Dieses manifestierte sich unter anderem in einer Verminderung von kardiopulmonalen (z.B. Herzrasen) und gastrointestinalen Symptomen (z.B. Magenbeschwerden) und in einer verminderten emotionalen Erregbarkeit. Darüber hinaus war eine positive Korrelation zwischen der Länge der täglichen Meditationszeit und einer Stimmungsverbesserung zu verzeichnen. Eine Schwäche der Studie sehen die Autoren darin, dass sich die Teilnehmer selbst für die Studie anmelden konnten. So ist anzunehmen, dass die Stichprobe aus sehr motivierten Probanden bestand, was die Generalisierung der Ergebnisse erschwert (vgl. Speca et al. 2000: 616-621). In einer Folgestudie von Carlson et al. (2001) wurden Veränderungen sechs Monate nach Ende des Programms untersucht. Es zeigte sich zwar weiterhin eine Verbesserung der Symptomatik, diese war aber nicht mehr signifikant. Die größten positiven Veränderungen im Gesamtzeitraum wurden bei Angst, Depressionen und Erregbarkeit registriert (vgl. Carlson et al. 2001: 114-118).

Die Anwendung eines MBSR-Kurses bei **Schlafstörungen** wurde von Carlson und Garland an 63 Krebspatienten erforscht (2005). Nach Absolvieren des Programms zeigten die Teilnehmenden eine statistisch signifikante Verbesserung der Schlafqualität. Außerdem schliefen sie durchschnittlich etwa eine Stunde länger. Zudem konnte eine Korrelation zwischen der Verminderung der Schlafstörungen und reduzierten Stresssymptomen (z.B. Abnahme der Muskelspannung) nachgewiesen werden. Des Weiteren war eine signifikante Verbesserung der Stimmung zu verzeichnen, die sich unter anderem in einer Verringerung von Angst, depressiven Symptomen und Konfusion äußerte. Ebenso waren die Werte für Müdigkeit verbessert. Eine Limitierung der Studie bestand in einer fehlenden Kontrollgruppe. Darüber hinaus erfolgte keine Untersuchung der Langzeitwirkungen der Effekte und es war nicht möglich zu bestimmen, welche Bestandteile des Pro-



gramms zu welchen Verbesserungen geführt haben könnten (vgl. Carlson, Garland 2005: 283-284).

#### **4.2.3 Wirkungen auf die sozialen Bedürfnisse von Palliativpatienten**

Eine terminale Erkrankung hat Auswirkungen auf die Beziehungen, die Betroffene zu ihrem sozialen Umfeld einnehmen. Veränderte Rollen, die mögliche Aufgabe von Selbstständigkeit, eine neue Selbst- und Fremdwahrnehmung oder ein Wandel in den Beziehungen zu Nahestehenden können in diesem Zusammenhang Belastungen darstellen (vgl. Aulbert 2007: 29).

Die sozialen Auswirkungen eines Achtsamkeitsprogramms auf Palliativpatienten untersuchten Chadwick et al. unter anderem in einer qualitativen Studie. Dazu wurden offene Interviews mit den Teilnehmenden im Anschluss an das Programm geführt und diese einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen (vgl. 2008: 136). Als Ergebnis gaben die Befragten an, dass Gemeinsamkeiten und ein sozialer Zusammenhalt durch den gruppenspezifischen Prozess des Programms gefördert worden waren. Außerdem hatten alle Patienten ein Verständnis für die Prinzipien der Achtsamkeitspraxis entwickelt. Darüber hinaus war ein erhöhtes Wohlbefinden zu verzeichnen (z.B. bessere Stimmung, vermehrte Entspannung) sowie verringerte negative Zustände (z.B. Sorgen, Ängste). (vgl. 2008: 141-142). Aufgrund der geringen Stichprobengröße sowie der qualitativen Methodik sind die Ergebnisse der Studie mit Einschränkungen zu interpretieren. Deshalb sind sie nur eingeschränkt auf andere Populationen und Gebiete übertragbar (vgl. 2008: 142).

Die praktische Anwendbarkeit von Achtsamkeitskursen für Patienten und deren pflegende Angehörige wurde von Baines (2011) untersucht. Die Forscherin ging der Frage nach, ob die regelmäßige Teilnahme an den Kursen und die täglichen Übungen zu Hause für Palliativpatienten eine zu hohe Hürde darstellen könnten. Aus diesem Grunde wurde erforscht, ob ein verkürztes Achtsamkeitsprogramm den physischen und psychischen Möglichkeiten und Bedürfnissen von Palliativpatienten eher entspricht. Zu diesem Zwecke wurden einstündige wöchentliche Achtsamkeitskurse über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt. Die Datensammlung erfolgte durch Fragebögen am ersten und am letzten Termin. Als Ergebnis wurde eine kontinuierliche Beteiligung an den Gruppenangeboten in der Palliativeinrichtung sowie eine regelmäßige Praxis zu Hause verzeichnet. Die Teilnehmer bewerteten die Kurse als nicht zu belastend. Außerdem wurde die

Unterstützung durch die Gruppe und der gemeinsame Austausch von Erfahrung positiv hervorgehoben. Laut Aussage der Forscher war es möglich, die Grundlagen von Achtsamkeitsmeditation innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen zu vermitteln (vgl. Baines 2011: 267-268).

#### **4.2.4 Veränderungen in Bezug auf den Umgang mit der Lebenssituation, Sinnfindung und Posttraumatic Growth**

Die vorgenannten Effekte beziehen sich auf die Reduzierung der negativen Auswirkungen von Belastungen und Erkrankungen. Darüber hinaus können achtsamkeitsbasierte Maßnahmen positive Veränderungen verstärken, die sich durch die Auseinandersetzung mit einer Krankheit ergeben können.

Lebensbedrohliche Erkrankungen können für die Betroffenen einen Wandel der Sichtweise bewirken, durch die sie sich und ihre Umwelt verändert wahrnehmen. Des Weiteren können sich die Prioritäten verändern, die sie dem verbleibenden Lebensabschnitt zumessen. Dies kann unter Umständen einen positiven Entwicklungsprozess zur Folge haben. Denn im Rahmen dieses Prozesses kann es zu einer verstärkten Wahrnehmung von Sinnzusammenhängen kommen, wodurch es ermöglicht werden kann, der Situation positive Aspekte abzugewinnen. Auch kann sich eine verstärkte Hinwendung zur Spiritualität einstellen (Brennan 2001: 10-14). Im Gegensatz zu Religiosität bedeutet dies das Erleben des Einbezogenseins in universelle Zusammenhänge ohne religionsspezifischen Glaubensrichtungen anzugehören (vgl. Shapiro, Carlson 2011: 198). Letztendlich kann ein förderlicher Wachstumsprozess einsetzen, der als Posttraumatic Growth bezeichnet wird. Tedeshi und Calhoun beschreiben Posttraumatic Growth als "... the experience of positive change that occurs as a result of the struggle with highly challenging life crises. It is manifested in a variety of ways, including an increased appreciation for life in general, more meaningful interpersonal relationships, an increased sense of personal strength, changed priorities, and a richer existential and spiritual life." (2004: 1).

In einer Prä/Post-Studie mit Krebspatienten verglichen Garland et al. (2007) einen MBSR-Kurs mit einer Gruppe von Patienten, bei denen Kunsttherapie angewandt wurde. Beide Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Werte

von Posttraumatic Growth. In der MBSR-Gruppe wurde ein Ansteigen der Werte in Bezug auf Spiritualität sowie eine stärkere Verminderung von Angst, Wut und Stresssymptomen registriert (vgl. Garland et al. 2007: 955). Obwohl Spiritualität bei den Achtsamkeitskursen nicht Thema gewesen war, nahmen die Autoren an, dass die Übungen ein gegenseitiges Verbundensein bewirkt haben könnten, wodurch Mitgefühl für die eigene Person als auch für andere gefördert wurde. Das könnte zu spirituellem Wachstum beigetragen haben (vgl. Garland et al. 2007: 958). Ein Teilnehmer des MBSR-Programms drückte dies so aus: „Taking a closer look and becoming fully acquainted with my spirit, who I am inside. And the other thing - appreciating the spiritual aspect of other people too. And that was definitely reinforced, and not to be judgemental and everybody is where they are and who they are right now. It helped me to think of that aspect of it. Of being spiritual and getting to know me and spiritual in the sense of not being judgemental and being appreciative of spirits within others, and I think it helped me do that.” (Garland et al. 2007: 958). Beschränkungen der Studie bestanden in einer fehlenden Randomisierung. Außerdem wurde keine weitere Kontrollgruppe ohne Interventionen durchgeführt (vgl. Garland et al. 2007: 959).

In einer qualitativen Studie von Mackenzie et al. (2007), in der Interviews mit Krebspatienten geführt wurden, die an einem Achtsamkeitsprogramm teilgenommen hatten, wurden die Auswirkungen der Methode auf die Entwicklung von Spiritualität und Posttraumatic Growth untersucht. Als Ergebnis identifizierten die Autoren fünf Hauptthemen, die die Teilnahme an einem MBSR-Kurs bestimmen: Offenheit für Veränderung, Selbstkontrolle, geteilte Erfahrungen, persönliches Wachstum und Spiritualität. Daraus entwickelten Mackenzie et al. ein theoretisches Modell: Die Teilnahme an einem MBSR-Kurs stellt zunächst eine Veränderung der Ausrichtung hin zu einem Wachstumsprozess dar. Der Kurs vermittelt im Weiteren die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und zu neuen Formen der Wahrnehmung. Im Verlauf des Kurses verstärkt sich die gegenseitige soziale Unterstützung der Teilnehmenden sowie die Fähigkeit, Selbstkontrolle auf weitere Lebensbereiche anzuwenden. Es entwickelt sich ein zunehmendes persönliches Wachstum, welches über die reine Symptomreduzierung hinausgeht. Bestandteil dieses Wachstums ist eine erhöhte Spiritualität, die sich in einem Gefühl der Verbundenheit mit den Anderen ausdrückt. Zustände wie Mitgefühl und Gelassenheit können die Folge sein. Sämtliche Zustände laufen in der Regel zeitgleich ab (vgl. Ma-

ckenzie et al. 2007: 66). Eine Person, die an dem Achtsamkurs teilgenommen hatte, sagte im Interview: „Meditation means taking time out of all the chaos. Meditating, in my own limited experience, gave me the chance to give the chaos some kind of meaning...” (Mackenzie et al. 2007: 64). Aufgrund der qualitativen Methodik ist die externe Validität der Studie als begrenzt anzusehen (vgl. Mackenzie et al. 2007: 67).

Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass Achtsamkeitskurse einen positiven Beitrag im Rahmen der Betreuung von Palliativpatienten leisten könnten. In der Studie von Chadwick et al. (2008) wurde belegt, dass sämtliche Kategorien in Bezug auf die Durchführung der Palliativversorgung, die vom National Institute For Clinical Excellence (NICE) empfohlen werden (physische, emotionale, soziale und spirituelle Unterstützung) (vgl. 2004), durch das Achtsamkeitsprogramm Anwendung fanden (vgl. Chadwick et al. 2008: 142).

Im Nachfolgenden wird die Durchführung eines Achtsamkeitskurses im Bereich der Palliativversorgung dargestellt.

### **4.3 Praktische Gestaltung eines palliativen Achtsamkeitsprogramms für Patienten**

#### **4.3.1 Voraussetzungen für die Realisierung von Kursen im Palliativsetting**

##### **Vorbedingungen für Patienten**

Die grundlegende Bedingung für die Durchführung und den Erfolg von achtsamkeitsbasierten Programmen besteht in der freiwilligen Mitwirkung der Kursteilnehmer. Die Personen müssen darüber hinaus selber entscheiden können, wann sie an den Kursen teilnehmen wollen (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 163). Obwohl die Maßnahmen so früh wie möglich im Krankheitsverlauf praktiziert werden sollten, werden diese vielfach als unterstützende Therapie in Kombination mit medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapieformen eingesetzt (vgl. Turk, Feldman 2009: 478). Deshalb ist es unter Umständen erforderlich, die Teilnahme an Achtsamkeitskursen mit einem bestehenden Therapieplan abzustimmen (zum Beispiel einer Chemotherapie) und abhängig von der körperlicher Verfas-

sung und Motivation im Einzelfall eine Durchführung zu erwägen. Auch sollte die Möglichkeit bestehen, dass Angehörige der Patienten an den Kursen teilnehmen können (vgl. Speca et al. 2006: 246). Wichtig ist, dass den Teilnehmenden deutlich gemacht wird, dass Entspannungszustände durch das Einüben bestimmter Methoden erreicht werden können. Dies trifft auch auf die Kultivierung von Achtsamkeit zu (vgl. Turk, Feldman 2009: 478). Dies bedeutet aber nicht, dass negative Zustände generell durch die Übungen enden oder die Kurse immer anstelle einer spezifischen medizinischen Behandlung wirken (vgl. Nagele, Feichtner 2009: 163).

### **Qualifikationen und Kompetenzen der Gruppenleitung**

Kursleiter für Achtsamkeit müssen zunächst über die formalen Qualifikationen verfügen sowie selber eine regelmäßige Achtsamkeitspraxis aufweisen (vgl. Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung 2013a).

Daneben gibt es eine Reihe von Vorgehensweisen, die bei der Leitung der Kurse zur Anwendung kommen sollten: Die Person des Lehrers vermittelt die Fähigkeit, Achtsamkeit im Alltag zu entwickeln. Dies kann die Teilnehmenden motivieren. Im Verlauf der Kurse nimmt der Lehrer die Rolle eines Mitpraktizierenden ein und ermutigt die Teilnehmenden bei Erfolgen. Wichtig ist, zu verdeutlichen, dass die Übungen achtsam praktiziert werden sollten, während die korrekte technische Ausführung weniger von Bedeutung ist. Außerdem sollte den Patienten vermittelt werden, dass die Übungen nicht durchgeführt werden müssen, wenn sie sich beispielsweise zu ängstlich oder erschöpft fühlen (vgl. Turk, Feldman 2009: 478). Weiss und Harrer nennen in diesem Zusammenhang weitere Anforderungen an den Lehrer: Er muss sich mit dem scheinbaren Widerspruch zwischen akzeptierender Haltung und dem Veränderungswillen der Teilnehmer auseinandersetzen. Außerdem wird er mit leidvollen persönlichen Erfahrungen der Patienten konfrontiert. Darüber hinaus können sich in der Person des Lehrers die vorbildhaften Idealvorstellungen, die Menschen von „Achtsamkeit“ haben können, manifestieren (vgl. 2010: 22-23). Letztendlich sollte ein Lehrer in der Palliativversorgung die Fähigkeit besitzen, Patienten am Lebensende in ungewisse Grenzbereiche der Erfahrung zu begleiten (vgl. Bates 2012: 291).

### **4.3.2 Grenzen und Kontraindikationen für die Teilnahme an den Gruppenangeboten**

Achtsamkeitsbasierte Programme sind in der Regel sicher und weisen geringe Nebenwirkungen auf (vgl. Mansky, Wallerstedt 2006: 430; Praissman 2008: 216; Watson et al. 2009: 824). Dennoch gibt es Grenzen für die Teilnahme bzw. Situationen und Zustände, aufgrund derer die Mitwirkung an den Kursen für Palliativpatienten kontraindiziert ist.

