

Hermann Ewald  
Kai Vogeley  
Raymond Voltz (Hrsg.)

---

## **Palliativ & Zeiterleben**

**Verlag W. Kohlhammer**

## B 3

---

### **Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie und in der Palliativmedizin**

Marc Wittmann, Solveig Dietrich, Stefan Schmidt und Tanja Vollmer

»Zeit ist momentan ein Geschenk, von dem man nicht weiß, wie lange es dauert.«

*60-jährige stationäre Patientin mit einem Non-Hodgkin-Lymphom*

## **B 3.1 Studie zum subjektiven Zeiterleben von onkologischen Patienten**

### **Studienteil I: Quantitative Erhebung**

Da zum Zeitpunkt des Studienbeginns im Jahr 2001 nur anekdotische Berichte zu einer veränderten Erfahrung von Zeit bei Patienten mit Krebserkrankung vorlagen, untersuchten wir in unserer Studie systematisch die Befindlichkeit, Lebensqualität und Zeitwahrnehmung von Patienten mit hämatologischen Krebserkrankungen. In die Studie aufgenommen wurden 91 stationäre Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen (Leukämien und Lymphome) in einem Alter zwischen 18 und 73 Jahren (im Mittel: 46,7 Jahre). 64 % der Patienten waren erstdiagnostiziert, 36 % der Patienten kamen mit einem Rezidiv in die Klinik. Zum Vergleich untersuchten wir 29 stationäre Patienten mit benignen (nicht lebensbedrohlichen) Erkrankungen. Details über die folgenden Methoden, Patientenvariablen sowie die Ergebnisse finden sich in Wittmann et al. (2006) und Vollmer et al. (2011).

Die Patienten wurden auf ihren Zimmern von psychoonkologisch geschulten Mitarbeitern besucht. Auf einer visuellen Analogskala (von 0 = sehr langsam bis 10 = sehr schnell) sollten sie angeben, wie schnell für sie die Zeit momentan im Krankenhaus vergeht. In einer prospektiven Zeitwahrnehmungsaufgabe sollten sie dann die Dauer eines Intervalls von 13 Minuten ab einem indizierten Zeitpunkt schätzen. Innerhalb dieses Zeitraums füllten sie Fragebögen aus, bis der Alarm einer Uhr das Ende des Intervalls bedeutete. Die Patienten sollten dabei auf einem Zeitpfeil, der einen Zeitraum von einer Stunde in 1-Minuten-Schritten abmaß, angeben, wie viele Minuten der betreffende Zeitraum gedauert hatte. Als Maße der Befindlichkeit wurden der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sowie auf die Krebserkrankung bezogene Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität (Functional Assess-

## B Was verändert unser Zeiterleben?

---

ment of Cancer Therapy, FACT-G) und des spirituellen Wohlergehens (FACIT-Sp) eingesetzt.

Patienten, welche von einer geringeren Lebensqualität oder von einem geringeren spirituellen Wohlbefinden berichteten, sowie Patienten, die höhere Werte auf der Angstskala hatten, gaben an, den Zeitverlauf als langsamer vergehend zu erleben, und sie schätzten das Zeitintervall länger ein (jeweils signifikante Korrelationen,  $p < 0,01$ ). Es handelte sich dabei um niedrige Korrelationskoeffizienten zwischen 0,2 und 0,3. Wir dürfen also nur von einem kleinen, aber signifikanten Zusammenhang sprechen. Bei der Kontrastierung der Patienten in eine Gruppe mit nur niedrigen Angstwerten und einer Gruppe mit einem im HADS als auffällig klassifizierten Angstniveau schätzten die angsterfüllten Patienten den Zeitraum als signifikant ( $t = 2,1$ ,  $p = 0,02$ ) länger ein (18,1 Min.) als Patienten mit niedriger Angstausrprägung (15,5 Min.). Diese Ergebnisse können anhand der Konzeption der emotionsgeleiteten Aufmerksamkeitslenkung auf die Zeit diskutiert werden. In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die Aufmerksamkeitslenkung weg von absorbierenden Tätigkeiten und dafür hin auf die Zeit zu einer subjektiven Dehnung von Zeit führt (Zakay und Block 1997). So bewirken die durch die Krankheit hervorgerufenen Angstzustände und die gefühlte geringere Lebensqualität eine Abnahme von positiven und konstruktiven Gedanken, die von der Zeit ablenken können. Zudem verstärkt sich bei jenen, die Angst erleben, der Fokus auf die Zeit im Sinne einer ständigen Beobachtung der verbleibenden Zeit: »Wieviel Zeit werde ich noch haben, Zeit ist wertvoll, Zeit ist ein Geschenk, ...« (► Studienteil II). Aus der Sicht der Patienten steigt die Wertigkeit der Zeit mit der Krebsdiagnose an und damit die Beschäftigung mit diesem Thema. Ähnlich wie in Zuständen der Langeweile führen erhöhte Angstzustände und eine geringere Lebensqualität womöglich zu einem stärkeren Beachten der Zeit. Das vermehrte Achten auf die Zeit führt aber zur Verlangsamung des Zeitverlaufs und einer Überschätzung von Dauer. Das Erlebnis von Zeit kann demnach ein Indikator sein für eine emotionale und spirituelle

---

### B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

Krisensituation eines Patienten, der die Krankheit und seine psychosozialen Konsequenzen bewältigen muss. Umgekehrt könnte man auch argumentieren, dass die Zeitwahrnehmung nicht nur ein Symptom einer negativen Krankheitsverarbeitung ist, sondern dass das Erlebnis der langsam verlaufenden Zeit selbst auch als Stressor wirken könnte.

