

Forkert, Heike
Ketterl, Babette

„Bedürfnisfokussierte Soziale Arbeit für alte
Menschen im Sterbeprozess“

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Herr Michel C. Hille

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Monika Häußler-Sczegan

Bibliografische Beschreibung:

Forkert, Heike; Ketterl, Babette:

Bedürfnisfokussierte Soziale Arbeit für alte Menschen im Sterbeprozess. 78 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2011

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit den Bedürfnissen sterbender alter Menschen und bezieht das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit auf diesen Themenkomplex.

Im Einzelnen wird in einem allgemeinen Bereich auf die konkreten Bedürfnisse des sterbenden alten Menschen eingegangen, die Orte des Sterbens erläutert, die Einstellungen gegenüber Sterben und dem Tod aufgegriffen sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit bezüglich der Sterbebegleitung alter Menschen thematisiert.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf einer theoretischen Fragestellung mit einhergehender Literaturanalyse. Dadurch sollen vorhandene Problemstellungen ermittelt und Lösungs- bzw. Handlungsmöglichkeiten gefunden werden. Durch vielfältiges Zitieren aus der Fachliteratur soll ein Meinungsspektrum aufgezeigt und gegensätzliche Ansätze dargestellt werden.

Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis.....	5
1	Einleitung (Forkert, Ketterl).....	6
2	Ausgangssituation (Forkert, Ketterl)	7
2.1	Demografische Entwicklung in Deutschland (Ketterl)	7
2.2	Was ist Alter und wer sind alte Menschen? (Forkert)	10
2.3	Soziale Arbeit und Sterbebegleitung (Forkert).....	13
3	Bedürfnisse sterbender alter Menschen (Forkert)	16
3.1	Leben im Bewusstsein des nahen Todes (Forkert)	17
3.1.1	Zur Bedeutung des Sterbens (Forkert).....	17
3.1.2	Das Phasenmodell von Kübler-Ross (Forkert)	18
3.2	Die Grundbedürfnisse sterbender Menschen (Forkert).....	20
3.3	Die bedürfnisfokussierte Sterbebegleitung (Forkert)	22
3.4	Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im Sterbeprozess (Forkert).....	24
4	Orte des Sterbens alter Menschen und die Hospiz-Idee (Ketterl).....	26
4.1	Krankenhaus und Palliativstation (Ketterl).....	27
4.2	Pflegeheim (Ketterl).....	29
4.3	Häuslichkeit (Ketterl).....	31
4.4	Hospiz (Ketterl).....	35
4.5	Palliative Care (Ketterl).....	37
4.6	Eingliederung der Hospiz-Philosophie in stationäre Einrichtungen (Ketterl).....	40
4.7	Zwischenfazit (Ketterl)	42
5	Einstellungen gegenüber Sterben und Tod (Forkert).....	43
5.1	Die Todesgestaltung alter Menschen (Forkert).....	44
5.1.1	Die Würde des Menschen im Alter (Forkert)	44
5.1.2	Dem alten Menschen beistehen (Forkert)	46
5.2	Die Bedeutung sozialer Unterstützung (Forkert).....	47
5.3	Die Distanzierung der Gesellschaft von sterbenden Menschen (Forkert)	49
6	Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit in der Begleitung alter sterbender Menschen (Forkert, Ketterl)	51

6.1	Ziele und Inhalte sozialpädagogischen Handelns (Forkert).....	52
6.1.1	Orientierung an der Kategorie: Subjekt (Forkert).....	52
6.1.2	Orientierung an der Kategorie: Ort (Forkert).....	55
6.1.3	Orientierung an der Kategorie: pädagogischer Bezug (Forkert).....	56
6.2	Ausgewählte Methoden Sozialer Arbeit (Ketterl)	58
6.2.1	Case Management (Ketterl)	58
6.2.2	Biografiearbeit (Ketterl).....	60
6.3	Das multiprofessionelle und interdisziplinäre Team (Ketterl).....	63
6.4	Die Rolle des Ehrenamtes (Ketterl)	64
6.5	Zwischenfazit (Ketterl).....	66
7	Resümee und Ausblick (Forkert, Ketterl).....	68
	Anlagen (Ketterl)	71
	Literaturverzeichnis	73
	Erklärung zur selbstständigen Anfertigung.....	78

Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	Auflage
Bd.	Band
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.
d.h.	das heißt
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.
etc.	et cetera
e.V.	eingetragener Verein
f.	folgend
ff.	fortfolgend
Hg.	Herausgeber
NHO	Nationale Hospizorganisation der USA
o. S.	ohne Seite
S.	Seite
TU	Technische Universität
vgl.	vergleiche
WDR	Westdeutscher Rundfunk
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

1 Einleitung (Forkert, Ketterl)

Sterbebegleitung mit den entsprechenden Bedürfnissen sterbender Menschen stellt ein breit gefächertes Thema dar. Dieses wird von den meisten Menschen als unangenehm wahrgenommen, hier bestimmen oft Angst, Ungewissheit und Verdrängung die Reaktionen.

Speziell alte Menschen haben jedoch andere Bedürfnisse, als im allgemeinen Spektrum der Literatur beschrieben. Diese Aussage trifft besonders für das Lebensende der Senioren zu.

Die Motivation für das Thema „Bedürfnisfokussierte Soziale Arbeit für alte Menschen im Sterbeprozess“ entstand aus dem Interesse an dieser Problematik und der scheinbar literarischen Ignoranz bezüglich alter, multimorbider Menschen und ihrer Bedürfnisse im Sterbeprozess.

Die Bachelorarbeit, die aus einer Literaturrecherche entstand, besteht aus mehreren Teilen, zu denen teilweise Zwischenauswertungen gezogen werden. Nach Erläuterung der Ausgangssituation zum Thema demografische Aspekte und Begriffsklärungen bezüglich alter Menschen werden speziell die Bedürfnisse dieser Personengruppe fokussiert und beschrieben. Es schließt sich ein Überblick zu ausgewählten Sterbeorten sowie zum Niveau der praktischen Umsetzung in der Sterbebegleitung an. Parallel werden in diesem Abschnitt qualitative Unterschiede herausgearbeitet und die Notwendigkeit der Hospiz-Philosophie deutlich gemacht. Im Anschluss erfolgen Beschreibungen zum Umgang mit Sterben und Tod. Hierbei beleuchtet und fokussiert die vorliegende Arbeit die Würde des alten Menschen sowie die gesellschaftlichen Einstellungen. Der letzte Punkt stellt den wichtigen Anspruch der Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit mit alten sterbenden Menschen dar. In diesem Zusammenhang werden Handlungsmöglichkeiten und methodische Aspekte herausgearbeitet und mit den Zielen und Inhalten der Sozialen Arbeit in Verbindung gebracht. Abschließend greift die Schlussbetrachtung die wichtigsten Arbeitsergebnisse auf und stellt einen Ausblick vor.

Leitgebender Gedanke der Arbeit ist, einen Überblick über die derzeitige Situation sterbender alter Menschen zu geben und damit die Notwendigkeit und Darlegung von Verbesserungspotenzialen aufzuzeigen. Sie stellt gleichzeitig den Versuch dar, die bestehende Forschungslücke zum Thema zu verringern.

Aus Gründen der Lesbarkeit werden im Folgenden nur männliche Bezeichnungen verwendet.

2 Ausgangssituation (Forkert, Ketterl)

Im Folgenden werden grundlegende Aspekte bezüglich der derzeitigen demografischen Entwicklung mit entsprechenden Zukunftsprognosen in Deutschland dargestellt sowie Begriffe und Zusammenhänge in Bezug auf Alter und Sterbegleitung aus sozialpädagogischer Perspektive definiert und beschrieben.

2.1 Demografische Entwicklung in Deutschland (Ketterl)

Die demografische Entwicklung in Deutschland mit der sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung wurde in den letzten Jahren immer wieder von Fachleuten thematisiert. Der Strukturwandel wurde dabei mit Schwerpunkten wie „Entberuflichung“, „absolute und relative Alterung“ sowie „zunehmende Hochaltrigkeit“, „Singularisierung“ und „Feminisierung“ beschrieben.

Ende des Jahres 2005 bestand die deutsche Bevölkerung zu 24,9 Prozent aus Menschen mit einem Lebensalter von 60 Jahren oder älter – das entsprach circa einem Viertel der Gesamtbevölkerung. Aktuell ist jeder 5. Bürger Deutschlands älter als 64 Jahre (vgl. Menning; Nowossadeck; Marezke 2010, S. 5).

