

Claudia Blaut

**Selbstfürsorge von Sozialarbeiter*innen in der Begleitung
sterbender Senior*innen**

Bachelorarbeit

Hochschule Mittweida

University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2020

Claudia Blaut

**Selbstfürsorge von Sozialarbeiter*innen in der Begleitung
sterbender Senior*innen**

eingereicht als
Bachelorarbeit

an der

Hochschule Mittweida

University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2020

Erstprüferin: Frau Prof.^{IN} Dr.^{IN} Kronenthaler

Zweitprüferin: Frau Prof.^{IN} Dr.^{IN} Wedler

Bibliografische Beschreibung:

Blaut, Claudia

Selbstfürsorge von Sozialarbeiter*innen in der Begleitung sterbender Senior*innen.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, S. 45
Bachelorarbeit, 2020

Referat:

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Frage, wie Sozialarbeiter für sich selbst sorgen können, während sie alte Menschen im Sterben begleiten. Dazu wird untersucht, welche Faktoren von Sozialarbeitern in diesem Arbeitsfeld als belastend empfunden werden und welche psychosozialen Auswirkungen diese haben. Anhand der Belastungsfaktoren werden Schutzfaktoren und damit Selbstfürsorgestrategien für im Bereich der Sterbebegleitung tätige Sozialarbeiter*innen herausgearbeitet. Dieser Arbeit liegt eine Literaturrecherche zugrunde, die die Beantwortung der Fragestellung im Prozess der Bearbeitung ermöglicht.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Theoretische Grundlagen	2
2.1 Konzepte zur Stressbewältigung	3
2.2 Die Begriffe Resilienz, Risiko- und Schutzfaktor	6
2.3 Der Begriff Selbstfürsorge	7
2.4 Das Tätigkeitsfeld “Sterbebegleitung in der Sozialen Arbeit”	9
2.5 Fokus - Altersgruppe der Senioren	12
3 Belastende und entlastende Faktoren in der Begleitung sterbender Senioren	15
3.1 Belastungen in der Begleitung Sterbender	15
3.1.1 Die Beziehung zum Sterbenden als ein Belastungsfaktor	17
3.1.2 Der Anspruch als Belastungsfaktor	20
3.2 Belastungssymptome	22
3.2.1 Die Symptome Überredseligkeit und Sprachlosigkeit	23
3.2.2 Das Phänomen Burnout	24
3.3 Schutzfaktoren in der Begleitung Sterbender	26
3.3.1 Privatleben als Schutzfaktor	28
3.3.2 Humor als Schutzfaktor	32
4 Zusammenfassung	33
5 Ausblick	38
I Selbstständigkeitserklärung	39
II Literaturverzeichnis	40

1 Einleitung

„Wissen ist zwar nützlich, aber Wissen allein hilft niemandem.
Wenn Sie nicht alles einsetzen
– Ihren Kopf und ihr Herz und ihre Seele –
werden sie keinem einzigen Menschen je wirklich helfen können.“
Elisabeth Kübler-Ross (1993)

Dieses Zitat von Elisabeth Kübler-Ross verdeutlicht, wie ganzheitlich der Einsatz der Helfer in der Sterbebegleitung sein muss, um eine „gute“ Hilfe in der letzten Lebensphase zu sein. Dabei besteht nicht selten das Risiko, sich selbst zu überfordern, psychisch, wie physisch über seine Grenzen zu gehen. Für die Helfer der Sozialen Arbeit - und in der Sterbebegleitung im Besonderen - gilt: „Nur wer sich selber pflegt, kann auch andere pflegen!“ (Kulbe 2008, S. 106).

Die Arbeit mit sterbenden Menschen stellt besondere Anforderungen an die in diesem Bereich tätigen Fachkräfte, da diese immer wieder mitleidenschaftliche Begleitungsbeziehungen eingehen, die durch das Wissen um den nahenden Tod geprägt sind. Die sich immer wieder wiederholende Begegnung mit dem Tod, mit der unausweichlichen Endlichkeit, kann bei allen Beteiligten eine existentielle Betroffenheit verursachen. Durch das Begleiten des Begleiters und durch Selbstpflege können wichtige Themen, wie die Angst vor dem Tod, Nähe und Distanz, Glaubensfragen, die eigene Motivation, das Burnout-Syndrom oder Scham- und Schuldgefühle gelindert werden oder ganz verschwinden.

Aus meiner eigenen Arbeit in der Sterbebegleitung als Seniorenbegleiterin, weiß ich, wie aufwühlend es ist, Menschen in der letzten Lebensphase zu begleiten, wenn es um das existentielle Thema Leben mit der sicheren Prognose des baldigen Todes geht. In diesen bisher erlebten Arbeitsphasen hätte ich mir gewünscht, zu wissen, wie ich mich psychosozial schützen kann, wie ich also für mich mit diesen Erlebnissen umgehen und die eigene Trauer um den verstorbenen Klienten gestalten kann. Die Beschäftigung mit der Thematik - Selbstfürsorge in der Sterbebegleitung - in dieser Arbeit hat auch den Zweck, für mich Ansatzpunkte zu finden, wie ich selbst in diesen Arbeitsphasen für mich sorgen kann.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, welche Faktoren von im Bereich der Sterbebegleitung tätigen Sozialarbeitern als belastend empfunden werden, welche

Folgen diese haben können und wie Sozialarbeiter sich psychosozial selbst dagegen schützen können. Zentral ist dabei die Frage: Welche Möglichkeiten und Strategien haben Sozialarbeiter für sich zu sorgen, während sie alte Menschen im Sterben begleiten?

Die Bachelorarbeit beginnt mit den theoretischen Grundlagen der Thematik, welche die verschiedenen Definitionen beinhalten und somit das Grundverständnis dieser Arbeit gewährleisten.

Im zweiten Kapitel werden die verschiedenen Faktoren untersucht, die von Sozialarbeitern im Bereich der Sterbebegleitung als belastend empfunden werden.

Das dritte Kapitel der Arbeit befasst sich mit den Auswirkungen der belastenden Faktoren auf die physische und psychische Gesundheit der Sozialarbeiter. In diesem Abschnitt werden die Symptome Überredseligkeit und Sprachlosigkeit sowie das Phänomen Burnout im Kontext von Sterben und Tod exemplarisch dargestellt.

Im vierten Kapitel geht es um die Möglichkeiten zur Selbstfürsorge in diesem Arbeitsfeld. Dabei soll genauer dargelegt werden, wie Sozialarbeiter für sich einen guten Umgang mit den Belastungen in diesem Arbeitsfeld finden und halten können.

Für diese Arbeit steht auch die Frage im Raum, inwieweit die Selbstfürsorgestrategien für dieses Arbeitsfeld ausreichen, sich selbst zu schützen und ob es eine Grenze des „Aushaltbaren“ gibt?

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wurde die männliche Form von Personenbezeichnungen gewählt. Die weibliche Form ist jedoch immer mitgemeint.

2 Theoretische Grundlagen

Um zu Beginn ein Grundverständnis für die vorliegende Bachelorarbeit zu schaffen, ist es wichtig, grundlegende Begriffe und Ansätze näher zu erläutern.

Im Grunde handelt es sich bei der Selbstfürsorge um Strategien zur Bewältigung (Coping-Strategien) belastender Ereignisse und chronischer Stressoren. In der Fachliteratur sind vielfältige Theorien bekannt, die sich mit Reaktionen von Menschen auf Stress aus jeweils unterschiedlichen Blickwinkeln befassen und ergänzend zueinander verstanden werden können. Die Ansätze reichen von biologischen Konzepten über soziologische und psychologische Stressmodelle bis hin zu

ressourcenorientierten Modellen wie der Salutogenese. Darüber hinaus gibt es noch arbeitsweltbezogene und biopsychosoziale Stressmodelle. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu überschreiten, werden in den nachfolgenden Abschnitten nur das Lebensbewältigungskonzept nach Böhnisch, das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und die Salutogenese Antonovskys kurz vorgestellt. Im danach folgenden Abschnitt erfolgt ein kurzer Blick auf die Begriffe Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren. Der letzte Abschnitt widmet sich dem Begriff der Selbstfürsorge.

2.1 Konzepte zur Stressbewältigung

Konzept der Lebensbewältigung nach Böhnisch

Das Konzept der Lebensbewältigung nach Böhnisch ist für diese Arbeit zum Verständnis nützlich, da es nicht nur innerpsychische Aspekte, sondern auch psychosoziale und sozialstrukturelle Faktoren mitberücksichtigt. Aus der Bewältigungsperspektive geht Böhnisch (2012) davon aus, dass sich das Systemische verselbstständigt und auf den Menschen in einer Art zurückwirkt, die dieser nicht kognitiv erfassen kann, jedoch psychisch und somatisch spürt (Böhnisch 2012, S. 223; May 2010, S. 58f.). Das Gesellschaftliche sei bezüglich seiner Wirkungen auf den Menschen insofern irrational, weil rationale Verfahren nicht mehr auszubalancieren seien und an ihrer Stelle emotionale Konstellationen Stress erzeugen. Böhnisch knüpft mit seinem sozialpädagogischen Bewältigungskonzept demnach an die Logik des Copingkonzeptes aus der Stressforschung an. Dieses legt die Annahme zugrunde, dass der Mensch bei Problembelastungen und kritischen Lebensereignissen aus somatisch aktivierten Antrieben heraus um jeden Preis die Wiedererlangung eines Gleichgewichtszustandes anstrebt (Böhnisch 2012, S. 223). Um die Komplexität der Bewältigungsproblematik abzubilden, hat Böhnisch einen Bezugsrahmen entwickelt, der sowohl den physiologisch/psychologischen Aspekt, als auch psychosoziale und sozialstrukturelle Einflussfaktoren mit einbezieht. Seine sozialpädagogische Analyse basiert auf vier Grunddimensionen: die tiefenpsychologische Erfahrung des Selbstwertverlustes, die Erfahrung sozialer Orientierungslosigkeit, die Erfahrung fehlenden sozialen Rückhalts und die handlungsorientierte Suche nach sozialer Integration (ebd., S. 223). Die Lebensbewältigung nach Böhnisch wird demnach aufgefasst als ein „Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit in kritischen Lebenssituationen, in denen das psychosoziale Gleichgewicht – Selbstwertgefühle und soziale Anerkennung – gefährdet ist“ (ebd., S. 224).

Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus

Nach dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus sind ausgelöste Stressreaktionen von Menschen maßgeblich von den Gedanken, Beurteilungen und Bewertungen einer Person auf eine jeweilige Situation bestimmt (Lazarus, Launier 1981, S. 213). Dieses Stressmodell basiert auf der Annahme, dass Menschen externe Stressfaktoren automatisch subjektiv auf ihre Relevanz (primäre Bewertung) und persönliche Bedeutung (sekundäre Bewertung) hin bewerten (ebd., S. 214). Diese beiden inhaltlich verschiedenen Bewertungsschritte laufen meist simultan ab.

In der ersten Phase, der primären Bewertung, beurteilt die Person, inwieweit der vorliegende Stressor positiv, irrelevant oder potenziell bedrohlich für das persönliche Wohlbefinden, die eigenen Ziele, die eigene Person und damit stressrelevant ist (ebd.). Bei der ersten Form schätzt die Person eine Situation als positiv ein. Dies ist der Fall, wenn sie eine Situation mit positiven Gefühlen assoziiert oder dieser mit ausreichend Ressourcen begegnet werden kann. Wird in der ersten Bewertung ein Stressor als irrelevant bewertet, misst die Person diesem keine Bedeutung bei und begegnet ihm mit Gleichgültigkeit. Sowohl die als irrelevant als auch die positiv eingestuften Stressoren führen zu keiner Stressreaktion, da das eigene Wohlergehen als nicht gefährdet angesehen wird. Wenn die Situation als stressrelevant erlebt wird, kann die Bewertung in drei Varianten erfolgen – als herausfordernd, bedrohlich oder als schädigend. In der Phase der sekundären Bewertung schätzt die betroffene Person ein, welche Bewältigungsmöglichkeiten ihr für die Situation zur Verfügung stehen, und zwar auf der Grundlage ihrer Wahrnehmung über die ihr verfügbaren "Ressourcen/Kompetenzen" (ebd.). Je ungünstiger die subjektive Bewertung der Ressourcen ausfällt, desto stärker wird die Reaktion der Person auf den Stress. Zur Bewältigung einer Stresssituation werden subjektive Bewältigungsstrategien (sog. "Coping"-Strategien) eingesetzt. Die jeweils gewählten Strategien zur Bewältigung können funktional sein und damit zu einer Lösung des Problems beitragen. Sie können jedoch auch dysfunktional sein, wenn sie keine Problemlösung erreichen (ebd.). Der Coping-Handlung folgt eine Neubewertung der Situation, in der Erfolge und Misserfolge des Copings evaluiert oder veränderte Ressourcen mit einbezogen werden (ebd.).

Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky

Die zentrale Frage der Salutogenese ist: Was erhält Menschen trotz widriger Lebenseinflüsse gesund (Antonovsky, 1997)? In Bezug auf das Thema dieser Arbeit stellt sich die Frage: Auf welchen Faktoren gründet sich die Fähigkeit eines Menschen – hier Sozialarbeiter im Bereich der Sterbebegleitung – auf Belastungen und hohe Anforderungen im beruflichen Alltag konstruktiv zu reagieren und sich wieder rasch davon zu erholen? Antonovsky (1997) setzte mit seinem Modell der Salutogenese einen neuen Fokus auf Gesundheitsentstehung und –erhaltung bei Menschen (Antonovsky 1997, S. 21-31). Er nimmt an, dass der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch individuelle, psychologische Einflussgrößen mitbestimmt wird. Entscheidend sei eine positive Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben – der Kohärenzsinn oder auch *Sense of Coherence (SOC)* (Antonovsky, 1997, S. 33ff.). Antonovsky betont, dass es sich bei dem Kohärenzsinn bzw. dem „Kohärenzgefühl“ um eine geistig-seelische Globalorientierung handelt, um eine bestimmte Art, die Welt zu betrachten oder anders ausgedrückt um ein beständiges globales Muster der Wahrnehmung. Dieser Kohärenzsinn bestimmt, wie gut Menschen die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen für Gesundheit und Wohlbefinden nutzen können. Er setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. der Fähigkeit, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen (Gefühl der Verstehbarkeit),
2. der Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können (Gefühl der Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit) sowie
3. dem Glauben an den Sinn des Lebens (Gefühl der Sinnhaftigkeit) (ebd., S. 34ff.).

Widerstandsenergien erwachsen demnach aus der Fähigkeit, Belastungen einen Sinn zu geben, die Wechselfälle des Lebens zu verstehen und in das eigene Lebenskonzept integrieren zu können. Das Leben wird dann als sinnvoll, verstehbar und handhabbar angesehen. Es zeigte sich, dass Menschen mit hohem Kohärenzsinn zufriedener in und mit ihrem Leben als auch widerstandsfähiger gegenüber Stress sind (ebd.). Eine höhere Lebenszufriedenheit begünstigt wiederum die körperliche Gesundheit und das seelische Wohlbefinden (Zöllner 1998, S.34).

