



Kunert, Lisa

Die Bedeutung Sozialer Arbeit
in der Begleitung sterbender Menschen
in der Lebensphase Alter

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Kunert, Lisa

Die Bedeutung Sozialer Arbeit
in der Begleitung sterbender Menschen
in der Lebensphase Alter

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fachbereich Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Erstprüfer: Herr Dr. phil. Michel C. Hille

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliografische Beschreibung:

Kunert, Lisa:

Die Bedeutung Sozialer Arbeit in der Begleitung sterbender Menschen in der Lebensphase Alter. 46 Seiten

Rosswein, Hochschule Mittweida/Rosswein (FH) – University of Applied Sciences, Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2013

Referat:

Meine Bachelorarbeit befasst sich mit der Sterbebegleitung alter Menschen und verdeutlicht, welche Rolle die Soziale Arbeit dabei einnimmt.

Ich werde die Wünsche und Bedürfnisse der alten sterbenden Menschen erläutern, die verschiedenen Sterbeorte aufzeigen und auf die Hospizarbeit näher eingehen. Des Weiteren werden Methoden, die in der Sterbebegleitung alter Menschen Anwendung finden, erklärt und es wird dargestellt, welchen Beitrag ein Sozialarbeiter in der Begleitung sterbender alter Menschen leisten kann.

Der Fokus dieser Arbeit liegt dabei auf einer ausführlichen Literaturrecherche, wodurch Ansätze zur Beantwortung der Fragestellung gefunden werden sollen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
1 Einleitung	2
2 Grundlegende Begriffe	4
3 Der sterbende alte Mensch	6
3.1 Wünsche und Bedürfnisse sterbender Menschen	7
3.2 Die Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross	11
4 Sterbeorte	14
4.1 Institutionen des Sterbens	14
4.1.1 Pflegeheim	14
4.1.2 Krankenhaus	16
4.1.3 Palliativstation	18
4.1.4 Das stationäre Hospiz	19
4.2 Das Sterben zu Hause	20
5 Hospizarbeit	21
5.1 Geschichtlicher Überblick	22
5.2 Grundelemente der Hospizarbeit	24
5.3 Formen der Hospizarbeit	27
5.3.1 Ambulant	27
5.3.2 Teilstationär (Tageshospiz)	28
5.3.3 Stationär	29
5.3.4 Exkurs „Brückenteam“	30
6 Methoden in der Sterbebegleitung alter Menschen	31
6.1 Kommunikation / Gesprächsführung	31
6.2 Biografiearbeit	34

7	Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung alter Menschen	37
7.1	Das professionelles Selbstverständnis in der Sozialen Arbeit	37
7.2	Case Management	38
7.3	Selbstpflege	40
8	Schlussbetrachtung	42
	Literaturverzeichnis	43
	Selbständigkeitserklärung	46

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
f.	folgend
ff.	fortfolgend
ggf.	gegebenenfalls
Herv. i. Orig	Hervorhebung im Original
Hrsg.	Herausgeber
o. S.	ohne Seite
S.	Seite
u. a.	und andere
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	Zitiert nach

1 Einleitung

*„Es geht nicht darum,
dem Leben mehr Tage zu geben,
sondern den Tagen mehr Leben.“*

(Cicely Saunders)

Das Sterben und der Tod gehören - genauso wie die Geburt - zum Leben eines jeden Menschen dazu. Die Geburt bildet den Anfang des Lebens, was nach durchlaufen der Phasen von Kindheit - Jugend - Erwachsensein schließlich ins Älterwerden mündet und im Sterben und Tod endet. Dies zeigt, dass das Leben ein ewiger Kreislauf der Natur ist: das Werden – das Wachsen – das Vergehen. Sterben und Tod sind also etwas Natürliches im Lebensverlauf eines jeden Menschen. Dennoch wird dieses unbeliebte Thema in der heutigen Zeit weitestgehend umgangen und verdrängt, da es unsere Endlichkeit widerspiegelt (vgl. Kulbe 2008, S. 2; Kübler-Ross 1995, S. 37).

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Begleitung von sterbenden Menschen, die sich in der Lebensphase Alter befinden, thematisiert. Dabei geht es vordergründig um die Frage, was der Sozialarbeiter in der Sterbebegleitung alter Menschen leisten kann.

Mein Studium ist ausschlaggebend für die Bearbeitung des Themas „Die Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Begleitung sterbender Menschen in der Lebensphase Alter“. Im Modul „Alter“ wurde mein Interesse zum Thema „Sterbebegleitung“ geweckt. Da ich sehr viel mehr über dieses Thema wissen wollte, entschloss ich mich, meine Bachelorarbeit darüber zu schreiben.

Die Bachelorarbeit beginnt im zweiten Kapitel mit der Definition grundlegender Begriffe dieser Thematik, da ich diese mehrfach verwende.

Das dritte Kapitel umfasst die Wünsche und Bedürfnisse, welche die alten Menschen in ihrem Sterbeprozess haben und zeigt gleichzeitig

Handlungsanweisungen für die Sterbebegleiter auf. Des Weiteren werde ich hier die Sterbephasen, welche Menschen in ihrem Sterbeprozess durchleben, benennen.

Die verschiedenen Orte, wo alte Menschen sterben, thematisiere ich im vierten Kapitel. Außerdem werde ich die Probleme des jeweiligen Sterbeortes bezüglich der Sterbebegleitung aufzeigen und Vorschläge zur Verbesserung der Situation nennen.

Das fünfte Kapitel beschäftigt sich ausführlich mit der Hospizarbeit. Neben der geschichtlichen Entwicklung werden die Grundelemente und die verschiedenen Formen der Hospizarbeit aufgezeigt. Ich gehe deshalb so ausführlich darauf ein, da sie eine allumfassende Sterbebegleitung leistet und der Hospizgedanke deshalb auf alle anderen Sterbeorte übertragen werden sollte.

Die Methoden, die in der Sterbebegleitung alter Menschen Anwendung finden, werde ich im sechsten Kapitel beschreiben.

Das siebte Kapitel behandelt die Rolle der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung alter Menschen. Dabei werde ich auf das professionelle Selbstverständnis, auf die Methode des Case Managements und die Selbstpflege eingehen.

Abschließend werden in der Schlussbetrachtung die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

Meine Bachelorarbeit entstand aus einer intensiven Literaturrecherche. Ich muss erwähnen, dass einige Ausführungen meiner Bachelorarbeit sehr allgemein gehalten sind, da ich feststellen musste, dass es nur sehr wenig Literatur speziell zur Sterbebegleitung von alten Menschen gibt. Die Inhalte der Literatur zur Sterbebegleitung allgemein lassen sich aber meiner Meinung nach auch auf die alten sterbenden Menschen übertragen. Auch zur Sterbebegleitung aus sozialpädagogischer Sicht, findet sich kaum Literatur.

In meiner Bachelorarbeit verwende ich, aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit, nur die männliche Bezeichnungsform. Gemeint sind aber immer beide Geschlechter, also Männer und Frauen.

2 Grundlegende Begriffe

An dieser Stelle werden grundlegende Begriffe definiert, da ich einige davon mehrfach verwende.

Wie im Titel und der Einleitung der vorliegenden Bachelorarbeit bereits genannt, bezieht sich diese auf sterbende **alte Menschen**. Wissenschaftliche Untersuchungen unterteilen diese (in der Regel) in drei Abschnitte: die jungen Alten (55 bis 70 Jahre), die alten Alten (70 bis 85 Jahre) und die Hochbetagten (ab 85 Jahre) (vgl. Vorlesung Häußler-Sczapan & Hille 2010).

Sterbehilfe:

Aufgrund des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist es ihm möglich, in einem gewissen Rahmen auch selbst über das Sterben zu bestimmen und sich beim Sterben helfen zu lassen (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger, S. 82).

Ursprünglich bedeutet Sterbehilfe Hilfe im Sterben, sie wurde aber um die Bedeutung Hilfe zum Sterben, durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes, erweitert. Einerseits geht es also um Sterbebegleitung, welche Thema meiner Bachelorarbeit ist, und andererseits um die gezielte Lebensverkürzung des menschlichen Lebens (vgl. Tolmein 2011, S. 875).

Nachfolgend werde ich im Einzelnen auf beide Bedeutungen näher eingehen.

Folgende Formen der lebensverkürzenden Sterbehilfe werden rechtlich unterschieden:

1. Aktive Sterbehilfe:

Sie ist die Verkürzung des Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Durch das bewusste und aktive, in der Regel ärztliche, Handeln kommt es zur gezielten Herbeiführung des Todes. Die aktive Sterbehilfe ist mit oder ohne Zustimmung des Patienten in Deutschland verboten und strafbar (vgl. Brühler, Kren, Stolz 2006, S. 49.).

2. Passive Sterbehilfe:

Sie ist der Verzicht bzw. die Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen, wenn bereits der Sterbevorgang eingesetzt hat und der Tod unmittelbar bevorsteht. Wenn der Patient nicht mit lebensverlängerten Maßnahmen einverstanden ist oder sein mutmaßlicher Wille dem entgegensteht, muss der Arzt das akzeptieren und dem Willen des Patienten Folge leisten (vgl. ebd.).

3. Indirekte Sterbehilfe:

Sie ist die unbeabsichtigte Nebenwirkung eines ärztlich verabreichten Schmerzmittels, welches unter Umständen den Eintritt des Todes beschleunigen kann. Wenn es dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, möglichst wenig oder keine Schmerzen beim Sterben erleiden zu müssen, ist sie erlaubt und rechtlich zulässig (vgl. ebd.).

4. Beihilfe zum Suizid:

Dies bedeutet, rechtlich gesehen, Hilfe zur Selbsttötung. Hierbei wird dem Suizidenten z.B. der Zugang zu einer tödlichen Medikation verschafft bzw. es werden ihm entsprechende Mittel bereitgestellt, welche der Suizident aber selbst einnehmen muss (vgl. Tolmein 2011, S. 876).

Sterbebegleitung:

Sie ist die „[p]sychosoziale und medizinische Begleitung eines sterbenden Menschen durch Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter sowie Freunde und nahe Angehörige“ (Wörterbuch Psychologie (Begriff: „Sterbebegleitung“) 2008 zit. n. Sewko 2011, S. 6). Sie umfasst Palliativmedizin und Palliative Care.

„**Pallium**“ kommt aus dem lateinischen und bedeutet Mantel, „und wie ein Mantel sollen alle Maßnahmen der Palliativmedizin den Schwerstkranken schützend umhüllen“ (Deutsche Krebshilfe e.V. 2005, S. 7).

Palliativmedizin, als ärztliches Fachgebiet, ist ein Teilbereich von Palliative Care.

„**Palliative Care** ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, die untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie andere belastende Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002 zit. n. Kränzle, Schmid; Seeger 2010, S. 3).

3 Der sterbende alte Mensch

Sterbende befinden sich, unabhängig davon wie alt sie sind, in einem intensiven Prozess. Allerdings kann die letzte Wegstrecke eines sterbenden Menschen sehr unterschiedlich verlaufen und verschieden lang sein. Der Sterbende soll auf diesem Weg nicht alleine gelassen werden, er braucht einen Begleiter sowie eine besondere Pflege und Zuwendung. Um diesen Prozess durchleben zu können, benötigt er Raum und Zeit.