Deutschland verfügt weltweit über das viert-höchste Durchschnittsalter und es wird in den nächsten Jahren noch steigen. Das Statistische Bundesamt prognostiziert in einer Hochrechnung mit einem Anstieg von vier Jahren bis 2050 (vgl. Aner; Karl 2008, S. 58 f.). Von den Bundesländern weisen Sachsen, Thüringen und Sachsen- Anhalt das höchste durchschnittliche Alter auf. Die jüngste Bevölkerung zeigt sich in Baden-Württemberg sowie in den drei Stadtstaaten. (vgl. Menning; Nowossadeck; Marezke 2010, S. 9) Frauen haben gegenüber Männern die höhere Lebenserwartung. So ergab die Auswertung der Sterbetafel 2003/2005 eine durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen im Alter von 60 Jahren von 24,25 Jahren und im 80. Lebensjahr noch von 8,72 Jahren. Für gleichaltrige Männer betragen diese Werte dagegen nur 20,27 bzw. 7,35 Jahre (vgl. Aner; Karl 2008, S. 44). Zwar zeigt sich das quantitative Übergewicht von Frauen bereits in den Geschlechtergruppen der 60- bis 79-

Jährigen, besonders markant wird dies aber erst in der Gruppe der Hochaltrigen ab 80 Jahre. Begründet liegt dieser Frauenüberhang zudem noch in den Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges. Demnach ist hier zukünftig mit einem Rückgang zu rechnen (vgl. Aner; Karl 2008 S. 57).

Neue Behandlungsverfahren und bessere Präventionsmöglichkeiten im Zuge des medizinischen Fortschritts und die gesamtgesellschaftliche Entwicklung zu allgemeinem Wohlstand seit Mitte des letzten Jahrhunderts haben sich positiv sowie lebensverlängernd auf die Gesundheit der älteren Menschen ausgewirkt. Der dennoch vorhandene Anstieg von Erkrankungen und Funktionsverlusten im Alter ist medizinisch belegt und auch subjektiv nicht zu leugnen und somit primärer Fakt bei der Diskussion um die altersabhängige Gesundheit. Kurioserweise scheinen ältere Frauen neben der höheren Lebenserwartung ebenfalls eine höhere Krankheitswahrscheinlichkeit aufzuweisen, als dies bei älteren Männern der Fall ist (vgl. z.B. Tesch-Römer; Engstler; Wurm 2006, S. 335). Sie leiden öfter unter physischen und psychischen Symptomen und erkranken häufiger an chronischen Krankheiten wie z.B. Demenz und Osteoporose. Entsprechend ihres Gesundheitszustands berichteten die im Alterssurvey befragten Frauen vermehrt von starken Mobilitäts-einschränkungen bei den verschiedensten Tätigkeiten. „Die Betrachtung einzelner Aspekte der gesundheitlichen Situation älterer Menschen in Deutschland unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts und der Staatsangehörigkeit verdeutlicht die Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppen. Vor allem ältere Kohorten, Frauen sowie Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit sind vermehrt mit gesundheitlichen Risikofaktoren belastet.“ (Aner/Karl 2008, S. 45)

Knapp drei Viertel der Menschen im Alter ab 80 Jahren leben allein. Der Preis, den Frauen für eine höhere Lebenserwartung zahlen müssen, ist jedoch in 71 Prozent der Fälle eine Verwitwung. Im Vergleich sind nicht einmal ein Drittel der Männer hiervon betroffen. Der demografische Wandel begründet ebenfalls, dass die Zahl derer, die in Mehr-Personen-Haushalten leben, abnimmt, während mit dem Alter die Häufigkeit von Single-Haushalten steigt (vgl. Aner; Karl 2008, S. 46). Die zukünftigen Chancen älterer Menschen zur Einbindung in persönliche Netzwerkstrukturen und zur sozialen Teilhabe werden zur gesellschaftlichen Aufgabe. Obwohl ein Großteil der älteren

Deutschen ab 60 Jahren einen Ein-Personen-Haushalt bildet, wohnen sie dennoch in räumlicher Nähe zu ihren Kindern. So sind nach den Aufzeichnungen des Alterssurvey von 2002 58,3 Prozent dieser Menschen im gleichen Haus oder Ort wie zumindest eines ihrer erwachsenen Kinder ansässig. Bei der Gruppe der hochaltrigen Männer liegt dieser Anteil sogar noch höher. Ähnlich verhält es sich mit der Kontakthäufigkeit dieser Altersklassen zu ihren Kindern: 65 Prozent der 60- bis 79-Jährigen haben täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich Kontakt zu ihren Kindern und bei den 80- bis 85-Jährigen sind es bereits 68,6 Prozent (vgl. Auer; Karl 2008, S. 47).

Im Vergleich zum aktuellen Zustand ist sich die Wissenschaft sicher, dass das Bild älterer Menschen auch weiterhin an Heterogenität gewinnen wird. Wie schon beschrieben, werden mehr Männer die Hochaltrigkeit erreichen, denn die Frauen verlieren zukünftig dieses Vorrecht. Einhergehen wird diese Verschiebung jedoch mit höherer Morbidität und Abhängigkeit von der Unterstützung anderer Personen oder Hilfseinrichtungen. Positive Prognosen gehen von einer Verschiebung mit Verkürzung von schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der späteren Lebensphase aus und sprechen von einer Kompression der Morbidität. Andere Vermutungen widersprechen dieser Annahme. Hier lehnen die Forscher eine Veränderung der aktuellen Gegebenheiten, bis auf das spätere Auftreten, ab und vertreten eine Konstanz der Morbidität. Pessimistische Szenarien zeigen dagegen eine steigende Morbidität auf, die deren Expansion darlegen. Erste empirische Untersuchungen deuten insgesamt auf eine Konstanz, vielleicht sogar auf die Kompression der Morbidität (vgl. Auer/Karl 2008, S. 51).

Mit dem steigenden Anteil älterer Menschen sinkt entsprechend der Anteil der Jüngeren. Gefördert wird diese Verschiebung durch die Abnahme der Bevölkerungszahl basierend auf einer geringen Geburtenrate. Statt den vorhandenen 1,3 Kindern wären 2,1 Kinder pro Frau nötig, um das Gleichgewicht zu erhalten. Bis 2050 wird sich die Zahl der Kinder, die in den letzten 100 Jahren die Norm war, um die Hälfte verkleinert haben (vgl. Auer; Karl 2008, S. 58 f.).

Angesichts dieser Entwicklung sind eine innovative Umstrukturierung und der Ausbau der Sozialen Altenarbeit zwingend nötig. Neben der Erweiterung der konventionellen, professionell garantierten Hilfeformen für die pflege-

bedürftigen Betroffenen, muss die gemeinschaftlich organisierte Selbsthilfe in Überlegungen über zukünftige Prozesse einbezogen werden. Ob sich Deutschland in seiner gesellschaftlichen Entwicklung mit der veränderten Altersstruktur, sprich der „Überalterung“, arrangieren können und das solidarische Miteinander gewährleisten kann, bleibt abzuwarten. Der steigende Bedarf der Älteren wird die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung enorm beanspruchen. Der gesamte öffentliche Bereich unseres Sozialstaates, inklusive der kommunalen Bau- und Verkehrsplanung, der Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, müssen darauf eingestellt und in den zukünftigen demografischen Handlungsrahmen einbezogen werden.

Ein hoher Prozentsatz der älteren Menschen verfügt in Form von Einkommen, Sparvermögen und Immobilienbesitz über gute finanzielle Rücklagen. Dies führt nicht nur zu einer Steigerung der allgemeinen Kaufkraft, sondern wird von den Betroffenen im Bedarfsfall in Hilfe- und Pflegeleistungen investiert. Folglich ergibt sich eine boomende Nachfrage auf dem professionellen Dienstleistungsmarkt. Auch könnten das nicht-monetäre soziale Engagement bei den Bürgern mit Zeitreserven und die Nachbarschaftshilfe aktiviert werden. Das sind Potenziale des demografischen Wandels, die es zu nutzen gilt.

2.2 Was ist Alter und wer sind alte Menschen? (Forkert)

Eine allgemein verbindliche Grenze für den Beginn des Alters kann nicht festgelegt werden, weil dazu die Perspektiven und die verschiedenen Bereiche des Alters zu stark voneinander variieren. Das kalendarische, biologische, psychisch-intellektuelle und soziale Alter beeinflussen sich zwar gegenseitig stark, doch stimmen sie selten überein. Die individuellen Unterschiede sind zudem sehr groß.

Das biologische Alter ergibt sich sowohl aus der genetischen Programmierung als auch aus den erfahrenen äußeren Einflüssen. Das psychisch-intellektuelle Alter resultiert ebenfalls aus einem sehr komplexen Zusammenwirken von Anlage und Umwelt. Die vorangegangenen Personalisations- und Sozialisationsprozesse stecken dabei den Verhaltensspielraum ab. Die Einstellungen beziehungsweise Haltungen zu sich selbst als alternder Mensch, zum Alter generell sowie auch zum Tod haben Einfluss darauf, ob man beispielsweise

eher aktiv oder eher zurückgezogen altert. Das soziale Alter ist stärker Normierungen ausgesetzt. Zu nennen sind dabei die in einer Gesellschaft üblichen Alterseinteilungen, die angebotenen oder zugewiesenen Positionen und deren Bewertung sowie die an das chronologische Alter gebundenen Verhaltensvorschriften und -erwartungen. Hier existieren auch geschlechtsspezifische Unterschiede. So werden Frauen früher als alt bezeichnet als Männer.