2.2 Die Begriffe Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren

Unter dem Begriff Resilienz wird in der psychologischen Fachliteratur im weitesten Sinn die Widerstandskraft von Individuen angesichts belastender Lebensereignisse verstanden (Bengel, Lyssenko 2012, S. 24). Die Definitionen in der psychologischen Wissenschaft unterscheiden sich jedoch sehr. Im Grunde beziehen sie sich auf drei verschiedene Formen des Umgangs mit einem Stressor: Resistenz, Regeneration und Rekonfiguration.

Im Sinne der Resilienz als Fähigkeit der Regeneration („recovery“) gelten Individuen als resilient, wenn sie von einem Stressor zwar kurzfristig belastet sind, jedoch nach einer bestimmten Zeit ohne größere Probleme wieder zurück in den Alltag finden (Agaibi, Wilson 2005, S. 195; Bengel, Lyssenko 2012, S. 25). Häufig wird Resilienz in der Wissenschaft als Persönlichkeitsmerkmal betrachtet. Mit dieser Annahme, Resilienz sei eine gegebene Größe, die einige Individuen besitzen und andere nicht, besteht die Gefahr von Schuldzuschreibungen gegenüber Personen, die nicht über diese schützende Eigenschaft verfügen. Betrachtet man jedoch Resilienz als das Ergebnis des Zusammenwirkens verschiedener Einflussfaktoren, weist Resilienz folgende Charakteristika auf: Sie ist dynamisch, variabel, situationsspezifisch und multidimensional (Bengel, Lyssenko 2012, S. 26f.). Unter diesem Blickwinkel ist Resilienz eine Widerstandskraft, die im Verlauf des Lebens erworben werden kann. Der Mensch ist demnach auch als Erwachsener wandlungsfähig, kann sich entwickeln und dazulernen. Er kann Steuerungsprozesse in Gang setzen, die zu seiner seelischen und physischen Gesundheit und Stabilität wesentlich beitragen (Poulsen 2009, S. 114). Bengel und Lyssenko (2012) bezeichnen Einflussfaktoren, die zu Resilienz führen, als Schutz-, Protektiv- oder Resilienzfaktoren (Bengel, Lyssenko 2012, S. 27). Das Vorhandensein eines oder mehrerer solcher Faktoren führt jedoch nicht automatisch zur Resistenz gegenüber bestimmten Stressoren. Es ist vielmehr so, dass Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit für ein negatives Bewältigungsergebnis oder die Entwicklung von Störungen vermindern. Für das Erwachsenenalter können Schutzfaktoren in personale, soziale und soziokulturelle Faktoren unterteilt werden (ebd.). Faktoren, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen erhöhen, werden als Risikofaktoren bezeichnet. Diese gibt es ebenfalls in den drei Bereichen - personal, sozial und soziokulturell. Im Erwachsenenalter spielt jedoch nicht nur die Interaktion zwischen Risiko- und Schutzfaktoren eine Rolle, sondern

auch deren Wirkung angesichts schwerwiegender Stressoren, wie potentiell traumatische Erlebnisse.

2.3 Der Begriff Selbstfürsorge

Für das Thema der Arbeit ist es wichtig, zu verstehen, was unter Selbstfürsorge überhaupt verstanden wird. Für Haubl (2012) ist Selbstfürsorge die Kompetenz, mehr oder weniger effektiv für die eigene physische und psychische Gesundheit zu sorgen, sowohl im Privat- als auch im Berufsleben (Haubl 2012, S. 6). Analog dazu versteht Reddemann (2005) unter Selbstfürsorge, den „liebvollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit einem selber und das Ernstnehmen von eigenen Bedürfnissen“ (Reddemann 2005, S. 565). Für Potreck-Rose (2017) geht es bei Selbstfürsorge um die Aktivitäten, die dem psychischen und physischen Wohlbefinden dienen und helfen, Stress und Belastungen auszugleichen (Potreck-Rose 2017, S. 25). Zum einen kann Selbstfürsorge beinhalten, sich zu verwöhnen bzw. sich etwas zu gönnen. Andererseits kann es auch bedeuten, auf etwas zu verzichten, das uns schadet, wie bestimmte Nahrungs- und Genussmittel oder übermäßige Arbeitszeit (ebd.). Laut Fengler (2008) kann Selbstfürsorge als „Sammlung präventiver und kurativer Maßnahmen gegen äußere und innere Belastungen und Schädigungen im Leben von Helfern verstanden werden (Fengler 2008, S. 197). Selbstfürsorge ist jedoch nicht nur eine Kompetenz. Sie ist eine Einstellung, sogar mehr als das - ein bestimmter persönlicher Wert (Haubl 2012, S. 6).

Die Kultivierung der Selbstfürsorge eines jeden erwachsenen Menschen ist ein Niederschlag seiner biografischen Erfahrungen aus dem Kindes- und Jugendalter. Sie ist also abhängig davon, wie fürsorglich jemand als Kind und Jugendlicher von seinen Bezugspersonen behandelt worden ist (ebd.).

Die Praktiken der Selbstfürsorge, die dabei entwickelt werden, sind zunächst vorreflexiv. Erst im Laufe des Lebens werden sie - mehr oder weniger - reflexiv. Dabei wird ein Repertoire verschiedener Praktiken entwickelt, die je nach Situation und Erfolgsaussicht ausgewählt und gegebenenfalls noch modifiziert werden.

Wer welche Praktik für sich nutzt, ist auch abhängig von der Persönlichkeit, dem Geschlecht und der Generation (ebd.)

Im Grunde entsprechen arbeitsplatzbezogene Selbstfürsorgepraktiken den Praktiken, die für die gesamte Lebensführung einer Person gelten (ebd.).

Allerdings gestaltet es sich für viele Menschen schwierig, gut für sich zu sorgen. Warum ist das eigentlich so? Die Realisierung der Selbstfürsorge zur Gesunderhaltung eines Menschen ist vor allem dann erschwert, wenn soziokulturelle oder soziopsychische Werte dieser im Wege stehen (Potreck-Rose 2017, S. 25).

Nächstenliebe, Hilfsbereitschaft und Genügsamkeit sind moralische Erwartungen, die mit dem Konzept der Selbstfürsorge konkurrieren und mit dieser ausbalanciert werden müssen. Denn mit aufopfernder Nächstenliebe gewinnt man oft Anerkennung. Selbstliebe hingegen wird häufig als egoistisch und selbstverliebt bewertet. Zunächst ist es wichtig zu erkennen, dass Selbstfürsorge notwendig für Gesundheit und Wohlbefinden ist. Von Bedeutung bei der Förderung von Selbstfürsorge ist außerdem der Selbstwert einer Person (ebd.). Denn warum sollte man Mühen, Kosten und Zeit einsetzen, um gut für sich zu sorgen, wenn man sich selbst nicht viel wert ist? Es ist auch wichtig, eigene Mängel wie zum Beispiel unzureichenden Schlaf wahrzunehmen, und nicht zu bagatellisieren. Als letzter Schritt steht die konkrete Planung von Selbstfürsorge. Wie genau kann ich Selbstfürsorge in meinen Alltag einbauen? Und welche Hindernisse erwarte ich dabei? Es muss bewusst sein, dass Selbstfürsorge auch Zeit und Geld kosten kann. Gleichzeitig kann es sein, dass die eigenen Selbstfürsorgepraktiken mit denen anderer aufeinandertreffen, sodass jene der anderen mit bedacht werden müssen. Individuelle Selbstfürsorgestrategien sind demnach, auch wenn sie erfolgreich sind, nicht immer sozialverträglich (Haubl 2012, S. 6). Sie erfordern mitunter, dass wir Bitten ausschlagen, eigene Bedürfnisse offen kommunizieren, Pausen einfordern oder für eigene Rechte eintreten müssen.

Die institutionelle Form der Fürsorge beinhaltet die Unterstützung der Arbeitnehmer durch den Arbeitgeber. Sie schließt im Grunde den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit der Mitarbeiter mit ein (Haubl 2012, S. 5). In diesen Fürsorgemaßnahmen liegt, betriebswirtschaftlich gesehen, vor allem das legitime Interesse des Arbeitnehmers, das Arbeitsvermögen seiner Arbeitnehmer nachhaltig zu nutzen. Für das Verhältnis von Selbstfürsorge und Fürsorge heißt das: Arbeitgeber dürfen von ihren Arbeitnehmern erwarten, dass diese den Schutz ihrer Gesundheit nicht ganz an den Arbeitgeber abtreten, sondern auch selbst dafür verantwortlich sind (ebd.).

Gleichzeitig erfordert die Komplexität der Arbeitswelt heute von Arbeitnehmern auch die Fähigkeit, sich in ihren Institutionen aktiv für ihren Gesundheitsschutz einzusetzen (Poulsen 2009, S. 16).

Mit Blick auf das Arbeitsfeld Sterbebegleitung ist es auch hier nicht getan, Geld und Strukturen bereitzustellen, um ein Hospiz oder eine Palliativstation zu gründen oder einzurichten. Es braucht die Umsetzung und gegebenenfalls die Weiterentwicklung von personalpflegerischen Maßnahmen auf der institutionellen und der personellen Ebene, um Stress und Burnout zu verhindern bzw. zu mindern.

2.4 Das Tätigkeitsfeld „Sterbebegleitung in der Sozialen Arbeit“

Das Thema Tod und Sterben stellt ein „Querschnittsthema“ dar, das in fast allen Arbeitsbereichen zu finden ist. Beispielsweise haben Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gemeindeseelsorger, Polizisten, gesetzliche Betreuer und auch Sozialarbeiter in der Ausübung ihres täglichen Dienstes Berührung zu schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihrem Umfeld. Bei manchen Berufsgruppen ist der Umgang mit dem Tod nur eine von verschiedenen Aufgaben, sodass die Intensität in der direkten Erfahrung von Sterben, Tod und Trauer unterschiedlich ist. Die Angehörigen der jeweiligen Berufsgruppen müssen sich demnach mehr oder weniger intensiv mit Tod und Sterben auseinandersetzen, sind also durch das Thema unterschiedlich stark belastet. Außerdem gibt es unterschiedliche Motivationen, sich im Umkreis des Todes zu engagieren. Dieses Thema mag einer nur als Randerscheinung hinnehmen, ein anderer widerwillig abarbeiten. Und ein Teil der beruflich Tätigen sieht möglicherweise in der Todesproblematik eine interessante Herausforderung.

Im Hinblick auf die Soziale Arbeit werden auch Sozialarbeiter immer wieder mit Tod, Sterben und Trauer konfrontiert, besonders dann, wenn sie im Gesundheitswesen arbeiten. Dies kann die Arbeit in Akutkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken, im sozialpsychiatrischen Dienst, der Behindertenhilfe, in der Gesundheitsberatung und in ambulanten Beratungseinrichtungen betreffen.

Die im Kontext von *Palliative Care* tätigen Berufsgruppen sind in besonders intensiver Weise mit der Thematik des Sterbens konfrontiert, da sie in die Versorgung sterbender Menschen sowie in die Begleitung der Angehörigen eingebunden sind.

Obwohl bereits das Thema „Sterben und Tod“ als ein Einsatzgebiet für Soziale Arbeit erkannt wurde, auch weil sie immer weniger durch das familiäre Umfeld übernommen

wird, ist die Profession der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung noch nicht genügend etabliert (Wasner 2014, S. 54). Allerdings war Soziale Arbeit, von Beginn an, ein integraler Bestandteil von Hospizarbeit und *Palliative Care*. Ihre Bedeutung wird dennoch bis heute zu wenig wahrgenommen. Ein Grund liegt vermutlich darin, dass es in Deutschland keinerlei rechtliche Vorgaben für die Einbindung von Sozialarbeitern, sowohl auf Palliativstationen als auch in stationären Hospizen, gibt. Ein anderer Grund ist, dass Qualitätskriterien für diese Tätigkeit fehlen (ebd.). Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) empfiehlt zur Personalbesetzung auf Palliativstationen neben Medizin und Pflege mindestens zwei weitere Therapiebereiche (Wasner 2014, S. 55). Welche nichtmedizinischen bzw. nichtpflegerischen Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie) dann tatsächlich in der Begleitung eingesetzt werden, erscheint jedoch beliebig. Trotzdem hat sich gezeigt, dass fast alle Patienten auf einer Palliativstation Zugang zu einem Sozialarbeiter haben (Wasner und Pfleger 2011, S. 219). Dieser kann entweder speziell für die Palliativstation angestellt, ein Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes oder ein externer Mitarbeiter, der mit dem Krankenhaus zusammenarbeitet, sein.

Soziale Arbeit, als integraler Bestandteil von *Palliative Care*, findet in ambulanten Hospizdiensten, in stationären Hospizen, in spezialisierten ambulanten Palliativversorgungs-Teams (SAPV-Teams), auf Palliativstationen, in Krankenhäusern, in Konsiliardiensten sowie in Einrichtungen der stationären Altenhilfe statt. Es gibt jedoch keine verlässlichen Zahlen darüber, ob und wieviele Sozialarbeiter tatsächlich in diesen Einrichtungen mitarbeiten (Wasner 2014, S. 55).

Welche Aufgaben dann von Sozialarbeitern übernommen werden, hängt auch sehr von der Zusammensetzung des *Palliative Care* Teams und den zeitlichen Ressourcen ab. Von ihrem Grundverständnis her nehmen Sozialarbeiter Menschen ganzheitlich in den Blick. Das heißt, dass sie, als ausgebildete Generalisten, nicht nur darauf vorbereitet sind, viele der Aufträge in der Betreuung eines Palliativpatienten zu erfüllen, sondern auch innerhalb der Versorgungsstrukturen wichtige Funktionen übernehmen können. (Wagner 2014, S. 65ff.). Zentral ist dabei die psychosoziale Unterstützung der Patienten und Angehörigen und die Hilfestellung bei organisatorischen und rechtlichen Belangen (Wasner 2014, S. 55). Für die palliative Beratung ergeben sich zwei Aufgabenbereiche. Sie umfasst 1. die sozialrechtliche Beratung und

psychosoziale Einzelfallhilfe bei schwierigen Problemkonstellationen und 2. die Gewinnung, Befähigung, Koordination und Beratung der ehrenamtlichen Helfer.