In einer nachfolgenden Studie mit onkologischen Patienten konnten niederländische Forscher unsere Befunde bestätigen und erweiternd zeigen, wie die Zeitperspektive, der subjektive Verlauf der Zeit und die Befindlichkeit zusammenhängen (van Laarhoven et al. 2011). In diese Studie eingeschlossen wurden zum einen Patienten, die nach einer Behandlung, die nicht länger als ein Jahr zurückliegen durfte, krebsfrei waren, und zum anderen Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung in einer palliativen Versorgungssituation. Die Patienten ohne aktuelle Krebserkrankung hatten eine deutlich stärker ausgeprägte Zukunftsperspektive, die Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung waren stärker präsenzorientiert. Zudem berichteten die Patienten in der Palliativversorgung von einer subjektiv langsamer verlaufenden Zeit (erhoben wurde der Zeitraum der letzten Woche). Dieses Zeitempfinden war mit verschiedenen Maßen des subjektiven Befindens, einer geringeren Lebensqualität sowie erhöhten Depressionswerten korreliert. Diese Befunde sind mit einem Modell verstehbar (Wittmann und Paulus 2016), welches annimmt, dass die Zeitperspektive, also das relative Vorherrschen der Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsorientierung einen Einfluss auf den gefühlten Verlauf der Zeit hat. Es geht dabei um die relative Dominanz der Erinnerungen (Vergangenheit), der gegenwartsbezogenen Wünsche und Wahrnehmungen sowie um Erwartungen und Planungen (Zukunft). Eine stärkere Ausrichtung auf das gegenwärtige Erleben ist mit einer subjektiven Zeitdehnung verbunden. Eine stärkere Ausrichtung auf zukünftige Ereignisse unter Vernachlässigung der Gegenwartsperspektive ist hingegen mit einem schnelleren Verlauf der Zeit verbunden (Wittmann et al. 2015; Wittmann und Schmidt 2014). Dies hängt damit zusammen, dass das Zeiterle-

## B Was verändert unser Zeiterleben? \_\_\_\_\_

ben an das körperliche und emotionale Selbsterleben gebunden ist. Je mehr man sich emotional-körperlich und damit als präsent spürt, desto langsamer vergeht die Zeit (für eine elaborierte Herleitung siehe Wittmann 2015). Man denke im negativen Sinne an das Gefühl der Langeweile, aber im positiven Sinne auch an das Gefühl freudig erregter Präsenz. Beim Abschweifen der Gedanken in die Zukunft, also wenn wir Pläne fassen oder einfach Erwartungen haben, sind wir nicht in körperlicher Präsenz, im Hier und Jetzt, und dies führt zu einem schnelleren Vergehen der Zeit.

### **Studienteil II: Qualitative Erhebung**

Im zweiten Teil unserer Studie wurde ein halboffenes Interviewverfahren mit qualitativer Auswertung gewählt. Zu den methodischen Grundlagen dieser Art von Datenerhebung und qualitativer Auswertung siehe Kruse (2014). Hierbei wurden die Antworten der Patienten mit onkologischer Erkrankung mit den Antworten von Patienten mit benignen Erkrankungen (keine lebensgefährdenden Erkrankungen etwa des Muskel-Skelettsapparates, Behandlungen von akutem oder chronischem Schmerz, rheumatoider Arthritis) verglichen. Zu Beginn des halboffenen Interviews wurden den Patienten neun Kärtchen mit den folgenden Begriffen vorgelegt: Angst, Zeit, Glaube, Familie, Essen, Beruf, Tod, Schmerz, Freiheit. Diese sollten in eine frei gewählte Anordnung auf den Tisch gelegt werden. Das heißt, jeder Begriff sollte in seiner Relevanz für den Patienten eingeordnet, nach Wichtigkeit sortiert und dabei diskutiert werden. Es ging darum, ein Gespräch über wichtige Themen für die Patienten anzustoßen und die Positionierung des Zeit-Begriffs im Rahmen der für Patienten insgesamt wichtigen Themen wie Beruf und Familie, Essen und Schmerz etc. zu ermitteln. Entsprechend wurde die Karte mit dem Begriff »Zeit« vom Interviewer angesprochen. Dies konnte etwa folgendermaßen geschehen, in dem die Position des Kärtchens für »Zeit« kommentiert wurde (»Sie haben die Zeit ganz an den Anfang/in die Mitte/an das Ende gestellt.«). So er-

### B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

gab sich neben der Vergewisserung über die Wichtigkeit des Begriffs gleichzeitig und sehr natürlich der Einstieg in das halboffene Interview zum Thema »Zeit« mit den folgenden Fragen:

1. Was verbinden Sie mit dem Begriff »Zeit«? Was fällt Ihnen dazu ein?
2. Wie schnell vergeht für Sie derzeit die Zeit? War das vorher anders?
3. Bitte schätzen Sie ungefähr in Prozent, wie hoch der Anteil der Zeit ist, in der Sie Langeweile empfinden!
4. Womit beschäftigen Sie sich in dieser Zeit?
5. Wie verbringen Sie die übrige Zeit?

Danach wurde eine Uhr mit drehbaren Zeigern auf den Tisch gestellt mit der Frage:

1. »Wenn das Ihre Lebensuhr wäre, wieviel Uhr ist es jetzt in diesem Augenblick? Stellen Sie die Uhr danach ein und formulieren Sie dabei Ihre Gedanken!«.
2. Zum Abschluss wurden die Patienten gebeten, das Sprichwort »Zeit heilt alle Wunden.« zu kommentieren.

Alle Fragen stellen einen Rahmen dar, um die Patienten über ihre persönliche Zeit sprechen zu lassen. Das Interview wurde akustisch aufgezeichnet, die Texte transkribiert und anschließend in die Software zur qualitativen Inhaltsanalyse MAXQDA (VERBI Software GmbH, Berlin) eingelesen. Mit dieser war im zweiten Schritt auch eine quantitative Auswertung der Codes möglich. Folgende Schritte wurden im Anschluss von zwei unabhängigen Ratern durchgeführt:

1. Registrierung der Sätze, in denen »Zeit« thematisiert wurde,
2. Markierung dieser »Zeit«-Sätze mit den vorab festgelegten Obercodes (Zeit-Bedeutung, Zeitkarten-Position, Zeit quantitativ, Zeit qualitativ, Zeit-Einstellung der Uhr, Zeit-Sprichwort etc.),

## B Was verändert unser Zeiterleben? \_\_\_\_\_

3. Markierung dieser Obercodes mit weiteren differenzierenden Untercode (z.B. für den Obercode »Zeit-Bedeutung«: verbleibende Lebenszeit, Zeit ist knapp, Zeit ist schnell vergangen, Zeit zum Nachdenken etc.).