#### **Grenzen**

Generelle Schwierigkeiten bestehen laut Turk und Feldman bei Teilnehmenden an Stressreduktionsprogrammen, die perfektionistische, selbstkritische und pessimistische Persönlichkeitszüge aufweisen. Ähnliches gilt für Personen, die schnell ungeduldig werden oder sich leicht ablenken lassen (vgl. 2009: 479). Darüber hinaus können Menschen, die vorwiegend an den Kursen teilnehmen, um bestimmte Ziele zu erreichen, gerade dadurch die auf Akzeptanz basierenden Wirkungen von Achtsamkeit verhindern (vgl. Kabat-Zinn 2009: 160). Bates machte in ihren Kursen die Erfahrung, dass ein Achtsamkeitskurs für einige Palliativpatienten eine zu hohe Anforderung darstellen kann, zum Beispiel bei schwerer körperlicher Ruhelosigkeit, bei mittlerer bis schwerer Beeinträchtigung des Hörvermögens sowie bei akuten gravierenden psychiatrischen Störungen (vgl. 2012: 291). Bei psychischen Problemen sollte zunächst eruiert werden, ob eine psychologische Behandlung durchgeführt werden kann. Ein Achtsamkeitsprogramm kann diese nicht ersetzen, aber als Begleitmaßnahme zur Stressreduktion fungieren und gegebenenfalls Rückfälle vermindern. Ähnlich verhält es sich bei körperlichen Störungen. Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen ist abzuklären, ob die Wahrnehmung des Körpers (zum Beispiel bei den Yogaübungen) zu einer Reizüberflutung mit der Gefahr einer erneuten Traumatisierung führen kann (vgl. Meibert et al. 2004: 146-147). Turk und Feldman begrenzen die Anwendbarkeit von Meditationstechniken auf Patienten mit leichten bis mittelstarken Schmerzen (vgl. 2009: 487). Sie führen aber nicht weiter aus, mit welchen Instrumenten die Schmerzhöhe und -intensität gemessen wird.

### **Kontraindikationen**

Nicht durchgeführt werden sollte ein Achtsamkeitsprogramm, wenn Patienten momentan unter Psychosen leiden, akut selbstmordgefährdet sind oder zur Zeit Drogen konsumieren (vgl. Meibert et al. 2004: 147). Die Ausführung von Yoga-Übungen kann das Risiko von Frakturen bei Patienten mit Knochenmetastasen erhöhen (vgl. Mansky, Wallerstedt 2006: 429). Außerdem erwähnen Watson et al. ein theoretisches Risiko für die Auslösung eines epileptischen Anfalls durch Meditation (vgl. 2009: 824), begründen dies aber nicht weiter.

### **4.3.3 Spezifische Modifikationen im Hinblick auf die Durchführung der Achtsamkeitskurse**

Um Achtsamkeitskurse auf die speziellen Bedürfnisse und Möglichkeiten von Palliativpatienten abzustimmen, sind Veränderungen in Struktur und Ablauf notwendig. Aufgrund der körperlichen Verfassung, weiteren regelmäßigen medizinischen oder therapeutischen Maßnahmen sowie räumlichen Entfernungen, die ambulant Teilnehmende zurückzulegen haben, muss das Programm vielfach in veränderter Form durchgeführt werden. So kann sich die Zusammensetzung der Gruppe über die Dauer der Kurseinheiten verändern oder Unterbrechungen während der Sitzungen notwendig werden. Auch kann es passieren, dass eine bestehende Gruppe zu den anfänglichen Übungen zurückkehrt, um einem neuen Mitglied zu ermöglichen, Anschluss an den Kurs zu finden. Obwohl dies keinen Idealzustand darstellt, spiegeln diese Modifikationen einen der Grundgedanken von Achtsamkeit wider: die Möglichkeiten zu nutzen, so wie sie sich im gegenwärtigen Augenblick ergeben. So werden diese Einschnitte in der Regel als unvermeidliche Bestandteile palliativer Achtsamkeitskurse angesehen (vgl. Bates 2012: 290).

Es gab bereits erste Projekte, die im Palliativsetting durchgeführt wurden, die gute Ergebnisse in Bezug auf das Befinden der Patienten lieferten (vgl. Kapitel 4.2). Einige modifizierte Programme werden im Folgenden beispielhaft kurz beschrieben, um unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten aufzuzeigen:

Ein sechswöchiger MBSR-Kurs für Patienten mit progredienten Karzinomen von Lengacher et al. (2012) enthielt sämtliche Übungsbestandteile von MBSR (Sitzmeditation, Yoga, Gehmeditation und den Body-Scan) und richtete sich am klas-

sischen Kursablauf aus. In Woche 1, 3 und 6 erfolgten Präsenzkurse, in den übrigen Wochen fanden die Übungen zu Hause statt. In der sechsten Woche wurde ein zweistündiger Präsenzkurs mit Achtsamkeitsübungen und einem Gespräch über Ernährung durchgeführt. Zu Beginn erhielten die Teilnehmer ein Handbuch mit den Abläufen des Programms und Instruktionen zu den Übungen sowie CD's, die geführte Meditationen für die Übungen zu Hause enthielten. Die Teilnehmer wurden angewiesen, an sechs Tagen der Woche täglich mindestens 15 bis 45 Minuten formal zu üben und die selbe Zeit informell im Alltag. Außerdem sollten sie ein Tagebuch führen, in dem sie die Übungszeiten eintrugen. Die Kurse wurde von einem klinischen Psychologen mit einer Zusatzausbildung in MBSR geleitet (vgl. Lengacher et al. 2012: 174).

Chadwick et al. setzten in ihrer Studie mit Palliativpatienten (2008) eine einfache und verkürzte Methode ein, die speziell für die Anwendung bei Menschen mit schweren psychischen Belastungen entwickelt worden war (vgl. Chadwick et al. 2005: 355-356). Das Programm erstreckte sich über einen Zeitraum von sechs Wochen. Pro Woche wurde ein Übungseinheit mit einer Länge von 60 Minuten durchgeführt, in deren Verlauf zwei zehnminütige Meditationen erfolgten. In der verbliebenen Zeit wurden die Übungen reflektiert. Außerdem konnten die Lebenspartner an den Kursen teilnehmen (vgl. Chadwick et al. 2008: 136).

Ein Übungsbestandteil von MBSR bei Patienten mit Krebs im Endstadium wurde von Tsang et al. in einer Studie angewandt (2012). Die Body-Scan Meditation wurde ausgewählt, da die Übung relativ unabhängig von körperlichen Einschränkungen durchgeführt werden kann und leicht zu erlernen ist. In einer 90-minütigen Einführung wurden den Teilnehmern die Grundlagen von MBSR und des Body-Scans vermittelt. Außerdem wurde eine Body-Scan Meditation unter Anleitung durchgeführt. Mithilfe einer Übungs-CD wurde der Body-Scan an fünf Tagen die Woche, über einen Monat, täglich 45 Minuten lang durchführt. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, die Erfahrungen mit der Übung einmal die Woche telefonisch mit dem Lehrer zu besprechen (vgl. Tsang et al. 2012: 2691). Zur Wirksamkeit der modifizierten Abläufe kann keine Aussage getroffen werden, weil keine Evaluation durchgeführt wurde.



#### **4.3.4 Darstellung eines palliativen Achtsamkeitskurses**

Im Folgenden wird der Ablauf eines Achtsamkeitskurses in der Palliativversorgung in seiner praktischen Anwendung eingehender beschrieben. Es handelt sich um eine Achtsamkeitsgruppe, die im Blackrock Hospice in Dublin durchgeführt wird (vgl. Bates 2012: 289-302). Das Aufgabengebiet der Einrichtung umfasst die stationäre Palliativversorgung, die Betreuung der Patienten in einem Tageshospiz sowie die Versorgung zu Hause (vgl. Bates 2012: 289).

##### **Struktur des Achtsamkeitsprogramms**

Die Gruppenangebote werden in offener Form innerhalb der palliativen Tageseinrichtung durchgeführt und können von allen Patienten genutzt werden. Die Achtsamkeitsgruppen finden täglich für eine Dauer von 45 Minuten über einen Zeitraum von zwölf Wochen statt. Dies bedeutet, dass die Patienten insgesamt neun Stunden Achtsamkeit praktizieren, was etwa ein Drittel der Gesamtdauer eines klassischen MBSR-Kurses entspricht. Außerdem haben die Teilnehmer die Möglichkeit, weitere zwölf Wochen an den Kursen teilzunehmen. Dies nutzt die überwiegende Anzahl. Die meisten ambulanten Palliativpatienten kommen einmal die Woche zu den Gruppenangeboten.

Die Kurse werden in einem hellen Tagesraum mit Sicht auf einen Garten durchgeführt. Die Teilnehmer sitzen in Geriatriestühlen. Aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen vieler Palliativpatienten werden lediglich behutsame Körperübungen durchgeführt.

Die Zusammensetzung der Gruppen verändert sich von Tag zu Tag. Infolge von Veränderungen des körperlichen Zustandes oder weiteren durchzuführenden Versorgungsmaßnahmen während des Achtsamkeitskurses können die Gruppen jeden Tag aus unterschiedlichen Patienten bestehen. So kann sich eine Achtsamkeitsgruppe zum Beispiel aus erfahrenen Teilnehmenden sowie aus Personen, die das erste Mal an den Kursen teilnehmen, zusammensetzen. Unter Umständen kann das bedeuten, dass eine Gruppe die anfänglichen Übungen wieder aufnehmen muss. Gleichzeitig sollten sämtliche Teilnehmer aber ihre derzeitigen Achtsamkeitspraktiken beibehalten.

Unterbrechungen der Kurseinheiten entstehen zwangsläufig, da Teilnehmer zum Beispiel vielfach Termine wahrnehmen müssen. Die Einschnitte werden genutzt,

um diese in die Achtsamkeitspraxis zu integrieren, beispielsweise die achtsame Wahrnehmung der Geräusche auf der Palliativstation.

Die Leitung der Gruppe wird von einem ausgebildeten Achtsamkeitslehrer durchgeführt. Unterstützt wird dieser durch Psychologie-Praktikanten, welche an den Kursen teilnehmen, Materialien vorbereiten (zum Beispiel Übungsanleitungen und Gesprächsthemen) sowie Aufzeichnungen über Entwicklungen der Kurse führen. Dies ist wichtig, um im Hinblick auf die kontinuierlich wechselnde Zusammensetzung der Gruppen die Durchführung aller Inhalte des Programms gewährleisten zu können (vgl. Bates 2012: 289-290).

### **Beurteilung der Eignung und Gewinnung von Teilnehmern**

Bei Aufnahme werden alle Palliativpatienten im Rahmen einer Ersterhebung untersucht. Es werden Daten zu körperlichen Symptomen, psychischen Problemen, sozialen Bedürfnissen sowie zu individuellen Zielsetzungen erhoben. Weiterhin wird überprüft, für welche Patienten die Achtsamkeitsmaßnahmen nicht geeignet sind (siehe Kapitel 4.3.2). Auf dieser Grundlage und einem Gespräch mit der Pflegedienstleitung erfolgt für potenzielle Teilnehmer eine Einladung zum Achtsamkeitsprogramm. Patienten wird eine Probestunde angeboten, mit der Option, das Programm bei Nichtgefallen jederzeit abubrechen (vgl. Bates 2012: 291).

### **Ablauf und Übungsbestandteile des Achtsamkeitskurses**

Die grundlegende Abfolge des Kurses richtet sich an der von Bartley entwickelten Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie bei Krebs (MBCT-Ca) (2012) aus. Im Verlauf des Kurses praktizieren die Teilnehmenden Sitzmeditation, achtsame Bewegungsübungen und den Body-Scan. Hinzu kommen die Kurzübungen von MBCT-Ca. Außerdem wird während des letzten Drittels des Kurses an einem Tag eine 4,5-stündige Achtsamkeitseinheit durchgeführt (vgl. Bates 2012: 293; Bartley 2012: 72-229).

Jede Kurseinheit orientiert sich an einem strukturierten Ablauf mit einem vorgegebenen Gesprächsthema. Dies soll gewährleisten, dass sich auch physisch und psychisch beeinträchtigte Teilnehmer innerhalb des Programms zurecht finden und sicher fühlen (vgl. Bates 2012: 293). Die Übungsbestandteile des palliativen

Achtsamkeitsprogramms werden unter Anleitung des Kursleiters praktiziert und reflektiert:

- **Einstieg in das Kursprogramm:** Zu Beginn des Kurses und gegebenenfalls am Anfang von nachfolgenden Kurseinheiten wird der mit dem Programm verbundene Zweck der Gruppenprogramme durch den Lehrer dargestellt. Es erfolgt ein Überblick über die Wirkungen von Stress in Bezug auf chronische Erkrankungen. Weiterhin wird verdeutlicht, dass die regelmäßige Teilnahme und Praxis wichtig, aber nicht verpflichtend ist. Dennoch liegt der Schwerpunkt auf der Beteiligung an den Gruppenangeboten. Zur Verdeutlichung werden Übungsanleitungen und Audiomedien ausgegeben (vgl. Bates 2012: 292-293).
  
- **Die Entwicklung von Absicht:** Der Kursleiter leitet die Teilnehmenden an, wie sie mit einer bestimmten Absicht Achtsamkeit praktizieren können. Die meisten Patienten verfügen über die potenzielle Fähigkeit, Achtsamkeit zu entwickeln, wissen aber nicht, wie sie das bewerkstelligen sollen. Für Palliativpatienten bedeutet dies einen grundlegenden Wandel der Wahrnehmung hin zu sich selbst und dem eigenen Zustand. Dies beinhaltet aber auch, Gefühle wie Wut wahrzunehmen oder Gedanken zu registrieren, wie „Warum gerade ich?“. Mit der Zeit nehmen die meisten Patienten die Gedanken und Gefühle an. Hieraus können sich Empfindungen, wie Akzeptanz und Erleichterung einstellen (vgl. Bates 2012: 294).
  
- **Ausbildung einer auf Achtsamkeit basierenden Sitzpraxis:** Eine große Anzahl von Palliativpatienten nimmt Schmerzmedikamente ein. Dies kann bewirken, dass ihre Sinneswahrnehmungen gedämpft werden und sie schläfrig sind. Für viele Patienten bestehen deshalb Schwierigkeiten, die formellen Übungen durchzuführen. Stattdessen können **Kurzübungen zur Sinnesaufmerksamkeit** praktiziert werden, zum Beispiel:
  - Auf einen Gegenstand im Raum wird die Aufmerksamkeit gerichtet, beispielsweise ein Bild oder eine Blume. Danach wird der Teilnehmer angeleitet, die einzelnen Bestandteile, Nuancen oder Farbabstufungen achtsam zu betrachten.

- Sämtliche Geräusche innerhalb und außerhalb des Raumes werden aufmerksam wahrgenommen.
- Eine Rosine wird langsam gegessen. Dabei werden sämtliche Sinneindrücke registriert.