Der Tod ist ein Ereignis, nachdem es keine Zukunft mehr für den Verstorbenen gibt. Aus diesem Grund muss sich die professionelle Handlungslogik von klassisch-methodischen Maßnahmen der Problembearbeitung, von festen Abläufen und Konzepten, distanzieren (Paul u. a. 2015, S. 19). Das Selbstverständnis der Sozialarbeit basiert im Allgemeinen auf Hoffnungs- und Zukunftsbildern des Klienten, sodass die klassische Profession davon ausgeht, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, damit eine Besserung im Sinne des Betroffenen eintritt. Wenn es jedoch um die Thematik von Sterben und Tod geht, muss Soziale Arbeit ihre Handlungslogik neu orientieren. Jenseits des aktiven Helfen-Müssens, spielen in den auf Endlichkeit ausgerichteten Handlungen dann das konsequente Wahrnehmen der Bedürfnisse Sterbender und eine kommunikative Haltung, auch im non-verbalen Bereich, zur Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung eine wesentliche Rolle. Bei „wirklicher“ Anwesenheit bei dem Sterbenden ist es wichtig, auch eine akzeptierende Haltung, im Sinne eines „Nicht-Eingreifens“ und „Sein-Lassens“ zu verinnerlichen und so Probleme und Konflikte nicht vorrangig lösen zu wollen (ebd.).

Mit dem Blick auf das Arbeitsfeld der palliativen Geriatrie erfolgt eine weitere Differenzierung der Sozialen Arbeit. Dieses Arbeitsfeld steht in seiner Entwicklung am Anfang. Lange wurde in der palliativen Versorgungsstruktur nicht erkannt, dass auch geriatrische Krankheitsbilder, wie Demenz und Morbus Parkinson, sicher zum Tod führen und unter Umständen einer palliativen Betreuung bedürfen (Wohlleben 2014, S. 189). Obwohl es noch wenig ausdifferenzierte Konzepte gibt, können die Aufgaben sehr vielfältig sein. Sie umfassen beispielsweise die Symptomerkennung und Linderung bei nicht äußerungsfähigen Menschen, die Entwicklung von palliativen, multiprofessionellen Konzepten, die Entlastung pflegender Angehöriger und die Entwicklung palliativer Kompetenz und Haltung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Außerdem besteht eine Aufgabe darin, palliativ-geriatriische Versorgungsstrukturen zu vernetzen (Wohlleben 2014, S. 189). Auch im Arbeitsbereich der ambulanten und stationären Altenhilfe ist Soziale Arbeit wenig etabliert. Durch den Aufbau von palliativen Strukturen bietet sich für die Soziale Arbeit jedoch die Chance zur Profilierung. Diese sollte genutzt werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Soziale Arbeit in der hospizlichen Versorgung im Alter ein Gewinn für alle ist. In erster Linie profitieren die sterbenden

alten Menschen, wenn diese die Rahmenbedingungen eines würdigen Sterbens geboten bekommen, auch wenn das Sterben in einer Institution wie im Krankenhaus oder im Altenheim stattfindet.

Der Sozialen Arbeit mangelt es jedoch an der Darstellung ihrer Tätigkeiten sowie am Nachweis dessen, dass die Unterstützung durch die Sozialarbeiter tatsächlich die Lebensqualität von Sterbenden und ihren Zugehörigen verbessert (Wasner 2014, S. 56).

2.5 Fokus - Altersgruppe Senioren

Einer der bedeutsamsten Trends in den westlichen Industrienationen ist der Anstieg der Lebenserwartung, verbunden mit dem stetigen Rückgang der Geburtenzahlen (Woog 2006, S. 17). Die Erhebungen des Berlin Instituts für Weltbevölkerung und globale Entwicklung zeigen, dass Frauen in Deutschland „so wenig Kinder wie fast nirgendwo auf der Welt“ bekommen (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2019, S. 32). Solange die Geburtenzahlen nicht deutlich anwachsen, wird die relative Durchalterung der Bevölkerung weiterhin steigen. Den Einschätzungen des „Vierten Berichts zur Lage der älteren Generation“ zufolge, wird sich die Altersstruktur der Bevölkerung ab sechzig Jahren in den nächsten Jahrzehnten weiter verändern (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2002, S. 18). So wird der Anteil älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung voraussichtlich weiter steigen und zwar von 16 Prozent im Jahr 2000 auf 29 Prozent im Jahr 2050 (ebd.). Der Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung wiederum wird von 21 Prozent im Jahr 2000 auf 16 Prozent im Jahr 2050 sinken (BMFSFJ 2002, S. 18; Woog, 2006, S. 17). Laut des 7. Altersberichtes wird entsprechend der Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung, auch der Pflegebedarf enorm ansteigen (BMFSFJ 2015, S. 119).

Es ist sicher davon auszugehen, dass diese Entwicklungen Auswirkungen auf die Gestaltung des Sozialen haben werden. So wird sich die Soziale Arbeit auf die neuen Gegebenheiten ein- bzw. umstellen müssen, denn die Arbeit in der Altenhilfe wird sehr sicher an Bedeutung zunehmen.

Die Lebensphase Alter kann unterteilt werden in: die jungen Alten, von 55 bis 70 Jahren, die alten Alten, von 70 bis 85 Jahren, und die Hochaltrigen/-betagten, ab 85 Jahre (Vorlesung Kuklau, vom 17.10.2018).

Die vorliegende Arbeit wird sich auf die Sterbebegleitung von Menschen beziehen, die sich im Seniorenalter befinden. Auch wenn klar ist, dass Menschen jeden Alters sterben können, wurde die Eingrenzung auf diese Zielgruppe gewählt, um die Thematik im Rahmen dieser Arbeit adäquat bearbeiten zu können.

Zunächst verwundert es, dass das Thema alter, sterbender Menschen erst in letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückt ist, obwohl 80 % aller Sterbenden älter als 60 Jahre alt sind (Heimerl 2008, S. 11; Wohleben, 2014, 188f.). Dies mag sich zum einen aus der Geschichte der Hospizarbeit erklären, da diese sich in ihren Anfängen auf jüngere krebserkrankte Menschen konzentriert hat. Zum anderen starben betagte und hochbetagte Patienten bisher häufig in Alterseinrichtungen, als multimorbide, institutionalisierte Menschen mit Demenz, wobei die speziellen Herausforderungen eines Sterbens dort erst langsam wahrgenommen werden (Wilkening, 2010, S. 110).

Nimmt man diese Lebensphase Alter in den Blick, ist festzustellen, dass diese Phase sehr vielgestaltig ist, denn es besteht eine große Heterogenität alter Menschen in geistiger, körperlicher, seelischer und materieller Hinsicht. Obwohl es oft mühsam ist, alt zu sein, kann es auch vielgestaltig und abwechslungsreich sein. Denn heutzutage gibt es gute Chancen, sich persönlich zu entfalten und Neues zu lernen. Die Lernreserven älterer Menschen sind beträchtlich und lassen erst ab dem 80. Lebensjahr nach (Woog 2006, S. 39).

Im Leben alter und vor allem hochaltriger Menschen kommt es jedoch auch zu einer Anhäufung von alterungsbedingten Risikofaktoren. Körperliche Veränderungen und sensorische Funktionseinschränkungen, was Hören, Riechen, Sehen, Schmecken angeht, sind normal in dieser Lebensphase und betreffen in der Regel alle älteren Menschen. „Die Frage beeinträchtigter Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkfähigkeit stellt sich im Alter in besonderer Schärfe. Sensorische Einbußen und demenzielle Krankheitsbilder stellen im hohen Alter ein besonderes Risiko für die Lebensqualität dar“ (BMFSFJ 2002, S. 75). Die Überlagerung des normalen Altersprozesses mit teilweise mehreren chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Alzheimer Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose und Diabetes kann die Lebensqualität der alten Menschen massiv verschlechtern. So ist die Erkrankungssituation hochbetagter Menschen häufig durch Multimorbidität gekennzeichnet, die in der Regel nur noch symptomatisch behandelt wird und sehr häufig auch zur Pflegebedürftigkeit führt. Mit solchen Problemlagen sind alte Menschen häufig auf Hilfe angewiesen. Jedoch wohnt fast ein Viertel der Pflege- und

Hilfsbedürftigen in einem Einpersonenhaushalt und erhält keinerlei Hilfe oder Pflege aus ihrer Familie oder der Nachbarschaft (Woog 2006, S. 41).

Weitere wesentliche Risiken im Alter sind Armut und Sozialhilfebedürftigkeit, soziale Isolation, Desintegration und Perspektivlosigkeit. Die Faktoren Alleinleben und Alleinsein, der Tod des Lebenspartners, Kinderlosigkeit, Kontaktarmut, das Wohnen im Heim und Gesundheits- und Mobilitätseinschränkungen erhöhen das Risiko der Entstehung von Einsamkeitsgefühlen (ebd., S. 40).

Menschen im letzten Lebensabschnitt setzen sich meist auf eine andere Art und Weise mit dem Sterben und dem Tod auseinander als jüngere Generationen. Sie nehmen ihren Tod oft gefasster auf, denn Gedanken an den Tod sind ihnen nicht unbekannt. Außerdem wird dieses Sterbealter allgemein für einen Zeitpunkt gehalten, in dem derjenige schon etwas vom Leben gehabt hat. Sowohl das Umfeld, als auch der sterbende alte Mensch akzeptieren den Tod im Alter in den meisten Fällen als natürlichen Teil des Lebens (Hirsmüller 2014, S. 56). Es bestehen „[...] gute Argumente und empirische Hinweise [...], dass im Alter und insbesondere im letzten Abschnitt des Alters die Angst vor dem Tod abnimmt oder sogar verschwindet [...]“ (BMFSFJ, 2002, S. 330). Dies liegt vermutlich daran, dass der „[...] Tod [nun] erwünscht[er] erscheint [...]“ (ebd.) als in den vorherigen Lebensphasen, da das Leben gelebt wurde, eine innere Zufriedenheit sich eingestellt hat oder im Gegensatz dazu der Tod als Erlösung wahrgenommen wird.

Für den Bereich der Sterbebegleitung alter und hochaltriger Menschen gilt, dass ältere Sterbende die gleichen Bedürfnisse und Ängste wie jüngere Menschen im Sterbeprozess haben können. Es lassen sich dementsprechend keine starren Regeln und Handlungslogiken erstellen. Denn jeder Tod muss individuell betrachtet werden. Allerdings können die Verbalisierungsmöglichkeiten, vor allem bei dementiell erkrankten alten Menschen, sehr stark eingeschränkt sein, sodass es ein besonderes Fingerspitzengefühl verlangt, die Bedürfnisse dieser wahrzunehmen.

3 Belastende und entlastende Faktoren in der Begleitung Sterbender

Der Einfluss der belastenden Faktoren und Strukturen im Berufsalltag Sozialer Arbeit in der Sterbebegleitung wurde in diese Arbeit mit aufgenommen, um damit auf die Schutzfaktoren bzw. Ressourcen schließen zu können.

3.1 Belastungen in der Begleitung Sterbender

Aus ihrer systematischen Literaturanalyse im Jahr 1995 schlussfolgerte Vachon, dass nicht die Konfrontation mit Tod und Sterben selbst die Ursache der Belastung für Mitarbeiter ist. Vielmehr sei die Belastung auf arbeitsorganisatorische Faktoren, wie Zeitmangel, Konflikte und mangelnde Autonomie zurückzuführen (Vachon 1995, S.91). Dabei wurde angenommen, dass es zu ethischer und moralischer Bedrängnis seitens der Helfer führen kann, wenn diese am Lebensende des Patienten, aufgrund äußerer Zwänge, nicht die Chance haben, ihre Arbeit in Übereinstimmung mit ihren Werten auszuüben (Dougherty 2009, S. 105; Pereira 2011, S. 317).

Dies steht im Gegensatz zur neueren Studie von Müller und ihren Mitarbeitern (Müller u. a. 2009). In dieser Forschungsarbeit mit dem Schwerpunkt auf den spezifischen Belastungsfaktoren im Umgang mit sterbenden Menschen wurden die drei Faktoren - Beziehungs-, Verantwortungs- und Stressfaktor – als Hauptfaktoren identifiziert (Müller u. a. 2009, S. 3). Diesem Arbeitsfeld angehörige Mitarbeiter schätzten die Belastungen, die durch Beziehungen entstehen, größer ein als organisationale Belastungen. Sie benannten den Aspekt der Beziehung als den am stärksten belastenden Bereich. Der Faktor Beziehung und der des Anspruchs scheinen also in ihrer Bedeutsamkeit durch die bisherige Forschung unterschätzt worden zu sein (Vachon 1995, S. 91).

Die Befragten beurteilten die Beziehung zu den Patienten vor allem dann als Belastungsfaktor, wenn diese durch besondere Nähe geprägt war. Dabei spielen die eigenen Trauergefühle eine wesentliche Rolle, denn der Umgang von Trauer im professionellen Setting ist nicht geregelt (Pfister 2014, S. 48). Oftmals wird von Professionellen angenommen, dass eigene Gefühle nicht erwünscht sind und nicht kommuniziert werden sollten. Hilfreicher scheint es jedoch, sein Bedürfnis, um sterbende Patienten zu trauern, anzuerkennen, zu akzeptieren und Abschiedsrituale zu entwickeln (Student, Napiwotzky 2011, S. 88).

Gleichzeitig scheint der Faktor Beziehung aber auch als wertvolle Ressource zu wirken, da Mitarbeitende über sie Anerkennung und Erfüllung erleben können (Pfister 2014, S. 46).

Der ganzheitliche und patientenorientierte Anspruch der Palliativmedizin stellt ebenfalls eine der größten Belastungen dar, wenn er normativ übernommen wird. Viele Helfer weisen gerade zu Beginn ihrer Tätigkeit Anzeichen von besonderer Hinwendung und Fürsorge auf (Beelterung, Verbrüderung und Verschwesterung). Dieses Grundverständnis, alles für die Patienten tun zu wollen, kann jedoch zu erheblichen Belastungen führen (Pfister 2014, S. 46).

Wieviel Tod professionelle Mitarbeiter verkraften, hängt laut Müller (2002) von folgenden Faktoren ab: der persönlichen Vorerfahrung, der psychologischen Begleitung, der spezifischen Ausbildung und der momentanen Situation.

Eigene persönliche Erfahrungen wie Todesfälle im eigenen Umfeld, eigene Verluste oder Trauer ebenso wie eigene Lebenskrisen wirken sich also auch auf die Wahrnehmung des Berufsalltages aus und können zusätzlich belasten (Jünger 2014, S. 25).

In Bezug auf das Sterben der Patienten wird es von Mitarbeitern als belastend empfunden, wenn diese unerwartet sterben, nur kurz begleitet werden konnten oder sich Todesfälle in einem bestimmten Zeitintervall häuften (Pfister 2014, S. 44). Dabei wird die Qualität des Todes für die Belastung relevanter empfunden als die Quantität der Todesfälle.

Weitere in der Studie von Müller u. a. (2009) erkannte Belastungsfaktoren sind die Beziehung zu den Angehörigen, eigene Schuldgefühle sowie Belastungen und Konflikte im Team (Müller u. a. 2009, S. 3).

