

Jan Schulze

Hoffnung im Dialog



Psychotherapie-Wissenschaft

16. Jahrgang, Nr. 1, 2026, Seite 7–13

DOI: 10.30820/1664-9583-2026-1-7

Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
16. Jahrgang Heft 1/2026
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1>
info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

Herausgeberverein der Zeitschrift
Psychotherapie-Wissenschaft
Peter Schulthess
Zanggerweg 33
CH-8006 Zürich
Mobile + 41 76 559 19 20
E-Mail: pschulthess@icloud.com

Redaktion

Mara Foppoli, Lugano
Lea-Sophie Richter, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich
Jean Schulthess Watt, Zürich

Hinweise für AutorInnen befinden
sich auf der Homepage der Zeitschrift:
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einsehbaren Mediadaten.
Gönnermitglieder des Herausgebervereins wenden sich bitte
direkt an die Redaktion: pschulthess@icloud.com

Datenbanken

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft wird regelmäßig
in der Abstract-Datenbank PsycInfo der American Psycho-
logical Association (APA), im Directory of Open Journals
(DOAJ) und in den Publikationsdatenbanken PSYINDEX und
PsychArchives des Leibniz-Institut für Psychologie/Leibniz
Institute for Psychology (ZPID) erfasst.



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Hoffnung im Dialog

Psychoonkologische Präzision am Lebensende zwischen Würde, Wahrheit und Wahlfreiheit

Jan Schulze

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (1) 2026 7–13

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-1-7>

Zusammenfassung: Die letzte Lebensphase bei fortgeschrittener Krebserkrankung ist selten nur eine medizinische Endstrecke. Sie ist eine Verdichtung von Angst, Schmerz, Beziehungsthemen und existenziellen Fragen nach Sinn, Würde und Verbundenheit. Psychoonkologische Begleitung kann hier wirksam sein – oft nicht durch lange Programme, sondern durch präzise, zeitlich passende Interventionen. Leitend ist dabei ein Perspektivwechsel: weg von einer Orientierung an Überlebenszeit hin zur Frage, wie Leben – auch unter Bedingungen begrenzter Zeit – gestaltbar bleibt. Der Beitrag entwickelt auf Grundlage einer erfahrungsbasierten, integrativen und praxisnahen Literatur- und Konzeptaufarbeitung ein orientierendes Vorgehensmodell für die psychoonkologische Begleitung am Lebensende, das sich nicht ausschliesslich an psychoonkologisch Tätige richtet. Zentrale Annahme ist, dass sich psychische Belastung in dieser Phase typischerweise als Demoralisierung, Angst vor Progression oder Tod, depressive Symptome sowie als «Total Pain» zeigt und – unabhängig vom Versorgungssetting – unterschiedliche Prioritäten für Indikation, Kommunikation und Intervention erfordert. Drei narrative Fallvignetten aus der Meaning-Centered Psychotherapy (MCP), der Managing Cancer and Living Meaningfully Therapy (CALM) und der Dignity Therapy verdeutlichen die klinische Logik dieses Vorgehens: Präzision statt Länge, Hoffnung als dialogischer Prozess, Würde als nicht-idealisierte und nicht normativ überhöhte Haltung sowie eine Arbeitsweise, die Angehörige und die Belastung des Behandlungsteams systematisch berücksichtigt. Abschliessend werden praxisnahe Hinweise zum klinischen Bezugsrahmen psychoonkologischer Arbeit am Lebensende dargestellt.

Schlüsselwörter: Psychoonkologie, letzte Lebensphase, Demoralisierung, Fear of Progression (FoP), Total Pain, Würde, Meaning-Centered Psychotherapy, CALM, Dignity Therapy

Krebs verläuft selten als singuläres Ereignis; er entfaltet sich als Krankheitsbahn mit wechselnden Phasen, in denen sich psychische Anforderungen verschieben – von Schock und Anpassung über Therapie- und Remissionsphasen bis in die metastasierte und schliesslich terminale Phase. Psychische Störungen und relevante Belastungen sind bei Krebserkrankungen insgesamt häufig (Mehnert et al., 2014). Am Lebensende bündeln sich existenzielle Themen in einer Weise, die sich nicht «wegbehandeln» lässt: Sinn, Würde, Verbundenheit, Angst vor Leiden und Sterben, Sorge um Hinterbliebene, das Erleben von Kontrollverlust. In einer grossen multizentrischen Studie lag die 4-Wochen-Prävalenz irgendeiner psychischen Störung bei 31,8 % (ebd.). Die S3-Leitlinie Psychoonkologie empfiehlt deshalb eine systematische Belastungsdiagnostik und indikationsgeleitete psychotherapeutische bzw. psychoonkologische Unterstützung entlang der gesamten Krankheitsbahn – einschliesslich palliativer Situationen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023).

Im Folgenden bezeichnet «Lebensende» bzw. «letzte Lebensphase» die Phase einer fortgeschrittenen, nicht heilbaren Krebserkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, in der palliative Zielsetzungen dominieren; die Grenzen sind klinisch fliessend. Diese Verdichtung kann als «existenzieller Schlag» erlebt werden – nicht nur, weil

der Tod näher rückt, sondern weil er plötzlich als realer, körperlicher Horizont im Raum steht. Ein hilfreicher Hintergrundgedanke für diese Zäsur ist die alltägliche «Illusion der Unendlichkeit»: Viele Menschen leben im Modus einer stillschweigenden offenen Zukunft – als stünde Zeit grundsätzlich zur Verfügung. Solange es keinen Anlass gibt, fühlt sich Endlichkeit «fern» an; das ermöglicht Handlungsfähigkeit, Planung und eine gewisse Unbeschwertheit. Eine lebensbedrohliche Diagnose kann diese Grundannahme abrupt erschüttern. Dann ist nicht nur der Körper krank, sondern auch die Zeit: Sie wird spürbar, begrenzt, und ihr Verlauf wird zum Thema.