Auf diese Weise soll es allen Teilnehmenden ermöglicht werden, zumindest eine kurze Zeitspanne Achtsamkeit aufrechtzuerhalten, um im Verlauf des Kurses mit entstehenden Schwierigkeiten umgehen zu können (vgl. Bates 2012: 296).

- **Rückkehr in die Gegenwart:** Dies bedeutet, dass sich Palliativpatienten wieder auf ihren Körper einlassen. Eine geistige Abspaltung vom Körper ist oftmals ein Weg, um medizinische Behandlungsmaßnahmen ertragen zu können. Dadurch entsteht eine Diskrepanz zwischen Körper und Geist. Durch die Übung der Rückkehr zur gegenwärtigen Wahrnehmung (**Grounding Practice**) können Patienten wieder Kontrolle über körperliche und mentale Prozesse in ihrer stressbehafteten Lebenslage erlangen. Dies wird unter anderem beim Positionswechsel vom Sitzen zum Stehen praktiziert, wenn Angst aufkommt hinzufallen sowie in Situationen, in denen das Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt ist (vgl. Bates 2012: 294-295).
- **Übungen, um sich Schwierigkeiten zuzuwenden:** Kurse mit Patienten am Ende des Lebens weisen eine Reihe spezifischer Schwierigkeiten auf. So schlafen Patienten ein, sind unruhig oder geraten in eine emotionale Krisensituation. Wichtig ist, den Teilnehmenden das Gefühl zu vermitteln, dass die Achtsamkeitsgruppe einen Ort darstellt, in dem sie diese Zustände haben dürfen. Schwierigkeiten sollen aufmerksam, so wie sie sich im gegenwärtigen Moment manifestieren, betrachtet und sämtlichen Gedanken, Gefühlen und Wahrnehmungen mit Akzeptanz begegnet werden.
- Eine **Übung für unruhige Teilnehmer** wird nachfolgend beschrieben:
  - Die restlichen Teilnehmer setzen ihre Achtsamkeitsübungen fort.
  - Die unruhige Person richtet die Augen auf den Lehrer. Der Lehrer atmet in der selben Geschwindigkeit wie der Teilnehmer und rich-

tet die Aufmerksamkeit beim Atmen auf die selben Körperbereiche (zum Beispiel den Brustbereich).

- Der Lehrer sagt: „Beim nächsten Ausatmen lege ich meine Hand auf Ihre Hand.“ Danach fügt er an: „Beim nächsten Einatmen werde ich Ihre Hand leicht drücken.“
  - Der Lehrer drückt die Hand bei jedem Einatmen des Patienten. Langsam und allmählich passt er den Atem des Teilnehmers an seine eigene Atemfrequenz an, bis sie sich normalisiert hat (vgl. Bates 2012: 296-298).
- **Poesie und Erzählung:** Die Teilnehmer machen oftmals innere Erfahrungen, die sich nicht in Worten ausdrücken lassen. Durch Gedichte und Erzählungen wird die Vorstellungskraft angeregt. Dadurch können neue Ausdrucksweisen für die Erlebnisse entwickelt und in der Gruppe kommuniziert werden. Dies eröffnet die Möglichkeit, den Umgang mit leidvollen Erfahrungen zu erlernen. Bates nennt das Beispiel einer Teilnehmerin mit Mundhöhlenkrebs, die nicht mehr sprechen konnte. Als sie ein Gedicht von Rainer Maria Rilke hörte, führte sie an die Gruppe gewandte Gesten aus. Dann zeigte sie auf sich und schrieb auf einen Zettel „SADNESS“ (Bates 2012: 299). Gleichzeitig zeigte sie mit ihren Händen, dass diese Traurigkeit größer als sie selbst war (vgl. Bates 2012: 298-299).
- **Übungen zur Kultivierung von Freundlichkeit:**
- Die Teilnehmenden nehmen eine positive Wertschätzung für alle Menschen ein, die den Raum betreten.
  - Mit Neugierde betrachten sie die Tendenz des Geistes, sich selbst zu kritisieren.
  - Sie bringen Freundlichkeit sämtlichen Personen, die derzeit leiden, entgegen (vgl. Bates 2012: 299-300).
- **Die Achtsamkeitspraxis jemandem widmen:** Palliativpatienten denken häufig, dass sie eine Last für ihre Angehörigen darstellen oder machen sich Sorgen darüber, dass sie Nahestehende zurücklassen müssen. Die Achtsamkeitspraxis diesen nächsten Menschen zu widmen und ihnen

Freundlichkeit zu senden ist eine Möglichkeit, mit dieser Belastung umzugehen. Auch kann die Praxis anderen Patienten gewidmet werden, die bereits stationär aufgenommen worden sind. Dies kann einen positiven Effekt haben, wenn Teilnehmende später selbst auf die Palliativstation verlegt werden (vgl. Bates 2012: 300).

- **Übungen, um den Verlust eines Kursteilnehmers zu reflektieren:** Der Tod eines Teilnehmers kann im Palliativsetting zu jeder Zeit eintreten. Die Pflegedienstleitung nimmt dann an der Übungseinheit teil und teilt dies den Teilnehmenden mit. Danach können Details des Todes reflektiert sowie aufkommende Ängste besprochen werden. Im Anschluss erfolgen vertraute Achtsamkeitspraktiken und eine Widmung für den Verstorbenen (vgl. Bates 2012: 301).

Zusammenfassend lassen sich folgende Besonderheiten und Modifikationen identifizieren, die bei der Gestaltung eines Achtsamkeitskurses im Palliativsetting zu beachten sind: Bei der Auswahl der Teilnehmenden sollten die physischen und psychischen Einschränkungen und Grenzen der Patienten beachtet werden. Dementsprechend sollten diese bei der Gruppenzusammensetzung berücksichtigt und die Übungen darauf abgestimmt sein. Es sollte beachtet werden, dass die Gruppenmitglieder wechseln können und daher ein offenes Setting gewählt werden. Darüber hinaus sollten mögliche Unterbrechungen in den Ablauf einbezogen werden. Es ist zu überlegen, die Zeiteinheiten der einzelnen Übungsstunden kürzer zu gestalten, die Gesamtdauer der Kurse dafür aber unter Umständen länger auszurichten. Ergänzend zu den Standardübungen sollten Kurz- und Sonderübungen durchgeführt werden, zum Beispiel für unruhige Patienten oder beim Versterben eines Teilnehmers. Des Weiteren könnten eingeschränkt mobile Palliativpatienten die Achtsamkeitsübungen mithilfe von CD's und Handbüchern zu Hause absolvieren. Die Anleitungen und Reflexionen der Praxis können dann telefonisch durch den Lehrer erfolgen.

## **4.4 Achtsamkeitskurse für Mitarbeitende in der Palliativversorgung**

### **4.4.1 Belastungen und Anforderungen bei der Arbeit mit Sterbenden**

Mitarbeitende in Palliativeinrichtungen sind vielfach hohen Belastungen ausgesetzt. Zu den generellen Anforderungen im Gesundheitsbereich kommt hinzu, dass die Arbeit durch die tägliche Auseinandersetzung mit Erkrankungen im Endstadium sowie mit dem Versterben der Patienten gekennzeichnet ist. Die Versorgung und Begleitung der Palliativpatienten tritt an die Stelle von Heilung, wodurch der Eindruck für Teammitglieder entstehen kann, nicht genug bewirken zu können und machtlos zu sein. Auch können Ängste im Hinblick auf die eigene Sterblichkeit ausgelöst werden (vgl. Kruse, Petermann-Meyer 2009: 359).

Vachon identifizierte in einem Review über Stress in der Palliativversorgung die Arbeitsbedingungen als den Hauptstressor für die Mitarbeitenden (vgl. 1995: 109). Hierunter fällt eine mangelnde Kommunikation, fehlende Ressourcen oder eine unzureichende Unterstützung durch die Einrichtungsleitung. Weiterhin führt sie Rollenkonflikte oder unklare Zuständigkeitsbereiche an. Darüber hinaus nennt sie Belastungen hinsichtlich der Versorgung von Palliativpatienten. In diesem Zusammenhang erwähnt sie unter anderem Belastungen im Umgang mit Personen in Krisensituationen sowie eine übermäßige Identifikation mit dem Leid der Patienten (vgl. Vachon 1987: 245-246). Müller et al. erforschten in einer Befragung die Belastungsfaktoren von Mitarbeitenden in deutschen Palliativstationen. Am häufigsten wurden als starke und sehr starke Belastungen die Antworten „nicht erfüllter Anspruch der Palliativmedizin“ (z.B. psychosozial, medizinisch), „besondere Beziehung zum Patienten“ (z.B. Nähe, junge Patienten) und „Häufung von Todesfällen in einer Zeiteinheit“ genannt. Außerdem erwähnten die Befragten unter anderem „Lebenskrisen“ und „Erinnerung an Todesfälle im eigenen Umfeld“. Die drei am meisten genannten Auswirkungen auf Belastungen waren „Überredseligkeit als Reaktion auf den Tod von Patienten“, „Reizbarkeit“ sowie „erhöhte Spannungen zwischen den Berufsgruppen“. Weitere Nennungen waren darüber hinaus „Zynismus“ sowie „Rückzug“ (vgl. 2009: 602, 604).

Dennoch kommt Vachon in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass in der Palliativversorgung weniger Stress und Burnout im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens vorherrschen. Sie führt dies darauf zurück, dass in palliativen Einrichtungen traditionell Team unterstützende Maßnahmen als integraler Be-

standteil der Versorgung durchgeführt werden. Dies könnte einen positiven Effekt auf die Stressbelastung der Mitarbeitenden haben. Dennoch merkt sie in diesem Zusammenhang an, dass ein geringeres Stresslevel im Palliativsetting gerade nicht bedeutet, dass die unterstützenden Maßnahmen hinfällig wären. Diese stellen im Gegenteil eine wichtige Voraussetzung für die Gewährleistung einer effizienten Arbeit in diesem Bereich dar (vgl. Vachon 1995: 109).

In diesem Zusammenhang können Achtsamkeitsprogramme für die Teammitglieder in der Palliativversorgung eine unterstützende Rolle beim Umgang mit den Stressoren ihres Arbeitsumfeldes spielen.

#### **4.4.2 Auswirkungen von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten für Mitarbeitende**

In mehreren quantitativen und qualitativen Kontrollstudien untersuchten Cohen-Katz et al. (2004, 2005, 2005a) die Auswirkungen eines MBSR-Programms auf Stress und Burnout bei Mitarbeitenden in der Gesundheits- und Krankenpflege, die unter anderem in der Onkologie und Kardiologie eines akademischen Gemeinde-Krankenhauses beschäftigt waren (vgl. Cohen-Katz et al. 2005: 27, 29). Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe zeigten nach Programmende signifikante Verbesserungen beim Burnout-Kriterium „emotionale Erschöpfung“, sowie verbesserte Werte bei „persönliche Leistungsfähigkeit“ und „Depersonalisierung“. Die verbesserten Werte waren auch drei Monate nach Interventionsende feststellbar (vgl. Cohen-Katz et al. 2005: 31). Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung ergaben, dass das MBSR-Programm die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und Entspannung der Mitarbeitenden steigerte. Darüber hinaus war eine Verbesserung der privaten sowie der Arbeitsbeziehungen zu verzeichnen. In diesem Zusammenhang war eine gesteigerte Aufmerksamkeit feststellbar, die Pflegenden den gerade versorgten Patienten zukommen ließen, anstatt geistig schon bei den nächsten Aufgaben zu sein (vgl. Cohen-Katz et al. 2005a: 85-86).

In einer randomisierten Wartelistenkontrollstudie untersuchten Shapiro et al. (2005) die Auswirkungen eines Achtsamkeitskurses auf Mitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Verglichen mit der Kontrollgruppe zeigte die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung bei Stress und Selbst-Mitgefühl. Außerdem waren Verbesserungen bei Lebenszufriedenheit sowie eine Abnahme von Burnout und körperlichen Symptomen feststellbar. Viele



Teilnehmende bewerteten die Effekte des MBSR-Kurses auf ihr Leben positiv (vgl. Shapiro et al. 2005: 170-172). Eine Person gab an: „Originally I signed up for this class to learn how to deal with my stress at work. What I have learned is by taking care of me, the stress just falls away.“ (Shapiro et al. 2005: 176). Grenzen der Studie bestanden im Fehlen einer aktiven Kontrollgruppe. Außerdem wurden die langfristigen Auswirkungen des Programms nicht erforscht, zum Beispiel um festzustellen, inwieweit die positiven Effekte des Achtsamkeitsprogramms zu einer verbesserten Patientenversorgung beitragen (vgl. Shapiro et al. 2005: 172).

Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der eigenen Person ist generell die Voraussetzung für die Mitarbeitenden, um sich um die Patienten und deren Angehörigen kümmern zu können (vgl. Shapiro, Carlson 2011: 171). Vachon vertritt die Meinung, dass Mitarbeitende durch eine fehlende Bewusstheit für sich selbst und die Umwelt den Blick für die Gesamtzusammenhänge der Arbeit verlieren können, eher arbeitsbedingte Stresssymptome entwickeln, mitfühlendes Verhalten als eine zusätzliche Arbeitsbürde empfinden und einer größeren Gefahr ausgesetzt sind, Symptome wie etwa Burnout zu entwickeln (vgl. 2011: 459).

Mit Hilfe der Praxis von Achtsamkeit erfahren die Mitarbeitenden, dass sie Situationen nicht lösen müssen, sondern diese so akzeptieren können, wie sie sich im gegenwärtigen Augenblick darstellen. Dadurch haben sie die Möglichkeit, sich den Patienten mit mehr Präsenz und Bewusstheit zuzuwenden. Darüber hinaus werden die eigenen Bedürfnisse und Limitierungen aufmerksamer wahrgenommen (zum Beispiel wenn die Grenzen der eigenen Belastbarkeit erreicht sind) (vgl. Shapiro, Carlson 2011: 174-175). Achtsamkeit ermöglicht es Mitarbeitenden, mit der Unausweichlichkeit des Todes der Patienten - und letztendlich der eigenen Endlichkeit des Lebens - umgehen zu lernen. Auf diese Weise können sie der Auseinandersetzung der Sterbenden bezüglich ihrer Angst und Ungewissheit mit mehr Akzeptanz und Offenheit begegnen (vgl. Bruce, Davies 2005: 1338-1339). Außerdem lassen sich durch die Entwicklung von Aufmerksamkeit Spannungen innerhalb des Teams frühzeitiger identifizieren, wodurch ein Beitrag zu verbesserten Arbeitsstrukturen geschaffen werden kann (vgl. Vachon, Müller 2009: 257).

#### **4.5 Achtsamkeitskurse für pflegende Angehörige**

Lebensbedrohliche irreversible Erkrankungen haben nicht nur Auswirkungen auf die Betroffenen und die Personen, die beruflich in der Palliativversorgung tätig sind, sondern auch auf die nahe stehenden Menschen der Patienten.