Nach der in jedem Schritt unabhängigen Bewertung der zwei Rater wurde jeweils eine Einigung über die divergierenden Untercode erzielt, bevor zum nächsten Schritt der Quantifizierung übergegangen wurde. In diesem Schritt generiert das Programm einen Output, der angibt, wie häufig ein Untercode innerhalb einer der beiden Gruppen zu verzeichnen war. Als Beispiel: Der Obercode »Bedeutung« mit seinem Untercode »Zeit ist ausgefüllt mit Aktivität« wurde von 19 der 91 onkologischen Patienten mit malignen Erkrankungen und von 5 der 29 Patienten mit benignen Erkrankungen erwähnt. Mit Hilfe eines Chi-Quadrat-Tests wurde daraufhin statistisch untersucht, ob sich die Häufigkeit der Nennungen des Untercode zwischen den beiden Gruppen unterschied, ob also der Patient mit malignen Erkrankungen weniger häufig oder häufiger als die Patienten mit benignen Erkrankungen ein Thema besprachen. In die Statistik ging lediglich kategorial ein, ob ein Patient eine Aussage zu diesem Thema machte (1) oder nicht (0). Die Anzahl der Äußerungen eines Patienten zu einem Themenbereich wurde in dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Insgesamt ergaben sich 113 Untercode, wobei viele Einmalnennungen zu verzeichnen waren. Zur statistischen Analyse wurde der Chi-Quadrat-Test zur Untersuchung von Häufigkeiten bei nominalskalierten Variablen herangezogen. Bei zwei Zeit-Untercode ergaben sich signifikant häufigere Nennungen bei den Patienten mit malignen Erkrankungen im Vergleich zu den Patienten mit benignen Erkrankungen. Es handelte sich um (1) »Verbleibende Lebenszeit« (Obercode: Bedeutung):  $N(\text{maligne}) = 23/91$ ,  $N(\text{benigne}) = 1/29$  ( $p < 0,011$ ); (2) »Soziale Beziehungen« (Obercode: Beschäftigungsqualitativ):  $N(\text{maligne}) = 67/91$ ,  $N(\text{benigne}) = 9/29$  ( $p < 0,027$ ). Die onkologischen Patienten sprechen demnach häufiger



---

### B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

über die verbleibende Lebenszeit, und sie geben häufiger an, mit ihrem sozialen Umfeld beschäftigt zu sein.

#### **Verbleibende Lebenszeit**

Am Begriff »Verbleibende Lebenszeit« zeigt sich ein ganzes Spektrum an Reaktionen im Umgang mit der potenziell tödlich verlaufenden Erkrankung. Zum einen wird das Thema Endlichkeit eher distanziert und pragmatisch angegangen. »Der Tod ist einfach eine zwangsläufige Sache, die irgendwann auf mich zukommen wird. Früher oder später, das weiß ich noch nicht. [...] Ich habe jetzt ein Testament geschrieben, aber das hätte ich sowieso gemacht, weil mein Beruf auch so gefährlich ist«. »Wenn das jetzt schief geht, akzeptiere ich das genauso. [...] Man hofft zwar, dass man es so weit wie möglich hinausziehen kann, aber wenn es soweit ist, dann muss man es akzeptieren«. Andere Patienten sind zuversichtlich, was ihre Lebenszeit angeht: »[Ich bin] Optimist, dass ich die Krankheit überstehen werde und einige Jahrzehnte noch leben werde«. »Angst, ja, Angst, ja, Angst habe ich schon, ja aber nicht so viel. Ich kenne schon alles, ich weiß, was mich erwartet, und jetzt habe ich keine Angst vor der Zukunft, weil ich überzeugt bin, dass ich in drei Monaten wieder Zuhause bin. [...] Ich weiß, Leukämie ist heilbar. Ich habe damals erfahren, ich werde nicht sterben, und es war für mich okay«. Andere wollen sich nicht sonderlich mit dem Thema befassen: »[...] möchte ich den [Tod] möglichst weit nach hinten drängen, weil er mir jetzt im Moment zu früh käme«. Zuletzt setzen sich manche konkret mit der Angst vor dem Sterben und der Angst vor dem Tod auseinander: »Für mich bedeutet Angst, dass ich nicht genau weiß, ob ich wirklich überleben werde. Angst vor dem Sterben, vor allem schmerzhaft sterben. Nicht unbedingt vor dem Tod, vor allem schmerzhaft sterben«. »Durch die Erkrankung geht sehr, sehr viel Zeit verloren. Die Wartezeit, und ich weiß nicht, wieviel Zeit ich noch habe. [...] dann

## B Was verändert unser Zeiterleben? \_\_\_\_\_

würde ich die [Zeit] gerne sinnvoller nutzen. [...] Angst, ob ich alles noch schaffe. Angst vor dem Tod«.