Student (2016) betont, dass die Belastung durch die wiederholte alltägliche Begegnung mit dem Tod und dem Leiden der Patienten existentielle Betroffenheit auslösen kann (Student, 2016, S. 68). Sie äußert sich jedoch höchst unterschiedlich und braucht einen besonderen Rahmen der Auseinandersetzung, der beispielweise über Supervision geschaffen werden kann (Rechenberg-Winter 2014, S. 190).

Diese Begegnungen mit dem Tod führen zur Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit – der Angst vor dem Tod. In sozialpsychologischen Untersuchungen wurde deutlich, dass diese Angst keinen Menschen ausspart, sondern geradezu zum Menschsein gehört (Renz 2005, S. 69). Auch durch wiederholten Umgang mit Tod

und Sterben geht diese nicht verloren, bestenfalls ist ein besserer Umgang mit den Ängsten zu erreichen, nicht ihre Überwindung.

In der Auseinandersetzung mit dem Tod treffen im Menschen zwei Impulse aufeinander: ein „Überlebenswille, der instinktiv alles daran setzt, das Leben zu erhalten [...] und die Fähigkeit, den eigenen Tod zu denken – und damit zu wissen, unser Instinkt wird eines Tages der Realität unterliegen“ (Student 2016, S. 68).

Helfende sollten sich ihre eigenen Ängste vor Sterben, Tod und Trauer bewusst machen und diese nicht verdrängen. Denn das Wahrnehmen der Ängste wirkt heilsam und ermöglicht die Bearbeitung eigener bewusster und unbewusster Abschiedserfahrungen (ebd., S. 69). Begleitende können sich natürlich nicht permanent mit ihrer eigenen Vergänglichkeit und der Sorge um die Art und Weise des eigenen Sterbens auseinandersetzen. Der Gedanke daran bleibt jedoch immer präsent und ist nie völlig zu unterdrücken.

In den folgenden Abschnitten werden die zwei wesentlichen Belastungsfaktoren Beziehung und Anspruch genauer vorgestellt, wobei zu beachten ist, dass diese Faktoren teilweise miteinander verwoben sind.

3.1.1 Die Beziehung zum Sterbenden als ein Belastungsfaktor

Die Beziehungsarbeit gehört zu den Grundpfeilern der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung. Der Sterbebegleiter muss bereit sein, Kontakte zu sterbenden Menschen zu knüpfen, welche sich in Extremsituationen befinden.

In der Studie „Wieviel Tod verträgt das Team?“ (Müller u. a. 2009, S. 3) wurde sehr häufig die Beziehung zum Klienten als Belastungsfaktor genannt.

Die hospizliche Grundhaltung, die Individualität und Bedürfnisse des Patienten in den Vordergrund zu stellen, erfordert eine intensivere Beziehung zum Patienten, als es im nicht palliativen Bereich üblich und gewünscht ist (Hirsmüller, Schröder 2014, S. 52).

Diese intensive Beziehung zu den sterbenden Menschen und ihren Angehörigen scheint für alle professionellen Mitarbeiter im ambulanten und stationären Einrichtungen mit großen Herausforderungen verbunden zu sein, da sie von Beginn an auf den endgültigen Abschied durch den Tod des Klienten geprägt ist. Dieses Faktum - der Klient stirbt, der Begleiter lebt weiter – macht die Beziehung asymmetrisch (Hirsmüller, Schröder 2014, S. 50). Obwohl auch die Begleiter den Keim des Sterbens schon immer in sich tragen, weil auch sie sterben müssen, genügt diese grundsätzliche „Todeszugehörigkeit“ nicht, dem Sterbenden immer nahe zu sein und ihm überall hin

folgen zu können (Müller 2002, S. 10). Heidegger formuliert in diesem Sinne: „keiner kann dem Anderen sein Sterben abnehmen“ (Heidegger 1979, S. 240).

Unter genauerer Betrachtung des Nähe-Distanz-Verhältnisses dieser Beziehung unterscheidet Aurnhammer (2002) zwischen gewollter Nähe und notwendigem Schutzraum (Aurnhammer 2002, S.22). Dazu äußert er kritisch: „Hier der Sterbende, der Nähe braucht, dort die Helferin, die Schutz und Distanz braucht [...] Ist es bisweilen nicht genau andersrum: Der Sterbende sucht Schutz und Distanz, die Helferin dagegen Nähe?“ (ebd.). An diese Aussage knüpfen sich die Fragen, von wem Nähe, aus welchem Grund, gewünscht und gegeben wird? Und für wen der Schutzraum notwendig ist? Alle Fachkräfte bringen ihre eigenen biografischen Erfahrungen mit Krankheit, Tod und Trauer mit. Es kann jedoch vorkommen, dass diese nicht ausreichend reflektiert und bewusst sind und so die Nähe zum Instrument wird, die eigenen Anteile auszuleben bzw. permanent zu wiederholen (Aurnhammer 2002, S. 23). Dann ist das Maß an Nähe möglicherweise nicht auf den Sterbenden abgestimmt. So unterschiedlich wie Menschen nun mal sind, so unterschiedlich ist auch ihr Bedürfnis nach Nähe. Sowohl Begleiter als auch Sterbende brauchen Schutzräume, in denen sie Distanz, Rückzug und Entlastung finden können.

Die Hospizbewegung sieht eine ganzheitliche und patientenzentrierte Betreuung der Sterbenden vor. Damit legitimiert sie institutionell eine intensive Nähe zu Sterbenden und ihren Angehörigen (Radbruch Rolke 2014, S. 60; Hirschmüller, Schröder 2014, S. 53). Diese legitimierte Nähe ist für viele Professionelle Teil ihrer Motivation, in palliativmedizinischen Arbeitsfeldern überhaupt tätig zu sein. Besonders nah und eng erlebte Beziehung zu Sterbenden werden geschätzt. So hat das Belastende einer Beziehung auch etwas Positives und stellt gleichzeitig eine wichtige Ressource dar (Pfeffer 2005, S. 201). Auf der einen Seite sind die Beziehungen wichtig und erfüllend für die Begleiter, auf der anderen Seite fällt es diesen schwer sich abzugrenzen. Paradoxe Weise sind Mitarbeiter manchmal sogar irritiert, wenn sich die erwartete Nähe zum Sterbenden nicht einstellt, weil die Patienten dies nicht zulassen und sich zurückziehen (Pecoraro 2008, S. 427). Sie fühlen sich mitunter durch Menschen, die Nähe fordern, sogar weniger belastet. Nähe und Distanz schließen sich nicht gegenseitig aus. Wichtig ist nur zu prüfen, ob sowohl eine passende Balance zwischen Nähe und Distanz für den Sterbenden als auch für den Professionellen besteht, damit beide die Beziehung eher als Bereicherung und weniger als Belastung empfinden. Dabei muss für jeden Sterbenden das Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz neu

gefunden werden, sodass die Intensität der Nähe von Begleitung zu Begleitung erheblich variieren kann (Hirsmüller, Schröer 2014, S. 53).

Die übernommene Verantwortung und die Verpflichtungen für die Beziehung werden durch die zeitliche Begrenztheit, dem absehbaren Tod, überschaubar für die Begleiter. Erst dadurch wird es für die Professionellen möglich, immer wieder neu eine intensive Nähe zu den Sterbenden anzubieten (ebd.). Gleichzeitig bedeutet das für die Begleiter, dass sie sich immer wieder verabschieden müssen. Das heißt sie haben den Auftrag, die Nähe zu den Patienten und Angehörigen zu kontrollieren, zu beenden und zu verarbeiten (Pfeffer 2005, S. 180). Denn jedes Sterben bedeutet ein Verlust, ein Abschied nehmen und benötigt Raum und Zeit für Trauerarbeit.

Die Nähe in der Beziehung zum Sterbenden wird auch durch dessen Aufenthaltsdauer beeinflusst. Ist die Aufenthaltsdauer nur kurz, ist die Tiefe der Beziehung meist nicht so groß im Vergleich zu längeren Begleitungen (Hirsmüller, Schröer 2014, S. 54).

Für die Ausprägung der Beziehung stellen Sympathie oder Antipathie ebenfalls wesentliche Faktoren dar. Auch wenn Professionelle einem persönlichen und institutionellem Anspruch unterliegen, allen anvertrauten Menschen gleich empathisch zu begegnen, zeigen sich – wie überall - in der Realität Unterschiede in den Beziehungen. Den Anspruch zu haben, jeden Menschen gleichermaßen sympathisch zu finden, kann den emotionalen Druck der Begleiter in der Arbeit mit den Sterbenden erhöhen.

Wenn Sterbebegleiter vergleichbare Merkmale mit den Sterbenden aufweisen (beispielsweise gleiches Alter, gleiche Familiensituation, Übereinstimmungen in der Biografie, gleiche durchgemachte Erkrankungen), besteht die Gefahr einer zu großen Identifikation mit dem Sterbenden, sodass Mitgefühl sich in Mitleid umwandelt. In diesem Fall leidet der Begleiter derart mit dem Sterbenden mit, dass er sich selbst existentiell bedroht fühlt (Pfeffer 2005, S. 196). Aus Mitgefühl ist dann Mitleid entstanden. Eine zu häufige Identifizierung, ein zu viel „Mit-Leiden“, kann zum „Mit-Sterben“ führen und birgt das Risiko des Burnouts (Hirsmüller, Schröer 2014, S. 55). Für das professionelle Handeln ist es wichtig, nicht mit dem Sterbenden mizuleiden, sondern Mitgefühl für sie zu entwickeln. Die Identifikation mit dem Sterbenden sollte nur vorübergehend sein, wie ein kurzer Perspektivwechsel, auf den anschließend eine Distanzierung und Rückkehr in die berufliche Rolle folgt (Reddemann 2010, S. 123). Professionelle müssen sich bewusst machen, dass die Gefühle der Patienten ausschließlich deren eigene Gefühle sind und nicht ihre eigenen. Für die

Sterbebegleitung ist es daher notwendig, über Reflexion der jeweiligen Beziehung die Balance zwischen Nähe und Distanz immer wieder neu auszutarieren.

3.1.2 Der Anspruch als Belastungsfaktor

Die Definition der Palliativversorgung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt hohe Ansprüche (Sepulveda 2002, S. 4). Sie fordert sowohl die aktive und umfassende Betreuung der Patienten als auch die Betreuung der Angehörigen. Palliativversorgung soll nicht nur die Patienten schmerz- und symptomfrei halten und die Lebensqualität verbessern. Sie soll auch bei der Suche nach Lebenssinn unterstützen, bei der Regelung der letzten Dinge helfen und Patienten und Angehörige bei Entscheidungen zu ethisch schwierigen Fragestellungen zur Seite stehen. Dieser ganzheitliche und patientenzentrierte Anspruch dient vor allem dazu, eine hohe Qualität in der Versorgung zu erreichen und diese kontinuierlich zu verbessern. Die Palliativmedizin bietet durch diese konzeptionellen Rahmenbedingungen auch die Sicherheit, in der hohe Ansprüche umgesetzt werden können (Radbruch, Rolke 2014, S. 60). In den Hospiz- und Palliativeinrichtungen finden sich vor allem Mitarbeiter, die sich dieses Arbeitsfeld bewusst ausgesucht haben, weil sie diese hohen Ansprüche annehmen und verwirklichen wollen. Diskussionen in Teams können dazu führen, dass die geleistete Arbeit immer wieder an den gesetzten Ansprüchen gemessen wird. Dennoch ist die Palliativmedizin ein Teil des Gesundheitssystems, in dem Gewinne erwirtschaftet werden müssen. Die Rahmenbedingungen werden demnach von außen vorgegeben und können mit den gelegten Ansprüchen in Widerspruch stehen.

Die gesetzten Ansprüche können dann zu einem Belastungsfaktor werden, wenn man im Berufsalltag immer wieder daran scheitert (ebd., S. 61). Möglicherweise sind die Ansprüche zu idealistisch, die Arbeitsbedingungen zu schlecht oder es sind die falschen Ansprüche.

Wie hoch die Belastung durch die nicht umgesetzten Ansprüche ist, hängt auch damit zusammen, ob diese von den Fachkräften normativ oder aspirational aufgefasst werden (ebd., S. 62). Mit dem normativen Anspruch, dass jeder Patient perfekt behandelt werden muss, wird jede Einschränkung der Arbeitsbedingungen schnell zu einer Bedrohung. Fachkräfte mit normativen Ansprüchen tragen ein höheres Risiko durch Burnout auszubrennen. Im Gegensatz zum normativen Anspruch ist der aspirationale Ansatz „alle möglichst gut“ zu betreuen, eher bereit, Einschränkungen zu akzeptieren oder Kompromisse einzugehen.

Ansprüche, die aus falschen Grundannahmen zu Bedürfnissen Sterbender stammen, können ebenfalls sehr belasten. So ist eine weitverbreitete Annahme, dass alle Patienten das Bedürfnis haben, über den bevorstehenden Tod und das Sterben sprechen zu wollen, nicht immer zutreffend (ebd. S. 62). Für Patienten, die lieber nicht über den Tod und das Sterben sprechen möchten, kann die stete Nachfrage nach solchen Gesprächen zur Belastung werden. Hier müssen Fachkräfte eine Balance finden zwischen dem Respekt vor der Entscheidung des Patienten und dem Wissen, dass Gespräche über Tod und Sterben von vielen Patienten als hilfreich empfunden werden. Das Finden dieser Balance ist keinesfalls einfach, wenn der eigene Anspruch mit den Patienten empathisch zu kommunizieren, dieser im Wege steht. Wichtig ist, dass Mitarbeiter die Bereitschaft haben, solche Bedürfnisse Sterbender wahrzunehmen und ihre eigenen Ansprüche an die Arbeit hinterfragen.

Ähnlich potentiell konfliktreich verhält es sich mit der Grundannahme, dass Sterbende gern und möglichst durchgehend eine Bezugsperson in ihrer Nähe haben möchten. Die Hospizbewegung tritt auf mit dem formulierten Anspruch: „Keiner soll alleine sterben müssen.“ Sollte ein Patient tot aufgefunden werden, ohne dass eine Bezugsperson beim Sterbenden gewesen war, fühlt sich dieser Verlust besonders bitter an, weil der oben beschriebene Leitsatz nicht umgesetzt werden konnte (Radbruch, Rolke 2014, S. 64). Dabei kann es gut sein, dass Patienten mit einem bestimmten Persönlichkeitstyp lieber in Ruhe gelassen und vielleicht im Sterben allein sein möchten. Auch hier gilt es, Grundsätze und Einstellungen zu überprüfen und, wenn nötig, zu ändern, damit diese Ansprüche, die für alle oder zumindest für einige Patienten und ihre Familien falsch sind, nicht zur übermäßigen Belastung werden.