Da Alter heute weitgehend synonym mit Ruhestand geworden ist, kommt es durch den Trend zum frühen Ruhestand in Verbindung mit der gestiegenen Lebenserwartung zu einer zeitlichen Ausweitung der Altersphase. Diese kann damit einen Zeitraum von 30 Jahren und mehr umfassen. Eine so entstandene große Altersgruppe ist alles andere als homogen und weist die unterschiedlichsten Lebenslagen und Lebensstile auf (vgl. Gerling; Naegele 2005, S. 30). Es spricht sogar vieles dafür, dass die Gruppe der alten Menschen die heterogenste Altersgruppe überhaupt darstellt. Dies wurde z.B. für die geistige Leistungsfähigkeit, die Persönlichkeits- und Bewältigungsmerkmale sowie die sozialen Beziehungsformen nachgewiesen (vgl. Wahl; Heyl 2004, S. 19).

Um die biologischen Vorgänge und die sozialen Konstruktionen des Alters differenzieren zu können, ist es sinnvoll, zwischen dem dritten und dem vierten Lebensalter zu unterscheiden. Mit dem dritten Lebensalter wird die gesellschaftliche Konstruktion einer relativ langen Lebensphase nach dem Erwerbsalter bezeichnet. Die eher kurze, stark von biologischen Abbauprozessen geprägte Phase vor dem Tod wird als viertes Lebensalter definiert (vgl. Gerling; Naegele 2005, S. 30).

Mit dem immer größer werdenden Anteil alter Menschen an der Gesamtgesellschaft ist vor allem eine Zunahme bei den Hochaltrigen verbunden. Die Gesellschaft wird sich darauf einstellen müssen, dass diese Gruppe der Bevölkerung sogar überproportional zunimmt. Somit wird es künftig die Regel statt die Ausnahme sein, dass Menschen älter als 80 Jahre werden (vgl. BMFSFJ 2002, S. 18 f.).

Grundlegend wird angenommen, dass es sich beim Übergang vom dritten in das vierte Alter um einen qualitativen Sprung handelt, der oft noch unterschätzt wird, jedoch ernster genommen werden sollte.

Zur Beschreibung von Hochaltrigkeit findet man in der deutschsprachigen neueren Fachliteratur vor allem die folgenden typischen Begriffe

beziehungsweise Begriffspaare: „Alte Alte, Sehr Alte, Älteste Alte, Hochbetagte, Höchstbetagte, Uralte, Hundertjährige, Überlebende bzw. Hohes Alter und Langlebigkeit“ (Wahl; Heyl 2004, S. 53).

Es sind besonders zwei Personen, die in der internationalen gerontologischen Diskussion diesbezüglich eine Rolle spielen, da sie sich sehr engagiert mit dem dritten und vierten Alter auseinander gesetzt haben: der Entwicklungs- und Lebenslaufpsychologe Paul B. Baltes und der im Jahre 2002 verstorbene Historiker Peter Laslett.

Der Ansatz von Laslett kann als ein Beitrag zu einer historischen Soziologie des Alters verstanden werden. Er unterscheidet zwischen einem ersten, zweiten, dritten und vierten Alter und akzentuiert dabei vor allem die historisch notwendig gewordene Neuverteilung der Lebensstufen. Das erste Alter ist die Zeit der Abhängigkeit, Unreife, Erziehung und Sozialisation. Als Zeit der Unabhängigkeit, Reife und Verantwortung sowie des Verdienens und Sparens wird das zweite Alter beschrieben (vgl. Wahl; Heyl 2004, S. 53 f.). Das dritte Alter definiert Laslett als „Zeit der persönlichen Erfüllung und als höchsten Punkt in der Bahn des individuellen Lebens“ und das vierte Alter als „Zeit der unabänderlichen Abhängigkeit, der Altersschwäche und des Todes“ (Laslett 1995, zit. n. Wahl; Heyl 2004, S. 54).

Baltes dagegen spricht beim vierten Alter von „der unvollendeten Architektur der menschlichen Ontogenese“ (Baltes; Smith 1999, zit. n. Wahl; Heyl 2004, S. 54). Danach besitzen vor allem drei Elemente Implikationen in Bezug auf das Verständnis von Hochaltrigkeit: Erstens wird argumentiert, dass die Vorteile der evolutionären Selektion der Hochaltrigkeitsphase nicht mehr zum Tragen kommen, da diese jenseits der Reproduktionsphase liegt. Zweitens wird angenommen, dass Alter und Hochaltrigkeit bereits durch die altersassoziierten biologischen Verluste eine besonders starke Schutz- und Unterstützungswirkung durch die Kultur benötigen. Dabei ist die gesamte Bandbreite von psychologischen, sozialen, symbolischen sowie materiellen Kulturleistungen gemeint. Drittens wird davon ausgegangen, dass diese Schutz- und Unterstützungswirkung durch die Kultur, obwohl sie im hohen und sehr hohen Alter von besonderer Bedeutung ist, mit fortschreitendem Alter gleichzeitig an Wirksamkeit verliert beziehungsweise es immer schwieriger wird, diese Wirkung vollständig und dauerhaft zu entfalten (vgl. Wahl; Heyl 2004, S. 54).

Vor dem Hintergrund dieser drei Annahmen drückt sich die Unvollendetheit der menschlichen Ontogenese des hohen Alters in zweierlei Hinsicht aus: Einmal kann davon ausgegangen werden, dass die biologische sowie die kulturelle Evolution nicht abgeschlossen sind und weiter fortschreiten. „Zum Zweiten sind das Alter und speziell Hochaltrigkeit noch jung in dem Sinne, dass weder die biologische noch die kulturelle Evolution in der noch relativ kurzen Zeit der Herausbildung einer deutlich längeren Altersphase genügend Gelegenheit hatten, eine vollständig angepasste Architektur des Alters bzw. von Hochaltrigkeit zu entwickeln“ (Wahl; Heyl 2004, S. 54). Diese Sichtweise hat für die heutigen alten und sehr alten Menschen zur Folge, dass Hochaltrigkeit sowohl individuell als auch gesellschaftlich als sehr verletzbare Lebensphase mit zunehmender Unmöglichkeit einer wirksamen Kompensation von Defiziten zu sehen ist.

Die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Altersgruppen und den Generationen ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine der Schlüsselfragen der gesellschaftspolitischen Diskussion der nächsten Jahrzehnte. Denn durch den stark wachsenden Anteil der Hochaltrigen und den damit verbundenen Pflegebedarfen könnten künftig immer mehr ökonomische Ressourcen in Anspruch genommen werden.

Abschließend ist zu erwähnen, dass sich die bisherige gerontologische Forschung vor allem mit dem dritten Alter befasst hat. D.h., dass Studien zur Hochaltrigkeit noch nicht im erforderlichen Maße vorhanden sind, obwohl es sich, wie anfangs bereits erwähnt, um den derzeit am stärksten anwachsenden Bevölkerungsanteil handelt, welcher gleichzeitig mit den größten Risiken und möglicherweise auch mit den höchsten Pflegekosten verbunden ist (vgl. Wahl; Heyl 2004, S. 54 f.).

2.3 Soziale Arbeit und Sterbebegleitung (Forkert)

Der Umgang mit Sterben und Tod wird seit Ende der 60er Jahre öffentlich thematisiert. Sterben und Sterbebegleitung werden somit als gesellschaftliches Problem wahrgenommen. Mit dieser gesellschaftlichen Problematisierung des Umgangs mit Sterben und Tod wird die Thematik auch für die Soziale Arbeit beziehungsweise für Sozialpädagogen relevant. So begleiten sie sterbende Menschen z.B. in der ambulanten, teilstationären oder stationären Arbeit mit

kranken, behinderten sowie alten Menschen. Sozialpädagogen übernehmen auch häufig eine so genannte Brückenfunktion zwischen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen. In der Hospizarbeit nehmen sie ebenfalls seit langem wichtige Aufgabenbereiche wahr.

Sterbebegleitung gewinnt quer zu anderen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit an Bedeutung, wie z.B. in der Arbeit mit psychisch Kranken und in der Behindertenarbeit.

Obwohl die Profession zunehmend mit Sterben und Tod konfrontiert wird, fehlt es bislang an entsprechender Literatur speziell aus sozialpädagogischer Perspektive. Wer sich als Sozialpädagoge mit Sterben und Tod auseinandersetzt, wird feststellen, dass die Disziplin dieses Thema bisher kaum zur Kenntnis genommen hat. Damit folgt sie, abgesehen von religiös-theologischer Literatur, der allgemeinen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Nichtbeachtung der Thematik (vgl. Mennemann 2005, S. 1834).