Ehepartner, Kinder, Verwandte und Freunde sind vielfach diejenigen Personen, die die tägliche Versorgung und Unterstützung leisten (vgl. National Institute For Clinical Excellence 2004; Brandstätter, Fischinger 2012: 38). Dies bedeutet, dass sie ein hohes Maß an Zeit, Kraft und finanziellen Mitteln über einen langen Zeitraum aufwenden müssen. Die Aufgaben sind oftmals physisch und psychisch belastend. Anhaltende Leidenszustände der Betreuten, die Anforderungen durch die Pflege, die Angst vor Verlust sowie körperliche Einschränkungen älterer pflegender Angehöriger können die Gesundheit der Angehörigen beeinträchtigen (vgl. Schulz, Martire 2004: 240, 242). Dabei bedürfen nahe stehende Menschen einer Betreuung (care-recipients), leisten aber oftmals gleichzeitig die Pflege der Patienten (care-givers) (vgl. Brandstätter, Fischinger 2012: 38). Hinzu kommt, dass Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse vielfach zurückstellen (vgl. National Institute For Clinical Excellence 2004).

In einer von Oken et al. durchgeführten Studie (2010) wurde die Wirkung eines Achtsamkeitsprogramms auf pflegende Angehörige von Demenzkranken untersucht. Als aktive Kontrollgruppe diente ein Schulungsprogramm zur Selbstfürsorge von Angehörigen. Außerdem erfolgte ein Vergleich mit einer Gruppe, welche wöchentlich eine dreistündige Auszeit von der Pflege einlegte (vgl. Oken et al. 2010: 1032-1033). Sowohl bei der Achtsamkeitsgruppe als auch bei der Selbstfürsorge-Gruppe war nach Programmende eine Stressverminderung festzustellen. Außerdem zeigte sich ein erhöhtes Selbstvertrauen der Pflegenden und eine Verbesserung von kognitiven Werten. Die Programme hatten keinen Einfluss auf die Achtsamkeit der Teilnehmenden. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass grundsätzlich eine positive Korrelation zwischen Achtsamkeit und Stimmung sowie ein negativer Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Stresswerten bestand. Eine Schwäche der Studie lag laut den Autoren in der Homogenität der Studiengruppe, zum Beispiel war der überwiegende Teil der Teilnehmenden weiblichen Geschlechts. Dies erschwert eine Generalisierung der Ergebnisse (vgl. Oken et al. 2010: 1034-1037). Allerdings ist zu beachten, dass die Angehörigenpflege meistens von Frauen geleistet wird.

Der Forschungsgegenstand einer von Birnie et al. durchgeführten Studie bestand in der Untersuchung der Auswirkungen eines MBSR-Kurses auf Krebspatienten und ihre Partner (2010). Nach dem Absolvieren des Achtsamkeitskurses war eine Korrelation zwischen erhöhten Werten für Achtsamkeit bei den Patienten und einer Abnahme von Stimmungsstörungen der Angehörigen feststellbar. Umgekehrt war dies nicht der Fall. Dies könnte laut den Forschern darauf zurückzuführen sein, dass die Lebenspartner sehr sensibel auf den psychischen Zustand der Patienten sowie deren Fähigkeit, im gegenwärtigen Augenblick zu leben, reagierten. Die Ergebnisinterpretation ist im Hinblick auf die geringe Anzahl der Studienteilnehmer und das Fehlen einer Kontrollgruppe zu betrachten (vgl. Birnie et al. 2010: 1008).

Achtsamkeitsprogramme könnten eine Methode darstellen, mit deren Hilfe pflegenden Angehörige vermittelt werden kann, für sich selbst zu sorgen (vgl. McBee 2009: 437). McBee berichtet in diesem Zusammenhang, dass viele Achtsamkeitskurse zu einer Reduzierung von körperlichen Beschwerden beitragen. Außerdem verbessert sich die Zufriedenheit, die Angehörige mit ihrer Rolle als Pflegende haben. Die Angehörigen lernen, sich auf die Gegenwart zu konzentrieren, anstatt sich Sorgen über die Vergangenheit und die Zukunft zu machen (vgl. 2009: 437-438). Eine Kursteilnehmerin drückte dies folgendermaßen aus: „I feel less anxious about stresses than I formerly did. I think about “riding the waves“ instead of getting anxious about them or „fighting“ the waves. I feel less responsible for my husband’s well-being.” (McBee 2009: 438).

Die Durchführung und Gestaltung von Achtsamkeitskursen in der Palliativversorgung könnte einen zukünftigen Aufgabenbereich der Palliativpflege darstellen. Die formellen Vorgaben sowie die berufsbedingten Voraussetzungen für die Durchführung von Achtsamkeitskursen durch die Gesundheits- und Krankenpflege werden im Nachfolgenden beschrieben. Im Anschluss werden Auswirkungen und Möglichkeiten im Hinblick auf eine weitere Professionalisierung des Berufsstandes dargestellt.

## **5 Die Durchführung von Achtsamkeitskursen als Aufgabenfeld für die Palliativpflege**

### **5.1 Formelle Bedingungen und Inhalte der Weiterbildung zur Kursleitung für Achtsamkeit**

#### **5.1.1 Zulassungsvoraussetzungen für die Leitung von Achtsamkeitskursen**

Als berufliche und persönliche Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Lehrer- und Lehrerinnen Weiterbildung für MBSR werden vom Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung, das im deutschsprachigen Raum Fortbildungen anbietet, folgende Punkte genannt:

- Abgeschlossene Berufsausbildung im psychosozialen Bereich, in der Pädagogik, im Gesundheitswesen oder ähnlichen Professionen.
- Vor Beginn der Weiterbildung mindestens zwei Jahre Meditationspraxis (z.B. Achtsamkeitsmeditation).
- Mindestalter 30 Jahre.
- Etwas Erfahrung in meditativer Körperarbeit (z.B. Yoga, Tai Chi).
- Teilnahme an einer Orientierungsveranstaltung (vgl. Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung 2013a).

Um einen MBCT-Kurs unterrichten zu können, sind weitere Voraussetzungen notwendig. Beispielsweise müssen Mitarbeitende im Gesundheitswesen, die mit depressiven Patienten arbeiten (zum Beispiel Personen, die in der Psychiatrie tätig sind) Supervision erhalten (vgl. Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung 2013b). Pflegekräfte könnten diese Aufgabe übernehmen.

Die formellen Voraussetzungen für die Weiterbildung zum Kursleiter sind somit für Pflegekräfte beim Vorliegen bestimmter Bedingungen erfüllt.

#### **5.1.2 Inhalte eines Weiterbildungskurses zum MBSR-Lehrer**

Das Ziel der Weiterbildung besteht darin, die Teilnehmenden zu befähigen, selbst MBSR-Kurse leiten zu können (vgl. Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung 2013). Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass die Personen, welche

Achtsamkeitspraktiken lehren, diese auch selbst formell und im Alltag praktizieren. Nur so kann ein Verständnis für die Schwierigkeiten und Herausforderungen entstehen, mit denen sich die Kursteilnehmer auseinandersetzen (vgl. Kabat-Zinn 2009: 55).

Im Verlauf der MBSR-Lehrer Weiterbildung am Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung werden folgende Inhalte vermittelt und praktisch geübt:

Es werden die Bestandteile und der Ablauf eines MBSR-Kurses dargestellt. Der Body-Scan, die Sitzmeditation, Yoga und achtsame Körperarbeit werden praktisch geübt und die Anleitungen für die zukünftigen Kursteilnehmer unterrichtet. Weitere Themenschwerpunkte sind: Umgang mit den Schwierigkeiten der Teilnehmer, Stress als Gegenstand des Kurses, die Gestaltung des Vorgesprächs, der Umgang mit den Gefühlen der Schüler, didaktische Gesichtspunkte hinsichtlich der Gestaltung des Kurses, die Lehrer/Schüler Beziehung, die Supervision des eigenen Unterrichts sowie die Eigenmotivation, MBSR zu unterrichten. Darüber hinaus erstellen alle Teilnehmenden im Verlauf der Weiterbildung ihr individuelles Kursprogramm (vgl. 2013c).

## **5.2 Berufliche Voraussetzungen der Palliativpflege für die Übernahme von Achtsamkeitskursen**

Die Palliativpflege verfügt über Voraussetzungen zur Durchführung von Achtsamkeitskursen im Palliativsetting. Diese werden nachfolgend dargestellt.

### **5.2.1 Definition und Aufgabenbereiche der Gesundheits- und Krankenpflege**

Dorothea Orem definiert die Gesundheits- und Krankenpflege folgendermaßen: “Nursing is an art through which the practitioner of nursing gives specialized assistance to persons with disabilities of such a character that more than ordinary assistance is necessary to meet daily needs for self-care and to intelligently participate in the medical care they are receiving from the physician. The art of nursing is practiced

- by doing for the person with the disability,
- by helping him to do for himself and/or
- by helping him to learn how to do for himself.

- Nursing is also practiced by helping a capable person from the patient's family or a friend of the patient to learn how to do for the patient.

Nursing the patient is thus a practical and didactic art." (McLaughlin Renpenning, Taylor 2003: 6).

Als Pflegehandlungen nennt Orem unter anderem die psychologische Unterstützung von Patienten, die Gestaltung eines entwicklungsförderlichen Umfeldes, das Unterrichten sowie die Anleitung weiterer Personen (vgl. 1997: 331). Darüber hinaus unterstützt die Pflege Personen dabei, mit Erkrankungen, Krisen, Invalidität und deren Behandlung und Pflege umzugehen und fertig zu werden (vgl. Gogl, Stadelmann-Buser 1993: 17). Auf diese Weise sollen Patienten befähigt werden ihr „Leben als wertvoll und sinnvoll [zu] erleben und es dementsprechend gestalten [zu können]“ (Heffels 2007: 17). Dies schließt den Umgang mit chronischen Erkrankungen sowie die Bewältigung der letzten Phase des Lebens mit ein (vgl. Heffels 2007: 17).

Diese Inhalte pflegerischen Handelns kommen auch im Rahmen von Achtsamkeitskursen zur Anwendung.

### **5.2.2 Gesundheits- und Krankenpflege als sozial- und geisteswissenschaftliche Profession**

Da die Erfahrung und die Bewältigung von Krankheiten im Fokus der pflegerischen Interventionen stehen, die sich auf interpersonelle Beziehungen gründen, ist die Gesundheits- und Krankenpflege wissenschaftlich betrachtet eher den Sozial- und den Geisteswissenschaften zuzuordnen (vgl. Bartholomeyczik o.J.: 7; Friesacher 1996: 34). Trotz der naturwissenschaftlichen Ausrichtung vieler Pflegemaßnahmen werden die beruflichen Handlungen stets in einem psychosozialen Kontext ausgeübt. Darüber hinaus bezieht die Pflege, da sie sich an den Ressourcen der Patienten orientiert, die Umwelt der zu Pflegenden mit ein, beispielsweise die Angehörigen oder den Lebensraum (vgl. Bartholomeyczik o.J.: 7).

Käppeli beschreibt in ihrem humanistischen Pflegemodell ein Konzept für die Gesundheits- und Krankenpflege, das die bio-medizinischen Gesichtspunkte der Pflege in die sozial- und geisteswissenschaftlichen Anteile integriert. Auf diesem Wege soll die Pflege auch für Menschen gewährleistet werden, welche durch die somatische Medizin nicht mehr behandelt werden können, beispielsweise Men-

schen mit unheilbaren und chronischen Erkrankungen, Sterbende oder Hochbetagte. Dies soll erreicht werden durch die Förderung der individuellen Ressourcen anstatt einer rein somatischen Defizitorientierung (vgl. Gogl, Stadelmann-Buser 1993: 17). Pflege beschäftigt sich dabei sowohl mit dem „objektiven Leiden“ (Gogl, Stadelmann-Buser 1993: 19), das durch die Erkrankung ausgelöst wurde, als auch mit dem „subjektiven Erleben( ) von Leiden“ (Gogl, Stadelmann-Buser 1993: 19). Die Vorbeugung und die Linderung des Leidens sind hierbei wesentliche Aktivitäten, denen sich die Pflegekräfte widmen sollten (vgl. Gogl, Stadelmann-Buser 1993: 19). Auf der bio-medizinischen Ebene wird dies erreicht durch die Aufrechterhaltung körperlicher Funktionen. Die sozial- und geisteswissenschaftliche Ebene beinhaltet das Erleben und die Reaktionen der Patienten auf gesundheitliche Beeinträchtigungen. Das Ziel der Interventionen ist hierbei immer die Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Gogl, Stadelmann-Buser 1993: 18). Das Tätigkeitsspektrum der Palliativpflege deckt dabei sämtliche vom National Institute For Clinical Excellence (NICE) genannten physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Unterstützungsmaßnahmen ab (vgl. 2004).

Pflege und Medizin arbeiten eng bei der Versorgung und Behandlung der Patienten zusammen. Im Unterschied zur somatischen Medizin sind die Aktivitäten der professionell Pflegenden allerdings von einem anderem Paradigma geprägt. Während sich ärztliches Handeln überwiegend an Körperfunktionen und deren Beeinträchtigungen ausrichtet, sind die pflegerischen Tätigkeiten vielfach von einem engen Kontakt zu den Patienten und deren Angehörigen bestimmt (vgl. Friesacher 1996: 34). Der Beziehung zwischen den Pflegekräften und den Patienten kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Dies ist auch in der Palliativpflege der Fall.

### **5.2.3 Der Beziehungsaspekt der Palliativpflege**

Das Verhältnis zwischen Gepflegten und Pflegenden ist zu einem großen Teil durch vertrauliche physische und psychische Kontakte geprägt (vgl. Wittrahm 1990: 216). Der Pflegeprozess gründet sich dabei auf die Beziehung der Beteiligten, da „alles pflegerische Handeln als kommunikatives Handeln nur im Medium der Beziehung geschehen kann“ (Wittrahm 1990: 214). Die jeweiligen Pflegehandlungen umfassen wiederum Interaktionen. Das bedeutet, dass die auf die andere Person gerichteten Handlungen wechselseitige Effekte haben können. Durch verbale (z.B. Sprache) und nonverbale Kommunikation (z.B. Berührungen beim

Verbandwechsel) kommt hierbei die Beziehung zwischen den Akteuren zum Ausdruck (vgl. Zielke-Nadkarni 2007: 164-165).

In der Palliativpflege herrscht in der Regel eine intensive Art der Beziehung zu den Patienten vor. Im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung ist hier neben den pflegerisch-medizinischen Aspekten der Pflege die psychosoziale Betreuung von großer Bedeutung. Pflegekräfte haben den häufigsten Patientenkontakt, der sich in der terminalen Phase der Erkrankung durch die Intensivierung der Versorgungsmaßnahmen weiter ausweiten kann (vgl. Kern 2001: 345). Durch den engen Kontakt zwischen der Pflegekraft und den Palliativpatienten sowie deren Angehörigen wird hierbei die Möglichkeit eröffnet, eine „vertrauensvolle“ (Deutsche Krebshilfe 2012: 31) Beziehung zu entwickeln, in der belastende Erfahrungen und Ängste artikuliert werden können (vgl. Deutsche Krebshilfe 2012: 31-32). Dem entsprechen die Erwartungen von Pflegebedürftigen. In einer Untersuchung an Krebspatienten konnte gezeigt werden, dass diese emotionale Erleichterung, Zugewandtheit und Zuverlässigkeit erwarten. Darunter wurde unter anderem Zuhören, Gespräche, Mitgefühl, Zuneigung, aber auch Selbstbestimmung verstanden (vgl. Fierdag 1999: 134).