Oft ziehen sich die Sterbenden von der Außenwelt zurück und ihr Lebensweg wird zum Mittelpunkt ihrer Gedanken. Dieser Rückblick auf das bisherige Leben lassen irgendwann Worte, Raum und Zeit an Wichtigkeit verlieren. Elisabeth Kübler Ross, eine berühmte Sterbeforscherin, auf die ich im Punkt 5.1 noch genauer eingehen werde, beschreibt den Sterbeprozess als langwierig mit wechselten Phasen (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger 2011, S. 9).

Im Folgenden werde ich die Wünsche und Bedürfnisse, die sterbende Menschen haben, beschreiben und die Sterbephasen, welche im Sterbeprozess durchlaufen werden, erläutern.

3.1 Wünsche und Bedürfnisse sterbender Menschen

Laut Umfragen und aus der Praxis der Begleitung sterbender Menschen lassen sich folgende Wünsche erkennen:

Sie möchten vor allem

- nicht alleine sein beim Sterben,
- ohne Schmerzen und andere quälende Begleitsymptome sterben,
- Zeit und Raum haben, um noch letzte Dinge erledigen zu können (z.B. familiäre Beziehungen klären),
- Menschen um sich haben, mit denen sie sich über den Sinn des Lebens und des Sterbens austauschen können und die bereit sind, dies auszuhalten (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger, S. 16).

Aus diesen Wünschen lassen sich die Bedürfnisse der sterbenden Menschen ableiten.

Es existiert eine Vielzahl an Bedürfnissen von sterbenden Menschen. Deshalb gibt es Orientierungen, die uns helfen ein wenig Ordnung in die Vielzahl zu bringen (vgl. Rest 1994, S. 126).

In einer wichtigen - keineswegs willkürlichen - Reihenfolge benennt Rest hier sechs Grundbedürfnisse.

„Sie bilden gewissermaßen eine *Hierarchie*, wobei die erstgenannten die Grundlage für die letztgenannten sind“ (Rest 1994, S. 126, Herv. i. Orig.). Des Weiteren lassen sich aus den Grundbedürfnissen verschiedene *Handlungsanweisungen* für die Begleiter der sterbenden Menschen ableiten. Da es für die jeweiligen Bedürfnisebenen zu viele Anregungen gibt, wird sich immer nur auf ein Hauptmerkmal beschränkt (vgl. Rest 1994, S. 128, Herv. i. Orig.).

Im Folgenden werde ich nun einzeln auf die von Rest genannten sechs Grundbedürfnisse eingehen und jeweils die Handlungsanweisung für die Begleiter mit benennen.

1. Bedürfnisse des Körpers:

Hier geht es z.B. um die Freihaltung der Atemwege und somit um den Erhalt des Atems, um die Selbstkontrolle und Steuerung der Ausscheidung sowie eine individuelle Körperpflege. Auch das Bedürfnis nach ausreichendem Schlaf, Durststillung, Anregung für die Sinne, z.B. durch Farben, Düfte, Bilder usw. gehören dazu.

Das Hauptmerkmal bei diesem Bedürfnis ist jedoch die Bewältigung der Schmerzen. Die Linderung der Schmerzen ist für den Sterbenden sehr wichtig. Die Begleiter sollen die Beschwerden des sterbenden Menschen erträglich machen und den Klagen geduldig zuhören können, da aus ihnen evtl. ein unmittelbarer Hilferuf herauszuhören ist. Des Weiteren sollten sie sich auf den Körperrhythmus des Sterbenden einstellen (vgl. Rest 1994, S. 126ff.)

2. Bedürfnis nach Sicherheit:

Es handelt sich hier z.B. um einen möglichst hohen Grad des Überlebenskönnens. Das Hauptmerkmal ist die Angst und steht meist im Mittelpunkt der Sterbenden. Darum ist es sehr wichtig, diese zu erkennen. Für den sterbenden Menschen ist die Verfügbarkeit von Personen im Notfall sehr wichtig. Ihm vertraute Personen sollen sich im Raum befinden und auf seine Bedürfnisse eingehen. Der Sterbende möchte nicht belogen werden, sondern alle Fragen und Bedenken, die ihn quälen, besonders zu seiner

Krankheit und zum Sterben, ehrlich beantwortet haben. Bis zuletzt wünscht er sich eine gute Versorgung und Schutz vor körperlichen Leiden; er möchte spüren, dass er in guten Händen ist.

Die Begleiter sollten den Sterbenden Gelegenheiten geben über seine Gefühle offen zu sprechen oder sie lebendig zeigen zu können. Emotionen, wie Wut, Hass, Trauer und Freude müssen ausgelebt und zugelassen werden. Außerdem ist es sehr wichtig, die Sicherheit zu geben, dass er in der Sterbestunde nicht alleine ist (vgl. ebd.).

3. Bedürfnis nach Liebe:

Der Sterbende möchte Gefühle der Sorge mit anderen teilen und anderen mitteilen. Er will Liebe verschenken aber auch sich geliebt fühlen. Er verlangt Zuneigung und möchte, gleich was er tut, von den Begleitern akzeptiert werden. Freunde und vor allem die Familienangehörigen sind (nach Rest) die besten Personen der Liebe. „Die sozialen Kontakte der Liebe und Geborgenheit sind der Weg, Vereinsamung zu verhindern“ (Rest 1994, S. 127). Körperlicher Kontakt, das heißt auch Austausch von Zärtlichkeiten, soll den Sterbenden nicht verloren gehen.

Das Hauptmerkmal hier ist jedoch die Soziale Zärtlichkeit im dabei sein zu üben. Das heißt beim Sterbenden zu sein, ihn aber nicht mit Liebe erdrücken. Begleitende sollten sich bewusst sein, dass jeder Handgriff durch liebende Einfühlung an Bedeutung gewinnt, z.B. Waschen, Betten oder sanfte Massagen (mit ätherischen Ölen) und „beachten, daß der Sterbende Liebe und Zärtlichkeit auch dann noch erlebt, wenn er dies nicht mehr mitteilen kann“ (ebd., S. 129).

4. Bedürfnis nach Achtung:

Der sterbende Mensch verlangt, dass sein Ziel, nämlich die Suche nach einer persönlichen Todesprägung, eines der bedeutsamsten Ziele des Lebens, be- und geachtet wird. Er möchte seine Gedanken und Handlungen als angemessen geltend wissen und auch im Sterbeprozess eine wichtige Person darstellen, die gewürdigt wird. Der Sterbende ringt dabei um Freiheit aber auch um Respekt.

Das Hauptmerkmal ist, dass sich der Sterbende anerkannt wissen darf. Von den Begleitern sollte z.B. versucht werden, „die charakteristische Persönlichkeit des Sterbenden zu begreifen (Biographie, Gespräch, Beobachtung) und zu wahren (kleine „Marotten“ zugestehen u. a.)“ (ebd., Herv. i. Orig.). Ein weiterer Vorschlag für die Begleitung ist, Sonderwünsche, welche der Sterbende äußert, z.B. tägliches Schminken, Rauchen, Alkoholgenuss usw. zu akzeptieren und so weit wie möglich zu erfüllen.

5. Bedürfnis nach Selbstverwirklichung:

Hierbei hat der Sterbende z.B. das Bedürfnis, sich möglichst auch noch im Tode als Person voll entfalten zu können. Er will für sich selbst Verantwortung übernehmen und ringt um die Sinnerfüllung dieses Lebensabschnittes. Dafür braucht er mindestens eine für ihn bedeutsame Person, der er seine Gefühle und Erlebnisse mitteilen kann. „Er sucht nach Klärung und Bewertung seiner religiösen Überzeugungen, nach einem sicheren Gefühl des Friedens und der Erfüllung“ (ebd., S. 127).

Die persönliche Todesprägung zu ermöglichen, ist hier das Hauptmerkmal. Sinnfragen dürfen die Begleiter nicht ausweichen; sie sollen ernst genommen werden. Der Sterbende sollte mit Gefühlen und Gesprächen beruhigt werden und nicht mit Medikamenten. Bei der Erledigung seiner letzten Dinge sollte er von den Begleitern Mithilfe erfahren.

6. Bedürfnis nach Begegnung:

Aus sich heraus strebt der Sterbende auf eine andere Existenzweise zu. Er will die Enge seines Lebens sprengen, damit er mit der Menschheit, der Welt und Gott Einswerden kann. Aus diesem Grund sind sterbende Menschen sehr stark ihrer Umwelt zugewandt und treten aus den Fesseln von Raum und Zeit hinaus.

Hier ist das Hauptmerkmal, den Sterbenden über sich hinaus schreiten zu lassen. Die Begleiter sollten z.B. die Bereitschaft zeigen, den Sterbenden loszulassen, ihm aber helfen, sich selbst loszulassen.

Mit der Sprache der sterbenden Menschen sollten die Grenzen der Kultur und der Zeit überwunden werden; „Symbole, Musik, Farbe, Zärtlichkeiten, Lachen, Weinen usw. sind immer und überall verständlich“ (ebd., S. 130).

3.2 Die Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross

„Bei der Beschreibung der psychischen Situation schwerkranker und sterbender Menschen beziehen sich viele Autoren auf Phasenmodelle der Belastungsverarbeitung [des herannahenden Todes], die jedoch nicht frei von Kritik geblieben sind“ (Kruse 2007, S. 84).

Das in der Gesellschaft bekannteste Phasenmodell ist das von Elisabeth Kübler-Ross.

Es gibt viel Literatur, in denen die Autoren die Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross beschreiben. Obwohl sie andere Formulierungen verwendet haben, meinen sie inhaltlich das Gleiche. Deshalb beziehe ich mich bei meinen Ausführungen ausschließlich auf die Ausführungen von Kruse 2007, S. 86ff., da er die Phasen wortwörtlich aus dem Werk „On Death and Dying“, zu Deutsch „Interviews mit Sterbenden“ von Elisabeth Kübler-Ross übernommen hat und Kränzle, Schmid, Seeger 2010, S. 14ff..

1. Phase: Die Verleugnungsphase

Der Betroffene will der schwerwiegenden Diagnose keinen Glauben schenken und reagiert mit Aussagen wie: „Das kann doch nicht sein!“. Unter Schock stehend, glaubt er an eine Verwechslung der Befunde oder fehlerhafte Diagnose des Arztes und beschuldigt ihn der Unfähigkeit. Er versucht die bösartige Erkrankung zu verleugnen.

Dieses Verhalten mildert den Schock und hilft den Betroffenen, die Mitteilung zu verarbeiten (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger 2010, S. 14; Kruse 2007, S. 86).

2. Phase: Die Phase des Zorns

Nachdem die tödliche Diagnose vom Betroffenen anerkannt wurde, reagiert er oft mit Zorn und Wut. Er ist auf diejenigen neidisch, die leben dürfen. In dieser Phase wird er sich immer wieder die Frage stellen: „Warum denn gerade ich?“. Er ist mit vielen Dingen unzufrieden. Sein Zorn richtet sich gegen alle und es kann gehäuft zu aggressiven Beschuldigungen kommen (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger 2010, S. 14f.).