Geht es um die Bezeichnung der Unterstützung sterbender Menschen, so werden in der Literatur verschiedene Begriffe benutzt und favorisiert. Sterbebeistand bezeichnet eine eher statische Unterstützung bei dem und für den Sterbenden. Dagegen drückt Sterbebegleitung eine aktive Begleitung aus. Mit Orthothanasie ist eine Hilfe gemeint, die den Menschen befähigen soll, angesichts der Wirklichkeit des Todes entsprechend seiner persönlichen Prägung sein Leben zu beenden. Agathanasie steht für einen guten und angemessenen Verlauf des Sterbeprozesses. Nicht das Ziel, sondern der gemeinsame Weg steht hier im Mittelpunkt.

Für sozialpädagogische Erläuterungen scheint sich der Begriff der Sterbehilfe anzubieten. Das Problem liegt jedoch darin, dass dieser heutzutage im allgemeinen Sprachgebrauch gleichgesetzt wird mit der aktiven oder passiven Tötung eines Menschen.

Das Wort Begleitung nimmt in der Literatur oft die Funktion eines umfassenden Begriffs ein. Aufgrund dessen wird Sterbebegleitung auf inhaltlicher Ebene als Oberbegriff zu Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Orthothanasie und Agathanasie sowie als Synonym für den sozialpädagogischen und umfassenderen Hilfebegriff verstanden (vgl. Mennemann 2005, S. 1835).

Normalerweise arbeiten Sozialpädagogen mit Menschen zusammen, die sich in einer Not-, Problem- oder Krisensituation befinden. Sterben kann zwar nicht grundsätzlich mit einer Not-, Problem- oder Krisensituation gleichgesetzt werden, aber es gibt deutliche Parallelen zwischen allgemeinen Beschreibungen von Sterbe- und anderen Krisensituationen. Demzufolge ist Sterben vergleichbar mit einem dynamischen Krisen- und zugleich auch Lern- beziehungsweise Aneignungsprozess. Paradox erscheint es, dass dabei das Aneignungsziel die Fähigkeit ist, letztendlich das eigene Leben loslassen zu können. Daher ist es sinnvoll, den Sterbeprozess als einen Lebensabschnitt zu betrachten, der bezüglich seiner psychischen Bearbeitungs- und Bewältigungsformen mit verschiedenen krisenhaften Zeiten im Verlauf eines Menschenlebens vergleichbar ist.

Aus sozialpädagogischer Perspektive lässt sich Sterben demzufolge begrifflich-theoretisch als Krisenerleben und somit auch als psycho-sozialer Verarbeitungsprozess betrachten. In diesem Zusammenhang trägt eine theoretisch-wissenschaftliche Präzisierung des Krisenbegriffs zu einer differenzierteren Veranschaulichung der psycho-sozialen Situation sterbender Menschen bei. Dies wird mit Blick auf diverse krisenrelevante Forschungsbereiche, wie z.B. die Psychoanalyse, die Entwicklungspsychologie, die Stressforschung oder auch die Lebensereignisforschung vorgenommen (vgl. Mennemann 2005, S. 1836).

Eine Krise kann wie folgt beschrieben werden: In ihrem Problemgehalt stellt sie eine die vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigende Belastungssituation dar. So können auf personaler Ebene starke Stimmungsschwankungen sowie Gefühle der Spannung und Angst auftreten. Eine Krise wird somit als eine starke Bedrohungssituation erlebt, die die ganze Person in Frage stellt. Wie mit ihr umgegangen wird, hängt von der örtlichen, der sozialen sowie der gesellschaftlichen Umwelt ab. Nicht die schwierige Situation, sondern erst ihre spezifische Interpretation und Wahrnehmung sowie das Fehlen von Bewältigungsressourcen führen zu einer Krise. Zur Problembewältigung ist ein qualitativer Sprung zur Neuorganisation der Persönlichkeit notwendig. Krisen stellen darüber hinaus in ihrem Verlauf offene Veränderungsprozesse dar, die über Rückkopplungsprozesse stattfinden.

Bei einer Krisenanalyse spielen personale Faktoren wie biografische Aspekte und Bewältigungsressourcen, Kontextmerkmale des sozialen und örtlichen Umfelds wie Familienangehörige, der Freundeskreis, betreuende Fachkräfte, der Lebensort und die Institution sowie soziokulturelle Bedingungen eine bedeutende Rolle.

Die psycho-soziale Situation Sterbender aus sozialpädagogischer Perspektive kann mittels der Erläuterung des Krisenbegriffs genauer dargestellt werden. Sterbende Menschen werden hier als Subjekte verstanden, die sich in einer Krisensituation befinden können, jedoch nicht müssen. Für die Beschreibung des Sterbeprozesses und für die Sterbebegleitung hat dies Konsequenzen. Abgesehen von anderen Disziplinen stellt die Sozialpädagogik psycho-soziale Aneignungs- und Entwicklungspotentiale in den Vordergrund. Demnach wird Sterben nicht nur als körperlicher Abbauprozess begriffen, sondern vor allem als psychischer Krisenprozess, dessen Bewältigung nicht immer gesichert ist. Unterschiedliche Modelle kritischer Lebensereignisse sind dabei geeignet, die Komplexität interagierender Faktoren in Krisensituationen darzustellen. Sie erweitern den Blick auf biografische, soziale, institutionelle und gesellschaftliche Faktoren als zusammenwirkende Ursachen für Krisen und stellen für die Sterbebegleitung wichtige heuristische Grundlagen zur Verfügung.

Sterbesituationen lassen sich unter Anwendung von Krisenmodellen zusammenfassend nach intrapersonalen, d.h. physischen, kognitiven, emotionalen und konativen, transpersonalen oder Fragen nach Sinn betreffenden, interpersonalen beziehungsweise sozialen, institutionellen sowie gesellschaftlichen Aspekten in einem zeitlichen Prozess differenziert beschreiben (vgl. Mennemann 2005, S. 1836).

3 Bedürfnisse sterbender alter Menschen (Forkert)

Vermutlich haben in der Geschichte der Menschheit noch nie so viele Menschen so viele Tote und Todesarten gesehen und trotzdem persönlich so wenig Berührung mit Sterbenden oder einem Leichnam gehabt (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 11).

Der Tod ist ein Thema, welches unsere Gesellschaft mit ihrer Verehrung der Jugend und Orientiertheit am Fortschritt übergeht, außer Acht lässt und

verleugnet. Es scheint beinahe so, als würden wir im Tod nur eine weitere Krankheit sehen, die überwunden werden muss. Doch er ist unvermeidlich, denn wir werden alle zu einem gewissen Zeitpunkt sterben. Der Tod ist ein Teil der menschlichen Existenz, der menschlichen Reifung und Entwicklung, genauso wie die Geburt. Damit ist er als integraler Bestandteil unseres Lebens zu sehen, der der menschlichen Existenz einen Sinn verleiht. Der Tod setzt unserer Lebenszeit eine Grenze und zwingt uns, etwas Produktives innerhalb dieser Zeit zu tun, solange wir sie noch nutzen können (vgl. Kübler-Ross 2003, S. 11).

Was bedeutet es, zu wissen, dass man nur noch eine begrenzte Zeit zu leben hat? Wie gehen Menschen damit um, wenn sie mit der Realität des Todes konfrontiert sind? Welche Bedürfnisse und Wünsche haben sterbende Menschen?

Im Folgenden wird versucht, die gestellten Fragen ansatzweise zu beantworten.

3.1 Leben im Bewusstsein des nahen Todes (Forkert)

Das Bewusstsein, sterben zu müssen, ganz unmittelbar und ohne Aufschub, ist für den Sterbenden von wesentlicher Bedeutung (vgl. Mittag 1994, S. 26). Heutzutage ist jedoch an die Stelle dieses Bewusstseins zunehmend der Wunsch getreten, den Tod nicht spüren zu wollen. Dabei ist aber das Bewusstsein, in absehbarer Zeit sterben zu müssen, auch Voraussetzung dafür, die letzten Tage, Wochen oder Monate des Lebens aktiv zu gestalten und die Dinge zu regeln, die noch zu erledigen sind.

Die Erkenntnis des unmittelbar bevorstehenden Todes ist eine Situation, die uns besonders deutlich macht, dass wir im Augenblick des „Hier und Jetzt“ (Mittag 1994, S. 27) leben. Diese Phase bewusst zu erleben, ist ein Geschenk für den Sterbenden sowie auch für die Angehörigen und Freunde, denen die Erinnerung an das Sterben bleibt (vgl. Mittag 1994, S. 27).

3.1.1 Zur Bedeutung des Sterbens (Forkert)

Der Beginn des Sterbens kann weder von der medizinischen Prognose noch von der Mitteilung einer infausten Diagnose, d.h., der Feststellung einer todbringenden Krankheit her zeitlich eindeutig festgelegt werden. Es ist trotzdem

notwendig, zumindest zu einem Grundverständnis davon zu kommen, ab wann wir einen Menschen als Sterbenden ansehen müssen. Diese Frage kann und muss zunächst nur der Arzt beantworten (vgl. Mittag 1994, S. 19 f.)