In der ersten Phase nach der Diagnose oder nach dem Umschlag in eine terminale Prognose zeigt sich häufig ein Pendeln zwischen Wirklichkeit und Schutz: Momente klarer Realitätswahrnehmung wechseln mit Verleugnung, Informationsvermeidung oder dem Festhalten an einem früheren Überlebensoptimismus. Diese Verleugnung ist nicht einfach «Unwillen», sondern oft ein seelisches Schutzsystem gegen Überflutung. Klinisch relevant wird dabei die Beziehung: Wenn Patient*innen nicht forciert, sondern gehalten werden, kann sich die Auseinandersetzung mit Endlichkeit dosiert entwickeln – ohne dass Hoffnung als Abwehr reflexhaft zerstört wird. In dieser Situation zeigt sich ein doppeltes Risiko: Einerseits kann

sich die Versorgung auf Symptome verengen («medizinisiert»), wodurch seelische Not und Beziehungsdynamiken unsichtbar werden. Andererseits kann Psychotherapie am Lebensende in eine falsche Logik geraten – als müsste sie «noch schnell» das leisten, wofür sonst Monate oder Jahre Zeit wären. Beides verfehlt den Punkt. Psychoonkologische Arbeit in der letzten Lebensphase ist nicht primär eine Verlängerung klassischer Psychotherapie, sondern ein eigenes Feld mit eigenen Erfolgsmassen: nicht Symptomfreiheit, sondern Entlastung, Orientierung, würdevoller Abschied, eine Form von innerer und relationaler «Vollständigkeit».

Der Beitrag verfolgt deshalb ein pragmatisches Ziel: eine Schablone für die klinische Logik zu skizzieren, die bei knapper Zeit Orientierung gibt – welche Kernphänomene typischerweise dominieren, wie Screening und Indikation aussehen können, und wie evidenzbasierte Kurzinterventionen (MCP, CALM, Dignity Therapy) mit einer zugleich warmen, narrativ sensiblen Schreib- und Gesprächshaltung verbunden werden können.

Methodik/Vorgehen

Der Beitrag ist eine integrative Konzeptarbeit mit dem Ziel, einen klinischen Bezugsrahmen für die psychoonkologische Begleitung am Lebensende zu skizzieren. Grundlage sind a) eine strukturierte Zusammenführung zentraler psychoonkologischer Belastungsphänomene am Lebensende (Demoralisierung, Angst vor Progression [Fear of Progression, FoP] bzw. Tod, depressive Symptome, Delirrisiko, Total Pain, Würdeverlust), b) die Ableitung eines indikationsgeleiteten Vorgehens (Screening –Selektion –spezifische Intervention –Sicherung/Integration) und c) die Illustration durch drei narrative Fallvignetten, die typische Konstellationen und evidenzbasierte Interventionen bündeln.

Die Literatur wurde nicht als systematisches Review aufgearbeitet, sondern fokussiert entlang klinisch relevanter Schlüsselpublikationen, einschlägiger Reviews/Leitlinien sowie Manualen zu existenziellen Interventionen ausgewählt. Ziel ist klinische Orientierung und konzeptionelle Integration, nicht Vollständigkeit oder formale Evidenzgraduierung. Die Vignetten beruhen auf realen klinischen Erfahrungen, wurden jedoch anonymisiert und so verändert, dass keine Identifikation realer Personen möglich ist. Sie zeigen, wie sich Theorie und Praxis in der konkreten Gesprächssituation gegenseitig erklären.

Vorgehensmodell: Kernphänomene, Kommunikation, Indikation und Kurzinterventionen

Die Auswahl der beschriebenen Interventionen erfolgte aufgrund ihrer evidenzbasierten Wirksamkeit, zeitlichen Adaptierbarkeit und existenziellen Anschlussfähigkeit in fortgeschrittenen Krankheitsphasen (Breitbart et al., 2015; Chochinov et al., 2011; Rodin et al., 2018; Warth et al., 2019). Sie orientiert sich zudem an Empfehlungen der S3-Leitlinie Psychoonkologie (Leitlinienprogramm

Onkologie, 2023) sowie an Übersichtsarbeiten zu psychotherapeutischen Interventionen in der Palliativsituation (von Blanckenburg & Leppin, 2018). Dies schließt weder die Wirksamkeit anderer, anerkannter psychotherapeutischer Verfahren aus noch die sinnvolle Kombination verschiedener Ansätze; die Auswahl folgt hier primär pragmatischen Kriterien (Zeitfenster, Anschlussfähigkeit, Manualisierbarkeit) und stellt keine Hierarchie dar.