3. Phase: Die Verhandlungsphase

Dies ist meist eine flüchtige Phase, in der der bevorstehende Tod als unvermeidbar anerkannt wird. Durch Verhandeln versucht der Sterbende einen Aufschub des Sterbens zu erreichen, um mehr Lebenszeit zu gewinnen. Auch Gott wird zum Handelspartner im Sterbenskampf. Es werden z.B. Gelübde abgelegt oder Verpflichtungen geleistet. Oft sind Schuldgefühle für den Inhalt solcher Versprechungen ausschlaggebend. „Der Sterbende gelobt, etwas zu tun, was er als wichtig oder als vielversprechend erkannt, aber noch nicht geleistet hat“ (Kränzle, Schmid, Seeger 2010, S. 15).

Phase 4: Die Depressionsphase

Wenn der Betroffene jede Hoffnung aufgibt und tiefe Traurigkeit ausstrahlt, ist die Phase der Depression erreicht. Da es sich dabei aber nicht um eine „echte“ Depression, die mit Medikamenten behandelt werden müsste, handelt, ist die Bezeichnung Traurigkeitsphase zutreffender. Zurückliegende Versäumnisse werden zutiefst bereut und er trauert um alles, was er verlieren wird, z.B. Kinder und Enkelkinder. Möglicherweise ändert er in dieser Phase auch seine bisherige Lebensphilosophie. „Manchmal können jahrelang eingenommene Positionen noch verlassen werden, z.B. ist die Aussöhnung mit Familienmitgliedern oder die Kontaktaufnahme nach langem Schweigen, eine Erfahrung, die auch den Angehörigen den Abschied erleichtert“ (ebd.). Oft wird der Sterbende stiller und zieht sich mehr und mehr zurück. Für die Angehörigen kann dieser Rückzug schmerzlich sein.

Für den sterbenden Menschen ist er jedoch wichtig. Es ist ein Zeichen dafür, dass es ihm gelingt, sein Leben hinter sich zu lassen und sich von seinen Bindungen zu lösen (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger 2010, S. 15; Kruse 2007, S. 87).

5. Phase: Die Phase der Zustimmung

Diese und zugleich letzte Phase ist von Zustimmung des Todes gekennzeichnet. Der Sterbende akzeptiert den bald bevorstehenden Tod, er hat seinen Frieden mit der Welt gefunden. Diese Phase ist fast frei von Gefühlen. Der Betroffene ist sehr schwach und müde, weshalb er das Bedürfnis hat, oft zu schlafen. Die Verständigung erfolgt meistens nur noch mit wenigen Gesten und Worten (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger 2010, S. 16; Kruse 2007, S. 88).

Anfangs erwähnte ich bereits, dass die Phasenmodelle nicht kritikfrei geblieben sind. Auch das eben beschriebene Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross wurde kritisiert. Ausschlaggebend dafür war, dass sie der Annahme war, dass die von ihr entwickelten Phasen einen psychischen Entwicklungsprozess darstellten, der bei den meisten Sterbenden zu beobachten sei. Die von ihr beschriebene Reihenfolge der Phasen trifft allerdings nur auf einen Teil der Sterbenden zu und darf deshalb nicht verallgemeinert werden (vgl. Kruse 2007, S. 88). Jedes Sterben ist ein sehr individueller Prozess. So kann es z.B. sein, dass Phasen übersprungen oder in einer anderen Reihenfolge von den Sterbenden „durchlaufen“ werden. Die beschriebenen Phasen sind besonders für schwerkranke, sterbende Menschen zutreffend. Sie können aber auch auf alte Menschen übertragen werden, da sich ihr Sterbeprozess ähnlich vollzieht. Dennoch laufen die Phasen bei sterbenden alten Menschen etwas anders ab. Sie können sie z.B. mehrfach durchqueren oder oft vermischen sich Phasen. Es ist auch möglich, dass Phasen ganz fehlen, wie z.B. bei alten Menschen, die auf ein erfülltes Leben zurückschauen können. Die meisten alten Menschen haben sich schon mit dem Sterben und dem Tod auseinandergesetzt und sind sich ihrer Endlichkeit bewusst.

4 Sterbeorte

Nachfolgend möchte ich unterschiedliche Orte, wo Menschen sterben können, aufzeigen. Dabei werde ich einzeln auf die Institutionen und das Sterben zu Hause eingehen. In meinen Ausführungen beziehe ich Ergebnisse aus der ZAROF-Studie, ein in der Zeit vom November 1999 bis Oktober 2004 sozialwissenschaftliches Forschungsprojekt zur Praxis der Sterbebegleitung in Krankenhäusern, in Pflegeheimen und im häuslichen Bereich im Freistaat Sachsen, welches vom Zentrum für Arbeits- und Organisationsforschung e.V. Leipzig durchgeführt worden ist, mit ein.

4.1 Institutionen des Sterbens

Obwohl die meisten Menschen, wenn man sie fragt, zu Hause sterben wollen, stirbt doch der größte Teil in verschiedenen Institutionen. Das Sterben wird immer mehr außerhalb der Häuslichkeit „verlagert“. Dies belegen auch folgende Angaben: Ca. 10 bis 20% sterben zu Hause, ca. 20 bis 30% in Pflegeeinrichtungen und ca. 50% in Krankenhäusern (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger 2011, S. 10).

Vier Institutionen, wo alte Menschen sterben können, werde ich jetzt näher erläutern.

4.1.1 Pflegeheim

Das Pflegeheim ist, wie eben bereits erwähnt, die zweitgrößte Institution des Sterbens alter Menschen.

In ein Pflegeheim werden meist alte Menschen, z.B. mit chronischen Erkrankungen, aufgenommen, die aufgrund ihrer erhöhten Pflegebedürftigkeit nicht mehr adäquat von ihren Angehörigen oder einem ambulanten Pflegedienst zu Hause versorgt werden können. „Trotz ihrer vorwiegenden Zielsetzung, eine selbständige Lebensführung zu sichern,

verbleibende Kräfte zu üben und mit „aktivierender Pflege“ ggf. eine Besserung des Allgemeinzustandes herbeizuführen, ist auch die Sterbebegleitung ein Merkmal dieser Einrichtungen“ (Rest 1994, S. 51). Und sie wird immer bedeutsamer. Aufgrund der demografischen Entwicklung werden die Menschen immer älter und somit das Eintrittsalter - meist über 80 Jahre - in ein Pflegeheim zunehmend höher (vgl. Prah; Schroeter 1996, S. 159). Hochaltrigkeit prägt also die Einrichtungs- und Bewohnerstruktur eines Pflegeheimes. Dies hat zur Folge, dass die Aufenthaltsdauer der alten Menschen bis zu ihrem Tod zunehmend kürzer wird und die Sterbebegleitung dadurch in den Vordergrund rückt.

Laut Ergebnissen der ZAROF-Studie hat die Sterbebegleitung in Pflegeheimen einen hohen Stellenwert. Im Jahr 2000 standen dafür als fachlicher Hintergrund in 61% der befragten Pflegeheime bereits entsprechende Pflegestandards zur Verfügung. Zum größten Teil sind es Pflegekräfte, welche die Sterbebegleitung durchführen. 85% von ihnen sind der Meinung, dass die Sterbebegleitung ein anerkannter Bestandteil ihrer Arbeit ist und 91% erleben dabei auch eine Anerkennung unter den Kollegen (vgl. Kaluza; Töpferein 2005, o. S.).

Durch eng kalkulierte Dienstpläne ist die Situation in Pflegeheimen für die zeitaufwendige Begleitung eines sterbenden Menschen personell oft nicht genügend ausgestattet (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger 2011, S. 157). Dies belegen ebenfalls die Ergebnisse der ZAROF-Studie. Es geben 74% der befragten Pflegekräfte an, dass sie bei der Absicherung einer guten Sterbebegleitung Probleme in der ungenügenden Zeit sehen, welche vor allem einer personellen Unterbesetzung geschuldet ist.

Sie können sich den Heimbewohnern, die im Sterben liegen, nicht immer im vollen Umfang widmen. Das Pflegepersonal versucht dennoch nach besten Kräften die Sterbenden zu begleiten, indem sie möglichst auf viele Wünsche und Bedürfnisse eingehen.

Neben dem Zeitmangel erachten 55% des Pflegepersonals das vorhandene Angebot an Fort- und Weiterbildungen zum Thema Sterben und Tod als nicht ausreichend (vgl. Kaluza; Töpferein 2005, o. S.).

Die Pflegestandards können, meiner Meinung nach, unter diesen ungenügenden Bedingungen nicht wie vorgesehen, umgesetzt werden.

Laut der ZAROF-Studie sind sich auch Heimleitungen, Pflegedienstleitungen und Pflegekräfte weitgehend einig, dass Veränderungen, die zu einer Verbesserung der Sterbebegleitung in Pflegeheimen führen können, dringend notwendig sind (vgl. ebd.). Dies zeigt, dass die Defizite, welche bezüglich der Sterbebegleitung in Pflegeheimen existieren, weitgehend erkannt worden sind und dass die Bereitschaft zur Veränderung dieser Situation vorhanden ist.

Da an dieser Stelle viele Veränderungsvorschläge genannt werden könnten, möchte ich im Folgenden nur einige Beispiele nennen.

Es müsste sich z.B. die Anleitung und Begleitung der Pflegekräfte verbessern, d. h. sie müssten mehr Möglichkeiten für Fort- und Weiterbildungen bezüglich der Themen Sterbebegleitung und Palliative Care erhalten. In erster Linie müsste mehr Zeit für die Sterbebegleitung geschaffen werden. Um dies zu erreichen, müsste entweder mehr Fachpersonal, welches möglichst in Palliative Care geschult ist, eingestellt werden oder das vorhandene Pflegepersonal müsste durch weitere Dienste unterstützt werden. Die zweite Variante würde ich bevorzugen, denn die Sterbebegleitung sollte nicht mehr nur „auf den Schultern“ des Pflegepersonals lasten. Es müsste also die Zusammenarbeit mit weiteren Diensten verbessert werden. Dazu gehören z.B. die Einbindung von ambulanten Hospizdiensten, welche Ehrenamtliche zur Verfügung stellen (z.B. Seelsorger usw.). Aber auch die Angehörigen der Pflegeheimbewohner könnten und sollten in die Begleitung mit integriert werden (vgl. ebd.). Diese hier genannten Aufgaben könnten z.B. von einem Sozialarbeiter übernommen werden, welcher vermittelnd tätig wird.

4.1.2 Krankenhaus

Das traditionelle Selbstverständnis des Krankenhauses ist auf das Erkennen, Behandeln und Heilen von Krankheiten ausgerichtet. Eine kurative Behandlung wird stets angestrebt. Die strukturellen Abläufe eines Krankenhauses sind somit auf das Ziel der Lebenserhaltung und der Gesundung des Patienten ausgerichtet. (vgl. Mittag 1994, S. 42).

Die Unheilbarkeit von Krankheiten und das Sterben werden zumeist als Misserfolg von Seiten der Ärzte erlebt (vgl. Rest 1994, S. 50).

Das Krankenhaus ist jedoch nicht nur ein Ort des Gesundwerdens, sondern, wie bereits unter Punkt 4.1 genannt, mit ca. 50% aller Sterbefälle unserer Gesellschaft auch die zahlenmäßig größte Institution des Sterbens. Wie hoch der Anteil der alten Menschen darunter ist, wird hier nicht ersichtlich.