Klar sollte auch sein, dass der Begleitende nicht wirklich bis zuletzt mit dem Sterbenden mitgehen gehen kann. An einem bestimmten Punkt bleibt der Sterbende allein auf sich zurückgeworfen. Ab da geht niemand mehr mit, denn die noch zu diesem Leben Gehörenden bleiben zurück.

Dem Helfer muss bewusst sein, dass der Tod von ihm nicht selbst erlebt werden kann. Er kann durch seine fehlende Erfahrung nicht wissen, wie diese Endlichkeit gefühlt wird. Die Begleitung bis zum Schluss als vorauszusetzendes Endziel ist demnach kritisch zu hinterfragen, um nicht einem zu hohen Ideal hinterher zu laufen (Müller 2002, S. 9; Aurnhammer 2002, S. 25).

Nicht alle Bedürfnisse der anvertrauten Menschen sind erfüllbar, zum Beispiel der Wunsch, wieder körperlich gesund zu werden oder die Herstellung harmonischer

Familienverhältnisse. Omnipotenzphantasien, alle Probleme der Sterbenden lösen zu müssen, sollten aufgegeben werden, da diese sonst Gefühle des Ungenügens, der Hilflosigkeit und des Versagens auf Seiten der Helfenden verursachen können (Student, Napiwotzky S. 88; Heller 2014, S. 68). Abgesehen davon, dass dieser übergroße Anspruch ein hohes Maß an Frustration mit sich bringt, trägt er auch das Zeichen von Überheblichkeit. „Wer glauben wir zu sein, dass [...] wir seine Probleme lösen dürfen und gar können?“ (Müller, Pfister 2014, S. 17). Vielmehr sollten Helfer das Vertrauen haben, dass der anvertraute Mensch selbst seinen Umgang mit dem Sterben finden kann und ihn darin unterstützen. Indem Begleitende ihre grundsätzliche Hilflosigkeit gegenüber dem Phänomen Leiden anerkennen und akzeptieren, damit zu leben, bewahren sie sich selbst, so seltsam das scheint, vor dem Ausbrennen (ebd.). Die eigenen Ansprüche können diesen Ausführungen zufolge einen erheblichen Belastungsfaktor für die Mitarbeiter in dem Arbeitsfeld Hospiz und *Palliative Care* darstellen. Durch das Bewusstmachen und das selbstkritische Hinterfragen der Ansprüche, kann dieser Belastung entgegengewirkt werden.

3.2 Belastungssymptome

Unter Belastungssymptomen sind Reaktionen gemeint, die durch äußere Belastungen hervorgerufen werden. Im Arbeitsfeld der Sterbebegleitung beziehen sich diese Reaktionen auf den Kontext Sterben und Tod. In der Studie von Müller u. a. (2009) wurden drei Typen von Reaktionen auf den Tod unterschieden: Streit, Ablehnung, Rückzug (Müller u. a. 2009, S. 6). Als häufigste Auswirkung auf den Tod gaben die Befragten das Symptom der Überredseligkeit an. Gereiztheit, Spannungen im Team, Zynismus, Sprachlosigkeit, Ablehnung von Ritualen und Vorwürfe wurden ebenfalls benannt. Student und Napiwotzky (2011) beschreiben unter anderem Antriebslosigkeit, Rückzug, körperliche und emotionale Erschöpfung, Ablehnung und Aggression als deutliche Belastungszeichen in der Begleitung Sterbender (Student, Napiwotzky 2011, S. 88).

Müller (2002) betont verstärkt, wie wichtig es ist, rechtzeitig zu intervenieren, da sonst „Erschöpfungszustände, Konzentrationsmängel, Schlafstörungen [...] wie auch fantasielose und floskelhafte Lösungsversuche für sich stellende Probleme des Berufsfalltages bis hin zu fehlender Anteilnahme am Leiden der Anvertrauten“ heraufbeschworen werden können (Müller 2002, S. 18). Am Ende dieser Entwicklung

stehen Konflikte im Team und auch im privaten Umfeld sowie die Abwertung des Klientels.

Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu überschreiten, wird im Folgenden beispielhaft auf die Symptome Überredseligkeit und Sprachlosigkeit sowie auf das Phänomen Burnout genauer eingegangen.

3.2.1 Die Symptome Überredseligkeit und Sprachlosigkeit

Überredseligkeit (zu viel reden, psychologisieren) ist ein bedeutsames Symptom psychischer Belastung von Begleitenden (Müller, Pfister 2009, S. 6).

Die Notwendigkeit und die Möglichkeit zu Reden wird in den Leitbildern in der Hospizarbeit und in der Palliativmedizin klar formuliert. Mitarbeiter sollen die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und Trauer haben und sowohl offen als auch ehrlich gegenüber Patienten, Zugehörigen und ihrem Team sein. Sie sollen über Patienten und Zugehörige, als auch über Gefühle und Widersprüche auf vielen Ebenen kommunizieren.

Über alles reden zu dürfen, besonders über Gefühle, schwierige Themen oder Tabus, schafft gegenseitige emotionale Entlastung. Das Reden-Dürfen kann allerdings auch umschlagen und als Last empfunden werden. Dies nämlich dann, wenn mit Patienten oder im Team, zu viel Zeit mit dem Sprechen gebunden wird, ohne wirklich Hilfestellung zu geben (Kern, Pauler 2014, S. 163). Wenn keine weiteren Handlungsansätze in den Blick kommen, stellt sich keine emotionale Entlastung ein, wodurch der Nutzen der Gespräche infrage steht. In der Überredseligkeit wechseln schnell Themen und Aussagen. Schicksalsreiche Geschichten, Selbstaussagen, Hypothesen, dramatische Erfahrungen, Diagnosen und feste Meinungen reihen sich aneinander.

Kern und Pauler (2014) sehen in der Überredseligkeit einen Kompensationsversuch, den anvertrauten sterbenden Menschen komplexer zu erfassen, vor allem dann, wenn keine Beziehung aufgebaut werden kann oder die Problemlage des Patienten unlösbar scheint und keine Erfolge sichtbar sind (ebd., S. 164). In diesen Fällen kann die Überredseligkeit Ersatz für unzureichendes oder überhaupt nicht mögliches Handeln fungieren.

Ohne die entlastende Funktion, wird das miteinander Sprechen selbst Teil der Belastung. Denn durch die ständige Wiederholung und Verflachung verhindert es einen emotionalen Bearbeitungsprozess.

Sind die Ursachen dieses Symptoms nicht erkannt, kann sich nicht selten eine Sprachlosigkeit daraus entwickeln (ebd., S. 165). Im Kern ist diese Sprachlosigkeit eine resignative Haltung, die Sinnlosigkeit ausdrückt und den Charakter des Aufgebens hat. Mit dem Verlust des Sinnerlebens gerät auch das Kohärenzgefühl im Sinne der Salutogenese von Antonovsky ins Wanken (Antonovsky, 1995).

Für die Gesprächsgestaltung ist es wichtig, als Begleitender eigene Grenzen wahr zu nehmen und zu benennen. Einen Stopp im Redefluss zu setzen und Themen und Inhalte zu ordnen, kann sich als hilfreich erweisen. Im Rahmen einer supervisorischen Bearbeitung des Themas Überredseligkeit oder Sprachlosigkeit ist es notwendig, die Themen dahinter zu erkennen und zu reflektieren.

3.2.2 Das Phänomen Burnout

Die wohl gängigste, empirisch abgesicherte Burnout-Definition haben Maslach und Jackson (1986) aufgestellt (Maslach, Jackson 1986). Sie vereint mehrere Elemente aus bestehenden Definitionen und versteht Burnout als Triplet von drei Phänomenen: 1. emotionale Erschöpfung, 2. Depersonalisierung bzw. Dehumanisierung (negative und zynische Einstellung gegenüber Hilfesuchenden) und 3. reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (negative Bewertung der eigenen beruflichen Leistung) (Maslach, Jackson 1986 zit. n. Bracks 2014, S. 31). Zur Erhebung der Burnout-Ausprägung anhand der drei Dimensionen wurde das „Maslach Burnout-Inventary“ MBI entwickelt (ebd.).

Burnout ist ein Phänomen, das vor allem Angehörige helfender Berufe betrifft, da diese sich um hilfsbedürftige Menschen kümmern, sich im Berufsalltag intensiv mit Menschen auseinandersetzen und darüber in einem langen Zeitraum eine schwere mentale Last zu tragen haben (Maroon 2017, S. 3). Das Engagement für den Hilfebedürftigen führt zu einem einseitigen Energiefluss seitens des Helfers und kann Erschöpfung und das Absinken der Selbstachtung auslösen (ebd., S. 5). Wenn Sozialarbeiter die Hoffnung für sich selbst und ihre Klienten verlieren, beeinflusst dies die Effektivität ihrer Arbeit und kann sowohl Klienten als auch Institutionen Schaden zufügen.

Wird Burnout rechtzeitig erkannt und mithilfe von Supervision und Unterstützungsnetzwerken am Arbeitsplatz gegengesteuert, kann Burnout gelindert und ein chronischer Verlauf verhindert werden (ebd.).

Burnout ist ein „schleichendes“ Phänomen, das nicht plötzlich einfach da ist, sondern sich langsam und stetig aufbaut (Koch, Kühn 2000, S. 11). Über den Verlauf von Burnout gibt es zahlreiche Phasentheorien (Burisch 2006; Cherniss 1980; Maslach, Leiter 1999). Ein Modell für einen Phasenverlauf wurde von Edelwich und Brodsky (1984) aufgestellt: Beginnend mit einer Phase von idealistischer Begeisterung, Optimismus und großem Energieeinsatz, setzt eine Phase des Stillstandes ein, in der erste Enttäuschungen erlebt werden, sich Kontakte auf das Arbeitsumfeld beschränken und das Familienleben vernachlässigt wird (Edelwich, Brodsky 1984, S 39ff.). Gefolgt wird dieser Abschnitt von einer durch Frustration geprägten Phase mit Erfahrungen von Erfolglosigkeit und wenig Wertschätzung. Die folgende Phase wird als „Apathie“ bezeichnet und ist gekennzeichnet durch völlige Desillusionierung, Verzweiflung, Resignation und Gleichgültigkeit (Edelwich, Brodsky 1984, S. 165).

Es existieren hauptsächlich zwei Erklärungsansätze zu Burnout: Der persönlichkeitszentrierte Ansatz (Freudenberger, 1974) betrachtet das Phänomen vor dem Hintergrund der Persönlichkeit des Helfers, als innere psychische Reaktion. Bei den sozial-, arbeits- und organisationspsychologischen Ansätzen (Cherniss 1980; Maslach, Jackson 1982) geht Burnout auf äußere Einflüsse, wie erschöpfender Umgang mit Menschen allgemein und arbeitsorganisatorische Faktoren, zurück.

Bezogen auf das Arbeitsfeld Sterbebegleitung stellen die Einstellung und das Erleben gegenüber Tod und Sterben einen wichtigen Einflussfaktor für die Genese von Burnout dar (Bracks 2014, S. 32). Eine internale Kontrollüberzeugung, also sich selbst Erfolge und Misserfolge zuzuschreiben, wird als ein Schutzfaktor bei der Entwicklung von Burnout eingeschätzt. Werden ungeeignete Copingstrategien eingesetzt, besteht ein höheres Risiko für Burnout (ebd., S. 33). Bracks (2014) untersuchte die Ausprägung von Burnout auf Palliativstationen und stellte fest, dass viele Überstunden und eine höhere Arbeitszeit zu Gefühlen der Depersonalisierung führen können (ebd.). Beschäftigte auf Palliativstationen scheinen jedoch weniger belastet durch Burnout zu sein als andere Berufsgruppen. Bracks (2014) vermutet, dass das Konzept der Salutogenese von Antonovsky, auf Palliativstationen als Schutzfaktor wirkt, da es dort verinnerlicht und gelebt wird (ebd.). Außerdem liegt es nahe, dass Palliativstationen sich mit dem Thema Burnout bereits intensiv auseinandergesetzt haben und entsprechende Präventivmaßnahmen anbieten.

3.3 Schutzfaktoren in der Begleitung Sterbender

Im Grunde handelt es sich um die gleichen Bewältigungsstrategien (Rüger u. a. 1990, S. 91), die sowohl Begleiter im Umgang mit dem fremden Sterben als auch Klienten im Umgang mit ihrem eigenen Sterben für sich finden müssen.

In der Bewältigung der kontinuierlichen Konfrontation mit Tod und Sterben wechseln Helfer zwischen emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien (wie positive Umdeutung) und handlungsfokussierten Bewältigungsstrategien (wie planvolle Problemlösung, Ablenkung) (Jünger 2014, S. 27). Die persönliche Widerstandskraft, die Resilienz, als Fähigkeit, Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit herzustellen, wird als entscheidend für das Wohlbefinden der Helfer eingeschätzt (Ablett, Jones 2007, S. 733). Laut Maslach und Leiter (2008) ist es zur Prävention von Burnout notwendig, ein Gleichgewicht zwischen Effektivität und Ineffektivität, zwischen Erschöpfung und Energie zu finden (Maslach, Leiter 2008, S. 498). Bezogen auf das Arbeitsfeld Sterbebegleitung ist es demnach wichtig ein Gleichgewicht herzustellen, zwischen den belastenden Momenten in der Arbeit mit sterbenden Menschen und dem großen Ausmaß an Zufriedenheit und Erfüllung, welches die Mitarbeiter erleben.

Aus der Burnout-Forschung ist bekannt, welche wesentliche Bedeutung die Salutogenesefaktoren Freundeskreis, Familie, Nachbarschaft, Urlaub, Körperbewusstsein, Kunstgenuss, Naturbegegnung und Bewegung, Stille und *Flow*-Erlebnisse haben (Fengler 2008, S. 202ff.). „Entscheidend wichtig ist es, ein Leben außerhalb des Todes führen zu können“ (Fengler 2000, S. 11). Das eigene Leben hat, angesichts des vielfach miterlebten Todes der Klienten, einen besonders hohen Wert. Gerade dadurch, dass die sichere Gewissheit spürbar wird, das Schicksal des Sterbens mit den Vorausgehenden teilen zu müssen, ist es von großer Bedeutung, sich dem Leben zugehörig zu fühlen, dem „Lebe-Leben“ zugewandt zu sein.

Anhand der Studie von Müller und Kollegen (2009) wurden drei grundlegende Schutzfaktoren identifiziert, die die psychosoziale Gesundheit der Mitarbeiter in Hospizen und Palliativstationen positiv beeinflussen: einen Verarbeitungsfaktor, einen emotionalen Faktor sowie einen Privatfaktor (Müller u. a. 2009, S. 4).