Student definiert einen sterbenden Menschen als einen, „...dessen Tod in unmittelbar absehbare Nähe gerückt ist, der also nach ärztlicher Einschätzung innerhalb weniger Wochen oder Monate sterben wird. Er leidet an einer Erkrankung, die durch ärztliches Vermögen nicht mehr heilbar ist ... und bei der die unmittelbare Todesursache ... bereits absehbar geworden ist“ (Student; Busche 1990, S. 4, zit. n. Mittag 1994, S. 20).

Kübler-Ross beschreibt die Bedeutung des Todes als „die letzte Stufe der Reife: Alles, was du bist, und alles, was du getan hast und gewesen bist, konvergiert in deinem Tod“ (Kübler-Ross 2003, S. 11). Wenn man stirbt und wenn man das Glück hat, vorher davor gewarnt zu werden, dann bekommt man die letzte Chance zur Reife, nämlich jener zu werden, der man wirklich ist. Man muss jedoch nicht warten, bis einem der nahende Tod bewusst ist. Nach Kübler-Ross ist es niemals zu spät, mit dem Leben und dem Reifwerden zu beginnen. Demzufolge muss man es nur zulassen, dass der Tod den Kontext für das Leben liefert, denn in ihm liegt die Bedeutung des Lebens und der Schlüssel zur Reife (vgl. Kübler-Ross 2003, S. 11 ff.).

3.1.2 Das Phasenmodell von Kübler-Ross (Forkert)

So wie uns der vertraute Umgang mit dem Tod verloren gegangen ist, ist auch das Bedürfnis gewachsen, von der wissenschaftlichen Seite Hilfe bei dem Verständnis des Sterbens zu finden. Eine in diesem Zusammenhang häufig gestellte Frage ist, ob es eine Gesetzmäßigkeit oder Regelmäßigkeit des Sterbens gibt. Dahinter ist auch der Wunsch zu erkennen, eine Art Handlungsanleitung für den Umgang mit dem Sterben zu erhalten, in einer Zeit, in der kaum noch jemand einen vertrauten Umgang mit dem Tode hat (vgl. Mittag 1994, S. 29).

Im Folgenden wird das Phasenmodell der Schweizerin Elisabeth Kübler-Ross dargestellt, bei dem es sich sicherlich um eines der bekanntesten Werke über die Gesetzmäßigkeiten des Sterbens handelt:

1. Phase - *Nichtwahrhabenwollen und Isolierung*: Es wird ein schwerer Schock mit der Mobilisierung sämtlicher psychologischer Abwehr-

mechanismen erlebt und versucht, die Krankheit vor sich selbst zu leugnen. Später erfolgt meistens eine Isolierung.

2. Phase - *Zorn*: Gleichzeitig kommen Groll, Wut und Neid auf. Dahinter steht die Frage: „Warum denn gerade ich?“ Nicht bereit sein, das Schicksal des nahenden Todes zu akzeptieren. Dazu kommen Schuldzuweisungen gegenüber Angehörigen und dem Pflegepersonal.
3. Phase - *Verhandeln*: Es wird um einen Aufschub gefeilscht. Alternativmedizinische Wege werden genutzt und es besteht die Hoffnung auf ein Wunder bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Meinungsfreiheit. Urlaube geben Zeit zum Abschiednehmen und konstruktiven Aufräumen.
4. Phase - *Depression*: Der Verlust der Vitalität ist verbunden mit dem großen Schmerz der Vorbereitung auf den endgültigen Abschied von der Welt. Erstarrung, Zorn und Wut weichen dem Gefühl eines schrecklichen Verlustes. Hoffnungslosigkeit, Trauer und Verzweiflung gehen einher.
5. Phase - *Zustimmung*: Müdigkeit, Schwäche und das Bedürfnis nach Schlaf werden stärker. Die Phase der Einwilligung, d.h. ein gewisses Maß von Frieden und Einverständnis, ist erreicht. Dem Tode wird mit einem „Ja“ begegnet (vgl. Hille 2008; Kübler-Ross 1971, S. 62 ff.).

Für Kübler-Ross bildet das Verständnis dieser Phasen die Voraussetzung für eine hilfreiche Begleitung Sterbender (vgl. Mittag 1994, S. 30).

Bei der Betrachtung eines solchen Phasenmodells muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Sterbeprozess nicht linear verläuft, d.h., dass die erwähnten Sterbephasen nicht unbedingt nacheinander durchlebt werden. So ist es möglich, dass einzelne Phasen nicht oder Teilaspekte einzelner Phasen gleichzeitig erlebt werden (vgl. Hille 2008).

Kritisiert wurde Kübler-Ross hauptsächlich aufgrund der Annahme, die von ihr differenzierten Phasen stellten einen psychischen Entwicklungsprozess dar, der beim überwiegenden Teil der Sterbenden zu beobachten sei. Die von ihr genannte Phasen-Sequenz, so die Kritik, darf nicht verallgemeinert werden, da sie nur auf einen Teil der Sterbenden zutrifft (vgl. Kruse 2007, S. 88).

3.2 Die Grundbedürfnisse sterbender Menschen (Forkert)

Fragt man sterbende Menschen oder Menschen, die sich bereits intensiver mit ihrer Sterblichkeit auseinandergesetzt haben nach ihren Bedürfnissen in Bezug auf das eigene Sterben, dann sind die Antworten sehr unterschiedlich (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 25). Dabei gibt es Orientierungen, die uns helfen, die Vielzahl der Bedürfnisse Sterbender ein wenig zu ordnen (vgl. Rest 1994, S. 126).

Rest benennt hier sechs Grundbedürfnisse in einer wichtigen, keineswegs willkürlichen Reihenfolge. Sie bilden eine Art Hierarchie, wobei die erstgenannten Grundbedürfnisse die Grundlage für die letztgenannten sind:

a) Bedürfnisse des Körpers: Bei diesen Bedürfnissen geht es um einen möglichst geringen körperlichen Verfall, um Beherrschung der Ausscheidungsprozesse, Erhaltung des Atems, Freihaltung der Atemwege, das Bedürfnis nach ausreichendem Schlaf und Durststillung. Zu nennen sind außerdem das Bedürfnis nach Anregung für die Sinne, wie z.B. Farben, Musik oder Wärme, Linderung der Schmerzen sowie ausreichende und richtige Ernährung. Darüber hinaus geht es vielleicht auch um den Wunsch nach sexuellem Erleben des Sterbens, ebenso wie nach Möglichkeiten, die noch verbliebenen Fähigkeiten und Kräfte einzusetzen und zu nutzen. Dies ist das Basisbedürfnis, das zur Voraussetzung für alle anderen Bedürfnisse wird.

b) Bedürfnis nach Sicherheit: Es handelt sich hier um einen möglichst hohen Grad des Überleben Könnens, um die Verfügbarkeit von Personen im Notfall. Die Welt soll nicht unter den Füßen des Sterbenden auseinander brechen. Quälende Fragen und Bedenken besonders zur Krankheit, zum Allgemeinbefinden und zum Sterben sollen ehrlich beantwortet werden. Der Sterbende wünscht bis zuletzt eine gute Versorgung, „die Beibehaltung der Dinge, die ihm im Leben gehörten, die sein Leben ausmachten (z.B. die Ringe an der Hand, die persönliche Kleidung); er wünscht Schutz vor körperlichen Leiden, hofft, dass alles getan wird, was getan werden kann und dass zugleich nicht zu viel getan wird, möchte spüren, dass er in kompetenten Händen ist“ (Rest 1994, S. 126). Für diese Art Sicherheit können technische Hilfsmittel, die Rationalisierung der Arbeit sowie die Einführung kompetenter Selbsthilfe oder auch mobiler Dienste hilfreich sein.

c) *Bedürfnis nach Liebe*: Der Sterbende möchte Gefühle der Sorge und Zärtlichkeit mit anderen teilen. Er will Freundschaften bis in den Tod hinein fortsetzen, neue Beziehungen knüpfen, Liebe verschenken und sich geliebt fühlen. Er verlangt Zuneigung, möchte die wirkliche Sorge der pflegenden Personen spüren können und möchte sich von diesen akzeptiert fühlen, gleich, was er tut. Der Körper ist sein primäres Organ der Liebe, weil die Körpersinne als letzte schwinden. Rest beschreibt in diesem Zusammenhang die Familienangehörigen und Freunde als „die besten Personen der Liebe“ (Rest 1994, S. 127). Sie müssen jedoch oft erst befähigt werden, ihre eigenen Qualen zu überwinden und ihre Liebe zu zeigen. Hierzu bedarf es der Ehrlichkeit. Von der Familie darf nicht verlangt und erwartet werden, dass sie unehrlich sein müssen. Die sozialen Kontakte der Liebe und Geborgenheit helfen dabei, Vereinsamung zu verhindern.