### »Soziale Beziehungen«

Auffällig ist die häufige Nennung der Familie als herausragender Bezugspunkt: »Familie ist für mich das Wichtigste«, »Familie steht an erster Stelle«. Dabei geht es einerseits um die Sorge für die Familie: »Meine Kinder sind noch viel zu klein. Also da könnte ich mir vorstellen, dass ich eine furchtbare Lücke hinterlasse. [...] Das macht mir Sorge, weil das wäre jetzt einfach noch ein bisschen zu früh«. Die Familie wird aber auch dahingehend erlebt, dass sie einen unbedingten Rückhalt gibt: »Familie, das ist mir das Wichtigste. Ich habe eine sehr intakte Familie. Also eine wunderbare Frau und vier Kinder. [...] Gerade mit meiner Krankheit habe ich ungeheuer gespürt, dass ich eine wunderbare Familie habe. [...] Die kleine [Tochter] hat gesagt, Papa, Du gefällst mir mit Haaren oder ohne Haare«. »Man hat das Sich-Gegenseitig-Brauchen, und das alles zu bestehen, hat eine tiefere Dimension für die Beziehung bekommen. [...] Die Kraft und der Glaube kommt auch sehr stark aus dieser Beziehung und einer intakten Familie und mit einem sehr intakten Freundeskreis«. Auch verändern sich die Familienbeziehungen. So berichtet eine Patientin, wie die Mutter nur schlecht mit der Situation umgehen kann, der Vater hingegen unerwartet eine Bezugsperson wird: »Witzigerweise ist mein Vater, der mein Leben lang nie für mich da war, derjenige, der am besten mit mir umgeht. Mit dem ich auf eine Art eigentlich das engste Verhältnis habe«.

Ähnlich wie sich in Interviews zum Umgang mit Sterben und Tod bei gesunden Menschen zeigt (Saake 2008), sind die Reaktionen der Patienten sehr unterschiedlich. Nicht überraschend ist die verbleibende Lebenszeit durch die Krebserkrankung ein wesentlich wichtigeres Thema als für Patienten mit benignen Erkrankungen. Die Äußerungen der maligne Erkrankten variieren zwischen (aller-

### B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

dings explizit thematisierter) Verleugnung und Optimismus und bewusster und verstärkter Befassung mit dem Thema. Über den Tod wird verstärkt nachgedacht und dies wirkt sich auf das emotionale Befinden aus, etwa mit verstärkter Angst (Vollmer et al. 2011). Die Tatsache, dass diese Thematik vermehrt in den Fokus rückt, hat unter anderem zur Folge, dass die sozialen Beziehungen, nahe Freunde aber insbesondere die Familie, verstärkt wichtig werden – wichtiger als für Patienten mit benignen Erkrankungen. Kritische Lebensereignisse allgemein, wie auch die hier präsentierten Befunde mit onkologischen Patienten zeigen, führen zu einer reduzierten Zukunftsperspektive sowie zu einer verstärkten Präsenzorientierung, was mit dem Gefühl einer subjektiven Zeitdehnung einhergeht (van Laarhoven et al. 2011). Studien zum Raumerleben onkologischer Patienten zeigen ganz ähnliche Befunde einer gesteigerten Introspektion, einer verstärkten Beschäftigung mit dem kranken Körper als gegenwärtigster Raum, der nicht verlassen werden kann (Vollmer und Koppen 2010). Mit dem Gefühl, den »Raum« als Metapher des kranken Körpers nicht verlassen zu können, geht auch einher, dass Planungen, die vorher noch Monate oder gar Jahre betrafen, auf einmal hinfällig sind. In unserer Studie zur Zeitwahrnehmung bestätigt sich dies: Die Zukunftsperspektive ist eingeschränkt auf wenige Tage oder Wochen. Zudem, und das zeigen die qualitativen Interviews, kommt es neben der Veränderung der Zeitperspektive zu einer verstärkten Zuwendung zur eigenen Familie. Anstatt der Planung von zukünftigen individualistischen Projekten wird das Zusammensein mit der Familie jetzt das Wichtigste (Carstensen 2006).

### **B 3.2 Zeiterleben im Kontext der Palliativmedizin**

Wenn sich die Wertigkeit der Zeit in der Wahrnehmung der Schwerstkranken und Sterbenden so sehr zeigt, dann sollte man

## B Was verändert unser Zeiterleben?

---

doch davon ausgehen, dass der richtige Umgang mit der Zeit in der Betreuung dieser Patienten von besonderer Wichtigkeit ist. Inzwischen ist jedoch auch das medizinische System nicht nur von Zeitverdichtung und Leistungsdruck, sondern auch von einer zunehmenden Ökonomisierung und Objektivierung geprägt. Gerade in größeren organisatorischen Systemen, für welche Kliniken das Paradebeispiel sind, dominiert der Druck, eine Rendite zu erwirtschaften (privater Träger) oder zumindest, keine Verluste zu erzeugen (öffentliche Träger), das Handeln der einzelnen Akteure (Gawande 2009). Vor diesem Hintergrund kommt es zu Einschränkungen und Belastungen bei den Arbeitsabläufen des Personals und zu einer Verminderung der nur schwer ökonomisierbaren Interaktion mit den Patienten. In einer Studie mit Ärzten des Universitätsklinikums Freiburg (Becker et al. 2010) zeigte sich, dass der durchschnittliche Arbeitstag dort knapp elf Stunden dauerte. Die Ärzte verwandten deutlich mehr Zeit für Dokumentation sowie für die Interaktion mit Kollegen als für die Interaktion mit den Patienten. Im Schnitt betrug die tägliche Interaktionszeit pro Patient 4 Minuten und 17 Sekunden und pro Patientenangehörigen 20 Sekunden.