Den bedeutendsten Schutzfaktor stellt das Team dar. Es kann jedoch auch einen überaus starken Belastungsfaktor darstellen. Die Qualität des Teams hat demnach massive Auswirkungen auf das Wohlergehen der Mitarbeiter, im positiven, wie im negativen Sinne. Wenn im Team eine kooperative und von guter Kommunikation geprägte Atmosphäre mit Respekt und Wertschätzung gegeben ist, kann es als ein

wesentlicher Schutzfaktor fungieren.

Poulsen (2009) bestätigt in diesem Zusammenhang den starken Einfluss des Faktors Team (Poulsen 2009, S. 117). Sie beschreibt jedoch sportliche Aktivitäten und Bewegung jeder Art als die von Fachkräften an erster Stelle genannten Möglichkeiten zum Abschalten. Beispielsweise fungieren Rad fahren, Fußball spielen, schwimmen und joggen als Katalysatoren für das Erlebte im Berufsalltag und helfen den Kopf von Belastungen frei zu machen. Kochen und Backen, schmackhaftes Essen und guten Wein trinken sind ebenfalls hilfreich beim Abschalten und Loslassen. Sowohl Melching (2014) als auch Poulsen (2009) stellten fest, dass Gespräche mit der Partnerin/dem Partner sowie Freuden zur Psychohygiene wichtig sind (Melching 2014, S. 243; Poulsen 2009, S. 117). Der Glauben, das Ausführen von Ritualen, Humor, Mitgefühl statt Mitleid und eine Haltung, die einen gelassenen Umgang mit Anforderungen, Problemen, und Aufgaben im Berufsalltag ermöglicht, sind weitere Faktoren, die schützend auf die eigene Psyche wirken (Pfister, Müller 2014, S. 182; Poulsen 2009, S. 117).

In vielen palliativmedizinischen und Hospizeinrichtungen wird Fürsorge für die Begleitenden über Supervisionen, Selbsterfahrungsseminare, kontinuierliche interne und externe Fortbildungen, Teamgespräche, multiprofessionelle Teamsitzungen und kollegiale Beratung sehr ernst genommen und zur Fürsorgepflicht des Arbeitsgebers gezählt (Student, Napiwotzky 2011, S. 87; Lechner 1999, S. 66). Begleiter von Sterbenden brauchen also für ihr Wohlbefinden selbst Begleitung. Beispielsweise bietet Supervision einen geschützten Reflexionsraum, in dem alltäglich hingenommene Belastungen (wieder-)erkannt und deren Auswirkungen auf die eigene Person, das Team, die Einrichtung und nicht zuletzt auf Patienten und Zugehörige reflektiert werden können (Rechenberg-Winter 2014, S. 192). In der Supervision kann die Bearbeitung existentieller Grenzerfahrungen wie Sterben, Tod und Trauer erfolgen sowie die Auseinandersetzung mit belastenden Gefühlen wie Scham, Schuld und Ekel (ebd., S. 186). Ablett und Jones (2007) betonen, dass in Aus-, Fort- und Weiterbildungen gezielt Kompetenzen der Selbstfürsorge vermittelt werden sollten, um die Resilienz der Begleiter zu fördern (Ablett, Jones 2007, S. 734).

Die Belastung von Mitarbeitern im Hospiz- und palliativmedizinischen Bereich fällt tatsächlich niedriger aus als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (Vachon, 1995, S. 91). Pfister (2014) und Bracks (2014) gehen davon aus, dass dies auch an der starken Unterstützung liegt, die den Mitarbeitern in Hospizen und Palliativstationen

zur Verfügung steht (Pfister 2014, S. 182f.; Bracks, 2014, S. 33). Dabei sehen sie das Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1997), welches innerhalb der Palliativmedizin verinnerlicht ist und gelebt wird, als eine wichtige Ressource an (Antonovsky 1997). Denn so wird das Leben als „berechenbar, handhabbar und sinnvoll“ angesehen und es werden Potentiale und Ressourcen zur Gesundheitsförderung aktiviert.

Bei der Aufzählung der Möglichkeiten zur psychosozialen Entlastung wird deutlich, wie umfangreich und individuell diese sind. Diese Bandbreite soll hier nur überblicksweise dargestellt werden. Damit der Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht überschritten wird, werden im Folgenden nur zwei Schutzfaktoren detaillierter dargestellt: das Privatleben und Humor.

3.3.1 Privatleben als Schutzfaktor

In der Studie von Müller und Kollegen (2009) stellte sich das Privatleben als drittichtigster Schutzfaktor heraus (Müller u. a. 2009, S. 7). Bei der Betrachtung dieses Schutzfaktors stellt sich zunächst die Frage, wie dieser als erhebliche Ressourcenquelle nützlich ist? In Bezug auf die zwei Lebensbereiche Arbeit und Privatleben, eröffnet sich zugleich die Frage, wie das Berufsleben von Privatleben getrennt werden kann? Ist es wirklich so, dass ich mich aus meinem Privatleben verabschiede, sobald ich meine Arbeit antrete? Verlasse ich das Arbeitsleben wieder nach Feierabend? Melching (2014) schreibt in seiner Publikation, dass eine strikte Trennung der Bereiche Arbeitsleben und Familienleben/Freizeitleben nicht möglich sei (Melching 2014, S. 239). Vielmehr sind beide Bereiche miteinander verwoben und wirken ineinander hinein. Erlebnisse aus dem Privatleben werden oft auch mit zur Arbeit genommen und möglicherweise dort mit Kollegen besprochen. Ein wichtiger Aspekt stellt auch die räumliche Distanz der Lebensbereiche dar: Der Nachhauseweg kann als eine Art Übergangspassage fungieren, in der bereits Belastendes abgeladen bzw. gefiltert werden kann, was von dem einen Bereich mit in den anderen transferiert werden soll oder muss. Je näher sich die Arbeit an der Privatsphäre befindet, desto höher ist das Risiko, dass davon etwas in den privaten Bereich gelangt.

Im Zuge seiner Arbeiten zur Salutogenese beschreibt Aaron Antonovsky (1997) die Fähigkeit eines Menschen, die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen, um sich gesund zu halten, als Kohärenzsinn (Antonovsky 1997). Gelingt es die schützenden und stärkenden Elemente, die als Ressourcen aus der Freizeit bzw. dem

Privatleben generiert werden, abzurufen, können diese im Bedarfsfall zur Stressbewältigung genutzt werden. Den aufkommenden Stressoren kann dann dadurch begegnet werden, dass ein tiefes Erfahrungswissen darüber besteht, durch beispielsweise sportliche Aktivitäten Belastungsfaktoren als zeitlich begrenzt und kompensierbar betrachten zu können.

Diese Sichtweise entspricht auch dem vom Lazarus entwickelten transaktionalen Stressmodell, welches davon ausgeht, dass nach einer primären Einschätzung der Bedrohlichkeit einer Situation eine sekundäre Bewertung zu den zur Verfügung stehenden Ressourcen erfolgt und nur in dem Fall, in dem die Ressourcen nicht ausreichend erscheinen, eine Stressreaktion ausgelöst wird (Lazarus, Launier 1981, S. 213).

Für das Eindringen der Arbeitswelt in das Privatleben bestehen unterschiedliche Determinanten. Es kann zum Beispiel davon abhängen, wie sinngebend oder sinnvoll eine berufliche Tätigkeit erlebt wird, wie hoch also der Identifikationsfaktor mit dieser ist. Die Persönlichkeitsstruktur der betreffenden Person, die Dauer der Tätigkeit im Arbeitsbereich, die gesellschaftliche Akzeptanz eines Berufes und das damit verbundene Interesse des Umfeldes für die beruflichen Erlebnisse spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle (Melching 2014, S. 241).

Wird die berufliche Tätigkeit als sinnvoll empfunden, beschäftigt man sich mitunter auch in der Freizeit damit, in Form von Lesen entsprechender Literatur, Besuch von Ausstellungen, Vorträgen und Kinofilmen zu diesem Themenkomplex. In diesem Fall dringt die Arbeitsebene stark in das Privatleben hinein.

Die Partnerin/der Partner, Freunde aus dem gleichen Tätigkeitsfeld oder andere Freunde sind wichtige Gesprächspartner für die Fachkräfte. Mit Ihnen lassen sich belastende Erlebnisse teilen, sodass psychosoziale Entlastung durch das Privatleben geschaffen werden kann. Das private Umfeld stellt so einen erheblichen Faktor in der psychosozialen Bearbeitung von belastenden Erlebnissen aus der Arbeitswelt dar und leistet so einen Beitrag zur Psychohygiene der Mitarbeiter (Poulsen 2009, S. 116).

Melching (2014) beschreibt aus seiner Tätigkeit im Kontext von Sterben und Tod verschiedene Reaktionsmuster seines privaten Umfeldes (Melching 2014, S. 243). Neben Reaktionen von Verdrängung, Humor und besonderem Interesse, löst das Thema Tod und Sterben bei vielen seiner Mitmenschen vor allem Ängste aus. Es ist demnach wichtig einzuschätzen, wem man aus seinem privaten Leben, welche Art von Arbeitserlebnissen zumuten kann. Diese Informationen sollten achtsam selektiert

werden. Einige belastende Begebenheiten aus dem Arbeitskontext können außerhalb der Arbeit möglicherweise nur in der Familie oder im Eigendialog bearbeitet werden. Melching registrierte darüber hinaus ein hohes Maß an Anerkennung und Wertschätzung für seine Arbeit, die ihm über sein Umfeld ausgedrückt wurde (ebd., S. 243). Diese positiven Rückmeldungen aus seinem Privatleben können den Selbstwert der Fachkräfte steigern und darüber zur Festigung der Identität beitragen.

Die Freizeitgestaltung im Privatleben spielt eine wesentliche Rolle bei der Kompensation der arbeitsbedingten Belastung, wobei sehr unterschiedliche und individuelle Strategien zur Entlastung existieren. Die Gestaltung der Freizeit verläuft sicherlich zum größten Teil intuitiv, entsprechend des jeweiligen Bedürfnisses und im Rahmen der zur Verfügung stehenden Freizeitmöglichkeiten bzw. dem verfügbaren Zeitfenster. Dabei drängt sich die Frage auf, was die unterschiedlichen Arten von Freizeitbeschäftigungen in Bezug auf die Stressbewältigung leisten können? Melching (2014) nimmt eine Einteilung der Freizeitbeschäftigungen im Privatleben vor: Er spricht von Aktivitäten, die vorrangig zur Be- und Verarbeitung von Belastungen dienen, bei denen eine ganz bewusste Auseinandersetzung erfolgen kann (zum Beispiel Ausdauersportarten). Der zweiten Form der Freizeitaktivitäten ordnet er Beschäftigungen zu, die zur Ablenkung dienen, in denen die belastenden Themen oder zumindest Teile davon für eine Zeit verdrängt oder ausgeblendet werden können. Dazu zählt er alle Freizeitbeschäftigungen, die einer hohen Konzentration bedürfen, wie Tennis, Fernsehen, Lesen sowie stark sinnliche Erlebnisse wie Tanzen, Musikhören, sexuelle Begegnung oder der Besuch von Theatervorstellungen (ebd., S. 247). Das Anlegen einer Liste der eigenen Ressourcen oder einer Übersicht der Entlastungsmöglichkeiten im Privatleben kann dazu dienen, den Schutzfaktor Privatleben besser wahrzunehmen und im Bedarfsfall besser auf Belastungen reagieren zu können.

Poulsen (2009) beschreibt in ihrer Studie zur Burnoutprävention von Sozialarbeitern, dass es wichtig sei, „genug Zeit zu haben, um ‚nichts‘ zu tun“ (Poulsen 2009, S. 67). Damit sind Tätigkeiten gemeint, in denen das Abschalten und Loslassen vom Tagesgeschehen erleichtert wird, wie beispielsweise „Tätigkeiten im Garten, einfach mal vorm Fernseher abhängen und anspruchslose Filme oder Unterhaltungssendungen sehen, die Gemeinschaft in der Familie und Gespräche mit der Partnerin/dem Partner“ (ebd.).

Wesentlich scheint jedoch in erster Linie zu sein, dem Privatleben neben der Arbeit eine besondere Priorität zukommen zu lassen und eine gewisse Selbstdisziplin zur *Self Care* aufzubauen.

In Arbeitsbereichen, in denen Fachkräfte eng mit Menschen in Kontakt kommen, wird häufig vom Begriff der professionellen Distanz gesprochen - einem mentalen Abstand zum Klienten, den wir benötigen, um Erlebtes gut bewältigen zu können und der hilft, dieses nicht zu sehr in den privaten Nahbereich eindringen zu lassen. Gleichzeitig ist es völlig verständlich, dass das eine oder andere vom Tag noch im Kopf kreist und dass Probleme oder Klienten selbst einen noch manchmal nach Feierabend beschäftigen. Das kann jedoch auf Dauer sehr belastend sein. Es ist daher sehr wichtig, die eigenen Grenzen zu kennen und diese auch setzen können, Berührbarkeit zuzulassen, aber trotzdem abends gut schlafen zu können.

Mit dieser Fähigkeit der Abgrenzung bleibt das Privatleben ein Ausgleich zum Arbeitsleben. Dabei geht es nicht darum, das berufliche Dasein von sich abzulösen, sondern es vor allem als Bereicherung des Privatlebens einzusetzen.

Wesentlich für das Wohlbefinden ist auch die körperliche Selbstpflege, die vor allem im Privatbereich stattfindet. Ausreichender und guter Schlaf und die Einhaltung regelmäßiger Pausen wird von Mitarbeitern als hilfreich eingeschätzt (Poulsen 2009, S. 81). Entspannungsbäder oder aktive Entspannungsübungen wie Yoga helfen, loszulassen und neue Kraft zu tanken. Eine gesunde Lebensführung, die eigenen Körpersignale wahrnehmen, den eigenen Körper schätzen, sich regelmäßig Gutes tun und auch das Genießen mit allen Sinnen sind wesentliche Bestandteile der körperlichen Selbstpflege (Student, Napiwotzky 2011, S. 88).

Wirkungsvoll wird der Schutzfaktor Privatleben dann, wenn Entlastung im Privaten kultiviert wird und damit die Effizienz der Entlastung erfahren wird, sodass diese Erfahrung es ermöglicht, den Belastungen aus dem Beruf gelassener und mit Zuversicht auf die eigenen Ressourcen entgegenzusehen (Melching 2014, S. 247f.). Entscheidend ist demnach auch die Fähigkeit, die Ressourcen, die das Privatleben bietet, zur Selbstfürsorge zu nutzen. Unter diesem Gesichtspunkt kann das Privatleben mit seiner Freizeit und dem privaten Umfeld einen erheblichen Schutzfaktor darstellen, da es als erhebliche Ressourcenquelle nützlich sein kann.