Viele Krankenhäuser haben ihr traditionelles Selbstverständnis „aufgebrochen“ und sich der neuen Situation angepasst. Sie haben z.B. eine Station eingerichtet, welche speziell auf die besonderen Erfordernisse Sterbender ausgerichtet ist (vgl. Mittag 1994, S. 43). Auf die sogenannte Palliativstation werde ich im nächsten Punkt genauer eingehen. Aber auch auf anderen Stationen wird gestorben. Deshalb ist positiv zu bewerten, dass Schwestern und Pfleger zunehmend ihre Aufgabe auch in der Sterbebegleitung sehen. Dies belegt die ZAROF-Studie. Die Sterbebegleitung hat sowohl bei Pflegenden als auch bei Krankenhausärzten einen hohen Stellenwert. Dabei bildet das Pflegepersonal die Gruppe, die am häufigsten mit der Aufgabe der Sterbebegleitung konfrontiert ist (vgl. Kaluza; Töpfereim 2005, o. S.).

Trotz der positiven Haltung des Pflegepersonals gibt es auch heute noch Probleme, die einer angemessenen Sterbebegleitung im Wege stehen.

Da die Beispiele, welche ich beim Pflegeheim genannt habe, auch auf das Krankenhaus zutreffend sind, möchte ich an dieser Stelle nur noch drei weitere Beispiele nennen.

Es existieren zu wenig geeignete Räumlichkeiten. Gemeint sind damit nicht die Patientenzimmer, denn fast jedes Krankenhaus bietet jedem Sterbenden ein Einzelzimmer, sondern es fehlen Angehörigenzimmer bzw. Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige und Abschiedsräume.

Vor allem Ärzte bewerten in ihrer Berufsausbildung das Thema Sterbebegleitung und Palliative Care als unzureichend und würden sich mehr Kenntnisse in der Gesprächsführung wünschen (vgl. ebd.).

Um die Sterbebedingungen in Krankenhäusern weiter zu verbessern, sollte neben der Einbindung von ambulanten Hospizdiensten, was z.B. eine Aufgabe des Sozialarbeiters ist, ein palliativmedizinischer

Konsiliardienst in den Krankenhäusern integriert werden. In einem solchen Dienst bietet ein in Palliative Care erfahrenes Team seine Kenntnisse und Erfahrungen auf den Allgemeinstationen eines Krankenhauses an (vgl. Brühler; Kren; Stolz 2006, S. 53).

4.1.3 Palliativstation

Palliativstationen sind eigenständige Stationen, die meist an Krankenhäuser angegliedert sind (vgl. Forkert; Ketterl 2011, S. 28).

Sie weisen zum Teil Gemeinsamkeiten mit anderen Krankenhausstationen auf, unterscheiden sich jedoch in einigen Punkten, welche ich im Folgenden darstellen werde.

Menschen, die in ein Krankenhaus eingewiesen werden, erhalten meist eine kurative Behandlung. Das heißt, dass die Behandlung auf Heilung abzielt. Speziell auf Palliativstationen findet jedoch die Palliativmedizin Anwendung. Es werden Menschen behandelt, bei denen eine kurative Behandlung nicht mehr möglich ist, aber aufgrund ihres körperlichen Zustandes dennoch ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist. Meist handelt es sich dabei um Tumorpatienten, bei denen die Krebserkrankung weit fortgeschritten ist und viele Begleitsymptome und Schmerzen hinzukommen. Die Patienten wissen um ihre Erkrankung und dass aus medizinischer Sicht keine Chance auf Heilung besteht. Dennoch kann noch viel getan werden. Die Begleitsymptome können kontrolliert und die Schmerzen, durch die richtige Einstellung von entsprechenden Schmerzmitteln, erheblich gelindert werden. Dadurch wird die Lebensqualität im Krankheitsverlauf deutlich verbessert. Neben der Behandlung der körperlichen Symptome, welche durch Ärzte und Pflegepersonal, die ständig zur Verfügung stehen, erfolgt, belasten die Patienten oft noch andere Probleme. Deshalb steht der Station ein multiprofessionelles Team zur Verfügung, welches mindestens aus Ärzte, Pfleger; Sozialarbeiter und Seelsorger besteht (vgl. Student 1999, S. 24), um auch so die psychosoziale Begleitung abzusichern.

Ein weiterer Vorteil ist, dass die Station eher wohnlich gestaltet ist und eine weitaus geringere Bettenzahl aufweist, als andere Krankenhausstationen. Fast jeder Patient wird in einem Einzelzimmer betreut, somit ist ein enger Kontakt zu seinen Angehörigen jederzeit möglich. Den Angehörigen wird auch die Möglichkeit zur Übernachtung eingeräumt. Mit ihren Ängsten und Sorgen können sie sich an die Mitarbeiter wenden, welche professionelle Hilfe anbieten.

Palliativstationen versuchen schnellstmöglich die richtige Einstellung der Schmerzmittel zu finden, so dass der Patient, wenn er körperlich und seelisch stabil ist, wieder nach Hause in sein gewohntes Umfeld entlassen werden kann. Auch das erhöht die Lebensqualität dieser Patienten sehr.

Dies wird jedoch nicht immer erreicht, sodass auch Patienten auf der Station versterben.

Findet eine Entlassung statt, dann wird die Weiterbetreuung der Patienten sowie dessen Angehörigen in den meisten Fällen durch das krankenhauseigene „Brückenteam“, auf das ich später noch genauer eingehen werde, sichergestellt. Wenn ein Sozialarbeiter im Team integriert ist, stellt er noch vor der Entlassung des Patienten den Kontakt zum „Brückenteam“ her.

Der Aufenthalt auf einer Palliativstation wird zwar vollständig von den Krankenkassen finanziert, jedoch nur für eine bestimmte Zeit. Das heißt nur so lange, wie eine körperliche Behandlung erforderlich ist. Ist dies nicht mehr der Fall, muss der Patient entlassen werden, auch wenn er gern bis zum Ableben auf der Station bleiben möchte (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 90 f.).

4.1.4 Das stationäre Hospiz

Da ich im Punkt 5 noch ausführlich auf die Hospizarbeit und deren verschiedene Formen eingehen werde, möchte ich hier keine weiteren Ausführungen dazu machen. Ich erwähne das stationäre Hospiz an dieser Stelle, da es den Sterbeorten angehört.

4.2 Das Sterben zu Hause

„Die Familie ist die zentralste Institution für die soziale Integration sowie die emotionale und instrumentelle Unterstützung älterer Menschen“ (BMFSFJ 2002, S. 193). Bei eintretender Pflegebedürftigkeit eines alten Menschen zeigt die Familie in den meisten Fällen die Bereitschaft, die häusliche Pflege selbst zu übernehmen. Das wirkt sich meist positiv auf das Wohlbefinden des pflegebedürftigen Angehörigen aus, denn er kann in seiner vertrauten Umgebung bleiben und ist weiterhin in seiner Familie integriert.

Die familiäre Hauptpflegeperson hat jedoch mit der Übernahme der häuslichen Pflege, welche mit körperlichen und seelischen Anstrengungen verbunden ist, Außerordentliches zu leisten. Der zeitliche Aufwand für die Pflege ist sehr hoch. Die meisten Pflegepersonen stehen rund um die Uhr zur Verfügung, das heißt auch nachts (vgl. ebd., S. 197). Der Belastungsgrad ist deshalb für sie außerordentlich hoch. Dies hat weitreichende Konsequenzen für den Gesundheitszustand der Pflegepersonen. Sie haben oft mehr körperliche Beschwerden als nicht pflegende. Zudem sind bei ihnen Symptome allgemeiner Erschöpfungszustände besonders ausgeprägt. Diese äußern sich in psychosomatischen Beschwerden, wie z.B. unruhigem Schlaf, Nervosität, Kopfschmerzen usw. (vgl. ebd., S. 198f.).

Damit sich die Belastungen der Pflegepersonen verringern, ist es wichtig, dass sie die zu verrichtende Pflege auf mehrere „Schultern“ verteilen. Sie sollten deshalb zeitnah einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen.

Wenn sich der Zustand des pflegebedürftigen Angehörigen weiter verschlechtert oder der Sterbeprozess eintritt, fühlen sich viele Familien der eingetretenen Situation zunächst nicht mehr gewachsen. Einige bringen den alten Menschen dann doch noch in einem Heim unter oder lassen ihn in ein Krankenhaus einweisen (vgl. Mittag 1994, S. 66). Dies erklären auch die hohen Sterbezahlen in diesen Institutionen.

Es gibt aber Familien, die auch weiterhin die häusliche Pflege ihres nun im Sterbeprozess befindenden Angehörigen fortführen.

Für alle Beteiligten ist damit eine neue Situation eingetreten. Die psychosozialen Bedürfnisse des Sterbenden rücken zunehmend in den Vordergrund. Der ambulante Pflegedienst, welcher meist schon in die Pflege des Sterbenden mit eingebunden ist, kann diesen Bedürfnissen nicht gerecht werden, denn „... auch im häuslichen Bereich ist der Mangel an Zeit das größte Hindernis ..., um eine gute Sterbebegleitung, einschließlich der seelischen Begleitung, zu gewährleisten. Das Abrechnungssystem von Pflegetätigkeiten nach Minutenwerten erschwert die Situation zusätzlich, weil ein adäquater zeitlicher Betreuungsaufwand für sterbende Patienten in den Leistungskomplexen für die ambulante Pflege keine Berücksichtigung findet“ (Kaluza; Töpfereim 2005, o. S).

Damit sich die Pflegeperson bzw. die Familie nicht überfordert fühlt, weil sie die psychosozialen Bedürfnisse des Sterbenden alleine nicht befriedigen kann, sollte sie zusätzlich noch einen ambulanten Hospizdienst (auf den ich in Punkt 5.3.1 noch genauer eingehen werde) hinzuziehen.

Durch die Unterstützung mehrerer ambulanter Dienste kann eine adäquate Sterbebegleitung im häuslichen Bereich sichergestellt werden.

5 Hospizarbeit

Im Folgenden werde ich einen kurzen Überblick über die Entstehung der Hospizarbeit und deren Entwicklung in Deutschland geben. Danach gehe ich ausführlicher auf die fünf Grundelemente der Hospizarbeit ein, welche allen Hospizangeboten gemeinsam sind und somit auch als Qualitätskriterien gelten. Daran schließen sich die verschiedenen Formen der Hospizarbeit an.

5.1 Geschichtlicher Überblick

Das Wort Hospiz leitet sich aus dem lateinischen „hospitium“, was übersetzt „Herberge“ oder „Gast“ heißt, her. Im Mittelalter wurden diese Herbergen von kirchlichen Orden geführt und boten Pilgern auf ihrer Reise Unterkunft, Rast und Stärkung an (vgl. Student 1999, S. 21).