Tsang et al. nennen die sehr enge Beziehung und den häufigen Patientenkontakt, den professionell Pflegende in der Palliativversorgung haben, als geeignete berufliche Voraussetzungen, um in diesem Bereich Achtsamkeitsübungen als „ergänzende Pflegeintervention“ durchführen zu können (vgl. 2012: 2695). Denn der Erfolg von Achtsamkeitskursen beruht unter anderem auf einer gelungenen Lehrer/Schüler- Beziehung (vgl. Turk, Feldman 2009: 478; Weiss, Harrer 2010: 23). Nagele und Feichtner geben Vertrauen als Grundlage für eine berufsmäßige Beziehung in der Palliativpflege an. Sie nennen in diesem Zusammenhang als Beispiel die Versorgung bei Schmerzen durch nicht-pharmakologische Interventionen (z.B. Meditationen) und Patienten-Schulungen (vgl. 2009: 164).

Dabei sollte die Beziehung von einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Nähe und Distanz geprägt sein. Die Mitarbeitenden sollten bestrebt sein, eine Beziehung zu sterbenden Menschen herzustellen, die durch Nähe gekennzeichnet ist, im selben Maße aber durch das Einhalten einer professioneller Distanz die Persönlichkeit der Patienten respektiert (vgl. Leufgen 2010: 69). Die Kultivierung von Achtsamkeit im Rahmen von MBSR-Kursen könnte den Beziehungsaspekt steigern, weil sie die Aufmerksamkeit der Pflegekräfte den Patienten gegenüber



stärkt. Andererseits erhöht Achtsamkeit die Fähigkeit zur eigenen Selbstfürsorge und Entspannung. Dies kann die professionelle Distanz fördern, indem eine Überidentifikation mit der Situation der Patienten vermieden wird. Dadurch können Belastungen reduziert werden (siehe Kapitel 4.4).

#### **5.2.4 Zur Eigenständigkeit palliativpflegerischer Tätigkeiten**

Maßnahmen, die Achtsamkeitspraktiken zum Inhalt haben, sind im Rahmen einer eigenständigen Aufgabengestaltung durch die Palliativpflege möglich.

Heuwinkel-Otter et al. bezeichnen die Palliativpflege aufgrund ihres erweiterten Tätigkeitsspektrums als „therapeutische Pflege“ (2006a: 66), welche sich über die reine medizinische Versorgung der Auswirkungen somatischer Erkrankungen erstreckt. Maßnahmen können vielfach ohne ärztliche Kooperation erfolgen, beispielsweise Pflegeinterventionen in Zusammenhang mit der Unterstützung in Krisensituationen (vgl. 2006a: 66). Hasseler hebt darüber hinaus hervor, dass Prävention zu den ursprünglichen Aufgabenbereichen der Gesundheits- und Krankenpflege gehört (vgl. 2006: 51). Vorbeugende Interventionen sollen zur Bewältigung von Erkrankungen beitragen, eine Stärkung der Ressourcen chronisch Kranker und betagter Menschen bewirken sowie die Lebensqualität verbessern (vgl. Braun 2004: 4-5). Während bei der primären Prävention die Vorbeugung vor Krankheiten Gegenstand ist, soll mit der sekundären Prävention Krankheitsfolgen vorgebeugt und Komplikationen verhindert werden. Die tertiäre Prävention hat die Verhütung der Krankheitsverschlechterung durch die Förderung der Ressourcen zum Inhalt (vgl. Orem 1997: 141). Zu den pflegerischen Tätigkeiten der sekundären Prävention zählt Hasseler unter anderem die allgemeine Palliativpflege sowie die Sterbe- und Trauerbegleitung. Die Betreuung von demenziell Erkrankten rechnet sie der tertiären Prävention zu. Unter den Aufgaben der primären Prävention listet sie die Unterstützung von Angehörigen auf (vgl. 2006: 54). Diese Tätigkeiten stellen laut der Autorin „eigenständige professionelle Dienstleistungen“ (Hasseler 2006: 51) dar.

Für Mitarbeitende in der Palliativpflege können somit die formellen und beruflichen Voraussetzungen gegeben sein, selbständig und eigenverantwortlich Achtsamkeits-Kurse durchzuführen. Die vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient schafft geeignete Voraussetzungen für die Leitung von Acht-

samkeitskursen als ergänzende Pflegeintervention. Das Einüben von Achtsamkeit kann darüber hinaus ein professionelles Nähe-Distanz-Verhältnis zwischen Pflegekraft und Patient fördern.

Dieses neue Aufgabengebiet könnte die Professionalisierung des Berufsstandes unterstützen.

### **5.3 Die Leitung von Achtsamkeitskursen als Beitrag zur Professionalisierung der Pflege**

#### **5.3.1 Professionalisierung: Definition und Merkmale**

Die Gesundheits- und Krankenpflege erfüllt sämtliche soziologischen Kriterien, die für einen Beruf charakteristisch sind: Erwerbstätigkeit, gesetzliche Berufsausbildung, definierte Tätigkeitsausübung sowie die Organisation in berufsständischen Interessenvertretungen.

Professionalisierung bedeutet als weiterer Schritt die Entwicklung eines Berufes hin zu einer wissenschaftlichen Fachrichtung (vgl. Isfort 2007: 37). Dieser Prozess ist unter anderem durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- **Die Angehörigen einer Profession erbringen zentralwertbezogene Leistungen.** Diese Leistungen sind für die gesellschaftliche Entwicklung von Bedeutung und können ausschließlich durch den jeweiligen Berufszweig erbracht werden. Der Zentralwert der Gesundheits- und Krankenpflege ist die Gesundheit. Interventionen erfolgen bei Pflegebedürftigkeit von Menschen, indem die Befähigung zur Selbstpflege gefördert wird, Fähigkeiten des täglichen Lebens bewahrt werden und die Autonomie der Patienten erhalten wird.
- **Das berufsspezifische Wissen wird systematisiert und weiterentwickelt.** Alle Mitglieder der Profession haben Zugang zum Wissen und können es erwerben. Dies geschieht durch Ausbildungen und Studiengänge. Die Forschung und Entwicklung des pflegerischen Wissens erfolgt beispielsweise durch die Pflegewissenschaft sowie durch pflegebezogene Studiengänge.
- **Der Beruf verfügt über Unabhängigkeit und eine eigenständige Administration.** Es existiert ein berufseigenes Ausbildungs- und Prüfungswesen, das die Voraussetzungen für die Berufsausübung erstellt. Berufsei-

gene Kammern stellen darüber hinaus eine Form der unabhängigen Administration und Interessenvertretung dar, beispielsweise die Pflegekammern in Großbritannien (United Kingdom Central Council – UKCC). In Deutschland existiert zur Zeit keine Pflegekammer (vgl. Isfort 2007: 38).

Die Gesundheits- und Krankenpflege verfügt nicht über sämtliche Merkmale einer Profession, zum Beispiel das Fehlen einer vollständigen Berufsautonomie (vgl. Winter et al. 2005: 11) und wird deshalb als „Semiprofession“ bezeichnet (vgl. Winter et al. 2005: 9). Es wird jedoch Kritik an der oben genannten Auflistung geäußert, da der Fokus zu sehr auf Tätigkeitskatalogen und -mustern liegt, anstatt die Gestaltung der Aufgabenausführung in den Blick zu nehmen (vgl. Isfort 2007: 38).

Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeerweiterungsgesetz) (PfWG) wird eine Aufgaben- und Kompetenzerweiterung für die Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland verlangt (vgl. Friesacher 2009: 177). Das Gesetz sieht erstmals eine Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte im Rahmen von Modellvorhaben vor (vgl. PfWG 2008: 903). Zu den heilkundlichen Tätigkeiten wird unter anderem die psychosoziale Versorgung von Patienten und Angehörigen gezählt (vgl. Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V 2012: 37-38). Dies könnte ein Anstoß dazu sein, den Tätigkeitskatalog der Pflege zu erweitern, zusätzliche Kernkompetenzen zu erwerben und das Berufsbild weiter aufzuwerten.

### **5.3.2 Die Professionalisierung der Pflege am Beispiel von Advanced Nursing Practice (ANP)**

Ein Beispiel für ein Modell der Aufgaben- und Kompetenzerweiterung zur weiteren Professionalisierung der Pflege besteht im Konzept der **Advanced Nursing Practice (ANP)** („Erweiterte Pflegepraxis“). Hierbei führen Pflegefachkräfte (Nurse Practitioners), die einen akademischen Grad besitzen, selbständige Versorgungsaufgaben in spezifischen Bereichen der Gesundheitsversorgung aus (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2007: 9). In der Definition des International Council of Nurses (ICN) wird dazu weiter ausgeführt: “A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert

knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master's degree is recommended for entry level.” (2013). Auf diesem Wege können neue Aufgabengebiete für die Gesundheits- und Krankenpflege erschlossen werden. Dadurch besteht die Möglichkeit, Schnittstellen im Gesundheitswesen zu belegen. Außerdem wird die interdisziplinäre Arbeit gefördert (vgl. Spirig, De Geest 2004: 233).

### **Die Advanced Nursing Practice beinhaltet drei Merkmale:**

- **Spezialisierung:** Die Pflegefachkräfte spezialisieren sich auf bestimmte Patientengruppen oder Fachgebiete, zum Beispiel chronische Krankheiten oder Onkologie. Sie verfügen über das jeweilige Fachwissen (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2007: 11).
- **Erweiterung:** Die Pflegepraxis wird an die spezifischen Bedürfnisse der betreuten Patienten angeglichen (vgl. Spirig, De Geest 2004: 234). Dies beinhaltet unter anderem Beratungs- und Schulungsmaßnahmen. Auf diesem Wege kann die Selbständigkeit von Patienten und Angehörigen gefördert werden (vgl. Seidl 2004: 21).
- **Fortschritt:** Die Spezialisierung und die Erweiterung der Pflegepraxis liefern Impulse für den Ausbau einer professionalisierten Pflege. Durch die akademische Ausbildung der Pflegekräfte kann ein Praxistransfer von Forschungsergebnissen erfolgen (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2007: 11).

Im Rahmen einer „Erweiterten Pflegepraxis“ wäre die Durchführung von Achtsamkeitskursen durch Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege denkbar. Die Merkmale „Spezialisierung“, „Erweiterung der Pflegepraxis“ sowie „Fortschritt“ könnten im Rahmen der Übernahme der Aufgaben erfüllt werden, wobei die Leitung von Achtsamkeitskursen auch Pflegekräften mit nicht-akademischer Ausbildung offen steht.

Dies könnte zur Professionalisierung des pflegerischen Arbeitsbereichs beitragen.

### **5.3.3 Achtsamkeitskurse als Bausteine einer professionalisierten Palliativpflege**

Eine professionalisierte Aufgabenerweiterung im Rahmen der Übernahme von Achtsamkeitsprogrammen ist aus weiteren Gründen sinnvoll: Die Veränderungen im Gesundheitswesen stellen die Pflege vor neue Herausforderungen. Vor allem die veränderte Patientenstruktur - bedingt durch die demographische Entwicklung, die Zunahme an chronischen Krankheiten und an multi-morbiden Patienten - führt zu einer aufwendigeren Versorgung. In diesem Zusammenhang sind neue Aufgabengebiete erforderlich, die die Pflege an die veränderten Bedingungen anpassen; unter anderem in der Palliativversorgung (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Die Tätigkeitserweiterung sollte aber nicht zu einer „Segmentierung des Versorgungssystems“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007) führen. Vielmehr sollten laut Stemmer und Böhme ganze Aufgabengebiete übernommen werden, da die ausschließliche Durchführung zusätzlicher Einzelaktivitäten zu weiteren Schnittstellenverlusten führen würde. Dies sollte aber nicht im Rahmen einer „Angleichung“ an einen ärztlichen Status erfolgen, sondern innerhalb der Entwicklung des pflegerischen Berufsfeldes (vgl. 2008: 199-200).

So wäre eine Erweiterung von Aufgaben der Palliativpflege unter anderem im Rahmen der bestehenden psychosozialen Betreuung von Patienten und Angehörigen denkbar (siehe Kapitel 2.7). Dies könnte beispielsweise im Rahmen der Übernahme des Tätigkeitsfeldes „Achtsamkeitsschulung“ geschehen. Durch neue Qualifikationen könnte die Pflege eine professionelle Aufwertung erfahren, wenn Mitarbeitende in der Palliativpflege Experten in diesem Bereich würden.

Neue Aufgabenkomplexe hätten darüber hinaus eine Ausweitung von Kompetenzen und Entscheidungsbefugnissen zur Folge (vgl. Stemmer, Böhme 2008: 199). Friesacher nennt eine Erweiterung von Aufgabenfeldern als mögliche Stufe auf dem Weg zur Professionalisierung der Pflege. Er gibt in diesem Kontext aber zu bedenken, dass gesamtgesellschaftliche Bedingungen im Hinblick auf einen Professionalisierungsprozess zu hinterfragen sind. So sind beispielsweise geeignete Grundlagen zu schaffen, die eine weitere Professionalisierung der Pflege begünstigen und die Eigenständigkeit des Berufes fördern. Hier wäre ein angemessener Stellenschlüssel sowie eine monetäre Aufwertung pflegerischer Tätigkeiten zu nennen. Darüber hinaus müsste die Unabhängigkeit pflegerischen Handelns auch

in der Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen Niederschlag finden (vgl. 2009: 180-181). Dies trifft auch auf die Palliativpflege zu.

In der Palliativversorgung bestehen bereits Voraussetzungen für förderliche Arbeitsbedingungen durch einen günstigeren Stellenschlüssel (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2007; Deutsche Krebshilfe 2012: 31). Darüber hinaus werden hier Arbeitsmethoden, die aus der Hospizbewegung stammen, als Grundlage für eine professionalisierte Arbeitspraxis und Pflegelehre genutzt. Ein Beispiel besteht in der Pflegebeziehung von Palliativpflegekräften zu den Patienten und deren Angehörigen (vgl. Student, Napiwotzky 2011: 31). Diese Professionalisierungsmerkmale könnten auch bei der Durchführung von Achtsamkeitskursen Anwendung finden. Allerdings sollte beachtet werden, dass auch Palliativpflegekräfte Belastungsfaktoren, wie fehlende Ressourcen oder mangelnde Unterstützung durch die Einrichtungsleitung angeben (siehe Kapitel 4.4.1).

Der Professionalisierungsprozess der Pflege sollte auf gesamtgesellschaftlicher Ebene sowie durch die Institutionen des eigenen Berufsfeldes gefördert werden. Für die Etablierung von Achtsamkeitskursen als Baustein einer professionalisierten Pflege würde das beispielsweise bedeuten, die Weiterbildung zur MBSR-Kursleitung zeitlich und finanziell zu gewährleisten, räumliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen sowie weitere förderliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

## **6 Resümee**

In der vorliegenden Arbeit wurde die Anwendung von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten innerhalb der Palliativversorgung dargestellt, sowie die Bedeutung, die der Palliativpflege bei der Durchführung zufallen könnte. Zu diesem Zwecke wurde die bestehende wissenschaftliche Literatur in Bezug auf den derzeitigen Forschungsstand untersucht.