3.3.2 Humor als Schutzfaktor

Der Duden definiert Humor als “die Fähigkeit, die Gabe des Menschen, der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und den Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen, sie nicht so tragisch zu nehmen und über sie und sich lachen zu können.“ (Duden, 2014). Damit wird Humor als eine lebensbejahende Haltung beschrieben, die um die Brüchigkeit der menschlichen Existenz weiß und diese akzeptiert. Diese lebensbejahende Haltung zum und im Leben ebenso wie zum und im Sterben stellt eine wesentliche Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der Abschiedlichkeit am Ende des Lebens dar und ist deshalb im Hospiz und in Palliativstationen nicht nur erlaubt, sondern ausdrücklich erwünscht. Für alle befragten Mitarbeiter in Hospizen und Palliativstationen ist Humor der zweitwichtigste Schutzfaktor in Bezug auf die Belastungen in ihrer Arbeit. 89,9% der Befragten auf Palliativstationen und 93,4% der Tätigen im Hospiz gaben Humor als wichtigen bzw. sehr wichtigen Faktor zur eigenen Entlastung an (Müller u. a. 2009, S. 7).

Die entlastende Wirkung von Humor findet auf sozialer, psychischer und kommunikativer Ebene statt (Robinson 2002, S. 45ff.). Das Komische und das Lachen können als Ventil für unsere angestaute Wut, Verzweiflung, Angst und Trauer fungieren. In belastenden Situationen schafft Humor für einen Moment Distanz zur bedrückenden Realität, wodurch eine kurze Ablenkung, eine Entspannung, ein Durchatmen möglich werden. Nehmen Mitarbeiter bewusst Heiterkeit mit in ihre tägliche Begleitung Sterbender hinein, kapitulieren sie nicht sprachlos vor dem Tod, sondern setzen mit Humor ein Gegengewicht. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit auch in belastenden Situationen komische Elemente erkennen zu können, also offen und sensibel zu sein für die komischen Dinge, die täglich im Hospiz und auf der Palliativstation passieren, sie wahrzunehmen und verbal oder non-verbal zum Ausdruck zu bringen. Eine Situation mit Humor zu sehen bedeutet jedoch nicht ihren Ernst in Abrede zu stellen. Der Philosoph Odo Marquard (1976) formuliert in diesem Sinne treffend: „Denn die Heiterkeit wird zu Unrecht das Gegenteil des Lebensernstes genannt, sie ist in Wahrheit die einzig erträgliche Weise, mit dem Ernst des Lebens zu leben.“ (Marquard 1976 zit. n. Weinrich 2001, S. 53). Allerdings muss der Einsatz von Humor immer dem Gegenüber und der jeweiligen Situation angemessen sein. Denn jeder Mensch hat seinen eigenen Humor und sein individuelles Verständnis von

Humor. Wird Humor übertrieben oder zur falschen Zeit eingesetzt, kann er auch verletzen.

Mit Humor ist es auch möglich, einen Perspektivwechsel zu vollziehen, wodurch sich neue Sichtweisen und Handlungsoptionen ergeben können (Hirsmüller, Schröder 2014, S. 269).

Die oft mit Themen wie Sterben, Trauer und Tod verbundene Sprachlosigkeit kann über Humor überwunden und damit dem zunächst Unaussprechlichen, Ausdruck verliehen werden (ebd.). Darüber hinaus unterstützt adäquat eingesetzter Humor eine angstfreiere, offenere Kommunikation im Team und fördert den Aufbau von Beziehungen, in dem er Nähe und Vertrauen schafft, was sich wiederum positiv auf das Zusammengehörigkeitsgefühl in einer Gruppe auswirkt (Hirsch 2007, S. 80f.). Der in einer Gruppe gemeinsam gelebte Humor trägt zur Entschärfung von Konflikten bei, erhöht die Kritikfähigkeit und fördert Kreativität sowie Sachlichkeit (ebd.). Damit trägt Humor nicht unerheblich zur Psychohygiene der einzelnen Mitglieder bei.

Eine Möglichkeit zur Erweiterung des humorvollen Umgangs im Team stellt der Besuch von Fortbildungen zum Thema Humor dar (Hirsmüller, Schröder 2014, S. 274). Weiterhin können Mitarbeiter gemeinsam oder für sich selbst ein Humorbuch anlegen, in dem heitere Erlebnisse und Aussprüche von Patienten, hospiz-/palliativeigene Witze, Cartoons, lustige Bilder, humorvolle Sprüche und Postkarten gesammelt werden. In verschiedenen Räumen könnten humorvolle Sprüche und Bilder – einfühlsam ausgesucht - aufgehängt werden. Wichtig ist dabei, dass unter Stress zur eigenen Entlastung auf die verschiedenen Varianten zurückgegriffen werden kann, dass diese also immer verfügbar sind.

4 Zusammenfassung

Wo Menschen unter hohem persönlichem Einsatz anderen Menschen helfen, besteht eine große Gefahr sich psychisch zu überlasten und seine Gesundheit zu gefährden. Dies gilt im Besonderen für den Bereich der Begleitung sterbender Menschen.

Aus ihrer umfänglichen Übersichtsarbeit zur Forschung bezüglich der Belastungsfaktoren für Begleiter im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung schlussfolgerte Vachon (1995), dass nicht die Konfrontation mit Tod und Sterben

selbst die Ursache der Belastung für Mitarbeiter ist. Vielmehr seien es arbeitsorganisatorische Faktoren, wie Zeitmangel, Konflikte und mangelnde Autonomie, die zu einer Belastung führen (Vachon 1995, S. 91).

Im Gegensatz dazu kamen Müller und ihre Mitarbeiter (2009) zu dem Ergebnis, dass die Belastung in diesem Arbeitsfeld vor allem durch die Beziehung zu den Sterbenden entsteht und weniger durch organisationale Faktoren. Die Befragten schätzen die Beziehung zu den Patienten vor allem dann als Belastung ein, wenn diese besonders nah war. Die eigenen Trauergefühle, die der Abschiedlichkeit der Beziehung geschuldet sind, spielen eine wesentliche Rolle (Pfister 2014, S. 48).

Der ganzheitliche Anspruch der Palliativmedizin wurde ebenfalls als eine der größten Belastungen wahrgenommen, vor allem dann, wenn man im Berufsalltag immer wieder daran scheitert (Müller u. a. 2009, S. 6). Möglicherweise sind die Ansprüche auch zu idealistisch, die Arbeitsbedingungen zur Umsetzung ungünstig oder es sind die falschen Ansprüche. Die Faktoren Beziehung und Anspruch scheinen demzufolge in ihrer Bedeutsamkeit durch die bisherige Forschung unterschätzt worden zu sein. Gleichzeitig wirkt der Faktor Beziehung aber auch als wertvolle Ressource, weil Mitarbeitende über diese Anerkennung und Erfüllung erleben können.

Weitere Faktoren, die die Belastung verstärken können, sind: eigene Verluste oder Trauer, eigene Lebenskrisen, unerwartetes Sterben der Klienten, kurze Begleitung der Sterbenden, Häufung von Todesfällen, Konflikte im Team, die Beziehung zu den Angehörigen und eigene Schuldgefühle (Pfister 2014, S. 44).

Im Vergleich dazu sieht Student (2016) die Belastung der im Bereich Hospiz und *Palliative Care* Tätigen vor allem durch die alltägliche Begegnung mit dem Tod und dem Leiden der Patienten (Student 2016, S. 68). Diese Begegnungen führen zur Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit – der Angst vor dem Tod. Diese Angst bleibt, laut sozialpsychologischen Studien, auch durch wiederholten Umgang mit Tod und Sterben bestehen, bestenfalls ist ein besserer Umgang mit den Ängsten zu erreichen (Renz 2005, S. 69).

Die häufigste Auswirkung der Belastungen im Arbeitsfeld der Sterbebegleitung scheint das Symptom der Überredseligkeit zu sein. Gereiztheit, Spannungen im Team, Zynismus, Sprachlosigkeit, Ablehnung von Ritualen und Vorwürfe wurden in der Studie von Müller und Kollegen (2014) ebenfalls benannt. Wenn die Belastungen chronisch sind, kann es auch zur Ausbildung des Burnout-Syndroms kommen, das

durch die Multidimensionalität von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und fehlender Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist (Maslach, Jackson 1986).

Im Arbeitsfeld Sterbebegleitung ist es wichtig, dass eine Balance zwischen den belastenden Momenten in der Arbeit mit sterbenden Menschen und der Zufriedenheit und Erfüllung, welches die Mitarbeiter dort erleben, besteht.

Aus der Burnout-Forschung ist bekannt, dass die Faktoren Freundeskreis, Familie, Nachbarschaft, Urlaub, Körperbewusstsein, Kunstgenuss, Naturbegegnung und Bewegung, Stille, *Flow*-Erlebnisse und andere als berufliche Interessen schützend auf die Psyche wirken können (Fengler 2008, S. 202ff.). Fachkräfte in der Sterbebegleitung entwickeln ein Repertoire verschiedener Praktiken zur Selbstfürsorge bzw. zur Bewältigung, die je nach Situation und Erfolgsaussicht ausgewählt und gegebenenfalls noch modifiziert werden können. Abhängig von den biografischen Erfahrungen der Mitarbeiter werden diese Praktiken individuell gestaltet (Haubl 2012, S. 6).

Das eigene Leben hat, im Zuge der ständigen Konfrontation mit dem Tod, einen besonders hohen Wert, sodass es von großer Bedeutung ist, dem „Lebe-Leben“ zugewandt zu sein und sein Privatleben als Schutzfaktor zu nutzen.

Im Privatleben reichen die Strategien der Selbstfürsorge von verschiedenen sportlichen Aktivitäten, Bewegung in der Natur, kreatives Gestalten über Gespräche mit Freunden, dem Partner oder der Partnerin. Poulsen (2009) vertritt die Meinung, dass es wichtig sei, „genug Zeit zu haben, um ‚nichts‘ zu tun“ (Poulsen 2009, S. 67). Damit sind Tätigkeiten gemeint, in denen das Abschalten und Loslassen vom Tagesgeschehen erleichtert wird.

Der Glaube, das Ausführen von Ritualen, Humor, Mitgefühl statt Mitleid und eine Haltung, die einen gelassenen Umgang mit Anforderungen, Problemen, und Aufgaben im Berufsalltag ermöglicht, sind weitere Faktoren, die schützend auf die Gesundheit der Mitarbeiter wirken (Pfister, Müller 2014, S. 181; Poulsen 2009, S. 117).

Schützend wirkt auch ein gut funktionierendes Team, in dem eine kooperative, kommunikative und wertschätzende Atmosphäre herrscht (Müller 2009, S. 7).

In vielen palliativmedizinischen und Hospizeinrichtungen wird Fürsorge für die Begleiter über Supervisionen, Selbsterfahrungsseminare, kontinuierliche interne und externe Fortbildungen, Teamgespräche, multiprofessionelle Teamsitzungen und kollegiale Beratung angeboten (Student, Napiwotzky 2011, S. 87; Lechner 1999, S. 66). Supervision kann beispielsweise einen geschützten Reflexionsraum bieten, in dem die Bearbeitung existentieller Grenzerfahrungen, wie Sterben, Tod und Trauer, sowie

die Auseinandersetzung mit belastenden Gefühlen, wie Angst, Scham und Schuld, möglich wird (Rechenberg-Winter 2014, S. 186).

Entgegen der intuitiven Annahme Humor sei im Tätigkeitsfeld Sterbebegleitung nicht angebracht, ist es sogar erwünscht, Humor als Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der Abschiedlichkeit am Ende des Lebens einzusetzen. Denn in belastenden Situationen schafft gemeinsam erlebter Humor Distanz, trägt zur Entschärfung von Konflikten bei, erhöht die Kritikfähigkeit und fördert Kreativität (Hirsmüller, Schröer 2014, S. 274; Hirsch 2007, S. 80f.).

Tatsächlich fällt die Belastung von Mitarbeitern im Hospiz- und palliativmedizinischen Bereich geringer aus als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (Vachon 1995, S. 91, Bracks 2014, S. 33). Pfister (2014) und Bracks (2014) führen dies zurück auf die starke Unterstützung, die den Mitarbeitern in Hospizen und Palliativstationen zur Verfügung steht (Pfister 2014, S. 182f.; Bracks 2014, S.33). Außerdem liegt es nahe, dass sich diese Einrichtungen mit dem Thema Burnout bereits intensiv auseinandergesetzt haben und entsprechende Präventivmaßnahmen anbieten (Bracks 2014, S. 33). Dabei scheint es genau die Grundhaltung aus dem Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997) zu sein, die die Mitarbeiter trotz der starken Belastung dauerhaft gesund erhält. Denn so wird das Leben als berechenbar, handhabbar und sinnvoll wahrgenommen und es werden Potentiale und Ressourcen zur Gesundheitsförderung aktiviert, sodass der Mensch sein Leben aktiv mitgestalten kann (Antonovsky 1997; Müller 2014, S.182). Die zu Anfang gestellte Frage, inwieweit die Selbstfürsorgestrategien für dieses Arbeitsfeld ausreichen, sich selbst zu schützen und ob es eine Grenze des „Aushaltbaren“ gibt, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Denn jeder Mensch hat seine eigenen individuellen Selbstfürsorgestrategien, die er mehr oder weniger intensiv umsetzt, auch je nach dem, ob er sich selbst als wertvoll empfindet.

Die Umsetzung von Selbstfürsorge gestaltet sich nicht einfach. Denn Selbstfürsorge ist nicht immer sozialverträglich, sie kann auch mit den Selbstfürsorgestrategien anderer kollidieren oder ein Abweisen von Wünschen anderer bedeuten. Außerdem steht sie oft im Widerspruch zu gesellschaftlichen Werten wie Hilfsbereitschaft und Nächstenliebe. Gleichzeitig ist festzustellen, dass Einrichtungen im Bereich der *Palliative Care* das Risiko des Burnouts durch die Belastungen in diesem Arbeitsfeld scheinbar erkannt haben und mit präventiven Fürsorgemaßnahmen gegensteuern, sodass die Burnoutrate von Mitarbeitern tatsächlich geringer ist als in anderen

Berufsfeldern. Ob die Belastungen in diesem Bereich als nicht aushaltbar empfunden werden, scheint demnach davon abzuhängen, ob die oben genannten Strategien angewendet und auch als hilfreich eingeschätzt werden.

Die Begleitung alter Menschen im Sterben unterscheidet sich in bestimmten Punkten von der Sterbebegleitung jüngerer Menschen. Ältere Menschen nehmen ihren Tod oft gefasst auf, denn Gedanken an ihn sind ihnen nicht unbekannt. Das Sterben im Alter wird sowohl vom Umfeld, als auch von den Sterbenden meist als ein natürlicher Teil des Lebens akzeptiert (Hirsmüller, Schröder 2014, S. 56). Ein Tod in diesem Lebensalter schreckt nicht und wird von Begleitern weniger belastend empfunden als ein Tod in einem früheren Alter, bei dem der Sterbende sein Leben noch vor sich gehabt hätte.