Erst einige Jahre später wurden dort erstrangig kranke Pilger versorgt und gepflegt. Die moderne Hospizbewegung, welche Ende der 1960er Jahre in England durch Cicely Saunders (Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin) entstand, knüpft an diese Tradition an. Sie wurde am 22. Juni 1918 in England geboren. Kurz nach dem Zweiten Weltkrieg arbeitete sie als junge Krankenschwester in einem Londoner Krankenhaus. Dort machte sie eine Bekanntschaft, die sie sehr berührte. Sie lernte David Tasma, einen Patienten, der unheilbar an Krebs erkrankt war, kennen. Sie schloss ihn sehr schnell in ihr Herz. Beide überlegten, wie man einen besseren Ort für Sterbende schaffen könnte. „Ein Ort der Geborgenheit und Liebe, ausgerichtet auf die Bedürfnisse des Sterbenden“ (Braunert 2001, S. 22). Nach seinem Tod hinterließ er Cicely Saunders sein letztes Vermögen, 500 Pfund, mit folgenden Worten: „Lassen Sie mich ein Fenster sein in Ihrem Hause“ (Tasma zit. n. Student 1999, S. 21). Diese Worte bewegten sie sehr und sie wollte diese Idee „lebendig“ werden lassen. 20 Jahre vergingen, bis daraus Wirklichkeit wurde.

1967 eröffnete sie schließlich im Süden Londons das „St. Christopher`s Hospice“ (vgl. Student 1999, S. 21). Ein Haus, in dem auf die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen sowie ihrer Angehörigen eingegangen wird.

Fast zur gleichen Zeit erregte Elisabeth Kübler-Ross, eine bis dahin unbekannte junge Schweizer Psychiaterin, Aufsehen in den USA. Sie wurde am 8. Juli 1926 in Zürich geboren. 1958 wanderte sie in die USA aus. Dort brach sie ein bestehendes Tabu, indem sie die Begegnung mit sterbenskranken Menschen suchte. Im Jahr 1969 wagte sie es, ein Buch mit dem Titel „On Death and Dying“, zu Deutsch „Interviews mit Sterbenden“, zu veröffentlichen.

Damit machte sie deutlich, dass auch in den USA die Zeit für einen veränderten Umgang mit dem Tabu-Thema Tod reif war (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 138).

In Deutschland wurden die Hospizeinrichtungen zunächst mit Skepsis aufgenommen, somit ist die Hospizbewegung auf großen Widerstand gestoßen. Durch den 1971 im Fernsehen ausgestrahlten Film „Noch 16 Tage - eine Sterbeklinik in London“, der im St. Christopher Hospice von Pater Reinhold Iblacker gedreht wurde, sah man, aufgrund der ungünstigen Formulierung „Sterbeklinik“, Hospizeinrichtungen eher als Sterbestätten an, in denen die sterbenden Menschen zum Sterben „weggesperrt“ wurden (vgl. Braunert 2001, S. 23). Ansonsten gab es zu dieser Zeit kaum Berichte über Hospize in den Medien. Dennoch hatte sich in Deutschland die Hospizarbeit auf verschiedenen Ebenen entwickelt. In den 80er Jahren gelang es vereinzelt Personen und Vereinen Einrichtungen zu bauen, die die Lage der sterbenden Menschen verbessern wollten.

1983 wurde z.B. in der Kölner Universitätsklinik die erste deutsche Palliativstation eingerichtet (vgl. Kränzle, Schmid, Seeger 2010, S.3). Des Weiteren wurde 1984 die Initiative „Sitzwache in Pflegeheimen“ in Stuttgart gegründet. Da diese gut angenommen wurde, entwickelten sich immer mehr Sitzwachen, welche sich zur „Arbeitsgemeinschaft Sitzwachen in Stuttgart und Umgebung“ zusammenschlossen.

Das erste stationäre Hospiz in Deutschland, „Haus Hörn“, eröffnete 1986 in Aachen (vgl.ebd.). Das „Hospiz zum heiligen Franziskus“ öffnete 1987 in Recklinghausen seine Pforten. So gelang es, dass ab 1990 mehr und mehr Hospize, Initiativen und Palliativstationen entstanden, die ein menschenwürdiges Sterben ermöglichen. Jedoch ist bis heute der eigentliche Bedarf von Hospizeinrichtungen bei weitem nicht gedeckt. Dies belegt die folgende Tabelle der HPCV- Studie aus dem Jahr 2010:

	Verstorbene, die palliative und hospizliche Begleitung benötigen	Begleitungen in stationären Hospizen	Begleitungen auf Palliativstationen	Begleitungen durch SAPV-Teams	Begleitungen durch ambulante Hospizdienste	Menschen ohne palliative und hospizliche Begleitung
absolut	506.663	22.886	44.427	4.000	38.897	396.453
bezogen auf den Gesamtbedarf	100%	4,5%	8,8%	0,8%	7,7%	78,2%

Quelle: Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung (2010): HPCV- Studie 2010, S. 9

Laut dieser Tabelle erhielten 78% der sterbenden Menschen, die auf hospizliche oder palliative Begleitung angewiesen wären, keinerlei Zugang zu den entsprechenden Angeboten. Das sind jährlich 396.453 Menschen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf!

5.2 Grundelemente der Hospizarbeit

Die Definition der Nationalen Hospiz-Organisation der USA lässt schon erkennen, dass die inneren Bedingungen ein Hospiz mehr kennzeichnen, als äußere Strukturen (vgl. Student 1999, S. 24).

Diese lautet wie folgt:

„Hospize bejahen das Leben. Hospize machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Lebensphase einer unheilbaren Krankheit zu unterstützen und zu pflegen, damit sie in dieser Zeit so bewußt und zufrieden wie möglich leben können. – Hospize wollen den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Hospize leben aus der Hoffnung und Überzeugung, daß sich Patienten und ihre Familien so weit geistig und spirituell auf den Tod vorbereiten können, daß sie bereit sind, ihn anzunehmen. Voraussetzung hierfür ist, daß eine angemessene Pflege gewährleistet ist und es gelingt, eine Gemeinschaft von Menschen zu bilden, die sich ihrer Bedürfnisse verständnisvoll annimmt“ (Student 1999, S. 24 zit. n. NHO).

Im Folgenden gehe ich einzeln auf die fünf Grundelemente, die - wie bereits erwähnt - für alle Hospizangebote gelten, ein.

1. Kennzeichen:

Die sterbenden Menschen und ihre Angehörigen sind gemeinsame Adressaten des Hospizes und stehen im Mittelpunkt aller Betreuung. Sie haben selbst die Kontrolle über die Situation. Dies ist in vielen herkömmlichen Institutionen des Gesundheitswesens anders. Dort sind die Patienten meist von vorgegebenen Therapieplänen abhängig und haben kaum die Möglichkeit eigene Wünsche zu äußern.

Hospize hingegen konzentrieren sich sehr auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen. Dadurch gelingt es ihnen, den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit wahrzunehmen (vgl. Student 1999, S. 24ff.; Student; Mühlum; Student 2004, S. 28f.).

2. Kennzeichen:

Den Betroffenen (damit sind die sterbenden Menschen und ihre Angehörigen gemeint) steht stets ein interdisziplinär arbeitendes Team zur Verfügung, denn nur so ist eine ganzheitliche Betreuung möglich. Das Team besteht nicht nur aus qualifizierten medizinischen und pflegerischen Personal, wie Arzt und Pflegekräfte, sondern auch aus weiteren Berufsgruppen wie Sozialarbeiter und Seelsorger. Des Weiteren können z.B. auch Kunst- und Musiktherapeuten das Team ergänzen.

Die Mitglieder des multiprofessionellen Teams helfen aber nicht nur den Betroffenen, sondern sie unterstützen sich auch gegenseitig in fachlicher und vor allem in emotionaler Hinsicht, damit dem Burn-out-Syndrom entgegengewirkt werden kann (vgl. ebd.).

3. Kennzeichen:

Freiwillige Helfer (Laien) werden stets in die Hospizarbeit mit einbezogen. Sie sind ein wichtiger Bestandteil der umfassenden Sterbebegleitung. Sie leisten eigenständige Aufgaben der Alltagsbegleitung, wie z.B. am Bett sitzen, reden, zuhören aber auch einkaufen gehen, kochen, auf die Kinder

aufpassen usw. gehören dazu. Sie tun ganz Alltägliches und bringen somit ein Stück „Normalität“ in den Alltag der Betroffenen ein.

Da die Sterbebegleitung durch die Freiwilligen in das alltägliche Leben eingebunden wird, werden sie zum Bindeglied des Gemeinwesens. Sie tragen dazu bei, dass das Tabuthema „Sterben und Tod“ wieder in die Öffentlichkeit getragen wird. Erst durch ihr Handeln wird eine zwischenmenschliche Begegnung in der Begleitung sterbender Menschen möglich (vgl. ebd.).

4. Kennzeichen:

Die Hospizmitarbeiter besitzen spezielle Kenntnisse in der Anwendung von Palliative Care. Durch umfassende Erfahrungen in der Schmerztherapie und der Symptomkontrolle kann die größte Angst, die sterbende Menschen haben, nämlich unter quälenden Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden, welche im Sterbeprozess auftreten können, zu leiden, gelindert werden. Schmerzen haben neben der körperlichen stets auch eine soziale, psychische und spirituelle Komponente. Deshalb ist ein multiprofessionelles Team, welches in Palliative Care geschult ist, in der Hospizarbeit unverzichtbar (vgl. ebd.).

5. Kennzeichen:

Hospize gewährleisten ein hohes Maß an Kontinuität in der Betreuung der Patienten und ihrer Familien. Die Sterbenden und deren Angehörige können sich sicher sein, dass immer ein Hospizmitarbeiter erreichbar ist. Auch plötzlich auftretende Probleme oder Krisen können nicht an Dienstzeiten gebunden sein. Besonders nachts und in den frühen Morgenstunden sind krisenhafte Phasen im körperlichen und seelischen Bereich, vor allem, wenn sterbende Menschen von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt und betreut werden, nicht selten. Deshalb sind Hospizdienste rund um die Uhr erreichbar und bieten schnelle Hilfe. Allein dieses Angebot gibt vielen Familien den Mut, einen sterbenden Angehörigen eine Betreuung in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Kontinuität in der Fürsorge umfasst auch die Begleitung der Angehörigen und Freunde über den Tod des Betreuten hinaus. Das heißt, dass sie in ihrer Trauer während des Sterbens des geliebten Angehörigen, aber auch danach, vom Hospizteam Unterstützung bekommen (vgl. ebd.).

Diese fünf Kennzeichen zeigen die Grundidee der Hospizarbeit auf und sind die wichtigsten Anknüpfstellen der Sozialen Arbeit.

Des Weiteren manifestieren sie den Begriff Palliative Care und deuten an, wie eine ganzheitliche Betreuung für sterbende Menschen und ihre Angehörigen umgesetzt werden kann.

Die beschriebenen Qualitätskriterien könnten und sollten in allen Institutionen des Gesundheitswesens Anwendung finden.

5.3 Formen der Hospizarbeit

Der Begriff „Hospiz“ steht nicht für eine bestimmte Institution, sondern vielmehr für ein Konzept, das entsprechend den Bedürfnissen der Betroffenen verwirklicht werden soll“ (Nitzsche 2009, S. 44).

Deshalb existieren verschiedene Formen in der Hospizarbeit, die ich nun näher beschreiben werde.