Kernphänomene in der letzten Lebensphase: Ein Belastungssyndrom mit wiederkehrender Signatur

In der letzten Lebensphase treten psychische Belastungen häufig nicht isoliert auf, sondern als charakteristische Konstellation: existenzielle Verzweiflung bzw. Demoralisierung, Angst vor Progression (Fear of Progression, FoP) bzw. Tod, depressive Symptome (mit wichtiger Differenzialdiagnostik), kognitive Einbrüche bis hin zum Delir sowie das ganzheitliche Leidenskonzept des «Total Pain» – körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Diese Konstellation ist klinisch bedeutsam, weil sie Prioritäten verschiebt: Wer Demoralisierung übersieht, behandelt «Depression» zu eng; wer Delir nicht wahrnimmt, diskutiert «Hoffnung» mit jemandem, der gerade neurokognitiv entgleitet; wer Total Pain nicht erkennt, versucht seelische Arbeit ohne ausreichende Symptomlinderung.

Ein zentraler Marker innerhalb dieser Konstellation ist die Demoralisierung: Hoffnungslosigkeit, Sinnverlust, Ohnmacht und das Gefühl, Last zu sein, bei oft erhaltener Kontaktfähigkeit und Verbundenheitswunsch – unterscheidbar von Major Depression (Kissane et al., 2001; Robinson et al., 2015). Klinisch relevante Demoralisierung findet sich je nach Setting bei etwa 13–18% der Patient*innen mit fortgeschrittener Erkrankung (Robinson et al., 2015). Parallel bleibt bei vielen Betroffenen die FoP hoch: eine dauernde Bedrohungserwartung, häufig begleitet von Schlafstörungen und Vermeidung (Bergerot et al., 2022). In der letzten Lebensphase kann die FoP in Todesangst kippen; häufig sind Angehörige ebenfalls stark belastet (Walbaum et al., 2024).

Das Delirrisiko steigt in der letzten Lebensphase deutlich; daher sind die wiederholte Einschätzung der kognitiven Klarheit und eine entsprechende Teamkompetenz zentral (Bush et al., 2018). Zugleich ist Delir nicht ausschliesslich als pathologisches Ereignis zu verstehen, sondern häufig Ausdruck einer komplexen Wechselwirkung aus somatischer Belastung, Medikamenteneffekten, Angst, Erschöpfung und existenzieller Überforderung. Das Konzept des «Total Pain» beschreibt diese Verschränkung von Schmerz, Angst, sozialer Sorge und spiritueller Not und entspricht dem palliativmedizinischen Grundverständnis, dass körperliche, psychische, soziale und spirituelle Belastungen untrennbar miteinander verwoben sind (WHO, 2018). Erst wenn diese Konstellation erkannt ist, entscheidet sich Wirksamkeit am Lebensende häufig nicht zuerst in der Technik, sondern in der Art der Kommunikation: wie Wahrheit dosiert wird, wie Hoffnung realistisch bleibt und wie Wahlfreiheit geschützt wird.

Hoffnung als dialogischer Prozess: Kommunikationslogik am Lebensende

Ein wiederkehrendes Spannungsfeld ist die Hoffnungsgestaltung: Patient*innen und Familien wünschen Ehrlichkeit; zugleich besteht die Sorge, «die letzte Hoffnung» zu zerstören. Psychoonkologisch zeigt sich Hoffnung jedoch als bewegliches Konstrukt: Sie verschiebt sich von langfristiger Heilung hin zu kurzfristigen, erreichbaren Gütern – ein schmerzärmerer Tag, Präsenz, Zeit mit Familie, nicht allein sein. Klinisch hilfreich ist eine Gesprächslogik, die zwei Fragen konsequent verbindet: «Worauf hoffen Sie noch?» und «Wovor haben Sie im Moment am meisten Angst?» So werden Hoffnungsinhalte konkret, handhabbar und realistisch – ohne dass Wahrheit als Härte missverstanden wird (Palliative Care Network of Wisconsin, 2023).

Gerade in dieser Phase lohnt die begriffliche Trennschärfe: Hoffnung ist nicht gleich Optimismus. Sie kann auch dann sinnvoll bleiben, wenn «es» nicht gut ausgeht. In der klinischen Praxis zeigt sich häufig eine rekonfigurierte, wertebasierte Hoffnung – Beziehung, Frieden, Würde, Abschied, Vermächtnis. Nicht selten entsteht dabei ein paradoxes Moment von innerem Freiraum: Wenn die Pflicht, eine unrealistische Zukunft festhalten zu müssen, nachlässt, wird Gegenwart gesprächsfähig. Ebenso wichtig ist ein Aspekt, der im Alltag leicht übergangen wird: das Recht auf Nicht-Wissen. Auch wenn viele Patient*innen grundsätzlich eine sehr umfassende Aufklärung wünschen, ist das kein Freipass, diese Präferenz bei der einzelnen Person «einfach anzunehmen». In der Praxis ist Informationsbedarf dynamisch und individuell: Manche Menschen wollen alles wissen, andere wollen «genug» wissen, um Entscheidungen zu treffen, aber nicht jede Zahl, jedes Szenario, jede Wahrscheinlichkeit. Psychoonkologisch gilt deshalb: zuerst erfragen, dann mitteilen – und die Tür offen lassen, dass sich Wünsche ändern dürfen.