Zu Beginn wurde ein Überblick über die Palliativversorgung gegeben. Dabei konnte die Aufrechterhaltung der Lebensqualität von Sterbenden als primäre Zielgröße der Versorgung identifiziert werden, an der sich der überwiegende Anteil palliativer Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen ausrichtet.

Danach erfolgte eine Darstellung von achtsamkeitsbasierten Interventionen. Die Methode der „Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion“ (MBSR) wurde eingehend

beschrieben und es erfolgte ein Überblick über weitere Programme, die Achtsamkeit als Grundlage haben. Daran anschließend wurde aufgezeigt, welche Wirkmechanismen „Achtsamkeit“ zu Grunde liegen können und welche Einsatzbereiche bestehen.

Im folgenden Kapitel wurden die Anwendungsmöglichkeiten von achtsamkeitsbasierten Gruppenangeboten innerhalb der Palliativversorgung beschrieben.

Zu Anfang wurde dargelegt, dass die Kultivierung von Achtsamkeit durch die Hinwendung zum gegenwärtigen Augenblick von Bedeutung für Menschen am Ende des Lebens sein kann. Dies bestätigen Forschungsergebnisse, die sich auf die Wirkungen von Achtsamkeit mit Relevanz für Palliativpatienten beziehen. In diesem Zusammenhang konnten überwiegend positive Effekte von Achtsamkeitsprogrammen identifiziert werden. Demzufolge ist anzunehmen, dass die Teilnahme an Achtsamkeitskursen entsprechend positive Wirkungen auf die Lebensqualität von Palliativpatienten haben kann. Dies bezieht sich auf sämtliche Bedürfnisse, die das National Institute For Clinical Excellence im Bezug auf die Unterstützung von Sterbenden nennt; so im Hinblick auf den physischen Zustand (z.B. Verminderung von Schmerzen), das psychische Befinden (z.B. Umgang mit Angst), soziale Bedürfnisse (z.B. durch einen gruppenspezifischen Prozess) sowie die Lebenssituation (z.B. hinsichtlich Sinnfindung).

Dennoch sind in Zukunft ausgedehntere Forschungsaktivitäten notwendig, um die derzeitigen Ergebnisse eingehender zu untersuchen. Dazu ist es notwendig, weitere randomisierte Kontrollgruppen-Studien durchzuführen, die explizit Achtsamkeitsgruppen im Palliativsetting zum Gegenstand haben und die längerfristige Auswirkungen der Interventionen erforschen.

Anschließend wurde exemplarisch beschrieben, wie ein Achtsamkeitsprogramm für Palliativpatienten in der Praxis zu gestalten wäre. In diesem Zusammenhang wurden die Voraussetzungen für die Durchführung der Kurse, mögliche Modifikationen sowie der Ablauf eines Kurses dargestellt. Außerdem erfolgte eine Erörterung von Grenzen des Programms und Kontraindikationen für Patienten.

Dabei zeigte sich, dass bei der Gestaltung der Kurse im Palliativsetting spezifische Modifikationen und Anpassungen an die Möglichkeiten der Teilnehmenden vorgenommen werden sollten. So sind Vorbedingungen für die Teilnahme zu beachten. Beispielsweise muss deutlich werden, dass es sich bei den Interventionen

um unterstützende Maßnahmen handelt, die Therapien nicht ersetzen. Außerdem sind die Grenzen für die Teilnahme (z.B. schwere psychische Störungen) sowie Kontraindikationen (z.B. suizidale Patienten) zu berücksichtigen. Weiterhin sollten auf Grund der eingeschränkten Belastbarkeit der Palliativpatienten Veränderungen in Struktur und Ablauf vorgenommen werden. Dies beinhaltet unter anderem kürzere Kurseinheiten, dafür aber eine längere Gesamtdauer des Kurses, ein offenes Setting auf Grund möglicher Veränderungen der Gruppenzusammensetzung sowie das Einbeziehen von Unterbrechungen. Darüber hinaus sollten Kurzübungen und Sonderübungen (z.B. beim Versterben von Teilnehmenden) durchgeführt werden.

Der zeitliche, personelle und materielle Aufwand von Achtsamkeitskursen ist als relativ gering anzusehen. Pro Einrichtung wird lediglich ein Gruppenraum für den Übungszeitraum und in der Regel eine Fachkraft für die Leitung der Kurse benötigt. Außerdem fallen Investitionskosten für Materialien wie Sitzkissen, Matten und Verbrauchsmaterial an. Dies scheint auch im Rahmen von knappen Ressourcen realisierbar und im Hinblick auf mögliche positive Effekte vertretbar zu sein. Anschließend wurden die Anwendungsmöglichkeiten von Achtsamkeitsprogrammen für Mitarbeitende und pflegende Angehörige betrachtet. Forschungsergebnisse zeigten hier einen verbesserten Umgang der Mitarbeitenden mit Stress und Belastungen auf sowie eine erhöhte Selbstfürsorge. Dies könnte positive Effekte auf die Psychohygiene im Team und letztendlich die Qualität der Patientenversorgung haben. Für Angehörige könnten Achtsamkeitskurse einen besseren Umgang mit der Lebenssituation bewirken.

Zum Abschluss der Arbeit wurde untersucht, ob die Palliativpflege achtsamkeitsbasierte Interventionen durchführen könnte. Dazu wurden formelle und berufliche Voraussetzungen für die Übernahme von Achtsamkeitskursen durch die Pflege betrachtet.

Mitarbeitende in der Palliativpflege erfüllen diese Voraussetzungen. Die Zulassungskriterien für die Teilnahme an einer Achtsamkeitslehrer-Weiterbildung sind gegeben, wenn bestimmte persönliche Bedingungen erfüllt sind (zum Beispiel Mindestalter 30 Jahre und Meditationserfahrung). Durch das berufliche Tätigkeitsfeld der Palliativpflege, das die psychosoziale Versorgung und die pflegerische Beziehung zu den Patienten umfasst, sind auch passende berufliche Vorbe-



dingungen gegeben, um Achtsamkeitskurse durchzuführen. Darüber hinaus kennen Palliativkräfte durch den häufigen Kontakt die Problematik der Patienten und sind für ihre Situation sensibilisiert. Dies alles kann sich positiv auf eine gelungene Durchführung von Achtsamkeitskursen auswirken. Die Pflege scheint somit geeignet für die Leitung von Achtsamkeitskursen zu sein.

Schließlich erfolgte eine Darstellung, welchen Beitrag die Übernahme eines neuen Aufgabenfeldes „Achtsamkeitskurse im Palliativsetting“ durch Pflegekräfte im Hinblick auf die Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege liefern könnte.

Dabei wurde deutlich, dass das Arbeitsfeld durch die Leitung von Achtsamkeitskursen im Rahmen einer „Erweiterten Pflegepraxis“ ausgeweitet und eine Möglichkeit zur Spezialisierung in diesem Bereich geschaffen werden könnte. Gesetzliche Regelungen (zum Beispiel das Pflegeerweiterungsgesetz (PfWG)) könnten dabei die nötige Unterstützung liefern. Dadurch könnte sich ein eigenständiger und eigenverantwortlicher Aufgabenbereich für die Gesundheits- und Krankenpflege entwickeln. Dies wäre ein Baustein zur weiteren Aufwertung der beruflichen Pflege. Für die Palliativpflege könnten neue Qualifikationsprofile im Hinblick auf Achtsamkeitskurse einen Schritt weiter in Richtung „Professionalisierung“ des Berufs darstellen. Dennoch ist anzumerken, dass neue Aufgabenbereiche, wie beispielsweise eine Spezialisierung von Palliativpflegekräften als „Kursleitung für Achtsamkeit“, durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen gefördert werden müssen. So sollten ausreichende personelle, materielle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt, als auch die Interventionen auf Leitungsebene unterstützt werden. Dafür ist die Akzeptanz und Förderung neuer Aufgabenbereiche innerhalb des Berufsfeldes der Gesundheits- und Krankenpflege Voraussetzung. Achtsamkeitskurse werden keine Wirkung erzielen, wenn sie „nebenbei“, angehängt an die regulären Arbeitsabläufe, angeboten werden. Denn gerade ein Merkmal der Methode besteht darin, einen Ort der Gegenwart, abseits jeglicher Geschäftigkeit, zur Verfügung zu stellen. Eine feste Implementierung in bestehende Abläufe könnte den weiteren Effekt haben, dass sich ein Bewusstsein bei den Mitarbeitenden, der Leitung, den Patienten und Angehörigen für die Bedeutung dieses neuen Versorgungsangebotes bildet, verfestigt und langfristig etabliert.

Als Gesamtergebnis ist festzustellen, dass die Durchführung von Achtsamkeitskursen in der Palliativversorgung möglich und Erfolg versprechend erscheint. Dies betrifft sowohl Achtsamkeitskurse für Patienten, als auch für Mitarbeitende und Angehörige. Die Leitung der Kurse durch Palliativpflegekräfte ist realisierbar und könnte zu einer Professionalisierung des Berufsfeldes beitragen. Für die Zukunft wäre es daher wünschenswert, achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Palliativversorgung auszuweiten und ihre Wirksamkeit durch weitere Forschungsprojekte zu untersuchen.

## Literaturverzeichnis

- Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart/New York: Schattauer.
- Aulbert, E. (2007): Lebensqualität bei inkurablen Krankheiten. In: Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart/New York: Schattauer: 15-35.
- Baer, R.A. (2003): Mindfulness Training As A Clinical Intervention: A Conceptual And Empirical Review. In: Clinical Psychology: Science And Practice 10: 125-143.
- Baer, R.A. (Hrsg.) (2006): Mindfulness-Based Treatment Approaches. Clinician's Guide To Evidence Base And Applications. Amsterdam/ Boston/ Heidelberg/ London/ New York/ Oxford/ Paris/ San Diego/ San Francisco/ Singapore/ Sydney/ Tokyo: Elsevier.
- Baer, R.A.; Krietemeyer, J. (2006): Overview Of Mindfulness- And Acceptance-Based Treatment Approaches. In: Baer, R. A. (Hrsg.): Mindfulness-Based Treatment Approaches. Clinician's Guide To Evidence Base And Applications. Amsterdam/ Boston/ Heidelberg/ London/ New York/ Oxford/ Paris/ San Diego/ San Francisco/ Singapore/ Sydney/ Tokyo: Elsevier: 3-27.
- Baines, E. (2011): Evaluating An Adapted Mindfulness Meditation Course For Use In Palliative Care Setting. In: Supportive & Palliative Care 1: 267-268.
- Bartholomeyczik, S. (o.J. [2005?]): Pflegewissenschaft II. Studienbrief 3: Pflegeforschung: Themenbereiche und Stand der Entwicklung. Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Bartley, T. (2012): Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Cancer. Gently Turning Towards. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bartley, T.; Bates, U. (2012): The Three Circle Model: A Formualtion Of MBCT For Cancer (MBCT-Ca). In: Bartley, T.: Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Cancer. Gently Turning Towards. Chichester: Wiley-Blackwell: 354-363.
- Bates, U. (2012): Mindfulness in Palliative Care. In: Bartley, T.: Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Cancer. Gently Turning Towards. Chichester: Wiley-Blackwell: 289-302.

- Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hrsg.) (2010): Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 4. Aufl., München: Urban & Fischer.
- Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (2010a): Palliative Care/Palliativmedizin. In: Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hrsg.): Leitfaden Palliative Care - Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 4. Aufl., München: Urban & Fischer: 2-14.
- Birnie, K.; Garland, S.N.; Carlson, L.E. (2010): Psychological Benefits For Cancer Patients And Their Partners Participating In Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). In: Psycho-Oncology 19: 1004-1009.
- Bollig, G.; Unger, M.; Pani, P. (2010): Gibt es einen Unterschied zwischen Palliative Care und Palliativmedizin? In: Zeitschrift für Palliativmedizin 11/6: 304-313.
- Bonica, J.J. (1985): Treatment Of Cancer Pain: Current Status And Future Needs. In: Fields, H.L.; Dubner, R.; Cervero, F. (Hrsg.): Advances In Pain Research And Therapy Volume 9. Proceeding Of The Fourth World Congress Of Pain. New York: Raven Press: 589-616.
- Brandstätter, M.; Fischinger, E. (2012): Angehörige in der Palliativversorgung: Erwachsene, Kinder und Jugendliche. In: Fegg, M.; Gramm, J.; Pestinger, M.: Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen. 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer: 38-47.
- Braun, M. (2004): Umsetzung gesundheitlicher Prävention als gesellschaftliche Aufgabe. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 27/1: 3-7.
- Brennan, J. (2001): Adjustment To Cancer - Coping Or Personal Transition? In: Psycho-Oncology 10: 1-18.
- Bruce, A.; Davies, B. (2005): Mindfulness In Hospice Care: Practicing Meditation-In-Action. In: Qualitative Health Research 15/10: 1329-1344.
- Bundesagentur für Arbeit (2013): Fachkrankenschwestern und -pfleger für Palliativ- und Hospizpflege. Aufgaben und Tätigkeiten. Online in Internet: „URL: [http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/berufId.do?\\_pgnt\\_act=goToAnyPage&\\_pgnt\\_pn=0&\\_pgnt\\_id=resultShort&status=T01](http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/berufId.do?_pgnt_act=goToAnyPage&_pgnt_pn=0&_pgnt_id=resultShort&status=T01) [Stand: 01.02.2013].
- Carlson, L.E.; Ursuliak, Z.; Goodey, E.; Angen, M.; Specia, M. (2001): The Effects Of A Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program On Mood And Symptoms Of Stress In Cancer Outpatients: 6-Month Follow Up. In: Support Care In Cancer 9: 112-123.