5.3.1 Ambulant

Wie bereits mehrfach erwähnt, sterben viele Menschen in Institutionen, obwohl der Wunsch besteht, zu Hause sterben zu wollen. Um diesen wieder mehr zu entsprechen, entwickelte sich die ambulante Hospizarbeit. Ambulante Hospizdienste versuchen dem sterbenden Menschen bis zum Tod ein Leben in seiner gewohnten Umgebung zu ermöglichen.

Sie müssen einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst gewährleisten und auch für die Angehörigen ausreichende Entlastungsangebote anbieten (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 86 f.).

Da die ambulanten Hospizdienste nicht alle Aufgaben, die für eine ganzheitliche Begleitung und Betreuung des Patienten und dessen Angehörige erforderlich sind, selbst erfüllen können, kooperieren sie eng mit allen weiteren an der Pflege und Betreuung des Patienten Beteiligten, wie z.B. ambulanten Pflegediensten, Hausärzten usw. zusammen.

Ambulante Hospizdienste bestehen größtenteils aus ehrenamtlichen Mitarbeitern, die in der Regel von einem hauptamtlichen Mitarbeiter, welcher in Palliative Care geschult sein muss, weitergebildet und koordiniert werden. Diese Aufgaben sollte eigentlich ein Sozialarbeiter übernehmen, oftmals werden aber auch andere Berufsgruppen dafür eingesetzt.

5.3.2 Teilstationär

Die bekannteste Form teilstationärer Hospize sind die Tageshospize. Sie sind eine wertvolle Ergänzung zu den ambulanten Diensten. Sie bieten Menschen, die unheilbar erkrankt sind, eine Art Tagestreff und somit die Möglichkeit, sich mit ähnlich Betroffenen bis zu zweimal pro Woche auszutauschen. Die Patienten erleben sich als wertgeschätzte Gruppenmitglieder (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 91 f.).

Auch für Angehörige, welche die sterbenden Menschen zu Hause betreuen, stellt ein Tageshospiz eine Entlastung dar. Sie haben an den Tagen, an denen die schwerstkranken Menschen hier versorgt werden die Möglichkeit, z.B. mal wieder ihren Hobbys nachzugehen.

Das Team, welches ca. sechs bis max. acht Patienten betreut, setzt sich aus mindestens einer Vollkraft, welche ein Sozialarbeiter sein könnte und mehreren Ehrenamtlichen zusammen (vgl. Student 1999, S. 89 f.).

Von den Mitarbeitern erhalten die Patienten Beratungen und konkrete Hilfsangebote. Des Weiteren versuchen sie herauszufinden, was den Betroffenen vor ihrer Erkrankung in der Vergangenheit Lust, Spaß und Freude bereitet hat und leisten den Patienten Unterstützung, dies wieder zu entdecken (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 91 f.)

Ich könnte mir vorstellen, dass Angebote dann für die Patienten individuell ausgerichtet werden.

5.3.3 Stationär

Stationäre Hospize sind nicht, wie z.B. Palliativstationen, an Krankenhäuser angegliedert, sondern sie sind eigenständige Häuser.

Eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz kommt nur dann infrage, wenn eine Betreuung zu Hause, z.B. durch einen ambulanten Hospizdienst, nicht möglich bzw. nicht mehr möglich ist.

Um eine ganzheitliche Betreuung der Patienten und deren Angehörige zu gewährleisten, ist die Aufnahmekapazität (mit etwa 12 Betten) gering und der Personalschlüssel im Verhältnis zu anderen Institutionen relativ hoch. Hier arbeitet ein multiprofessionelles Team zusammen, welches ich bereits unter Punkt 5.2 (2. und 3. Kennzeichen) näher beschrieben habe.

In der Regel werden die Patienten bezüglich der medizinischen Versorgung von ihren Hausärzten betreut, welche spezifische Kenntnisse in der Palliativmedizin haben sollten (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 89), damit eine fachgerechte Schmerztherapie gesichert ist.

Dass sich die Bewohner eines stationären Hospizes bezüglich der räumlichen Gestaltung so geborgen wie möglich fühlen, „[erinnert] diese eher an eine gemütliche Wohnung als an ein Pflegeheim oder Krankenhaus [...]“ (Student; Mühlum; Student 2004, S. 89).

Fast alle Patienten, die in ein stationäres Hospiz aufgenommen werden, verbringen ihre letzten Lebenstage in dieser Institution. Sie sterben hier.

Allerdings kann bei Verbesserung des Zustandes eine Entlassung nach Hause erfolgen, sodass dieser Mensch in seiner ihm vertrauten Umgebung die letzte Ruhe finden kann. Dies ist jedoch eher selten der Fall. Sollte es dennoch zu einer Entlassung kommen, ist eine gute Planung für den weiteren Hilfebedarf des Sterbenden (und dessen Familie) unabdingbar. Wenn ein Sozialarbeiter im multiprofessionellen Team vorhanden ist, kann er hier z.B. die Methode des Case Management anwenden, auf die ich im Verlauf meiner Bachelorarbeit

noch genauer eingehen werde. Des Weiteren ist er für die Gewinnung, Schulung/Weiterbildung und Koordination von ehrenamtlichen Mitarbeitern zuständig, die, wie bereits in Punkt 5.2 (3. Kennzeichen) erläutert, einen wichtigen Beitrag in der Sterbebegleitung leisten. Die psychosoziale Begleitung des Sterbenden und dessen Angehörigen ist z.B. ebenfalls eine Aufgabe des Sozialarbeiters. Da er in diesem Zusammenhang oft Gespräche führen muss, ist es wichtig, dass er über Kenntnisse in der Kommunikation und Gesprächsführung verfügt. Auf diese werde ich im folgenden Kapitel ausführlich eingehen.

5.3.4 Exkurs „Brückenteam“

An Krankenhäuser, die über eine Palliativstation verfügen, gibt es oft auch ein „Brückenteam“. Ein solches Team führt die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) durch. Das heißt, es stellt, wie bereits unter Punkt 4.1.3 erwähnt, die Weiterbetreuung von Patienten und deren Angehörigen sicher, die von einer Palliativstation nach Hause entlassen worden sind.

Auch Patienten, die keinen Krankenhausaufenthalt auf einer Palliativstation hatten, aber an einer unheilbaren Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium leiden und erhebliche Schmerzen haben, können über ihre Angehörigen oder selbst Kontakt zum „Brückenteam“ aufnehmen.

Zur Weiterbetreuung der Patienten zählen unter anderem die Symptomkontrolle, die Schmerztherapie und die psychosoziale Begleitung. Auch hier können sich die Angehörigen Unterstützung und Beratung von dem multiprofessionellen Team holen (vgl. Universitätsklinikum Carl Gustav Carus 2013). Das Team ist zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar und es kooperiert mit allen weiteren an der Pflege und Betreuung des Patienten beteiligten Personen, Diensten und Institutionen.

6 Methoden in der Sterbebegleitung alter Menschen

Es gibt verschiedene Methoden, die in der Sterbebegleitung Anwendung finden. Im Folgenden werde ich zwei Methoden näher beschreiben, die ein Sozialarbeiter aufgrund seiner Ausbildung beherrschen sollte. Zum einen handelt es sich um die Gesprächsführung und zum anderen um die Biografiearbeit. Aber auch alle anderen Berufsgruppen, welche in der Sterbebegleitung tätig sind, sollten diese Methoden kennen und anwenden können.

6.1 Kommunikation / Gesprächsführung

„Kommunikation ist der gegenseitige Austausch von Informationen zwischen Kommunikationspartnern mit Hilfe von Kommunikationsmitteln“ (Kulbe 2008, S. 46).

Die moderne Kommunikationspsychologie hat die wohl zwei bekanntesten Grundmodelle der zwischenmenschlichen Kommunikation entwickelt. Das einfache Modell von Paul Watzlawick (amerikanischer Forscher und Psychotherapeut) und das erweiterte Modell von Friedemann Schulz von Thun (Hamburger Psychologieprofessur) (vgl. Burgheim 2006 – Roland Hofmann).

Ich werde im Folgenden nur auf das einfache Modell eingehen.

Dieses besteht aus einem Sender und einem Empfänger (Kommunikationspartner). Zwischen ihnen findet ein gegenseitiger Austausch statt, indem sie Informationen beidseitig hin und her tauschen. Der Sender lässt dem Empfänger also eine Nachricht zukommen, der Empfänger erhält diese und reagiert darauf. Es findet ein Wechselspiel zwischen beiden statt, wobei Sender- und Empfängerrolle stetig tauschen. Dabei wird über verschiedene Kommunikationsmittel kommuniziert. Dazu gehören z.B. die gesprochene Sprache und die Schriftsprache (Brief) (vgl. Kulbe 2008, S. 46).

Des Weiteren wird Kommunikation in verbale und nonverbale Kommunikation unterschieden. Unter verbale Kommunikation zählt alles Gesprochene und Geschriebene, unter nonverbale Kommunikation alles nicht Sprachliche, also Mimik, Gestik, Blick, usw. (vgl. ebd.). Die nonverbale Kommunikation rückt im Laufe der Zeit bei den Sterbenden immer mehr in den Vordergrund; dies werde ich später erläutern.

Im Folgenden werde ich auf Beispiele der nonverbalen Kommunikation näher eingehen.

1. Gestik:

Sie kann das Gesprochene begleiten, unterstützen oder verstärken, z.B. durch die Körperhaltung (ab- /zugewandt), die Bewegung der Hände, Arme, Beine oder Füße (Wie liegt der sterbende Mensch im Bett?) usw. (vgl. ebd.).

2. Mimik:

Dazu gehören z.B. Stirnrunzeln, Weinen, Lächeln usw., welche oft begleitend und unbewusst die wahren Gedanken und Gefühle, z.B. Sympathie, Ekel oder Ärger widerspiegeln (vgl.ebd.).

3. Physiologische Reaktionen:

Diese zeigen den Begleitern, dass es dem Sterbenden körperlich nicht gut geht. Dazu gehören u.a. Schwitzen, Gänsehaut, Atemnot, Kratzen etc. (vgl. ebd., S. 47).

Wie bereits erwähnt, ändert sich im Laufe der Zeit mit dem Näherkommen des Todes oftmals das Kommunikationsverhalten des Sterbenden, denn die nonverbale Kommunikation tritt deutlich mehr in den Vordergrund.

Sterbende senden sehr häufig eine Nachricht, aufgrund des Fehlens anderer Möglichkeiten der Übermittlung, durch Blickkontakt, Gesten aber auch durch ein Lächeln. Viele der sterbenden Menschen versuchen nonverbale Kommunikation durch Gefühle, z.B. Ängste, Aggressionen oder Schmerz, auszudrücken.

In dieser Situation dürfen sie nicht allein gelassen werden. Der Begleiter sollte Interesse gegenüber dem Sterbenden zeigen, Wünsche und Bedürfnisse erfassen und die Kompetenz des Zuhörens besitzen. Hofmann stellt sich die Frage, ob sich dieses Gesprächsverhalten lernen lässt und meint: „Ja!“ (Burgheim 2006). „Das Konzept beruht auf der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers [amerikanischer psychologe]“ (Sewko 2011, S. 28).

„Wenn ich vermeide, mich einzumischen, sorgen die Menschen für sich selber,

Wenn ich vermeide, Anweisungen zu geben, finden die Menschen selbst das rechte Verhalten,

Wenn ich vermeide zu predigen, bessern die Menschen sich selber,

Wenn ich vermeide, sie zu beeinflussen, werden die Menschen sie selbst sein“ (LAOTSE zit. n. Galuske 1998, S. 178).