Für die Gesprächsführung bedeutet das: Hoffnung soll nicht zerstört, sondern neu definiert werden. Fragen nach Werten und Sinnquellen («Was ist Ihnen im Innersten wichtig?», «Wofür möchten Sie Ihre Energie in der verbleibenden Zeit einsetzen?») öffnen einen Raum, in dem Hoffnung nicht an Beschönigung gebunden ist, sondern an erreichbare, persönlich bedeutsame Ziele. Genau hier gewinnen auch die später beschriebenen Kurzinterventionen ihre Wirkung: Sie übersetzen Werte in Schritte und Worte – und machen Hoffnung konkret.¹

¹ Psychodynamisch lässt sich diese Form der Gesprächsführung als Arbeit in einem Übergangsraum verstehen, in dem Realität und Hoffnung gleichzeitig gehalten werden können (Winnicott, 1971). Hoffnung fungiert dabei weder als Verleugnung der Realität noch als bloße Illusion, sondern als vermittelnder psychischer Raum, der Symbolisierung und Bedeutungsfindung ermöglicht. In postfreudianischer Perspektive kann die Neudefinition von Hoffnung am Lebensende zudem als Teil gelingender Trauerarbeit verstanden werden, bei der Hoffnungsinvestitionen nicht aufgegeben, sondern von zukünftiger Heilung hin zu Sinn, Beziehung, Würde und Weitergabe umgeschichtet werden (Freud, 1917; Stroebe & Schut, 1999). Die beschriebene Haltung entspricht darüber hinaus dem Konzept des

Aus dieser Kommunikationshaltung folgt eine kurze Indikationslogik: Je nachdem, ob Demoralisierung, Angst oder Würde- bzw. Legacy-Themen dominieren, verändern sich Priorität, Zeitfenster und Interventionswahl.

Präzision statt Länge: Indikationsgeleitete Kurzinterventionen

Psychotherapeutische Arbeit am Lebensende steht häufig unter einem doppelten Druck: begrenzte Zeit bei zugleich hoher existenzieller Dichte. Präzision bedeutet hier nicht Verkürzung im Sinne von Reduktion, sondern Fokussierung auf das jeweils Wesentliche. Entscheidend ist weniger die Anwendung einer bestimmten Methode als die Frage, was im aktuellen Moment innerlich möglich, hilfreich und verantwortbar ist – und was nicht. Um in dieser Dynamik Orientierung zu geben, ohne Beziehung zu ersetzen, lässt sich das Vorgehen nicht sinnvoll als lineare Abfolge von Schritten beschreiben. Stattdessen bietet sich ein Modell aus Orientierungsebenen an: wiederkehrende, miteinander verschränkte Ebenen psychotherapeutischer Aufmerksamkeit, die je nach Situation unterschiedlich in den Vordergrund treten können (Tab. 1).

Aus diesen Orientierungsebenen ergibt sich eine einfache, aber tragfähige Indikationslogik, die nicht schematisch verstanden werden will, sondern als Hilfe zur Fokussierung im jeweiligen Moment dient.

Bestimmte klinische Konstellationen können diese Priorisierung jederzeit verschieben und erfordern eine unmittelbare Neuorientierung. Dazu zählen Hinweise auf ein beginnendes oder fluktuierendes Delir, eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit oder rasche kognitive Veränderungen ebenso wie eine unkontrollierte somatische Symptomlast (z. B. Schmerz, Dyspnoe oder Übelkeit), bei der zunächst Symptomkontrolle und Sicherheit im Vordergrund stehen müssen. Auch akute suizidale Dynamiken – einschliesslich entgleisender passiver Todeswünsche – erfordern eine klare Sicherheits- und Notfalllogik. Prioritätsverschiebungen können sich zudem aus eskalierenden familiären Dynamiken oder aus dringlichen medizinischen Entscheidungs- und Krisensituationen ergeben, etwa bei Therapiewechseln oder Fragen des Ortes der weiteren Versorgung. Dies erfordert nicht nur Neuorientierung, sondern häufig auch zeitnahe therapeutisches Handeln; taktgebend sind dabei die jeweils aktuellen körperlichen und psychischen Befunde der Patient*innen – nicht die lineare Umsetzung eines Manuals, ebenso wenig das Festhalten an inneren, routinisierten therapeutischen Skripten oder an starren Setting-Vorstellungen (z. B. feste Orte, feste Zeiten oder die ausschliessliche Bindung an ein bestimmtes Kontaktformat).

Containments (Bion, 1962): existenzielle Affekte wie Angst, Todesfurcht oder Demoralisierung werden nicht vorschnell beruhigt oder kognitiv aufgelöst, sondern aufgenommen, gehalten und schrittweise symbolisierbar gemacht; Hoffnung entsteht dabei als Ergebnis affektiver Transformation, nicht als Gegenpol zur Realität.

Orientierungsebenen

Ebene 1 – Orientierung im Dialog

Gemeinsames Wahrnehmen dessen, was sich aktuell zeigt und Priorität hat: subjektive Belastung, Angst- und Sinnnöte, Veränderungen der kognitiven Klarheit bis hin zu Delirnähe, suizidale Dynamiken (einschliesslich passiver Todeswünsche) sowie körperliche und psychosoziale Leidensanteile im Sinne von «Total Pain». Diese Orientierung ist kein einmaliger Akt, sondern Teil eines fortlaufenden dialogischen Verständigungsprozesses.

Ebene 2 – Differenzierung und Fokussierung

Klären, welches Belastungsmuster im Vordergrund steht und im aktuellen Zeitfenster Aufmerksamkeit benötigt: Demoralisierung versus depressive Symptomatik, Angst vor Progression oder Tod, Würde- und Legacy-Themen, neurokognitives Entgleiten oder eine Dominanz somatischer Belastung, die zunächst symptomlindernde Interventionen erfordert. Ziel ist nicht Etikettierung, sondern Fokussierung.