d) *Bedürfnis nach Achtung*: Dieses Bedürfnis verlangt, dass das Ziel des Sterbenden, nämlich die Suche nach einer persönlichen Todesprägung, beachtet und geachtet wird. Seine Handlungen und Gedanken möchte er als angemessen geltend wissen. Er möchte auch im Sterben eine wichtige Person sein, die Prestige und Status nicht verloren hat, die einen guten Ruf besitzt und mit diesem auch im Äußeren ein gutes An- und Aussehen (Kleidung, Körperpflege). Der Sterbende möchte also gewürdigt werden und Anerkennung finden, unter anderem als „einer, der allen anderen seine Nähe zum Tode voraus hat, welche diese anderen eben erst noch finden müssen“ (Rest 1994, S. 127). Dabei ringt er um Unabhängigkeit und Freiheit sowie um Respekt als Person. Gleichzeitig möchte er nicht die Selbstachtung, die Beherrschung und die Zuversicht einbüßen. Aus diesem Grund ist der eventuell von ihm geäußerte Todewille ernst zu nehmen, ohne dass ihm deshalb gleich nachgegeben werden müsste. Darüber hinaus darf es keine stationären Unterschiede zwischen den Genesenden, Heilbaren und den Unheilbaren, Sterbenden geben, auf deren Kosten vielleicht den anderen in einem Krankenhaus oder Heim geholfen wird (vgl. Rest 1994, S. 127).

e) *Bedürfnis nach Selbstverwirklichung*: Für den Sterbenden ist es von großer Bedeutung, sich auch im Tode noch als Person voll entfalten zu können. Er sucht deshalb nach Übereinstimmung mit den Gefühlen anderer und benötigt zugleich ein Verständnis seiner gegenwärtigen Krise. Er will Verantwortung für

sich selbst übernehmen und er ringt um Sinnerfüllung dieses Lebensabschnittes. Dafür benötigt er mindestens eine für ihn vertraute und wichtige Person, welcher er seine Erlebnisse und Gefühle mitteilen kann. Er kämpft dabei um die volle Annahme seines nahenden Todes, um die „persönliche Todesprägung“ (Rest 1994, S. 127). Der Sterbende sucht nach Klärung und Bewertung seiner religiösen Überzeugungen, nach einem sicheren Gefühl des Friedens und der Erfüllung.

f) *Bedürfnis nach Begegnung*: Der sterbende Mensch strebt aus sich heraus auf eine andere Existenzweise zu. Er will die Enge (Angst = Enge) seines Lebens sprengen, Einswerden mit der Menschheit, der Welt und Gott. Aus diesem Grund wenden sich Sterbende besonders stark ihrer Umwelt zu. In gewisser Weise stellen sich Sterbende ebenso der Verantwortung für die Lebenden in stellvertretendem Sterben und Leiden oder dadurch, dass sie Helfer werden ihrer hilflosen Helfer. Mit diesem Akt der Zuwendung zu den Lebenden sind sie integrierter Teil der Zukunft der Welt und der Menschheit (vgl. Rest 1994, S. 128).

3.3 Die bedürfnisfokussierte Sterbebegleitung (Forkert)

Bezogen auf die vorab genannten Grundbedürfnisse lassen sich verschiedene Handlungsanweisungen für den Umgang mit sterbenden Menschen ableiten. Auf alle derartigen Anregungen der entsprechenden Bedürfnisebene kann jedoch nicht eingegangen werden, da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Aufgrund dessen wird hier nur ein Hauptmerkmal des jeweiligen Bedürfnisses betrachtet (vgl. Rest 1994, S. 128):

a) *Körper - Bewältigung der Schmerzen*: Dem Sterbenden sollen die Schmerzen möglichst genommen, aber Leid zugelassen werden, „so weit er es braucht“ (Rest 1994, S. 128). Wichtig ist, die Schmerzen nicht nur zu lindern, sondern ihnen zuvorzukommen sowie gegebenenfalls zu versuchen, sie mit dem Sterbenden gemeinsam zu ertragen. Den Klagen des Sterbenden sollte geduldig zugehört werden, da aus ihnen vielleicht ein unmittelbarer Hilferuf, eine Bitte um Interesse oder ein Ausdruck innerlich akzeptierten Sterbens herauszuhören ist. Verlegungen auf eine andere Station oder in einen anderen Raum sollten möglichst vermieden beziehungsweise mit Gesprächen vorbereitet und begleitet werden.

b) Sicherheit - Erkennen der Ängste: Es sollte zugelassen werden, dass sich Freude, Wut, Ängste, Furcht und Trauer ausleben wollen. Der Sterbende sollte Gelegenheiten haben, über seine Gefühle offen zu sprechen oder sie lebendig zeigen zu können. Die Angst, als Persönlichkeit nicht ernst genommen zu werden, kann durch Minderung der Krankheitszentrierung des pflegerischen Betrachtungsfeldes genommen werden. Dem Sterbenden sollte die Sicherheit gegeben werden, dass er in seinem Sterben nicht allein sein muss, wie z.B. durch Mitsein und Dasein (vgl. Rest 1994, S. 129).

c) Liebe - Soziale Zärtlichkeit im Dabeisein üben: Es ist wichtig, beim Sterbenden zu sein, ihn aber nicht mit der Liebe zu erdrücken. Die Mitteilungen des Sterbenden über seine Erlebnisse und Gefühle sollten behutsam wahrgenommen und auf diese geduldig eingegangen werden. Es sollte beachtet werden, dass der Sterbende Liebe und Zärtlichkeit auch dann noch erlebt, wenn er dies nicht mehr mitteilen kann. Angehörige, Freunde sowie Bekannte sollten ins Sterben des Sterbenden einbezogen werden, d.h. tatsächlich oder durch die Erinnerung (vgl. Rest 1994, S. 129).

d) Achtung- Der Sterbende darf sich anerkannt wissen: Es sollte versucht werden, die charakteristische Persönlichkeit des Sterbenden zu begreifen (Biografie, Gespräch, Beobachtung) und zu wahren, z.B. kleine Eigenheiten zugestehen (vgl. Rest 1994, S. 129). Der äußere Respekt sollte bis in die Sprache erkennbar sein (Duzen). Sonderwünsche des Sterbenden sollten akzeptiert und weitestgehend erfüllt werden, z.B. beim Betten, bei der Nahrung oder auch beim Alkoholgenuss. Der Sterbende darf nicht anders behandelt werden als der Lebendige, d.h. Fortsetzung der Normalität in abnormer Situation.

e) Selbstverwirklichung - Persönliche Todesprägung ermöglichen: Der Sterbende sollte noch kleine Verantwortungen für sich und für andere Menschen übernehmen können. Den Sinnfragen darf nicht ausgewichen werden. Sie sollen in ihrem ganzen Spannungsbogen wirken und ernst genommen werden. Jegliche Hierarchien am Sterbebett sollten zurückgedrängt werden, wie z.B. Vorbehalte für Ärzte. Der Sterbende lenkt und leitet diese Lebensphase und bestimmt, wer ihm wie zu seiner Wahrheit verhilft. Es sollte respektiert werden, wenn der Sterbende über seinen Zustand schweigen will.

Die Stille wird dabei als Raum lebendigen Sterbens betrachtet (vgl. Rest 1994, S. 130).

f) *Begegnung - Den Sterbenden über sich hinaus schreiten lassen*: Die eigene Bereitschaft, den Sterbenden loszulassen, hilft ihm, sich selbst loszulassen. „Ekstase“ (Rest 1994, S. 130) sollte wahrgenommen und erlaubt werden, denn sie ist eine Form der Selbstüberschreitung des Menschen auf dem Weg zu ganz anderen Dingen und zu Gott. Dem Menschen muss zugestanden werden, dass sein Sterben Bedeutung hat, weil mit ihm geschieht, was der ganzen Menschheit als Ziel bestimmt ist, sich nicht zu genügen, sondern zu überschreiten. Mit der Sprache der Sterbenden sollten die Grenzen der Kultur und Zeit überwunden werden. Symbole, Musik, Farben, Zärtlichkeiten, Lachen, Weinen usw. sind immer und überall verständlich (vgl. Rest 1994, S. 130).

3.4 Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im Sterbeprozess

(Forkert)

Im Folgenden werden die Begriffe Religiosität und Spiritualität voneinander unterschieden und jeweils definiert.

Die Definition von Religiosität bezieht sich auf den Begriff Religion (lateinisch: *religio* = Rückbindung) und beschreibt die Rückbindung des Menschen an eine göttliche Instanz. Anders ausgedrückt, beschreibt sie ein System von Überzeugungen, Praktiken und sprachlichen Symbolen in einer Gemeinschaft. Diese wiederum geht von einem transzendentalen Selbst- und Weltverständnis aus und sieht dabei Transzendenz im Sinne des Göttlichen. Der Begriff der Religion lässt sich gleichzeitig auf sehr unterschiedliche Glaubenskodizes anwenden: „Entscheidend ist der Glaube an Transzendenz, und zwar im Sinne des Göttlichen. Religiosität beschreibt die Identifikation des Menschen mit einem Glaubenssystem, für das Transzendenz und Existenz des Göttlichen konstitutiv sind“ (Kruse 2007, S. 132).