Patienten sind bedingt durch ihre Erkrankung und dem Verbleib in der Klinik ihrer normalen Zeitabläufe enthoben und erleben dabei einen unfreiwilligen Leerlauf. Schließlich ist Nichtstun das Gebot der Heilung, so dass ein entfunktionalisierter Zustand entsteht, der stark präsenzorientiert ist. Die Ärzte hingegen befinden sich in einem leistungsbezogenen und manchmal überfordernenden Berufsalltag, der ausschließlich von zielgerichtetem Handeln, dem daraus resultierenden Handlungsdruck und einer nahezu vollständigen Funktionalisierung geprägt ist. In der Interaktion zwischen Arzt und Patient treffen diese beiden Perspektiven aufeinander. Die Überbrückung muss hierbei von Seiten der Ärztin oder des Arztes geleistet werden. Die Aufgabe ist es, sich für den Patienten Zeit zu nehmen, während man gleichzeitig nicht über diese verfügt (siehe Becker et al. 2010). Zu diesen unterschiedlichen Zeitperspektiven kommt interaktionserschwerend hinzu, dass eine

### B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

von Handlungsdruck und Funktionalisierung geprägte Haltung Empathie, Mitgefühl und Hilfsbereitschaft senkt. Dies wurde experimentell sehr eindrücklich aufgezeigt (Darley und Batson 1973). Patienten und Ärzte haben eine gegenläufige Zeitwahrnehmung. Patienten haben Zeit, fühlen einen langsamen Verlauf der Zeit und sind dominant gegenwartsorientiert. Ärzte haben Zeitdruck und sind termin- bzw. zukunftsorientiert.

Der Zeitpunkt der Krebsdiagnose ist der erste fundamentale Einschnitt ins Leben und Zeiterleben der Patienten. War man noch eingespannt in schnelllebige Abläufe von Berufsleben und Familie, wird man plötzlich unerwartet »ausgebremst«. Für den Patienten bedeutet die Aufnahme ins Krankenhaus eine Zäsur, die ein Eingriff in den persönlichen Zeitrhythmus ist. Im Krankenhaus laufen die Tagesabläufe anders ab als Zuhause; viele Patienten verlieren nach ein paar Tagen Aufenthalt ihre gewohnte Zeitorientierung. Die einzelnen Wochentage ziehen vorüber und lassen sich wegen ihrer Gleichförmigkeit nicht mehr unterscheiden. Der Tag wird nicht von einem selbst kontrolliert, sondern ist extern, durch die Visiten und die Mahlzeiten, strukturiert. Aus der privaten Vertrautheit in eine ungewohnte Umgebung versetzt, muss man sich an einen fremden, teilweise öffentlichen Raum gewöhnen. Der Raum ist unpersönlich, andere Personen (Reinigung, Pflege, Ärzte, Therapeuten) betreten ihn permanent und ungefragt.

Der Zeitpunkt schließlich, an dem einem Patienten mitgeteilt wird, dass die Erkrankung nicht mehr heilbar ist, stellt einen weiteren fundamentalen Einschnitt dar. War man noch eingespannt in Therapieprozesse und getragen vom Gefühl der Hoffnung auf Heilung, ist man nun dieser Zukunftsperspektive beraubt. Bezogen auf die Palliativstationen spielt sich das Leben im und um das Patientenbett herum ab. Neben dem Mangel an Rückzugsmöglichkeiten teilt man sich unter Umständen – häufig allerdings gibt es auf Palliativstationen Einzelzimmer – das Zimmer mit anderen Patienten und damit auch unweigerlich mit deren jeweiligen Zeitrhythmen.

Mit dem Verlauf der Krankheit nehmen die körperlichen Beschwerden zu und die eigene Leistungsfähigkeit ab. Gerade dann,

## B Was verändert unser Zeiterleben? \_\_\_\_\_

wenn man sich über Aktivitäten wie Sport oder den Beruf definiert hat, wird das körperliche Gebrechen zur psychischen Belastung. Das sich verlangsamende Zeitempfinden und Reaktionsvermögen des schwerkranken Patienten steht dabei in zunehmendem Gegensatz zum von permanenter Geschwindigkeit geprägten Umfeld. Zeit wird auf einmal bewusst erlebt. Dabei kann das Zeitempfinden als paradox erlebt werden, wie der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio in seinem Buch »Über das Sterben« (2012, S. 104) schreibt:

»Mit Fortschreiten der Erkrankung bemerken viele, dass sie, wie mir ein Patient sagte, »gleichzeitig zu wenig und zu viel Zeit haben«. Zu wenig Zeit bis zum Tod, aber zu viel Zeit, weil die meisten Aktivitäten des täglichen Lebens wegen der Krankheit nicht mehr durchgeführt werden können.«

Der Faktor Zeit kann aber mitunter als kostbar wahrgenommen werden. Aufgrund ihrer fortgeschrittenen Tumorerkrankung in ihrer Bewegung komplett eingeschränkt, sagte eine Patientin: »Vieles von dem, womit ich mich über Jahrzehnte beschäftigt habe, habe ich auf einmal erreicht. Zum Beispiel das Leben im Hier und Jetzt, die Entschleunigung, Dinge anzunehmen, wie sie sind. Jahrelang bin ich durch mein Leben gerannt, und jetzt habe ich diese Ruhe gefunden. Die Momente werden auf einmal wichtig, kleine Dinge im Tagesablauf.«

Die Zeit kann auch ein wesentliches Thema im Sterbeprozess werden. Das zeigt sich an Fragen wie: »Wie viel Zeit bleibt mir noch?«, »Werde ich noch einen Geburtstag oder unseren nächsten Hochzeitstag erleben?«. Sterbende verlieren in gewisser Weise ihre Zukunft. In der letzten Lebenszeit von Sterbenden nimmt die körperliche Energie zunehmend ab. Außer an Schmerzen, Übelkeit oder Atemnot leiden viele auch an einer ausgeprägten Müdigkeit und haben somit ein großes Schlaf- und Ruhebedürfnis, einhergehend mit Kraftlosigkeit, Schwäche und Motivationsverlust. Für viele Dinge, für die der Patient nun Zeit hätte, fehlt die Kraft. Jegliche Aktivität ist mit Anstrengung verbunden und erfordert Erholungsphasen. Häufig ist das Bedürfnis, sich von der Umwelt zurückzu-

### \_\_\_\_\_ B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

ziehen, groß, und manche Patienten befinden sich in einem Dämmerzustand. Wenn die Augen nicht geschlossen sind, scheinen sie in die Ferne gerichtet zu sein (vgl. Kulbe 2010, S.25). Es kommt schließlich mehr und mehr zum Verlust des Zeitgefühls. Gleichzeitig kommt es zur Bewusstwerdung des »Jetzt geht meine Zeit zu Ende«. Viele Sterbende wollen darum, dass man schnellstmöglich noch eine wichtige Person anruft und einbestellt, oder aber gerade dass man manche Menschen nicht mehr ins Zimmer lässt (Gruber et al. 2000).