Ebene 3 – Kommunikationsrahmen (Intervention in sich)

Hoffnung wird als dialogischer Prozess verstanden. Leitend sind Fragen wie: «Worauf hoffen Sie noch?» und «Wovor haben Sie im Moment am meisten Angst?» Ebenso zentral ist das explizite Erfragen des Informationsbedarfs und des Rechts auf Nicht-Wissen. Kommunikation ist hier keine Vorbereitung der Intervention, sondern Teil von ihr.

Ebene 4 –**Zeitlich angepasste psychotherapeutische Kurzintervention**

Abhängig von der dominanten Indikation kommen unterschiedliche psychotherapeutische Haltungen und Verfahren zum Tragen: sinn- und bedeutungsorientierte Arbeit bei Demoralisierung, strukturierende und haltende Gespräche bei Angst und Überflutung, würde- und vermächtnisorientierte Interventionen bei sehr knapper Zeit.

Ebene 5 – Sicherung und Integration

Psychotherapeutische Arbeit bleibt eingebettet in Sicherheits- und Systemverantwortung: klare Notfallpfade, enge Abstimmung mit Palliativmedizin hinsichtlich Symptomlast und Medikation, systematische Einbindung von Angehörigen sowie Schutz und Unterstützung des Behandlungsteams.

Tab. 1: Orientierungsebenen eines psychotherapeutischen Vorgehens am Lebensende

Wenn Sinnverlust und Demoralisierung im Vordergrund stehen und die Kontakt- und Reflexionsfähigkeit erhalten ist, gewinnen Interventionen an Bedeutung, die Identität, Werte und biografische Kontinuität stärken und wieder zugänglich machen. Stehen hingegen Angst vor Progression oder Tod und ein Gefühl innerer Überflutung im Zentrum, sind strukturierende, haltende und beziehungsorientierte Gespräche zentral, die Ungewissheit nicht auflösen, aber gemeinsam tragbar machen. In Situationen sehr knapper Zeit, in denen Würde- oder Legacy-Themen dominieren, verschiebt sich der Fokus auf die Sicherung von Stimme, Beziehung und Vermächtnis – nicht als Abschluss, sondern als Übergabe.

Diese Orientierungsebenen sind weniger als Techniken zu verstehen denn als klinischer Bezugsrahmen in Form strukturierter Haltungen. Sie geben Sprache, Rhythmus und Prioritäten vor und ermöglichen es, auch unter Bedingungen begrenzter Zeit wirksam zu bleiben. So wird aus «zu wenig Zeit» nicht zwangsläufig «zu wenig Möglichkeit». Ziel ist dabei nicht primär Symptomkontrolle oder Lebensverlängerung, sondern ein doppelter Fokus: nicht nur am Leben bleiben, sondern auch im Leben sein – so lange es geht.

Meaning-Centered Psychotherapy (MCP): Sinnarbeit unter Zeitdruck.

Sie ist dort hilfreich, wo Menschen nicht nur traurig oder ängstlich sind, sondern den inneren Zusammenhang verlieren, der ihr Leben bislang getragen hat. Demoralisierung zeigt sich hier weniger als Symptom denn als Erfahrung: «Ich weiss nicht mehr, wofür.» Psychotherapeutisch geht es in dieser Situation nicht darum, Sinn zu «vermitteln» oder Trost anzubieten, sondern Sinn als etwas Wiederfindbares zu behandeln – auch unter den Bedingungen von Verlust, Krankheit und begrenzter Zeit. Konzeptionell ist die Haltung existenzanalytisch anschlussfähig (Frankl, 1975), zugleich ist MCP als onkologisch adaptierter, manualisierter Ansatz beschrieben (Breitbart, 2017) und in Studien bei fortgeschrittener Krebserkrankung geprüft (Breitbart et al., 2010). Hoffnung entsteht dabei nicht aus Optimismus, sondern aus innerer Wiederverbindung: mit dem, was einen Menschen geprägt hat, was ihm wichtig war und was – trotz allem – noch trägt. Eine grössere randomisierte Studie im Gruppenformat stützt diese Wirksamkeit auch bei fortgeschrittener Erkrankung (Breitbart et al., 2015).

In der Arbeit stehen Fragen im Vordergrund wie: Wer bin ich jenseits dieser Erkrankung? Was hat meinem Leben Bedeutung gegeben – und was davon ist noch da? Was möchte ich weitergeben, wenn Zukunft nicht mehr offen ist? Gerade am Lebensende zeigen sich kleine, klar fokussierte Schritte als besonders wirksam: ein Brief, ein Gespräch, eine kurze Erinnerung daran, was trägt. Nicht als Bilanz, sondern als Vergewisserung von Identität.

CALM: Struktur für Angst, Beziehung und existenzielle Vorbereitung.