Die Grundmaximen der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers sind in diesem Zitat stimmig zusammengefasst.

Der sterbende Mensch steht dabei im Vordergrund, nicht seine Probleme. Des Weiteren hat sie nicht direktiv zu erfolgen (vgl. Galuske 1998, S. 178). Der Begleiter will sich als dessen Zuhörer und nicht als Experte, der vorschnelle Ratschläge gibt, bewähren.

Damit ein Gespräch gut verlaufen kann, sollte der Begleiter vor allem folgende drei Grundhaltungen einnehmen: Akzeptanz, Einfühlungsvermögen und Echtheit (vgl. Burgheim 2006).

Diese sind Einstellungen des Begleiters und somit nicht direkt erlernbar. Daneben gibt es spezielle Gesprächstechniken, welche die klientenzentrierte Gesprächsführung positiv beeinflussen sollen. Im Folgenden werden zwei davon kurz vorgestellt:

Die zentralste ist das aktive Zuhören. Der Begleiter sollte dem Sterbenden Raum und Zeit geben, sich auszusprechen. Denn gerade bei Sterbenden ist das Kommunikationsverhalten verlangsamt.

Die nächste ist eine Widerspiegelung der Gedanken und Aussagen des Sterbenden. Also seine Aussagen wiederholen oder mehrere Aussagen mit eigenen Worten zusammenfassen.

Der Sterbende sagt z.B.: „Ich habe Angst vor dem Sterben!“ und die Antwort des Begleiters lautet: „Sie fürchten sich davor. Das ist etwas Schreckliches“ (Kulbe 2008, S. 52.).

Die Kommunikation soll also ganz im Mittelpunkt mit dem Betreuten, aber auch im Team der Begleiter, stehen.

6.2 Biografiearbeit

- Jedes Leben hinterlässt Spuren -

Häufig wissen wir nicht sehr viel aus dem Leben, der Biografie eines sterbenden Menschen. Das Kennenlernen von Spuren seiner Lebensgeschichte kann jedoch eine sehr wichtige Voraussetzung für die Begleitung eines Menschen in seiner letzten Lebensphase sein. Der Begleiter eines sterbenden Menschen taucht in der Begegnung mit dem Sterbenden in eine ihm unbekannte Lebensgeschichte ein. Durch die Betrachtung dieser Lebensgeschichte findet er Zugang zu dem sterbenden Menschen, er tritt mit ihm in eine Kommunikation und erhält dadurch wichtige Informationen. Die Pflege, die Versorgung und die psychosoziale Begleitung kann durch diese neu erworbenen Informationen individuell und gezielt durchgeführt werden. Seine persönlichen Wünsche und Bedürfnisse werden besser berücksichtigt, denn jede bekannte Einzelheit hilft dem Begleiter, den sterbenden Menschen zu verstehen und anzunehmen.

„Biografisches Arbeiten setzt eine Vertrauensbasis voraus, die mit Einfühlung und echtem Verständnis, mit der Achtung vor dieser Person zu tun haben“ (Seeger 2009, S. 51).

Welche Möglichkeiten hat ein Begleiter die Biografie eines sterbenden Menschen zu betrachten? Wie kann er in ein biografisches Gespräch einsteigen?

Diese Fragen werde ich im Folgenden ansatzweise beantworten.

Es gibt sehr unterschiedliche Möglichkeiten, einen Lebensweg zu betrachten. An dieser Stelle möchte ich zwei Beispiele nennen:

1. Linear:

Von der Geburt anfangend, wird das Leben des Sterbenden nach folgenden Ereignissen betrachtet: Kleinkind, Kindergarten, Jugendzeit, Schule, Beruf, Heirat, Kinder, Erwachsensein, Alter.

2. Genogramm:

„Ein Genogramm ist eine grafische Darstellung des Familienstammbaums“ (ebd.). Dieses enthält, neben den faktischen Daten der Abstammung, die vielfältigsten Informationen über die Mitglieder einer Familie und ihren Beziehungen. Es werden über Generationen hinweg z.B. Zusammenhänge, wiederkehrende Muster und Verhaltensweisen einer Familie sichtbar. Es ermöglicht also einen raschen Überblick über komplexe Familienstrukturen.

Der Einstieg in ein biografisches Gespräch ist z.B. durch ein behutsames Anregen bzw. Anstoßen der Sinne des Sterbenden möglich. Die Begleiter erreichen ihn so auf seiner Gefühlsebene, seiner seelischen Welt, und der Sterbende kann in eine vergessene Welt zurückgeführt werden.

Durch die Sinne - Sehen, Riechen, Hören, Schmecken und Tasten - wird der Sterbende in die Welt der Erinnerung geführt.

Im Folgenden werde ich hierzu zwei Beispiele nennen.

Schmecken:

Lieblingssessen oder -getränke lassen sich bei sterbenden Menschen auch noch in den letzten Lebenswochen und -tagen in besonderer Darreichungsform verabreichen. Getränke, wie Bier, Wein, Saft etc. können z.B. in Form von Eiswürfeln gegeben werden.

Dies kann zu schönen Erinnerungen, z.B. an ein romantisches Abendessen mit dem Partner führen und der Sterbende fängt vielleicht an, aus seinem Leben zu erzählen (vgl. Seeger 2009, S. 55).

Tasten:

Durch bestimmte Symbole oder Materialien können Erinnerungen ausgelöst werden, die im Leben des sterbenden Menschen von Bedeutung waren. Sand kann z.B. an schöne Urlaube zurückerinnern, Blumen an den ehemals eigenen Garten.

In der Sterbephase blicken Menschen auf ihr Leben zurück. Manchmal kommt es vor, dass ein Mensch, obwohl er pflegerisch und medizinisch gut versorgt wird, aufgrund seiner biografischen Geschichte schwer sterben kann. Unterschiedliche Ereignisse, das können auch negative Erlebnisse sein, bereiten den sterbenden Menschen häufig Unruhe, Angst oder Panik. Unter anderem haben sich bei alten Menschen Kriegserlebnisse in ihre Biografie unauslöschlich eingebrannt, an die sie sich auch im Sterbeprozess zurückerinnern. Deshalb sollte biografisch mit ihnen gearbeitet werden, auch wenn ein Rückblick für sie sehr schmerzlich sein kann. „Lange Jahre der Verslossenheit aufzubrechen, sich noch einmal oder vielleicht das erste Mal zu öffnen, vielleicht das letzte Mal, sich auseinanderzusetzen mit Beziehungen und Erlebnissen in diesem Leben“ (Seeger 2009, S. 51). In einem Gespräch oder durch Zuhören kann sich z.B. ein seelischer Schmerz lösen. Bleiben ihnen solche Gespräche, verwehrt, können sie meist nicht friedvoll aus dem Leben gehen. Ist der sterbende Mensch jedoch bereit, alle Dinge, die ihn nicht zur Ruhe finden lassen mit dem Begleiter zu besprechen, kann er mit seinem Leben besser abschließen und leichter sterben.

7 Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung

Im vorhergehenden Punkt habe ich bereits zwei Methoden, die ein Sozialarbeiter bei der Begleitung sterbender Menschen anwenden können muss, erläutert. In diesem Punkt möchte ich noch eine weitere Methode - das Case Management - vorstellen, welches die Aufgaben des Sozialarbeiters in der Sterbebegleitung besonders widerspiegelt. Des Weiteren wird das professionelle Selbstverständnis der Sozialen Arbeit mit der Sterbebegleitung in Verbindung gesetzt (und überprüft) werden. Abschließend werde ich die Selbstpflege eines Sozialarbeiters thematisieren.

7.1 Das professionelle Selbstverständnis in der Sozialen Arbeit

In seiner Logik ist professionelles sozialpädagogisches Handeln auf Zukunft gestellt. Nach dem es in der Gegenwart des Klienten ansetzt, ist es auf dessen Zukunft ausgerichtet. „Die Profession geht davon aus, dass sie Hilfe zur Selbsthilfe leistet und eine Besserung im Sinne des Betroffenen eintritt“ (Sewko 2011, S. 38). In der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod wird jedoch das professionelle Handeln in Frage gestellt. Der Sozialarbeiter muss deshalb seine Sinnvorstellungen neu interpretieren. Ein alternatives Deutungsmuster muss erarbeitet werden. Gelingt dies nicht, besteht die Gefahr, dass die Helfer in eine Depression verfallen oder sogar an einen Suizid denken. Dieser Problematik kann nur durch die Verknüpfung von Lebensendlichkeit mit Sinn begegnet werden, das heißt, dass das Endlichkeitsbewusstsein mit Sinn verknüpft werden muss. Das Wissen um die individuelle Endlichkeit wird in der Regel mit symbolischen Sinnwelten verknüpft.

„Ein weiteres sozialpädagogisches Selbstverständnis ist der Faktor der Zeit“ (ebd.). Diesem „sollte im (sozial-)pädagogischen Kontext besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, denn: ... (sozial-)pädagogische Prozesse zeichnen sich immer durch Temporalität aus“ (Karusseit 1994, S. 126).

Bezogen auf sozialpädagogisches Handeln scheint Zeit, wie bereits angedeutet, unendlich verfügbar zu sein. Diese Selbstverständlichkeit wird jedoch hinfällig, wenn der Faktor Zeit mit Sterben und Tod konfrontiert wird. Aus diesem Grund bedarf es dringend (vom Sozialarbeiter) einer Neudefinition des Zeitaspektes (vgl. Karusseit 1994, S. 124ff.).

7.2 Case Management

Case Management, zu Deutsch Unterstützungsmanagement, als Methode der Arbeit von Sozialdiensten entstand Ende der 70er Jahre in den USA. Es entwickelte sich zum einen aufgrund einer zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung sozialer Dienstleistungsangebote, die seitens der Klienten (Abnehmer) zu erheblichen Orientierungsproblemen führte und zum anderen zu Koordinationsprobleme auf der Seite der Träger von Sozialen Diensten (Anbieter) (vgl. Galuske 2002, S. 195).

Seit Ende der 80er Jahre wird Case Management in Deutschland genutzt, da auch hier die Differenzierung der Dienstleistungen zunahm (vgl. ebd.). Dies führt nach Wendt dazu, dass die meisten Bedürftigen die für sich richtige Mixtur an Hilfen nicht selber zusammenstellen können (vgl. Wendt 1991, S. 18 zit. n. Galuske 2002, S. 195). Deshalb ist die Unterstützung eines Sozialarbeiters nötig, denn „Case Management gehört der Sozialarbeit an und hat die Kernfunktion, den Klienten-Systemen (einzelnen Menschen, Familien und ihren Angehörigen, Kleingruppen und ihren Nachbarn, Freunden usw.) in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich zumachen, die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannungen und Stress benötigt werden“ (Lowy 1988, S. 31 zit. n. Galsuke 1998; S. 196).

Der Sozialarbeiter soll den Klienten dabei unterstützen, die für ihn geeigneten Dienstleister zu finden und zu aktivieren. Er plant den gesamten Hilfeprozess. Dazu später mehr.