Spiritualität wird definiert als transzendentales Selbst- und Weltverständnis, ohne dass auf eine göttliche Instanz ausdrücklich Bezug genommen wird. Die Suche des Menschen nach einer letzten Antwort auf zentrale Fragen, sein Leben betreffend, wie z.B. „Woher komme ich, wohin gehe ich, was ist der

Grund, der Ursprung meines Seins?“ (Kruse 2007, S. 133) weist auf spirituelles Fragen hin (vgl. Kruse 2007, S. 133).

Wird zwischen intrinsischer und extrinsischer Religiosität unterschieden, so basiert diese Differenzierung auf der Motivation. Bei der intrinsischen Religiosität werden religiöse Akte um ihrer selbst willen ausgeübt. Das Individuum erlebt in ihnen einen tiefen Lebenssinn. Bei der extrinsischen Religiosität dagegen werden religiöse Akte vor allem aufgrund eines als verbindlich gesehenen Normenkodexes ausgeübt. Dabei weisen empirische Befunde auf unterschiedliche Zusammenhänge zwischen intrinsischer und extrinsischer Religiosität auf der einen und psychischer Gesundheit bei sterbenden Menschen auf der anderen Seite hin (vgl. Kruse 2007, S. 134).

In dieser Grenzsituation wurden keine zusammenhängenden Unterschiede zwischen intrinsisch religiösen und nicht religiösen Menschen im Ausprägungsgrad depressiver Störungen festgestellt. Es fanden sich jedoch bedeutende Unterschiede zwischen extrinsisch religiösen Menschen einerseits sowie intrinsisch religiösen und nicht religiösen Menschen andererseits. Bei den erstgenannten waren die Werte in den Depressionsskalen höher. Darüber hinaus war bei einigen Personen mit extrinsischer Religiosität die Tendenz ersichtlich, die Religion als eine Ursache für Belastungen zu deuten, die primär durch die Angst vor einem strafenden Gott hervorgerufen wird. Bei sterbenden Menschen mit intrinsischer Motivation ließ sich diese Deutung dagegen nicht feststellen. Sie vertrauten in die göttliche Instanz und hatten keine Angst vor einem strafenden Gott (vgl. Kruse 2007, S. 134).

Religiöse und spirituelle Bedürfnisse werden in einzelnen Arbeiten von ihrer inhaltlichen Akzentuierung her unterschieden. Diese explizite Differenzierung zwischen Religiosität und Spiritualität erfolgt bei der Darstellung von Untersuchungsergebnissen jedoch nicht mehr. Vielmehr wird von religiösen und spirituellen Menschen gesprochen und zwar aus der Erkenntnis heraus, dass Religiosität und Spiritualität in einem zentralen Merkmal übereinstimmen, dass nämlich die eigene Existenz als Teil eines umfassenden Ganzen verstanden wird, auf das sich das Individuum in der Deutung seiner Existenz bezieht. Darüber hinaus sensibilisieren beide Konzepte einerseits für die Offenheit des Menschen gegenüber neuen Erfahrungen sowie für die Entwicklungsprozesse, die derartige religiöse oder spirituelle Erfahrungen initiieren können. Anderer-

seits sensibilisieren sie für spezifische Ängste und Bedürfnisse, die im Umgang mit sterbenden Menschen beachtet werden müssen (vgl. Kruse 2007, S. 134 ff.).

4 Orte des Sterbens alter Menschen und die Hospiz-Idee (Ketterl)

Tod und Sterben sind für die Menschen in der modernen Gesellschaft, die auf Lebensverlängerung und Jugend ausgerichtet ist, Begriffe, die sie mit unangenehmen Vorstellungen verbinden. Sie assoziieren die letzte Lebensphase mit Vereinsamung, Abschiebung und Hilflosigkeit. Wie sich die für viele Ältere unvermeidbare Realität in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Hospizen wirklich darstellt, bleibt oftmals nur den Beteiligten zugänglich. Empirische Erhebungen, die die Möglichkeit einer differenzierteren Sicht auf das Sterben und seine Begleitung – speziell alter Menschen – schaffen würden, waren innerhalb der Recherche nicht aufzufinden. „Das Sterben findet heute größtenteils in Institutionen statt. Unsere Gesellschaft und technisierten medizinischen Möglichkeiten verlagern die Orte des Sterbens entgegen den Wünschen der meisten.“(Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 10).

Das Zentrum für Arbeits- und Organisationsforschung e.V. thematisierte zwischen November 1999 und Oktober 2004 die Praxis der Sterbebegleitung im Freistaat Sachsen. Neben den Bedingungen, den Faktoren und der Bedeutung der Sterbebegleitung waren Schmerzbehandlung, die Qualität fachübergreifender Zusammenarbeit und die Angehörigenarbeit Inhalt des sozialwissenschaftlichen Forschungsprojektes. In die Betrachtungen wurden ebenfalls die allgemeinen Belastungen und die Bewältigung von Grenzsituationen der beteiligten Berufsgruppen einbezogen. Mit dem Ziel, zukünftig als Entscheidungsgrundlage für gesundheitspolitische und sozialplanerische Handlungskonzepte und Richtlinien zu dienen, wurde eine landesweite, mehrstufige Befragung in allen Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie bei den ambulanten Pflegediensten und Hausärzten durchgeführt. Diese Orte erfuhren in der Analyse einen erhöhten Stellenwert, da die Hospizbewegung während dieser Zeit noch in den Kinderschuhen steckte (vgl. BMFSFJ 2005, o. S.).

Die Situation Sterbender und die Arbeitsbedingungen der Ärzte und Pflegekräfte sind schwierig und bedürfen jeder möglichen Erleichterung. Im

Zuge dieser Ausarbeitung werden ausgewählte Ergebnisse des Projektes als Grundlage einfließen.

4.1 Krankenhaus und Palliativstation (Ketterl)

Das Krankenhaus ist eine meist staatliche Gesundheitseinrichtung, in der durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung die Krankheiten, Leiden oder körperliche Schäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen. Es geht demzufolge darum, Krankheitsprozesse mit medizinischen Maßnahmen zu heilen oder zum Stillstand zu bringen. Der Tod des Patienten gilt nicht als akzeptable Option und verkörpert den Misserfolg der Behandlung bzw. die Kränkung über den Misserfolg, das Leiden zu heilen (vgl. Schweidtmann 1992, S. 33). Der Klinikalltag ist von durchorganisierten Routineabläufen geprägt. Es bleibt dem Personal kaum Zeit, mit den Patienten oder den Angehörigen offen und ausführlich über ihre Krankheiten und Ängste zu sprechen. Die Kommunikation reduziert sich auf wenige, sich wiederholende Themen wie Essen und Krankheit und im besten Fall ein paar Worte über das Wetter und die Familie (Gereben; Kopinitschberger 1998, S. 15). Viele Ärzte verweilen nur zu den Untersuchungen und Visiten bei den Patienten und oft nicht länger als nötig.

Dem gegenüber stehen die Prozentzahlen des Statistischen Landesamtes Sachsen, aus denen das Krankenhaus in Deutschland als Hauptsterbeort hervor geht. Die Aufzeichnungen zu diesem Themenkomplex reichen bis zum Jahr 1910 zurück. Mit nur 10 Prozent waren es zu dieser Zeit noch vergleichsweise wenige Menschen, die im Krankenhaus verstarben. 1966 verbrachten dort bereits 57 Prozent ihre letzten Tage. Diese Entwicklung gipfelte 1984 in 80 Prozent. Zum Zeitpunkt der Studie, 2003, entfiel dann die Hälfte der Sterbefälle auf diese Institution (vgl. BMFSFJ 2005, o. S.).

Die getätigten Angaben betreffen jedoch alle Altersgruppen. Die Entwicklung des Krankenhauses als Sterbeort für alte Menschen wird aus der Literaturquelle nicht ersichtlich.

Diese Gegensätze, dass einerseits wenig Sterbebegleitung praktiziert und andererseits jedoch die meisten Menschen im Krankenhaus versterben lassen eine Diskrepanz erkennen. Denn nur mit Anerkennung des Todes ist der adäquate Umgang mit dem Sterben möglich.