- Carlson, L.E.; Garland, S.N. (2005): Impact Of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) On Sleep, Mood, Stress And Fatigue In Cancer Outpatients. In: *International Journal Of Behavioral Medicine* 12/4: 278-285.
- Carlson, L.E.; Speca, M. (2010): *Mindfulness-Based Cancer Recovery. A Step-By-Step MBSR Approach To Help You Cope With Treatment & Reclaim Your Life.* Oakland: New Harbinger.
- Carlson, L.E.; Halifax, J. (2011): Mindfulness For Cancer And Terminal Illness. In: McCracken, L.M. (Hrsg.): *Mindfulness & Acceptance In Behavioral Medicine. Current Theory & Practice.* Oakland: New Harbinger: 159-183.
- Carmody, J.; Baer, R.A.; Lykins, E.L.B.; Olendzki, N. (2009): An Empirical Study Of The Mechanisms Of Mindfulness In A Mindfulness-Based Stress Reduction Program. In: *Journal Of Clinical Psychology* 65/6: 613-626.
- Carter, H.; MacLeod, R.; Brander, P.; McPherson, K. (2004): Living With A Terminal Illness: Patients' Priorities. In: *Journal Of Advanced Nursing* 45/6: 611-620.
- Chadwick, P.; Newman Taylor, K.; Abba, N. (2005): Mindfulness Groups For People With Psychosis. In: *Behavioural And Cognitive Psychotherapy* 33: 351-359.
- Chadwick, P.; Newell, T.; Skinner, C. (2008): Mindfulness Groups In Palliative Care: A Pilot Qualitative Study. In: *Spirituality And Health International* 9: 135-144.
- Chochinov, H.M.; Breitbart, W. (Hrsg.) (2009): *Handbook Of Psychiatry In Palliative Medicine.* 2. Aufl., Oxford/New York/Auckland/Cape Town/Dar Es Salam/Hong Kong/Karachi/Kuala Lumpur/Madrid/Melbourne/Mexico City/Nairobi/New Delhi/Shanghai/Taipei/Toronto: Oxford University Press.
- Cohen-Katz, J.; Wiley, S.D.; Capuano, T.; Baker, D. M.; Shapiro, S. (2004): The Effects Of Mindfulness-Based Stress Reduction On Nurse Stress And Burnout. A Quantitative And Qualitative Study. In: *Holistic Nursing Practice* 18/6: 302-308.
- Cohen-Katz, J.; Wiley, S.D.; Capuano, T.; Baker, D. M.; Shapiro, S. (2005): The Effects Of Mindfulness-Based Stress Reduction On Nurse Stress And Burnout, Part II. A Quantitative And Qualitative Study. In: *Holistic Nursing Practice* 19/1: 26-35.
- Cohen-Katz, J.; Wiley, S.; Capuano, T.; Baker, D. M.; Deitrick, L.; Shapiro, S. (2005a): The Effects Of Mindfulness-Based Stress Reduction On Nurse Stress And Burnout. A Quantitative And Qualitative Study, Part III. In: *Holistic Nursing Practice* 19/2: 78-86.

- Deter, D.; Straumann, U. (Hrsg) (1990): Personenzentriert Verstehen - Gesellschaftsbezogenes Denken - Verantwortlich Handeln. Theorie, Methodik und Umsetzung in der psychosozialen Praxis. Köln: GwG.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2007): Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Personalbesetzung auf Palliativstationen (Stand: 23.2.2007). Online in Internet: „URL: <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/sn/070223%20Vorstand%20Empfehlung%20zur%20Personalbesetzung%20%28Beschluss%200702.pdf> [Stand: 01.02.2013]“.
- Deutsche Krebshilfe (Hrsg.) (2012): Palliativmedizin. Antworten. Hilfen. Perspektiven. Bonn: Deutsche Krebshilfe e.V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2007): Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Bad Soden: DBfK. Online in Internet: „URL: <http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice-final2007-08-29.pdf> [Stand: 01.02.2013]“.
- Didonna, F. (Hrsg.) (2009): Clinical Handbook Of Mindfulness. New York: Springer.
- Ernst, S.; Esch, S.M.; Esch, T. (2009): Die Bedeutung achtsamkeitsbasierter Interventionen in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. In: Forschende Komplementärmedizin 16: 296-303.
- Fegg, M.; Gramm, J.; Pestinger, M.(2012): Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen. 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Fields, H.L.; Dubner, R.; Cervero, F. (Hrsg.) (1985): Advances In Pain Research And Therapy Volume 9. Proceeding Of The Fourth World Congress Of Pain. New York: Raven Press.
- Fierdag, A. (1999): „Ein Ansprechpartner müsste eigentlich immer vor Ort sein.“. Erwartungen von Krebspatienten an die Pflege im Krankenhaus. In: Moers, M.; Schiemann, D.; Schnepf, W. (Hrsg.): Pflegeforschung zum Erleben kranker und alter Menschen. Bern: Huber: 123-159.
- Frank, R. (Hrsg.) (2007): Therapieziel Wohlbefinden - Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- Friesacher, H. (1996): Pflege im Spannungsfeld zwischen Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften. In: Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung. 2. Quartal 1996: 34-35.

- Friesacher, H. (2009): Professionalisierung der Pflege - vom Hilfsberuf zur evidenzbasierten Heilkunde? In: Intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 17/4: 177-181.
- Gardner-Nix, J. (2009): Mindfulness-Based Stress Reduction For Chronic Pain Management. In: Didonna, F. (Hrsg.): Clinical Handbook Of Mindfulness. New York: Springer: 369-381.
- Garland, S.N.; Carlson, L.E.; Cook, S.; Lansdell, L.; Speca, M. (2007): A Non-Randomized Comparison Of Mindfulness-Based Stress Reduction And Healing Arts Programs For Facilitating Post-Traumatic Growth And Spirituality In Cancer Outpatients. In: Supportive Care In Cancer 15: 949-961.
- Gogl, A., Stadelmann-Buser, C. (1993): Theoretische Perspektive. In: Käppli, S. (Hrsg.): Pflegekonzepte. Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber: 13-19.
- Goldberg, J.E.; Schwertfeger, K.L. (2010): Proinflammatory Cytokines In Breast Cancer: Mechanisms Of Action And Potential Targets For Therapeutics. In: Current Drug Targets 11/9: 1133-1146.
- Goleman, D. (Hrsg) (1999): Die heilende Kraft der Gefühle. Gespräche mit dem Dalai Lama über Achtsamkeit, Emotion und Gesundheit. 4. Aufl., München: dtv.
- Goudas, L.C.; Bloch, R.; Gialeli-Goudas, M.; Lau, J.; Carr, D.B. (2005): The Epidemiology Of Cancer Pain. In: Cancer Investigation 23: 182-190.
- Grossman, P; Niemann, L.; Schmidt, S.; Walach, H. (2004): Mindfulness-Based Stress Reduction And Health Benefits. A Meta-Analysis. In: Journal Of Psychosomatic Research 57: 35-43.
- Grossman, P.; Kappos, L.; Gensicke, H.; D'Souza, M.; Mohr, D.C.; Penner, I.K.; Steiner, C. (2010): MS Quality Of Life, Depression, And Fatigue Improve After Mindfulness Training. In: Neurology 75: 1141-1149.
- Harrer, M. (2009): Wie Achtsamkeit den Zielen der Palliativmedizin dienen kann. In: Werni-Kourik, M.; Likar, R.; Strohscheer, I.; Zdrahal, F.; Bernatzky, G.: Palliativmedizin - Lehrbuch für Ärzte, Psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. Bremen: UNI-MED: 156-158.
- Hasseler, M.; Meyer, M. (Hrsg.) (2006): Prävention und Gesundheitsförderung - Neue Aufgaben für die Pflege. Hannover: Schlütersche.
- Hasseler, M. (2006): Prävention als originäre Aufgabe der Pflege - Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationa-

- len Vergleich. In: Hasseler, M.; Meyer, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung - Neue Aufgaben für die Pflege. Hannover: Schlütersche: 35-58.
- Heffels, W.M. (2007): Grundlagen zum Pflegeverständnis. In: Menche, N. (Hrsg.): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 4., vollst. überarb. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer: 1-20.
  - Heidenreich, T. ; Michalak, J. (Hrsg.) (2004): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt.
  - Heidenreich, T.; Junghanns-Royack, K.; Michalak, J. (2007): Mindfulness-Based Therapy: Achtsamkeit vermitteln. In: Frank, R. (Hrsg.): Therapieziel Wohlbefinden - Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. Heidelberg: Springer: 69-81.
  - Hein, B. (2007): Organisation der Pflege. In: Menche, N. (Hrsg.): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 4., vollst. überarb. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer: 45-84.
  - Helmchen, H. (1990): „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Psychiatrie. In: Schölmerich, P.; Thews, G. (Hrsg.): Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart/New York: Fischer: 93-115.
  - Heuwinkel-Otter, A.; Nümann-Dulke, A.; Matscheko, N. (Hrsg.) (2006): Menschen pflegen. Band 1. Pflegeprinzipien. Fachabteilungen. Beruf und Karriere. Heidelberg: Springer.
  - Heuwinkel-Otter, A.; Matscheko, N.; Nümann-Dulke, A. (2006a): Pflegediagnosen. In: Heuwinkel-Otter, A.; Nümann-Dulke, A.; Matscheko, N. (Hrsg.): Menschen pflegen. Band 1. Pflegeprinzipien. Fachabteilungen. Beruf und Karriere. Heidelberg: Springer: 59- 82.
  - Hugel, H.; Ellershaw, J.E.; Cook, L.; Skinner, J.; Irvine, C. (2004): The Prevalence, Key Causes And Management Of Insomnia In Palliative Care Patients. In: Journal Of Pain And Symptom Management 27/4: 316-321.
  - Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung (2013): MBSR-LehrerIn werden. Online in Internet: „URL: <http://www.institut-fuer-achtsamkeit.de/mbsr-lehrerin-werden/> [Stand: 01.02.2013]“.
  - Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung (2013a): Teilnahmevoraussetzungen für die MBSR-LehrerInnen Weiterbildung. Online in Internet: „URL: <http://www.institut-fuer-achtsamkeit.de/mbsr-lehrerin-werden/teilnahmevoraussetzungen/> [Stand: 01.02.2013]“.



- Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung (2013b): Teilnahmevoraussetzungen für die MBCT-LehrerInnen Weiterbildung. Online in Internet: „URL: <http://www.institut-fuer-achtsamkeit.de/mbct-lehrerin-werden/teilnahmevoraussetzungen/> [Stand: 01.02.2013]“.
- Institut für Achtsamkeit und Stressbewältigung (2013c): Überblick über Themengebiete und Inhalte der Weiterbildung. Online in Internet: „URL: <http://www.institut-fuer-achtsamkeit.de/mbsr-lehrerin-werden/inhalt-der-weiterbildung/> [Stand: 01.02.2013]“.
- International Council of Nurses (ICN) (2013): Practice. Definition and Characteristics of the Role. Online in Internet: „URL: <http://www.icn-apnetwork.org/> [Stand: 01.02.2013]“.
- Isfort, M. (2007): Professionelles Pfleghandeln. In: Menche, N. (Hrsg.): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 4., vollst. überarb. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer: 21-44.
- Janssen, P.L.; Joraschky, P.; Tress, W. (Hrsg.) (2009): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2., überarb. u. erw. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kaasa, S.; Malt, U.; Hagen, S.; Wist, E.; Moum, T.; Kvikstad, A. (1993): Psychological Distress In Cancer Patients With Advanced Disease. In: Radiotherapy And Oncology 27: 193-197.
- Kabat-Zinn, J. (1982): An Outpatient Program In Behavioral Medicine For Chronic Pain Patients Based On The Practice Of Mindfulness Meditation. Theoretical Considerations And Preliminary Results. In: General Hospital Psychiatry 4: 33-47.
- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L.; Burney, R. (1985): The Clinical Use Of Mindfulness Meditation For The Self-Regulation Of Chronic Pain. In: Journal Of Behavioral Medicine 8/2: 163-190.
- Kabat-Zinn, J.; Lipworth, L.; Burney, R.; Sellers, W. (1987): Four-Year Follow-Up Of A Meditation-Based Program For The Self-Regulation Of Chronic Pain: Treatment Outcomes And Compliance. In: The Clinical Journal Of Pain 2: 159-173.
- Kabat-Zinn, J.; Massion, A.O.; Kristeller, J.; Peterson, L.G.; Fletcher, K.E.; Pbert, L.; Lenderking, W.R.; Santorelli, S.F. (1992): Effectiveness Of A Meditation-Based Stress Reduction Program In The Treatment Of Anxiety Disorders. In: The American Journal Of Psychiatry 149/7: 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (2009): Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. 6. Aufl., Frankfurt am Main: Fischer.

- Kabat-Zinn, J. (2009a): Im Alltag Ruhe finden. Meditationen für ein gelassenes Leben. 4. Aufl., Frankfurt am Main: Fischer.
- Kabat-Zinn, J.; Davidson, R.; Houshmand, Z. et al. (2012): Die heilende Kraft der Meditation. Wie sich unser Geist selbst heilen kann: Ein wissenschaftlicher Dialog mit dem Dalai Lama. Freiburg im Breisgau: Arbor.
- Käppeli, S. (Hrsg.) (1993): Pflegekonzepte. Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.
- Kenny, M.A.; Williams, J.M.G. (2007): Treatment-Resistant Depressed Patients Show A Good Response To Mindfulness-Based Cognitive Therapy. In: Behaviour Research And Therapy 45: 617-625.
- Kern, M. (2001): Krankenpflege in der Palliativmedizin. Palliativpflege - eine spezialisierte Form der Krankenpflege? In: Der Schmerz 15: 344-349.
- Klaschik, E.; Nauck, F.; Radbruch, L.; Sabatowski, R. (2000): Palliativmedizin - Definitionen und Grundzüge. In: Internist 41: 606-611.
- Knipping, C. (Hrsg.) (2006): Lehrbuch Palliative Care. 1. Aufl., Bern: Huber.
- Kostrzewa, S.; Kutzner, M. (2009): Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. 4., überarb. u. erg. Aufl., Bern: Huber.
- Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.) (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 4., überarb. u. erw. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Kränzle, S. (2011): Was Sterbende sich wünschen. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 4., überarb. u. erw. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York: Springer: 20.
- Kruse, J.; Petermann-Meyer, A. (2009): Palliativmedizin. In: Janssen, P.L.; Joraschky, P.; Tress, W. (Hrsg.): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2., überarb. u. erw. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 357-361.
- Lengacher, C.A.; Kip, K.E.; Barta, M.K.; Post-White, J.; Jacobsen, P.; Groer, M.; Lehman, B.; Moscoso, M.S.; Kadel, R.; Le, N.; Loftus, L.; Stevens, C.; Malafa, M.; Molinari Shelton, M. (2012): A Pilot Study Evaluating The Effect Of Mindfulness-Based Stress Reduction On Psychological Status, Physical Status, Salivary Cortisol, And Interleukin-6 Among Advanced-Stage Cancer Patients And Their Caregivers. In: Journal Of Holistic Nursing 30/3: 170-185.

- Leufgen, M. (2010): Palliative Pflege. Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehöriger. Lage: Jacobs.
- Ma, S.H.; Teasdale, J.D. (2004): Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Depression: Replication And Exploration Of Differential Relapse Prevention Effects. In: Journal Of Consulting And Clinical Psychology 72/1: 31-40.
- MacCoon, D.G.; Imel, Z.E.; Rosenkranz, M.A.; Sheftel, J.G.; Weng, H.Y.; Sullivan, J.C.; Bonus, K.A.; Stoney, C.M.; Salomons, T.V.; Davidson, R.J.; Lutz, A. (2012): The Validation Of An Active Control Intervention For Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). In: Behaviour Research And Therapy 50: 3-12.
- Mackenzie, M.J.; Carlson, L.E.; Munoz, M.; Speca, M. (2007): A Qualitative Study Of Self-Perceived Effects Of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) In A Psychosocial Oncology Setting. In: Stress And Health 23: 59-69.
- Mansky, P.J.; Wallerstedt, D.B. (2006): Complementary Medicine In Palliative Care And Cancer Symptom Management. In: Cancer Journal 12/5: 425-431.
- Maslow, A.H. (1943): A Theory of Human Motivation. In: Psychological Review 50: 370-96.
- McBee, L. (2009): Mindfulness-Based Elder Care: Communicating Mindfulness To Frail Elders And Their Caregivers. In: Didonna, F. (Hrsg.): Clinical Handbook Of Mindfulness. New York: Springer: 431-445.
- McCracken, L.M. (Hrsg.) (2011): Mindfulness & Acceptance In Behavioral Medicine. Current Theory & Practice. Oakland: New Harbinger.
- McLaughlin Renpenning, K.; Taylor, S.G. (2003): Self-Care Theory In Nursing. Selected Papers Of Dorothea Orem. New York: Springer.
- Meibert, P.; Michalak, J.; Heidenreich, T. (2004): Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion - Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn. In: Heidenreich, T. ; Michalak, J. (Hrsg.) Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt: 141-191.
- Meibert, P.; Michalak, J.; Heidenreich, T. (2011): Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion in der klinischen Anwendung. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 61: 328-332.
- Menche, N. (Hrsg.) (2007): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 4., vollst. überarb. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer.