## **B 3.3 Überlegungen zur Anpassung der divergierenden Zeitbeziehungen**

Das subjektive Zeitempfinden der Patienten steht im Gegensatz zur Schnelligkeit der Abläufe im Krankenhaus. Wie lassen sich die auseinanderfallenden Zeitempi aufeinander abstimmen? Was bereits in der Akutversorgung im Krankenhauskontext von Belang ist, hat in der Palliativmedizin ein umso stärkeres Gewicht. Bezogen auf die Palliativmedizin meint Annette Kulbe, dass der Patient das Gefühl haben muss, dass Zeit für ihn da ist. Der Begleitende sollte Zeit haben und sich Zeit nehmen (Kulbe 2010, S. 33).

Wie kann man sich als Betreuender auf die Zeit des Patienten einstellen, um eine auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene Betreuung zu ermöglichen? Dazu haben wir in den folgenden Paragraphen einfache »Handlungsanweisungen« aus vier Bereichen (Aktivitäten, non-verbale Kommunikation, Synchronisierung der Rhythmen, verbale Kommunikation) zur Orientierung zusammengestellt, die im Leitfaden für An- und Zugehörige zu konkreten Beispielen ausgearbeitet sind.

B Was verändert unser Zeiterleben? \_\_\_\_\_

**Leitfaden für mehr Achtsamkeit für An- und Zugehörige von Palliativpatienten (zusammengestellt von Solveig Dietrich):**

Gönnen Sie sich die Zeit, einfach da zu sein. Keine Aktivitäten, sondern einfach nur präsent sein.

Erlauben Sie sich, sich ganz auf den Moment einzulassen, vielleicht auch einfach nur zu schweigen.

Versuchen Sie, sensibel für das Zeitempfinden des Kranken zu sein und sich ganz auf dessen Zeit einzulassen.

Versuchen Sie, wenn möglich, das Handy beim Betreten des Zimmers auszuschalten; das kann symbolisieren, »Zeit zu haben«.

Gehen Sie vorher in die Klinikapelle oder einen anderen Raum, um »herunterzufahren«, sich ganz auf die langsamere Zeit einzulassen.

Versuchen Sie, mit Ruhe und Gelassenheit das Zimmer zu betreten.

Denken Sie an Dinge aus der Natur, die Ruhe ausstrahlen können, z. B. einen Stein, Holz, Blumen usw., an alles, was Sie selbst beruhigt.

Denken Sie eventuell an Musik, die beruhigend auf Sie wirkt.

Versuchen Sie, schon auf dem Weg zum Zimmer/der Klinik langsam zu gehen, auch wenn es nur einige Meter zum Innehalten sind.



---

 B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

Verbringen Sie lieber eine kürzere Zeit gemeinsam, aber versuchen Sie, während dieser dann wirklich anwesend zu sein, sich auf den Rhythmus des Anderen einzulassen und sich für das Zeitgefühl des Anderen zu sensibilisieren.

Bringen Sie sich vielleicht einen Tee bzw. Kaffee mit. Auch das kann »Ankommen« und »Zeithaben« vermitteln.

1. *Aktivitäten:* Jede nicht unbedingt nötige Aktivität sollte man als Betreuender wenn möglich einstellen. Zum Gespräch sollte man sich setzen. Das Stehen oder Gehen vermittelt eher das Gefühl, man sei »auf dem Sprung« und habe nur wenig Zeit. Es geht um Präsenz. Der Palliativpatient spürt meistens sehr wohl, ob jemand Zeit mitbringt und ob er wirklich »da« ist. Es ist wichtig, Ruhe in ein Patientenzimmer zu bringen; man sollte versuchen, Hektik und Zeitknappheit wenigstens für den Moment abzulegen.
2. *Non-verbale Kommunikation:* Beim aktiven Zuhören geht es nicht nur darum, das Gesagte zu erfassen, sondern auch darum, auf das Unausgesprochene, die Zwischentöne, zu achten. Es geht darum, Blickkontakt zu halten und eine zugewandte Körperhaltung einzunehmen, klare Aussagen zu machen. Der Gesprächspartner sollte nicht unterbrochen werden (vgl. Bausewein et al. 2007, S. 85–86). Dabei sind Gesprächspausen und das gemeinsame Schweigen ein wichtiger Teil von Kommunikation.
3. *Verbale Kommunikation:* Schon in der klassischen Arzt-Patient-Beziehung im Akutkrankenhaus kommt es häufig zu Kommunikationsschwierigkeiten. Häufig verursachen Visiten mehr Verwirrung und Unruhe als Klarheit. Der Patient bleibt verunsichert zurück, weil er manches nicht verstehen konnte. Es kommt manchmal nicht auf viel Information an, sondern auf eine Rücksicht nehmende Haltung. Sich einige Minuten für den Patienten Zeit zu nehmen, bedeutet dem Patienten unter Umständen mehr als eine umfassende Aufklärung über den Verlauf der Er-

## B Was verändert unser Zeiterleben? \_\_\_\_\_

- krankung und mögliche Therapiemaßnahmen. Auch Borasio (2012, S. 63) beschreibt aus seiner ärztlichen Praxis, dass Patienten den Inhalt eines Gesprächs, und sei er noch so wichtig, oft schnell vergessen haben; aber ob sich der Arzt Zeit genommen hat oder in Eile war, prägt sich als bleibender Eindruck ein.
4. Synchronisierung der Rhythmen: Besonders in klinischen Einrichtungen fällt es schwer, das eigene Tempo zu wechseln und sich auf das Tempo der Patienten einzustellen. Es ist für den Schwerkranken aber unabdingbar, denn die meisten Pflegeeinrichtungen, auch wenn der Patient nur passiv daran teilnimmt, können im geschwächten Zustand sehr anstrengend sein. Für den Patienten kann es dabei sowohl physisch wie auch psychisch sehr anstrengend sein, wenn der Pflegenden keine Zeit hat und sich nicht auf diese individuelle Geschwindigkeit des Patienten einlassen kann.