Sie eignet sich besonders dort, wo Angst nicht mehr nur punktuell auftritt, sondern den inneren Raum verengt: Denken, Fühlen, Beziehungen und Entscheidungen kreisen um Bedrohung, Zukunft und Kontrollverlust. Psychoonkologisch ist diese Angst nicht pathologisch, sondern oft eine angemessene Reaktion auf reale Unsicherheit. Der therapeutische Kern von CALM liegt darin, Angst nicht wegzunehmen, sondern ihr einen haltenden Rahmen zu geben (Rodin et al., 2018). Eine randomisierte Studie im deutschsprachigen Versorgungssystem zeigte ebenfalls positive Effekte (Mehnert et al., 2020). In diesem Rahmen kann ausgesprochen werden, was sonst isoliert bleibt: Sorgen um Angehörige, Angst vor Leiden, Fragen nach dem Sterben, unausgesprochene Konflikte. Ungewissheit wird dabei nicht gelöst, sondern gemeinsam getragen. Psychotherapeutisch zentral ist die Beziehung: Wenn Angst nicht mehr versteckt werden muss, entsteht

oft Nähe – zu sich selbst und zu anderen. Gespräche gewinnen an Tiefe, Entscheidungen an Klarheit, nicht weil die Zukunft sicherer wird, sondern weil sie geteilt wird. In zeitlich begrenzten Situationen zeigt sich CALM weniger als «Therapieprogramm» denn als Struktur für wenige, bedeutsame Gespräche: Was muss noch gesagt werden? Was soll geklärt werden, bevor Zeit fehlt? Wie kann Nähe entstehen, ohne zu überfordern?

Dignity Therapy und Legacy-Arbeit: Stimme sichern, Beziehung übergeben. Wenn Zeit sehr begrenzt ist, verschiebt sich der psychotherapeutische Fokus häufig von Verarbeitung hin zu Bewahrung. Dignity Therapy setzt genau hier an: nicht mit dem Anspruch, etwas «abzuschliessen», sondern mit dem Angebot, Stimme zu sichern (Chochinov et al., 2011). Das zugrunde liegende Würdekonzzept wurde empirisch beschrieben (Chochinov et al., 2002) und meta-analytisch zeigen sich günstige Effekte u. a. auf psychische Belastung und Lebensqualität (Li et al., 2020). Im Zentrum steht die Möglichkeit, das Eigene zu erzählen – nicht vollständig, nicht perfekt, sondern wesentlich. Was war wichtig? Was soll bleiben? Was möchte ich sagen, solange ich es noch kann? Würde entsteht hier nicht durch Pathos, sondern dadurch, Gehör zu bekommen. Die therapeutische Wirkung liegt weniger im Dokument selbst als im Prozess: Ein Mensch erlebt sich nicht nur als Patient*in, sondern als jemand, der etwas zu übergeben hat. Für Angehörige kann dies später zu einer stillen, aber tragenden Verbindung werden – nicht als Trost, sondern als fortgesetzte Beziehung. Auch in stark verkürzter Form (Brief, Audio, wenige Fragen) bleibt dieser Ansatz wirksam, wenn er freiwillig, adressiert und beziehungsorientiert bleibt. Entscheidend ist nicht Vollständigkeit, sondern Stimmigkeit.

Auswahl, Dosierung und Kombination: Klinische Pragmatik. Am Lebensende ist psychotherapeutische Wirksamkeit selten eine Frage der Methode, sondern der Passung. Nicht alles ist gleichzeitig möglich – und nicht alles ist gleichzeitig sinnvoll. Präzision bedeutet hier: eine Indikation, ein Fokus, ein Ziel. Therapeutisches Arbeiten bleibt dabei beweglich. Delir, Symptomlast, familiäre Dynamiken oder akute Entscheidungen können jederzeit eine Prioritätsverschiebung erfordern. Psychoonkologische Kurzinterventionen entfalten ihre Wirkung am ehesten dort, wo sie in Beziehung eingebettet, sicherheitsbewusst und interprofessionell abgestimmt sind. So verstanden ist «Präzision statt Länge» kein Sparprinzip, sondern ein Ausdruck von Respekt: vor der begrenzten Zeit, vor der seelischen Belastbarkeit – und vor der Würde des Menschen. Die folgenden Vignetten sind deshalb nicht «Zusatz», sondern Teil des Modells: Sie zeigen, wie Indikation, Sprache und Intervention in wenigen Gesprächen zusammengeführt werden können.

Fallvignetten: Drei Indikationen – ein Ziel

Die Vignetten illustrieren, wie Indikation, Sprache und Intervention bei knapper Zeit zusammengeführt werden können.

Vignette A (Demoralisierung): Maria – Sinn als Halt, nicht als Trostpflaster. Maria (58) kommt nach dem Scheitern einer Therapielinie. Das Distress-Thermometer ist hoch; Schlaf ist brüchig, der Körper unzuverlässig, der Kopf voller «Nie-mehr». Entscheidend ist die Differenzialdiagnostik: nicht primär Major Depression, sondern Demoralisierung. In der MCP-Arbeit wird Sinn nicht behauptet, sondern gefunden – über das, was geblieben ist: Unterricht, Beziehung, «Legacy». Der Wendepunkt ist nicht «Optimismus», sondern eine Form von Selbstwiedererkennung: «Ich bin nicht nur Patientin.» Die Briefe an die Töchter werden zum Übergangsobjekt zwischen Gegenwart und Nachlass. Das Ergebnis ist keine Angstfreiheit, sondern «Vollständigkeit vor dem Ende»: Abschied wird möglich, weil Bedeutung wieder spürbar wird.