- Miller, J.J.; Fletcher, K.; Kabat-Zinn, J. (1995): Three-Year Follow-Up And Clinical Implications Of A Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention In The Treatment Of Anxiety Disorders. In: *General Hospital Psychiatry* 17: 192-200.
- Moers, M.; Schiemann, D.; Schnepf, W. (Hrsg.) (1999): *Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen*. Bern: Huber.
- Monti, D.A.; Peterson, C.; Shakin Kunkel, E.J.; Hauck, W.W.; Pequignot, E.; Rodes, L.; Brainard, G.C. (2006): A Randomized, Controlled Trial Of Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT) For Women With Cancer. In: *Psycho-Oncology* 15: 363-373.
- Müller, M.; Pfister, D.; Markett, S.; Jaspers, B. (2009): Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. In: *Der Schmerz* 23/6: 600-608.
- Nagele, S.; Feichtner, A. (2009): *Lehrbuch der Palliativpflege*. 2., überarb. Aufl., Wien: Facultas.
- National Comprehensive Cancer Network (2011): Definition Of Cancer Related Fatigue. In: *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines™)*. Cancer Related Fatigue. Online in Internet: „URL: <http://www.pfizerpro.com/resources/minisites/oncology/docs/NCCNFatigueGuidelines.pdf> [Stand: 01.02.2013]“.
- National Institute For Clinical Excellence (2004): Supportive And Palliative Care Services For Adults With Cancer. Understanding NICE Guidance - Information For Adults With Cancer, Their Families And Carers, And The Public. Online in Internet: „URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10893/28820/28820.pdf> [Stand: 01.02.2013]“.
- Oken, B.S.; Fonareva, I.; Haas, M.; Wahbeh, H.; Lane, J.B.; Zajdel, D.; Amen, A. (2010): Pilot Controlled Trial Of Mindfulness Meditation And Education For Dementia Caregivers. In: *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine* 16/10: 1031-1038.
- Orem, D. E. (1997): *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- PFWG (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeerweiterungsgesetz) (PFWG) vom 28.05.2008, BGBl 2008 I: 903. Online in Internet: „URL: [http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl) [Stand: 01.02.2013]“.

- Plews-Ogan, M.; Owens, J.E.; Goodman, M.; Wolfe, P.; Schorling, J. (2005): Brief Report: A Pilot Study Evaluating Mindfulness-Based Stress Reduction And Massage For The Management Of Chronic Pain. In: Journal Of General Internal Medicine 20: 1136-1138.
- Portenoy, R.K.; Lesage, P. (1999): Management Of Cancer Pain. In: The Lancet 353: 1695-1700.
- Praissman, S. (2008): Mindfulness-Based Stress Reduction: A Literature Review And Clinician's Guide. In: Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners 20: 212-216.
- Radbruch, L.; Nauck, F.; Aulbert, E. (2007): Grundlagen der Palliativmedizin. Definition, Entwicklung und Ziele. In: Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart/New York: Schattauer: 1-14.
- Raspe, H. H. (1990): Zur Theorie und Messung der „Lebensqualität“ in der Medizin. In: Schölmerich, P.; Thews, G. (Hrsg.): Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart/New York: Fischer: 23-40.
- Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V (2012): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V i.d.F.v. vom 20.10.2011, BAnz 46: 37-38. Online in Internet: „URL: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20\\_RL-63Abs3c.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf) [Stand: 01.02.2013]“.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Gutachten 2007. 2. Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Online in Internet: „URL: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=80> [Stand: 01.02.2013]“.
- Salzberg, S.; Kabat-Zinn, J. (1999): Achtsamkeit als Medikament. In: Goleman, D. (Hrsg): Die heilende Kraft der Gefühle. Gespräche mit dem Dalai Lama über Achtsamkeit, Emotion und Gesundheit. 4. Aufl., München: dtv: 134-181.
- Schölmerich, P.; Thews, G. (Hrsg.) (1990): Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin. Stuttgart/New York: Fischer.
- Schulz, R.; Martire, L.M. (2004): Family Caregiving Of Persons With Dementia. Prevalence, Health Effects, And Support Strategies. In: American Journal Of Geriatric Psychiatry 12/3: 240-249.

- Schwarz, R.; Krauß, O. (2000): Palliativmedizin - psychologische Therapie. In: Der Internist 41: 612-618.
- Segal, Z. V.; Williams, J. M. G.; Teasdale, J. D. (2008): Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: dgvt.
- Seidel, E. (2004): Advanced Nursing Practice. In: Österreichische Pflegezeitschrift 3: 20-23.
- Shapiro, S.L.; Bootzin, R.R.; Figueredo, A.J.; Lopez, A.M.; Schwartz, G.E. (2003): The Efficacy Of Mindfulness-Based Stress Reduction In The Treatment Of Sleep Disturbance In Women With Breast Cancer. An Exploratory Study. In: Journal Of Psychosomatic Research 54: 85-91.
- Shapiro, S. L.; Astin, J. A.; Bishop, S. R.; Cordova, M. (2005): Mindfulness-Based Stress Reduction For Health Care Professionals: Results From A Randomized Trial. In: International Journal Of Stress Management 12/2: 164-176.
- Shapiro, S.L.; Carlson, L.E.; Astin, J.A.; Freedman, B. (2006): Mechanisms Of Mindfulness. In: Journal Of Clinical Psychology 62/3: 373-386.
- Shapiro, S.; Carlson, L. (2011): Die Kunst und Wissenschaft der Achtsamkeit. Die Integration von Achtsamkeit in Psychologie und Heilberufe. Freiburg im Breisgau: Arbor.
- Singer, P.A.; Martin, D.K.; Kelner, M. (1999): Quality End-of-Life Care. Patients' Perspectives. In: The Journal Of The American Medical Association 281/2: 163-168.
- Sorge, J. (2007): Epidemiologie, Klassifikation und Klinik von Krebschmerzen. In: Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart/New York: Schattauer: 148-157.
- Specia, M.; Carlson, L. E.; Goodey, E.; Angen, M. (2000): A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect Of A Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program On Mood And Symptoms Of Stress In Cancer Outpatients. In: Psychosomatic Medicine 62: 613-622.
- Specia, M.; Carlson, L.E.; Mackenzie, M.J.; Angen, M. (2006): Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) As An Intervention For Cancer Patients. In: Baer, R. A. (Hrsg.): Mindfulness-Based Treatment Approaches. Clinician's Guide To Evidence Base And Applications. Amsterdam/ Boston/ Heidelberg/ London/ New York/ Oxford/ Paris/ San Diego/ San Francisco/ Singapore/ Sydney/ Tokyo: Elsevier: 239-261.

- Spirig, R.; De Geest, S. (2004): Editorial: "Advanced Nursing Practice" lohnt sich! In: *Pflege* 17: 233-236.
- Steffen-Bürge, B. (2006): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. 1. Aufl., Bern: Huber: 30-38.
- Steinhauser, K.E.; Christakis, N.A.; Clipp, E.C.; McNeilly, M.; McIntyre, L.; Tulsky, J.A. (2000): Factors Considered Important At The End Of Life By Patients, Family, Physicians, And Other Care Providers. In: *The Journal Of The American Medical Association* 284/19: 2476-2482.
- Stemmer, R.; Böhme, H. (2008): Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. In: *Pflege & Gesellschaft* 13/3: 197-214.
- Stone, P.; Hardy, J.; Broadley, K.; Tookman, A.J.; Kurowska, A.; A'Hern, R. (1999): Fatigue In Advanced Cancer: A Prospective Controlled Cross-Sectional Study. In: *British Journal Of Cancer* 79/9/10: 1479-1486.
- Student, J.-C.; Napiwotzky, A. (2011): *Palliative Care. Wahrnehmen - verstehen - schützen*. 2. Aufl., Stuttgart: Thieme.
- Tacón, A. M.; McComb, J.; Caldera, Y.; Randolph, P. (2003): Mindfulness Meditation, Anxiety, And Heart Disease. A Pilot Study. In: *Family & Community Health* 26/1: 25-33.
- Tacón, A. M. (2011): Mindfulness, Cancer, And Pain. In: *Alternative Medicine Studies* 1: 60-63.
- Teasdale, J.D.; Williams, J.M.G.; Soulsby, J.M.; Segal, Z.V.; Ridgeway, V. A.; Lau, M.A. (2000): Prevention Of Relapse/Recurrence In Major Depression By Mindfulness-Based Cognitive Therapy. In: *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 68/4: 615-623.
- Tedeschi, R. G.; Calhoun, L. G. (2004): Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. In: *Psychological Inquiry* 15/1: 1-18.
- Tsang, S.C.; Mok, E.S.; Lam, S.C.; Lee, J.K. (2012): The Benefit Of Mindfulness-Based Stress Reduction To Patients With Terminal Cancer. In: *Journal Of Clinical Nursing* 21: 2690-2696.
- Turk, D.C.; Feldman, C.S. (2009): Cognitive-Behavioral Approaches To Symptom Management In Palliative Care: Augmenting Somatic Interventions. In: Chochinov, H.M.; Breitbart, W. (Hrsg.): *Handbook Of Psychiatry In Palliative Medicine*. 2. Aufl., Oxford/New York/Auckland/Cape Town/Dar Es

Salam/Hong Kong/Karachi/Kuala Lumpur/Madrid/Melbourne/Mexico City/Nairobi/New Delhi/Shanghai/Taipei/Toronto: Oxford University Press: 470-489.

- Vachon, M.L.S. (1987): Occupational Stress In The Care Of The Critically Ill, The Dying, And The Bereaved. New York/Washington/Philadelphia/London: Hemisphere.
- Vachon, M.L.S. (1995): Staff Stress In Hospice/Palliative Care: A Review. In: Palliative Medicine 9: 91-122.
- Vachon, M.L.S.; Müller, M. (2009): Burnout And Symptoms Of Stress In Staff Working In Palliative Care. In: Chochinov, H.M.; Breitbart, W. (Hrsg.): Handbook Of Psychiatry In Palliative Medicine. 2. Aufl., Oxford/New York/Auckland/Cape Town/Dar Es Salam/Hong Kong/Karachi/Kuala Lumpur/Madrid/Melbourne/Mexico City/Nairobi/New Delhi/Shanghai/Taipei/Toronto: Oxford University Press: 236-264.
- Vachon, M.L.S. (2011): Prevention And Management: Burnout In Health-Care Providers. In: Yennurajalingam, S.; Bruera, E. (Hrsg.): Oxford American Handbook Of Hospice And Palliative Medicine. Oxford/New York/Auckland/Cape Town/Dar Es Salam/Hong Kong/Karachi/Kuala Lumpur/Madrid/Melbourne/Mexico City/Nairobi/New Delhi/Shanghai/Taipei/Toronto: Oxford University Press: 449-464.
- Van der Lee, M.L.; Garssen, B. (2010): Mindfulness-Based Cognitive Therapy Reduces Chronic Cancer-Related Fatigue: A Treatment Study. In: Psycho-Oncology 21/3: 264-272.
- Watson, M.; Lucas, C.; Hoy, A.; Wells, J. (2009): Oxford Handbook Of Palliative Care. 2. Aufl., Oxford/New York/Auckland/Cape Town/Dar Es Salam/Hong Kong/Karachi/Kuala Lumpur/Madrid/Melbourne/Mexico City/Nairobi/New Delhi/Shanghai/Taipei/Toronto: Oxford University Press.
- Weiss, H.; Harrer, M.E. (2010): Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ - ein Paradigmenwechsel? In: Psychotherapeutenjournal 1: 14-24.
- Werni-Kourik, M.; Likar, R.; Strohscheer, I.; Zdrahal, F.; Bernatzky, G. (2009): Palliativmedizin - Lehrbuch für Ärzte, Psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. Bremen: UNI-MED.
- Williams, A.-L.; Selwyn, P.A.; Liberti, L.; Molde, S.; Njike, V.Y.; McCorkle, R.; Zelterman, D.; Katz, D.L. (2005): A Randomized Controlled Trial Of Meditation And Massage Effects On Quality Of Life In People With Late-Stage Disease: A Pilot Study. In: Journal Of Palliative Medicine 8/5: 939-952.



- Wilson, K.G.; Chochinov, H.M.; Graham Skirko, M.; Allard, P.; Chary, S.; Gagnon, P.R.; Macmillan, K.; De Luca, M.; O'Shea, F.; Kuhl, D.; Fainsinger, R.L.; Clinch, J.J. (2007): Depression And Anxiety In Palliative Cancer Care. In: Journal Of Pain And Symptom Management 33/2: 118-129.
- Winter, M.H.-J.; Kuhlmeier, A.; Dräger, D. (2005): Pflegewissenschaft II. Studienbrief 11. Profession Pflege: Professionalisierung in der Pflege. 2. Aufl., Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule.
- Wittrahm, A. (1990): Personenzentrierte Altenpflege: eine Perspektive für menschenwürdiges Zusammenleben von pflegebedürftigen alten Menschen und ihren PflegerInnen. In: Deter, D.; Straumann, U. (Hrsg.): Personenzentriert Verstehen - Gesellschaftsbezogenes Denken - Verantwortlich Handeln. Theorie, Methodik und Umsetzung in der psychosozialen Praxis. Köln: GwG: 211-230.
- World Health Organization (2013): WHO Definition of Palliative Care. Online in Internet: „URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Stand: 01.02.2013]“.
- Yennurajalingam, S.; Bruera, E. (Hrsg.) (2011): Oxford American Handbook Of Hospice And Palliative Medicine. Oxford/New York/Auckland/Cape Town/Dar Es Salam/Hong Kong/Karachi/Kuala Lumpur/Madrid/Melbourne/Mexico City/Nairobi/New Delhi/Shanghai/Taipei/Toronto: Oxford University Press.
- Zielke-Nadkarni, A. (2007): Personenbezogene Interaktion. In: Menche, N. (Hrsg.): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 4., vollst. überarb. Aufl., München/Jena: Urban & Fischer: 164-177.



### **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Dies gilt auch für Quellen aus eigenen Arbeiten.

Ich versichere, dass ich diese Arbeit oder nicht zitierte Teile daraus vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht habe.

Mir ist bekannt, dass meine Arbeit zum Zwecke eines Plagiatsabgleichs mittels einer Plagiatserkennungssoftware auf ungekennzeichnete Übernahme von fremdem geistigem Eigentum überprüft werden kann.

Ich versichere, dass, falls meine Arbeit in elektronischer Form einzureichen ist, diese mit der gedruckten Version identisch ist.

18.02.2013, Alexander Hayn

---

Datum, Vorname Name