Das Konzept und die Praxis der Achtsamkeit bieten eine Möglichkeit, die oben in den vier Bereichen umrissene Grundhaltung einer gegenwärtigen Präsenz einzuüben. Darüber hinaus bietet das Konzept der Achtsamkeit auch einen wissenschaftlichen Rahmen, der ein noch tieferes Verständnis der Zeitstrukturen und der Handlungsanpassung in der Palliativmedizin ermöglicht. Unter Achtsamkeit versteht man eine innere Haltung, die durch eine bewusste, nicht wertende Präsenz im gegenwärtigen Moment charakterisiert ist (Banzhaf und Schmidt 2015). Diese Haltung ist von den Qualitäten Offenheit, Neugier, Zuwendung und Akzeptanz geprägt. Achtsamkeit kann durch angeleitete Techniken und vertiefende Übungen erlernt werden. Die bekannteste Intervention ist das achtwöchige Kursprogramm *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; dt. Achtsamkeitsbasierte Stressbewältigung), das in manualisierter Form vorliegt (Kabat-Zinn 2001).

Durch verstärkte Achtsamkeit tritt das andauernde Gefühl der Eile und innerer Unruhe in den Hintergrund. In den Vordergrund tritt der gegenwärtige Moment, der durch den Erfahrungsbezug der Gegenwartsorientierung verankert wird. Der gegenwärtige Mo-

---

 B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

ment erfährt durch diese zeitliche Orientierung und Verankerung eine zeitliche Ausdehnung und damit verbunden auch ein Gefühl der inneren Ruhe, Verlangsamung und Bezogenheit in der Situation. Durch die bewusste Neuausrichtung der Aufmerksamkeit und der sensorischen Verankerung wird ein veränderter Bewusstseinszustand geschaffen, der mit einer Veränderung des Zeiterlebens einhergeht (Wittmann 2015; Wittmann und Schmidt 2014). In zwei eigenen Studien mit Meditierenden unterschiedlicher Traditionen konnten wir auch empirisch zeigen, dass für Meditierende im Vergleich zu Kontrollpersonen die Zeit im Alltag subjektiv langsamer vergeht, ausgedehnter empfunden wird und weniger Zeitdruck besteht (Schötz et al. 2016; Wittmann et al. 2015).

Ein Schlüsselfaktor für das Vermindern von Stress und Hektik im Klinikalltag liegt also in einer veränderten Zeitwahrnehmung, die erlernbar ist. Zentral ist hier die Beobachtung, dass sich das subjektive Zeitempfinden im Sinne des Gefühls, nicht genug Zeit zu haben, häufig von einem Kontext in den nachfolgenden überträgt. Das Sich-Beeilen bringt keine freie Zeit hervor, da sich die innere Unruhe der Eile auf eine mögliche freie Zeit fortsetzt. So hat, wer sich den ganzen Tag beeilt, am Abend vielleicht freie Zeit übrig, kann sie aber nicht nutzen, da er innerlich nicht zur Ruhe kommt. Die in der Praxis der Achtsamkeit zugrunde liegende buddhistische Psychologie geht in diesem Zusammenhang vom Konzept der »Gewöhnung des Geistes« aus (Schmidt 2014). Damit ist gemeint, dass bestimmte Grundhaltungen des In-der-Welt-Seins sich selbst fortschreiben. Wer sich viel in Achtsamkeitsmeditation übt, wird auch im Alltag achtsamer sein. Um zu erreichen, dass man auch in hektischen Zeiten eine innere Ruhe bewahrt, bedarf es der Gewöhnung in anderen Kontexten als der Meditation – etwa im Berufsleben. Anhand eines solchen Übertrags des Zeiterlebens vom einen Kontext in den anderen kann auch erklärt werden, warum sich Menschen in unserer zeitverdichteten und funktionalisierten Kultur schwer tun, Momente des Wartens, der Stille und des Nichtstuns auszuhalten. Dies wurde eindrücklich mit dem »disengaged mind«-Paradigma gezeigt (Wilson et al. 2014). In elf

## B Was verändert unser Zeiterleben? \_\_\_\_\_

Experimenten wurden Versuchspersonen gebeten, zwischen 6 und 15 Minuten, ohne Möglichkeit der Ablenkung, »nichts« zu tun. Dies wurde mehrheitlich als negativ erlebt; bot man den Teilnehmern an, sich selbst einen schmerzhaften elektrischen Schock in dieser Zeit zu verabreichen, ergriffen manche der Personen diese Gelegenheit. Viele Menschen halten Ruhe und Nichtstun nicht aus. Eine innere Unruhe bemächtigt sie und treibt sie voran. Dann wird es schwierig, sich auf sich und andere zeitlich einzulassen, sich Zeit zu nehmen. Deshalb ist eine Einübung von Achtsamkeit im Klinikalltag von funktionalem Nutzen, für die Betreuenden wie für die Patienten.

Schwerstkranke, onkologische und Palliativpatienten brauchen Zeit. Geben wir ihnen die Zeit, die sie brauchen. Bleiben wir dabei gelassen, bleibt etwas erhalten: die gegebene, gemeinsame Zeit der Anwesenheit.