Case Management wird aufgrund des veränderten Bedarfs, vom stationären hin zum ambulanten Bereich, vorrangig in den Arbeitsgebieten der Altenpflege, „mithin Dienste in den Bereichen Gesundheitswesen und

Pflege [eingesetzt]“ (Galuske 2002, S. 197). Die Methode ist auch für den Bereich der Sterbebegleitung alter Menschen geeignet, denn hier bedarf es oftmals der Mittlerfunktion zwischen den verschiedenen Pflegediensten, Hospizdiensten, Ärzten, Ämtern, Angehörigen usw., damit auf alle Bedürfnisse der Sterbenden (und deren Angehörigen) eingegangen werden kann und somit eine ganzheitliche Begleitung gesichert ist.

„Im Zentrum steht der Klient mit seinem Fall, dem ein optimales Unterstützungsnetzwerk einzurichten ist“ (Forkert; Ketterl 2011, S. 59).

Bei der Planung des gesamten Hilfeprozesses, in den Familie, Freunde und Nachbarn ebenfalls mit integriert werden sollen, sind mehrere Arbeitsschritte notwendig.

In der Literatur gibt es dazu verschiedene Phasenmodelle. Ich werde mich im Folgenden auf das von Lowy (1988, S. 32ff. zit. n. Galuske 2002, S. 198f.) beziehen.

Bei der ersten Phase, die des Einstiegs, nimmt der Sozialarbeiter den ersten Kontakt zum hilfebedürftigen Klienten auf.

Die sogenannte Einschätzung ist die zweite Phase. Hier verschafft sich der Sozialarbeiter ein Bild von der Lage des Klienten. Er nimmt eine ausführliche Problem- und Ressourcenanalyse vor, „um abzuschätzen, welcher Handlungsbedarf beim Betroffenen, aber auch bei dessen Angehörigen, ... [besteht]“ (Wellner 2011, S.22).

In der dritten Phase kommt es zum gezielten und planmäßigen Einsatz der Dienstleistungen. Der Pflegeplan ist in dieser Phase das zentrale Instrument. Er fixiert sowohl allgemeine wie spezifische Ziele im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit bestimmten Einrichtungen (vgl. Lowy 1988, S. 34 zit. n. Galuske 2002, S. 198).

Die Ausführung des Case Management steht in der vierten Phase im Mittelpunkt. Hier wird der Prozess fortlaufend überprüft. Der Sozialarbeiter überwacht zum einen die erbrachten Leistungen der Anbieter der Dienstleistungen und koordiniert diese. Zum anderen kontrolliert er die Fortschritte des Klienten.

Die fünfte und damit letzte Phase umfasst schließlich die Evaluation. Hier wird überprüft, ob der Plan eingehalten wird und ob eventuell eine Besserung der Situation eingetreten ist und die Unterstützung deshalb beendet werden kann (vgl. Lowy 1988, o. S. zit. n. Galuske 2002, S. 199). Im Case Management erhält der Sozialarbeiter die durchgehende Fallverantwortung und kann dadurch in mehreren Funktionen beratend, koordinierend oder anwaltlich tätig werden. Das heißt, direkte und indirekte Hilfestellungen prägen seine Arbeit für sterbende alte Menschen und ihre Angehörigen mit komplexen Problemlagen (vgl. Neuffer 2011, S. 148).

7.3 Selbstpflege

„Nur wer sich selber pflegt, kann auch andere pflegen!“ (Kulbe 2008, S. 106). Um sich in der Rolle des Sterbebegleiters selbst zu schützen, bedarf es der Selbstreflexion und Selbstpflege.

Die Arbeit in der Sterbebegleitung erfordert vom Betreuer viel Energie und Motivation. Diese erlangt ein Begleiter, wenn er einen Ausgleich zwischen beruflicher Belastung und dem persönlich-privaten Bereich hat. Ein Sozialarbeiter muss lernen, nicht nur für die anderen, sondern auch für sich selbst zu sorgen. Mit dem Sterben ständig professionell konfrontiert zu werden, kostet Kraft. „Täglich Krankheit, Leid und Verzweiflung gegenüberzustehen, berührt auch eigene psychophysische Ressourcen“ (ebd.). Es ist deshalb hilfreich, typische Überforderungssymptome zu erkennen und an sich selbst wahrzunehmen. Sich mit eigenen Grenzen und Belastungsgefühlen auseinanderzusetzen und zu lernen, sich präventiv zu schützen, also eine gesunde Selbstpflege zu entwickeln, ist für die Sterbebegleitung unerlässlich.

Die Sterbebegleitung ist vor allem auch durch die emotionale Komponente geprägt. Dies bedeutet, dass der Sterbebegleiter in einem hohen Maß bereit sein muss, vertrauensvolle Kontakte und Beziehungen zu Sterbenden, die sich in Extremsituationen befinden, aufzubauen. Als Sterbebegleiter steht man Betroffenen mit einer enormen

Erwartungshaltung gegenüber. Diese äußert sich z.B. in Entlastung, Zuhören, Zuwendung usw. Wenn die eigentliche Pflege, z.B. weil der Sterbende die Pflegemaßnahmen ablehnt, immer mehr in den Hintergrund rückt, tritt dafür die emotionale Pflege in den Vordergrund. „Wenn man als Pfleger selbst viel Emotionales leisten muss, benötigt man selbst eine Energiequelle um dies kompensieren zu können“ (Sewko 2011, S. 39.). Dabei ist es wichtig, zu unterscheiden, was man für sich beruflich und privat verändern kann. Auf alle Fälle sollte man sich konkret mit seiner Berufsrolle als Sterbebegleiter auseinandersetzen (vgl. Kulbe 2008, S. 106ff.).

8 Schlussbetrachtung

Es kann festgestellt werden, dass die Sterbebegleitung in zentralen Inhalten ein typisches Handlungsfeld der Sozialen Arbeit darstellt. Allerdings ist sie immer noch zu wenig als fester Bestandteil im Bereich der Sterbebegleitung integriert. Es liegt in erster Linie in der Verantwortung des Staates entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen.

Wenn man die verschiedenen Sterbeorte alter Menschen miteinander vergleicht kann festgestellt werden, dass die Soziale Arbeit im Hospizbereich am meisten zu finden ist.

Die im Studium erlernten Methoden und Theorien können in der Hospizsozialarbeit angewandt werden. Dazu gehören das Case Management, die Biografiearbeit, die Gesprächsführung und das Prinzip der Ganzheitlichkeit. Der Sozialarbeiter kann aus dieser Vielzahl von Methoden auswählen um individuell auf den Betroffenen und dessen Angehörigen einzugehen.

Es ist wichtig, dass Sozialarbeiter vermehrt auch in Pflegeheimen etabliert werden, da hier Zeitmangel der Pflegekräfte das größte Problem darstellt. Sie könnten u. a. im Bereich der psychosozialen Betreuung, Angehörigenarbeit; Öffentlichkeitsarbeit, sowie Anleitung und Koordination ehrenamtlicher Mitarbeiter entscheidende Aufgaben in der Sterbebegleitung übernehmen, welche einen erhöhten Zeitaufwand beanspruchen.

Die eigene Reflexion und eine gesunde Selbstpflege des Sozialarbeiters bilden Grundlagen für seine Handlungen, dadurch wird eine adäquate Sterbebegleitung erst möglich.

Außerdem sind Besprechungen im Team, welches an der Sterbebegleitung teil hat unerlässlich und Supervisionen sollten regelmäßig stattfinden.

Allen Berufsgruppen müssen entsprechende Fort- bzw. Weiterbildungen angeboten werden, damit ihre Arbeit auf höchstmöglichem Niveau basiert.

Literaturverzeichnis

Braunert, Yvonne (2001): Diplomarbeit: Chancen, Grenzen und Möglichkeiten der der Sterbebegleitung in der Sozialarbeit. Roßwein.

Brühler, Ernst; Kren, Rita; Stolz, Konrad (2006): Betreuungsrecht und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag. 2. Auflage. München: Urban & Vogel GmbH.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.

Burgheim, Werner (Hrsg.) (2006): Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Medizinische, rechtliche, psycho-soziale und spirituelle Hilfestellungen. Band 1 & 2. Merching: Forum.

Forkert, Heike, Ketterl, Babette (2011): Bachelorarbeit: „Bedürfnisfokussierte Soziale Arbeit für alte Menschen im Sterbeprozess“. Roßwein.

Galuske, Michael (2002): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4. Auflage. Weinheim und München: Juventa.

Karusseit, Karl-Heinz (1994): Konfrontation der Sozialpädagogik mit Sterben und Tod. Band 13. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (2010): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 3. Auflage. Heidelberg: Springer.

Kruse, Andreas (2007): Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.

Kulbe, Anette (2008): Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege Sterbender. München: Urban & Fischer.

Kübler-Ross, Elisabeth (1995): Reif werden zum Tode. 7. Auflage. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Mittag, Oskar (1994): Sterbende Begleiten. Ratschläge und praktische Hilfen. Stuttgart: TRIAS.

Nitzsche, Cathleen (2009): Diplomarbeit: Das „Verschwinden“ des Todes - historische, theoretische & empirische Zugänge aus Soziologie und Arbeitsbereichen der Palliativ- und Hospizarbeit und ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit. Roßwein.

Prahl, Hans-Werner; Schroeter Klaus R. (1996): Soziologie des Alterns. Eine Einführung. Paderborn: Schöningh.

Rest, Franco (1994): Sterbebeistand. Sterbebegleitung. Sterbegeleit. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Seeger, Christa (2009): Biografisches Arbeiten in der Sterbebegleitung – Jedes Leben hinterlässt Spuren. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa: Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 3. Auflage, S. 50-57. Heidelberg: Springer.

Sewko, Alina (2011): Bachelorarbeit: Sterbebegleitung im Alter. Grenzen und Möglichkeiten Sozialer Arbeit. Roßwein.

Student, Johann-Christoph (Hrsg.) (1999): Das Hospiz-Buch. 4. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Student, Johann-Christoph; Mühlum, Albert; Student, Ute (2004): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München: Ernst Reinhard.

Tolmein, Oliver (2011): Sterbehilfe. In: Deutscher Verein für öffentlich und private Fürsorge e.V. (Hrsg): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 7. Auflage, S. 875-877. Baden-Baden: Nomos.

Wellner, Jasmin (2011): Bachelorarbeit: Die Lage der Hospizarbeit in Sachsen und die Anforderungen an die Soziale Arbeit in diesem Bereich. Roßwein.

Internetquellen:

Kaluza, Jens; Töpferein, Gabriele (2005): Sterbebegleitung in Sachsen. Ein sozialwissenschaftliches Forschungsprojekt.

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/PdfAnlagen/sterbebegleitung,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>, verfügbar am 09.06.13.

Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizstiftung (2010): HPCV-Studie 2010. Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit - Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland.

https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/publikationen/HPCV-Studie_2010.pdf, verfügbar am 18.06.13.

Sonstige Quellen:

Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.) (2005): Palliativmedizin. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Ausgabe 3. Bonn. (Broschüre)

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus (2013): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. UPC – SAPV (Brückenteam Universitätsklinikum). Dresden. (Flyer)

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre, das ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und ohne fremde Hilfe angefertigt habe.

Freital, den 15. Juli 2013

Lisa Kunert