Vignette B (Angst): Thomas – Ungewissheit aushalten lernen, ohne daran zu zerbrechen. Thomas (72) ist nicht sinnlos, sondern überflutet. FoP dominiert: Schlaf, Planung, Bewegung – alles wird von der Erwartung des nächsten Krankheitsschritts definiert. CALM setzt nicht bei «Beruhigung» an, sondern bei Struktur: Was kann kontrolliert werden, was nicht? Was muss gesagt werden, bevor Zeit fehlt? Ein zentraler Mechanismus ist Beziehung: Als Thomas die Angst nicht mehr versteckt, entsteht Nähe. Ein kurzer Trip ans Meer wird nicht zur Flucht, sondern zur Entscheidung: «Nicht später – jetzt.» Die Angst bleibt, verliert aber ihre Lähmung. Die Ungewissheit wird nicht gelöst, sondern bewohnbar.

Vignette C (Würde, Legacy und Entscheidung): Anna – Stimme sichern und Ort wählen. Anna (45) hat Wochen, nicht Monate. Sie will keine «lange Therapie», sondern etwas, das jetzt Sinn macht und ihr Handlungsspielraum lässt. Im Vordergrund stehen Fragen von Würde, Abschied und Entscheidung: wo sie die letzte Zeit verbringen möchte und wie sie über Sterben sprechen darf. In einem ruhigen Gespräch entscheidet sie sich bewusst für das Hospiz – nicht als «Aufgeben», sondern als Priorisierung. Zu Hause würde sie v. a. versuchen, die Familie zu schonen, und dabei selbst einsam werden. Im Hospiz sucht sie Sicherheit (Verfügbarkeit, Symptomlinderung), eine würdige Atmosphäre und die Erlaubnis, über das Sterben zu sprechen, ohne weiter «funktionieren» zu müssen. Der Entscheid ist Ausdruck von Wahlfreiheit im Rahmen des Möglichen: Nähe statt Isolation, Beziehung statt Durchhalten. Die anschließende Dignity-Therapy-Arbeit greift diese Entscheidung auf. Im Mittelpunkt steht nicht Lebensbilanz im Sinne einer Bewertung, sondern Stimme sichern: erzählen, ordnen, übergeben. In einem generativen Dokument hält Anna fest, was ihr wichtig war, was bleiben soll und was sie ihren Angehörigen mitgeben möchte. Für die Familie wird dieses Dokument später zu einer Ressource – als Fortsetzung von Beziehung über den Tod hinaus. Psychoonkologisch ist der Hospizentscheid hier kein Defizit, sondern Teil der Intervention: Würde entsteht, wenn Entscheidungen respektiert, Informationsbedürfnisse weiterhin aktiv erfragt und Beziehung als tragender Wert ernst genommen werden.

Sicherheits- und Systemaspekte: Delir, Suizidrisiko, Team und Schnittstellen

Psychoonkologie am Lebensende ist ohne Sicherheitslogik unvollständig: Delir-Screening, die Einschätzung suizidaler Dynamiken (einschliesslich passiver Todeswünsche), klare Notfallpfade sowie eine enge Abstimmung mit der Palliativmedizin zu Symptomlast und Medikation sind Bestandteil der Intervention – nicht deren «Rand». Dies gilt quer über stationäre, ambulante und hausärztliche palliative Versorgungsformen hinweg und schliesst die psychoonkologische Begleitung als Teil des jeweiligen Versorgungssystems ausdrücklich ein.

Ebenso zentral ist die Integration der Angehörigen: Sie sind oft die unsichtbaren Mitbetroffenen und tragen antizipatorische Trauer und Angst (Walbaum et al., 2024). Auch hier kann sich der therapeutische Fokus zeitweise von der individuellen Begleitung auf Systemklärung und Entlastung verlagern, ohne dass dies einen Abbruch psychoonkologischer Arbeit bedeutet.

Schliesslich betrifft die letzte Lebensphase auch das Team: Ohnmacht, moral distress und Erschöpfung benötigen Supervision, eine tragfähige Teamkultur und ritualisierte Formen der Verarbeitung, um nicht in Zynismus oder Rückzug umzuschlagen. Nicht zuletzt, weil die Begleitung am Lebensende die eigene Endlichkeit unvermeidlich berührt, bedarf diese Arbeit bewusster Selbstreflexion und verlässlicher Formen der Rückbindung.

Diskussion

Der hier entwickelte Ansatz ist bewusst pragmatisch: Er nimmt die begrenzte Zeit als Rahmenbedingung ernst und vermeidet die Illusion, am Lebensende müsse «alles noch gelöst» werden. Gleichzeitig widerspricht er einer reduktionistischen Sicht, in der es nur noch um Symptomkontrolle geht. Die Verbindung von evidenzbasierten Kurzinterventionen mit narrativer Sensibilität zeigt: Wirksamkeit am Lebensende ist häufig eine Frage von Timing, Sprache und Priorisierung – nicht von Länge.

Zwei Limitationen sind zu benennen. Erstens handelt es sich um eine Konzeptarbeit, nicht um eine empirische Studie; die Vignetten illustrieren, sie belegen nicht. Zweitens bleiben Rahmenbedingungen (Personal, Setting, Zugänglichkeit) entscheidend: Ein idealer Interventionsplan scheitert, wenn die Versorgung fragmentiert ist. Gerade deshalb ist die interprofessionelle Integration zentral: Psychoonkologie wirkt am Lebensende selten «solo», sondern als Teil eines Netzes, das Medizin, Pflege, Seelsorge und Soziale Arbeit verbindet (WHO, 2018).