Für alte Menschen sind sensorische Funktionseinschränkungen, wie das Hören, Sehen, Riechen und Schmecken, Teil ihrer Normalität. Zusätzlich zum normalen Alterungsprozess können teilweise mehrere chronische Erkrankungen, wie die Alzheimer Demenz, Morbus Parkinson und Osteoporose vorliegen, die die Lebensqualität der alten Menschen massiv verschlechtern und teilweise sicher zum Tod führen. So ist die Erkrankungssituation hochbetagter Menschen häufig durch Multimorbidität gekennzeichnet, die in der Regel nur noch symptomatisch behandelt wird und sehr häufig auch zur Pflegebedürftigkeit, teilweise über viele Jahre, führt. Fachkräfte in der Begleitung sterbender alter Menschen müssen „ganzheitlich“ anwesend bei den ihnen anvertrauten Menschen sein, besonders wenn es um das Erkennen von Bedürfnissen nicht äußerungsfähiger Menschen geht.

Wie in der Einleitung, im Sinne des Zitates von Elisabeth Kübler-Ross beschrieben, muss der Helfer alles einsetzen, seinen Kopf, sein Herz und seine Seele, um in der Sterbebegleitung hilfreich zu sein. Dabei besteht das Risiko sich selbst zu überfordern. Es ist demzufolge wirklich wichtig in diesem Arbeitsfeld gut für sich selbst zu sorgen.

5 Ausblick

Sowohl in der Altenhilfe, als auch in der *Palliative Care* ist die Profession der Sozialen Arbeit noch nicht genügend etabliert. Von der Thematik der Sterbebegleitung alter Menschen sind vermutlich zum heutigen Zeitpunkt nur sehr wenige Sozialarbeiter betroffen. Demensprechend sind auch nur wenige Sozialarbeiter gefordert, sich mit den Belastungen dieses Arbeitsfeldes auseinanderzusetzen und für sich selbst im Kontext Sterben und Tod zu sorgen.

Das hat aber nichts damit zu tun, dass in diesen Bereichen Soziale Arbeit nicht gebraucht wird. Wasner (2014) weist daraufhin, dass die Kompetenzen, die Sozialarbeiter mitbringen, sich als gewinnbringend für alle Beteiligten erweisen, wenn diese in der *Palliative Care* und im Hospiz eingesetzt werden (Wasner 2014, S. 54f.). Es ist jedoch festzustellen, dass die Thematik Sterben und Tod immer mehr an Bedeutung für die Gesellschaft gewinnt. Denn inzwischen ist das Sterben keine alleinige Privatsache mehr, sondern auch eine Angelegenheit der professionellen Betreuung geworden.

Es ist jedoch auch ein Fakt, dass alte Menschen den Großteil der Bevölkerung ausmachen und deren Anteil an der Gesamtbevölkerung weiter zunehmen wird (BMFSFJ 2002, S. 18), sodass sich auch prospektiv mehr alte Menschen im Sterbealter befinden werden, von denen wiederum viele palliative oder hospizliche Versorgung benötigen.

Perspektivisch ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Sozialer Arbeit im Bereich der Altenhilfe, aber auch im Bereich der palliativen Geriatrie beträchtlich zunehmen wird.

Auch wenn dies in der bisherigen gesetzlichen Verortung der Sozialen Arbeit in diesem Bereich noch nicht deutlich wurde, ist für die Zukunft ein Umdenken auf politischer Ebene notwendig.

Um die Soziale Arbeit als Bestandteil der *Palliative Care* zu integrieren, muss sie dauerhaft in die Regelfinanzierung der Einrichtungen implementiert werden, indem rechtliche Vorgaben dafür geschaffen werden. Außerdem sollte Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung mit in die Lehrpläne der Hochschulen aufgenommen werden sowie Forschungsprojekte zur Wirksamkeit der Sozialen Arbeit in diesem Feld erfolgen.

I Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit „Selbstfürsorge von Sozialarbeiter*innen in der Begleitung sterbender Senioren“ selbstständig und ohne fremde Hilfe erfasst und keine anderen als die in der Arbeit angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als sichere kenntlich gemacht habe.

Dresden, den 10.1.2020

Claudia Blaut

II Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. [dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke]. Tübingen: DGVT-Verlag.

Ablett, J. R.; Jones, R. S. (2007): Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience work. In: *Psycho-Oncology*. Jg. 16 (Heft 8), S. 733-740.

Agaibi, C. E.; Wilson, J. P. (2005): Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. In: *Trauma, violence & abuse*. Jg. 6 (Heft 3), S. 195-216.

Aurnhammer, K. (2002): Gewollte Nähe und notwendiger Schutzraum. In: Böke, H.; Schwickart, G.; Spohr, M. (Hrsg.): *Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motive. Schutzräume. Problemfelder*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. S. 22-33.

Bengel, J.; Lyssenko, L. (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit in Erwachsenenalter. Band 43. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (BZgA)* (<https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/band-43-resilienz-und-psychologische-schutzfaktoren-im-erwachsenenalter/>, verfügbar am 11.11.2019).

Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2019): *Demografischer Wandel im Berlin-Institut. Beiträge zum Abschied von Reiner Klingholz*. Berlin. (https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Festschrift_DemografischerWandelImBerlinInstitut/Festschrift_online.pdf), verfügbar am 31.12.2019).

Böhnisch, L. (2012): Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In: Thole, W. (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag. S. 219-233.

Böke, H.; Schwikart, G.; Spohr, M. (2002): *Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motivationen, Schutzräume, Problemfelder*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Bracks, V. (2014): Burnout - ein Thema auf Palliativstationen? In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): *Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag. S. 31-34.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation Senioren, Frauen und Jugend: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Bonn (<https://www.bmfsfj.de/blob/94664/9befafb2962a59acaf4fa82204397c36/prm-21789-4--altenbericht-teil-iv-data.pdf>, verfügbar am 12.12.2019).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und*

Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin (<https://www.bmfsfj.de/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht---bundestagsdrucksache-data.pdf>, verfügbar am 30.12.2019).

Burisch, M. (2006): Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. 3. Aufl. Heidelberg: Springer Verlag.

Cherniss, C. (1980): Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Supervision e. V. (DGSv) (2008): Der Nutzen von Supervision. Verzeichnis von Evaluationen und wissenschaftlichen Arbeiten. Bereich Pflege und Altenhilfe. Kassel: University Press. S. 62-68.

Dougherty, E.; Pierce, B.; Ma, C.; Panzarella, T.; Rodin, G.; Zimmermann, C. (2009): Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. In: Am. J. Hosp. Palliat. Care. Jg. 26 (Heft 2), S. 105-111.

Duden (2014): Das Herkunftswörterbuch: Etymologie der deutschen Sprache. 5. Aufl. Mannheim: Dudenverlag.

Edelwich, J.; Brodsky, A. (1984): Ausgebrannt. Das Burn-out-Syndrom in den Sozialberufen. Salzburg: AVM-Verlag.

Fengler, J. (2000): Interview. In: Die Hospiz-Zeitschrift. Jg. 2 (Heft 4), S. 10–11.

Fengler, J. (2008): Helfen macht müde. Zur Analyse von Burnout und beruflicher Deformation. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Freudenberger, H. J. (1974): Staff burn-out. In: Journal of Social Issues. Jg. 30 (Heft 1), S. 159-165.

Haubl, R. (2012): Praxis der Selbstfürsorge. Studie: Arbeit und Leben in Organisationen 2011. Risikofaktoren für Arbeitsqualität und physische Gesundheit (<https://www.yumpu.com/de/document/read/7435868/rolf-haubl-praxis-der-selbstfursorge-dgsv>, verfügbar am 11.11.2019).

Heidegger, M. (1979): Sein und Zeit. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

Heimerl, K. (2008) Orte zum Leben - Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Heller, A.; Kittelberger, F. (2010): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Heller, A. (2014): Das perimortale Omnikompetenzsyndrom. Anspruch als Belastungsfaktor. In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospiz- und Palliativmedizin. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Hirsch, R. D. (2007): Gesundheitsfaktor Humor am Arbeitsplatz. In: Bachmaier, H. (Hrsg.): Humorstrategien. Lachen macht stark. Göttingen: Verlag Wallstein. S. 57-82.

Hirsmüller, S.; Schröer, M. (2014): „Wer’s mit Humor trägt, macht’s sich leichter!“ Humor – ein Schutzfaktor in der Arbeit mit Sterbenden. In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospiz- und Palliativmedizin. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. S. 268-276.

Kern, M.; Pauler, B. (2014): Überredseligkeit und Sprachlosigkeit. Zwei Seiten einer (Belastungs-) Medaille? In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag. S. 162-171.

Koch, A.; Kühn, S. (2001): Ausgepowert? Hilfen bei Burnout, Stress, innerer Kündigung. 3. Aufl. Offenbach: GABAL Verlag.

Kübler-Ross, Elisabeth (1993): Erfülltes Leben, würdiges Sterben. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Kulbe, A. (2008): Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege Sterbender. 1. Aufl. München: Verlag Urban & Fischer.

Lazarus, R. S.; Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.): Stress - Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern: Huber Verlag. S. 213-259.

Lechner, F. (1999): Supervision – ein notwendiges Arbeitsinstrument für die komplexen Anforderungen in der (ambulanten) Altenpflege. In: Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (DGsv) (2008): Der Nutzen von Supervision. Verzeichnis von Evaluationen und wissenschaftlichen Arbeiten. S. 66.

Maroon, I. (2017): Burnout bei Sozialarbeitern. Theorie und Interventionsperspektiven. Hildesheim: Georg Olms Verlag.

Maslach, C.; Jackson, S. E. (1986): Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto, Ca.: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C.; Leiter, M. P. (1999): Teacher burnout: A research agenda. In: Vandenberghe, R.; Huberman, A. M. (Hrsg.): Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice. Cambridge: University Press. S. 295–303.

Maslach, C.; Leiter, M. P. (2008): Early predictors of job burnout and engagement. In: Journal of Applied Psychology. Jg. 93 (Heft 3), S. 498-512.

May, M. (2010): Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit: Eine Einführung. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.

Melching, R. (2014): Zwischen dem Sterbe-Leben und dem Lebe-Leben. Persönliche Einschätzungen zum Schutzfaktor Privatleben. In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): *Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospiz- und Palliativmedizin*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. S. 238-249.

Müller, M. (2002): Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Einleitung. In: Böke, H.; Schwickart, G., Spohr, M. (Hrsg.): *Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motive. Schutzräume. Problemfelder*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. S. 9-13.

Müller, M.; Pfister, D.; Markett, S.; Jaspers, B. (2009): *Wieviel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland*. In: *Schmerz*. Jg. 23 (Heft 6), S. 600-608.

Müller, M., Pfister, D. (2014): *Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospiz- und Palliativmedizin*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Paul, K.; Janotta, L.; Heuer, K.; Hanes, A. (2015): *Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung. Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt*. In: *Soziale Arbeit*. Jg. 64 (Heft 1), S. 14-20.

Pecoraro, A. (2008): *Hospizarbeit. Der Umgang mit täglichem Todeserleben*. Saarbrücken: VDM-Verlag.

Pereira, S. M.; Fonseca, A. M.; Carvalho, A. S. (2011): *Burnout in Palliative Care: a systematic review*. In: *Nurs. Ethics*. Jg. 18 (Heft 3), S. 317-326.

Pfeffer, C. (2005): *„Hier wird immer noch besser gestorben als woanders.“ Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Potreck-Rose, F. (2017). *Selbstfürsorge. Was hindert uns daran und wie lässt sie sich fördern?* In: *Psychotherapie im Dialog*. Jg. 18 (Heft 4), S. 24-30.

Poulsen, I. (2009): *Burnoutprävention im Berufsfeld Soziale Arbeit: Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften*. Wiesbaden: VS Verlag.

Radbruch, L.; Rolke, R. (2014): *Eine anspruchsvolle Tätigkeit. Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter*. In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): *Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospiz- und Palliativmedizin*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. S. 60-67.

Rechenberg-Winter, P. (2014): *Der entlastende Blick. Supervision als Schutzfaktor*. In: Müller, M., Pfister, D. (Hrsg.): *Wieviel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospiz- und Palliativmedizin*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Reddemann, L. (2005): *Selbstfürsorge*. In: Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Eckert, J. (Hrsg.): *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 563-568.

- Reiners-Kröncke, W.; Röhrig, S.; Specht, H. (2010): Burnout in der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Augsburg: Ziel Verlag.
- Renz, M. (2005): Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Robinson, V. M. (2002): Praxishandbuch Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen für Gesundheits- und Pflegeberufe. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rüger, U.; Blomert, A. F.; Förster, W. (1990): Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.
- Sepulveda, C.; Marlin, A.; Yoshida, T.; Ullrich, A. (2002): Palliative Care: The World Health Organization's global perspective. In: J. Pain Symptom Manage. Jg. 24 (Heft 2), S. 91-96.
- Student, J.-C.; Mühlum, A. (2016): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. 3. Aufl. München: utb-Verlag.
- Student, J.-C.; Napiwotzky, A. (2011): Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Vachon, M. L. S. (1995): Staff press in hospice/palliative care: a review. In: Palliat. Med. Jg. 9 (Heft 2), S. 91-121.
- Wasner, A. (2014): Aktuelle Situation in Deutschland. In: Wasner, M.; Pankofer, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 53-57.
- Wasner, M.; Pfleger, M. (2011): Psychosocial care on palliative care units. In: Eur. J. Palliat. Care Suppl.: 219.
- Wagner, U. (2014): Zielgruppen. In: Wasner, M.; Pankofer, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 61-67.
- Weinrich, H. (2001): Kleine Literaturgeschichte der Heiterkeit. München: C. H. Beck.
- Wilkening, K. (2001): Hospizarbeit – milieuthérapeutischer Luxus für Demenzkranke? In: Die Hospizzeitschrift. Fachforum für Hospizarbeit. Jg. 3 (Heft 2), S. 9-11.
- Wilkening, K. (2005): Hospiz und Altersfragen. In: Die Hospiz-Zeitschrift. Sonderausgabe 01/2005 „Expertengespräch Hospizarbeit“. Jg. 7 (Sonderausgabe 1), S. 20-22.

Wilkening, K. (2010): Hospizarbeit im Alter. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 108-119.

Wohlleben, U. (2014): Palliative Care in der Geriatrie: Begleitung schwersterkrankter hochbetagter Menschen und ihrer Angehörigen. In: Wasner, M.; Pankofer, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 188-194.

Woog, A. (2006): Einführung in die Soziale Altenarbeit. Theorie und Praxis. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Zöllner, U. (1998): Die ganz andere Art, sich etwas Gutes zu tun. Zürich: Kreuz-Verlag.

Vorlesung

Prof.^{IN} Dr.^{IN} Kuklau, N. (Wintersemester 2018): Risiko- und Gefährdungslagen im Alter. Stand: 11.11.2018.