### **Danksagung**

Die empirische Arbeit dieses Beitrags wurde durch die zweijährige Projektförderung der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung unter dem Titel »Zeitwahrnehmung in subjektiver Todesnähe. Eine medizinpsychologische Untersuchung der Zeitwahrnehmung bei Patienten der internistischen Onkologie« (VW 00-01) ermöglicht; Projektleitung: Tanja Vollmer und Marc Wittmann. Wir bedanken uns bei Claudia Schweiger, Nicole Stark, Susanne Neumann, Monika Buchmann, Susanne Hörz, Stefan Bauer sowie zuletzt Rahel Nicolet für die Mitarbeit in diesem Projekt.

### **Literatur**

- Banzhaf H, Schmidt S (2015) Meditieren heilt: Vorbeugen und gesund werden durch Achtsamkeit. Freiburg: Kreuz Verlag.
- Bausewein C, Roller S, Voltz R (2007) Leitfaden Palliativmedizin/Palliative Care. Elsevier, Urban & Fischer.

### B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

- Becker G, Kempf DE, Xander CJ et al. (2010) Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative – an observational study at a university hospital. *BMC Health Services Research* 10 (94).
- Blewett AE (1992) Abnormal subjective time experience in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 161(2), 195–200.
- Borasio GD (2012) Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen. 8. Auflage. München: Beck.
- Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y et al. (2009) Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), 383–391.
- Bschor T, Ising M, Bauer M et al. (2004) Time experience and time judgment in major depression, mania and healthy subjects. A controlled study of 93 subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(3), 222–229.
- Carstensen LL (2006) The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913–1915.
- Darley JM, Batson CD (1973) »From Jerusalem to Jericho«: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 100–108.
- Fang F, Fall K, Mittleman MA et al. (2012) Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis. *N Engl J Med* 2012; 366:1310–1318.
- Gawande A (2009) The Cost Conundrum. *The New Yorker*. ([http://www.newyorker.com/reporting/2009/06/01/090601fa\\_fact\\_gawande](http://www.newyorker.com/reporting/2009/06/01/090601fa_fact_gawande), Zugriff am 15.01.2020).
- Gruber U, Vollmer T, Hiddemann W (2000) *Gynäkologe* 33: 718–725.
- Kabat-Zinn J (2001) *Gesund durch Meditation*. München: O. W. Barth.
- Kruse J (2014) *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kübler-Ross E (1992; orig. 1969) *Interviews mit Sterbenden*. Reinbeck: Rowohlt.
- Kulbe A (2010) *Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege Sterbender*. 2. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Mehnert A, Brähler E, Faller H et al. (2014) Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 32(31):3540–3546.
- Rommel A (1996) *Erleben, Kommunikation und Beziehung. Psychoonkologische Betreuung Erwachsener*. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) *Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge – Leukämien und Myelodysplastische Syndrome*. München: Schriftenreihe des Tumorzentrums München. 226–230.

## B Was verändert unser Zeiterleben?

---

- Saake I (2008) *Moderne Todessemantiken*. In: Saake, I., Vogel W. (Hrsg.). *Moderne Mythen der Medizin*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt S (2014) *Opening up meditation for science: the development of a meditation classification system*. In: S. Schmidt & H. Walach (Hrsg.), *Meditation – Neuroscientific Approaches and Philosophical Implications* (S. 137–152). New York: Springer.
- Schötz E, Otten S, Wittmann M et al. (2016) *Time perception, mindfulness and attentional capacities in transcendental meditators and matched controls*. *Personality and Individual Differences*, 93, 16–21.
- Skarstein J, Aass N, Fosså SD et al. (2000) *Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire*. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27–34.
- Van Laarhoven HW, Schilderman J, Verhagen CA et al. (2011) *Time perception of cancer patients without evidence of disease and advanced cancer patients in a palliative, end-of-life-care setting*. *Cancer Nursing*, 34(6), 453–463.
- Vollmer TC (2004) *Himmel, Arsch und Wolkenbruch. Mit Krebskranken auf der Suche nach dem Reim auf ihr Schicksal*. München: Utz Verlag.
- Vollmer TC, Koppen G (2010) *Die Erkrankung des Raumes: Raumwahrnehmung im Zustand körperlicher Versehrtheit und deren Bedeutung für die Architektur*. München: Utz Verlag.
- Vollmer TC, Wittmann M, Schweiger C et al. (2011) *Preoccupation with death as predictor of psychological distress in patients with haematologic malignancies*. *European Journal of Cancer Care*, 20(3), 403–411.
- Wilson TD, Reinhard DA, Westgate EC et al. (2014) *Just think: The challenges of the disengaged mind*. *Science*, 345(6192), 75–77.
- Wittmann M (2009) *The inner experience of time*. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 364, 1955–1967.
- Wittmann M (2015) *Wenn die Zeit stehen bleibt: Kleine Psychologie der Grenzerfahrungen* München: Beck, C.H.
- Wittmann M, Otten S, Schötz E et al. (2015) *Subjective expansion of extended time-spans in experienced meditators*. *Frontiers in Psychology*, 5, 1586.
- Wittmann M, Paulus MP (2016) *How the experience of time shapes decision-making*. In: M. Reuter, C. Montag (eds.), *Neuroeconomics* (pp. 133–144). Heidelberg: Springer Berlin.
- Wittmann M, Rudolph T, Linares Gutierrez D et al. (2015) *Time perspective and emotion regulation as predictors of age-related subjective passage of*

\_\_\_\_\_ B 3 Zeiterleben und Umgang mit Zeit bei Patienten der Onkologie

time. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(12), 16027–16042.

Wittmann M, Schmidt S (2014) Mindfulness meditation and the experience of time. In: S. Schmidt, & H. Walach (Hrsg.), *Meditation – Neuroscientific Approaches and Philosophical Implications* (S. 199–210). New York: Springer.

Wittmann M, Vollmer T, Schweiger C et al. (2006) The relation between the experience of time and psychological distress in patients with hematological malignancies. *Palliative & supportive care*, 4(04), 357–363.

Zakay D, Block RA (1997) Temporal cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 6(1), 12–16.