Für die Praxis folgt daraus eine klare Implikation: Frühzeitiges, niedrigschwelliges Screening und eine kurze, präzise Indikationslogik sind keine Bürokratie, sondern der Anfang von Würdearbeit. Und: Hoffnung ist nicht das Gegenteil von Wahrheit, sondern deren menschliche Form – wenn sie auf erreichbare Güter gerichtet wird.

Schlussfolgerung/Fazit

Was hilft am Ende vor dem Ende, ist selten «die grosse Lösung». Es ist die Fähigkeit, das Richtige zur richtigen Zeit zu tun: Demoralisierung zu erkennen und Sinnarbeit zu ermöglichen; Angst ernst zu nehmen und Beziehung zu öffnen; Würde zu sichern, wenn die Zeit knapp wird; Delir, Suizidrisiko und Symptomlast mitzudenken; Angehörige früh einzubinden; und das Team so zu stützen, dass Menschlichkeit nicht zur Ressource wird, die verbrennt.

Psychoonkologie am Lebensende bedeutet damit: Präzision statt Länge. Sinn statt Heilungsversprechen. Würde statt Pathologisierung. Verbundenheit statt Isolation. Nicht mehr. Aber auch nicht weniger.

Literatur

- Bergerot, C.D., Laroselli, A., Ahern, T.P., Clark, K.L. & Loscalzo, M. (2022). Fear of cancer recurrence or progression: What is it and what can we do about it? *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 42, 1–10.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Breitbart, W. (2017). *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*. Oxford UP.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C. et al. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19(1), 21–28.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. & Lichtenthal, W. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749–754.
- Bush, S.H., Lawlor, P.G., Ryan, K. et al. (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(Suppl. 4), iv143–iv165.
- Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L. & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A cross-sectional cohort study. *The Lancet*, 360(9350), 2026–2030.
- Chochinov, H.M., Kristjanson, L.J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T.F., Hassard, T. & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12(8), 753–762.
- Frankl, V.E. (1975). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Kindler.
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*.
- Kissane, D.W., Clarke, D.M. & Street, A.F. (2001). The demoralization scale: A report of its development and preliminary validation. *Journal of Palliative Care*, 17(4), 269–276.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Dt. Krebsgesellschaft, Dt. Krebshilfe, AWMF) (2023). *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatientinnen und Krebspatienten* (Langver. 2.1). AWMF-Registernummer 032-051OL. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologie/Version_2/LL_Psychoonkologie_Langversion_2.1.pdf
- Li, J., Chen, Y., Chang, Y. et al. (2020). Dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 37(3), 234–246.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., et al. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3540–3546.

- Mehnert, A., Koranyi, S., Philipp, R., et al. (2020). Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1895–1904.
- Palliative Care Network of Wisconsin (2023, 11.12.). *Hope and truth telling* (Fast Fact #21). <https://www.mypcnw.org/fast-fact/hope-and-truth-telling/> (Zugriff am 16.01.2026)
- Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J. & Burney, S. (2015). A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: A decade of research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 595–610.
- Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., et al. (2018). Managing cancer and living meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(23), 2422–2432.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 23(3), 197–224.
- von Blanckenburg, P. & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 389–395.
- Walbaum, C., Philipp, R., Bokemeyer, C., et al. (2024). Death anxiety in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(6), 622–631.
- Warth, M., Kessler, J., Köhler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. & Ditzen, B. (2019). Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 33(3), 332–345.
- WHO (2018). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.

Hope in Dialogue

Psycho-oncological Precision at the End of Life Between Dignity, Truth, and Choice

Abstract: The final phase of advanced cancer is rarely a purely medical endpoint. It represents a concentration of fear, pain, relational challenges, and existential questions of meaning, dignity, and connectedness. In this context, psycho-oncological support can be effective not primarily through extended treat-

ment programs, but through precise, well-timed interventions. This requires a shift in perspective: away from an exclusive focus on survival time toward the question of how life can remain shapeable even under conditions of limited time. Based on an experience-informed, integrative, and practice-oriented synthesis of literature and concepts, this article develops an orienting model for psycho-oncological care at the end of life that is not limited to psycho-oncology specialists. Psychological distress is conceptualized as typically manifesting as demoralization, fear of progression or death, depressive symptoms, and «total pain», each requiring distinct priorities for indication, communication, and intervention across care settings. Three narrative case vignettes drawing on Meaning-Centered Psychotherapy, CALM, and Dignity Therapy illustrate the clinical logic of this approach.

Keywords: psycho-oncology, end of life, demoralization, fear of progression, total pain, dignity, Meaning-Centered Psychotherapy, CALM, Dignity Therapy

Biografische Notiz

Dr. med. *Jan Ben Schulze* ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und seit 2004 in der Schweiz tätig. Seit 2019 arbeitet er als Oberarzt an der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des Universitätsspitals Zürich und ist Co-Leiter der Psycho-Onkologie am Comprehensive Cancer Center Zürich. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in der psychoonkologischen Versorgung von Patientinnen mit Krebserkrankungen, insbesondere in der Erkennung und Behandlung psychischer Belastungen, psychiatrischer Komorbidität sowie in geschlechtersensibler und diversitätsaffirmativer psychiatrisch-psychotherapeutischer Begleitung, einschliesslich transidenter Patientinnen.

Kontakt

E-Mail: Jan.Schulze@usz.ch