Die innerhalb der Studie befragten Berufsgruppen sehen dies anders und schreiben sich die Sterbebegleitung oft zu. Am häufigsten mit dieser Aufgabe konfrontiert wird das Pflegepersonal, aber jeder zweite Arzt bescheinigt es sich. Die Gruppe der Pflegenden spricht jedoch zu einem Viertel den Ärzten die Tätigkeit der Sterbebegleitung ab (vgl. BMFSFJ 2005, o. S.). Als bezeichnend ist anzumerken, dass für die Mehrzahl der Befragten im eigenen Haus die Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben nicht gegeben sind. In ihrem Arbeitsumfeld die letzten Tage zu verbringen lehnen 60 Prozent der Ärzte und 73 Prozent der Pflegekräfte ab. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf den Mangel an Privatsphäre, entsprechenden Räumlichkeiten und qualifizierten Mitarbeitern, ebenso wie auf den Zeitmangel des Personals. Ergänzend stehen die Befragten mitunter den lebensverlängernden Maßnahmen und der dazu fehlenden menschlichen Zuwendung sehr kritisch gegenüber. Schmerztherapien kommen hingegen nach den Aussagen der Fachkräfte zu wenig zur Anwendung.

Interne Kooperations- und Kommunikationsprobleme gibt jede fünfte Pflegekraft an, wenn sie sagt, dass mit Ärzten nur ein unzureichender Austausch über Sterben und Tod möglich ist. Erschwerend hinzu kommt die meist nicht stattfindende Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wie z.B. Hospizen oder Wohlfahrtsverbänden. Beide Berufsgruppen gaben bei der Befragung eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen an, schilderten im gleichen Atemzug jedoch auch große Kommunikationsprobleme diesbezüglich (vgl. BMFSFJ 2005, o. S.). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Krankenhäuser weitestgehend isoliert arbeiten. Schlagwörter wie „unmündiges Sterben“, „einsames Sterben“ oder „Sterben in Hektik und Panik“ konnten in dieser Studie durchaus bestätigt werden.

Im Zuge des demografischen Wandels wurden diese Einrichtungen, mangels ausreichender Alternativen, in eine Rolle gezwängt, der sie nicht gewachsen sind. Das ist weder für die Betroffenen noch für die Fachkräfte angenehm.

Die Besonderheit in Deutschland besteht darin, dass es neben den „autonomen“ Einrichtungen der Hospize, Palliativstationen gibt, die an Krankenhäuser angegliedert sind. Die Aufgaben der Palliativstationen überschneiden sich zum

Teil mit den stationären Aufgaben des Krankenhauses. Hier geht es jedoch vorwiegend um die symptombezogene Behandlung der Patienten. Diese gilt natürlich in erster Linie für die Schmerzbekämpfung bzw. -behandlung. Als Palliativmedizin wird dagegen eine ausschließlich helfende Sterbebegleitung definiert, die dominierend ärztlich geführt wird. Das fachliche Team sollte sich aus Ärzten, Krankenpflegern, Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagogen und einem Geistlichen zusammensetzen, dem im Bedarfsfall noch weitere Helfer zuzuordnen sind. Wichtig ist auch die Einbeziehung der Angehörigen, wenn der Patient dem zustimmt. Aufnahme finden Menschen mit einer nichtheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, insbesondere mit unerträglichen Schmerzen. Die Stationen sind meist an Krankenhäuser gekoppelt. Aufgabenbereich der Sozialarbeit in Palliativstationen ist die „sozialrechtliche Beratung, Hilfe und Unterstützung bei schwierigen psychosozialen Problemlagen“ (Reinike 2007, S. 691)

Die Struktur ähnelt weitgehend der einer Krankenhausstation. Ein Vorteil liegt in der ständigen ärztlichen Präsenz. Nachteilig gestaltet sich jedoch die Liegezeit der Patienten, denn diese wird an strängen Maßstäben wie bei einer Erkrankung gemessen. Somit dürfen die Palliativpatienten nicht bis zum Lebensende auf der Station verbleiben, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht mehr notwendig ist, obwohl dies oft ihrem Wunsch entsprechen würde (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 90).

4.2 Pflegeheim (Ketterl)

Hochaltrigkeit prägt die Bewohner- und Einrichtungsstruktur der Pflegeheime. Aus dem Durchschnittsalter von 81,8 Jahren ergibt sich, dass zwei von drei Bewohnern 80 Jahre oder älter sind.

Pflegeheime haben sich zu Versorgungsstationen der Altenhilfe für Schwer- und Schwerstpflegebedürftige entwickelt. Die Pflege Hochaltriger erfordert viel Zeit und Geduld. Die Entwicklung verlangt jedoch, dass mit sinkenden Finanzmitteln immer mehr Qualität erbracht werden muss. Das führt zu einer Überforderung der stationären Einrichtungen und den Pflegekräften auf allen Ebenen. Dieser Trend wird zudem von einer angespannten Personalsituation forciert. Aus benannten Gründen kommt es bei den Mitarbeitern häufig zu körperlichen Erkrankungen und emotionaler Erschöpfung. Außer in den

Pflegeberufen und der Hauswirtschaft sind Fachkräfte hier kaum anzutreffen. Das stellt ein Indiz für eine fehlende Integration von Rehabilitationsmaßnahmen dar (vgl. BMFSFJ 2002, S. 287).

Die personelle Absicherung der Sterbebegleitung obliegt in diesen sächsischen Einrichtungen zum Großteil dem Pflegepersonal. In der Mehrheit der Heime ist die Begleitung des Sterbeprozesses eine anerkannte Komponente der Arbeit und entsprechende Pflegestandards regulieren diesen Arbeitsbereich. Angesichts der großen Zahl multimorbider, schwerstpflegebedürftiger Bewohner versuchen die Pflegekräfte ihr Bestes zu geben, um die Sterbenden zu betreuen sowie ihre Bedürfnisse und Wünsche zu erfüllen. Fast drei Viertel der Befragten bedauern jedoch, aus Zeitmangel den sterbenden Bewohner die Aufmerksamkeit nicht im angemessenen Umfang zukommen zu lassen (vgl. BMFSFJ 2005, o. S.).

„Ein Drittel ihrer Zeit opfern die Fachkräfte dafür, ihre Arbeit zu dokumentieren. Kein Wunder, dass sie im Schnitt nur fünf bis sieben Jahre in ihrem Beruf bleiben: Schließlich hatten sie ihn einst gewählt, um zu helfen und nicht, um anzufertigen“ (Der Spiegel 2005, S. 95). Die meisten Pflegekräfte wählten ihren Beruf aus Überzeugung und werden dann mit wenig Lohn, Überstunden, unregelmäßiger Arbeitszeit sowie fehlender Anerkennung hart auf die Probe gestellt. Ihnen stehen zudem nur wenige Möglichkeiten des Krisen- und Konfliktmanagements zur Verfügung. Größtenteils fehlen Supervisionen, um den entstehenden Aggressionen den Bedürftigen gegenüber zu begegnen (vgl. Prah; Schroeter 1996, S. 174 ff.).

Die unterschiedlichen Aussagen der Fachkräfte im Umgang mit einer Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch den Betroffenen zeigen, dass ein hoher Bedarf an Fort- und Weiterbildung zur Kenntnisvermittlung in der Sterbebegleitung besteht.

Die Einbeziehung von Angehörigen sowie die Verankerung von freiwilligen Helfern in den Einrichtungen haben sich verbessert. 34 Prozent der Einrichtungen verfügen über Angehörigenzimmer (vgl. BMFSFJ 2005, S. 9). Allerdings sehen die im Rahmen der ZAROF-Studie befragten Berufsgruppen im stationären Bereich ein Verbesserungspotenzial, neben den benannten Schwierigkeiten, vorrangig in einer besseren Schmerztherapie, in den Räumlichkeiten – Verabschiedungsräume oder Angehörigenzimmer – und in einer

einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit von Hospitzdiensten und ehrenamtlichen Helfern (vgl. BMFSFJ 2005, o. S.).

Positiv haben sich die wohnlichen Gegebenheiten der Patienten entwickelt. Durch einen hohen Anteil von Einbettzimmern können dementsprechend Rückzugsräume geschaffen, die außerdem individuell den Bedürfnissen der Bewohner angepasst werden können. „Zimmer für drei oder sogar mehr Personen sind heute faktisch nicht mehr antreffbar.“ (BMFSFJ 2005, S. 23)

Der größte Vorteil besteht in den stets verfügbaren Pflegekräften. Ehrenamtliche Helfer haben ebenfalls zum Teil Einzug gehalten, jedoch hauptsächlich stundenweise oder zu bestimmten Anlässen.

Auch Differenzierungen im Leistungsangebot integriert die vollstationäre Altenhilfe unter konzeptionellen Gesichtspunkten vermehrt in den Patientenalltag. Bei den Pflegemaßnahmen und in der Ablauforganisation soll damit stärker auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen werden. Bereits in 57 Prozent der Pflegeheime konnten sich, statt der klassischen Stationspflege, Wohngruppenkonzepte mit Bezugspflege und gegebenenfalls mit spezifischen Betreuungs- und Versorgungsangeboten, etablieren. Hierbei werden alle Heimangelegenheiten von der zuständigen Pflegekraft als Hauptansprechpartner geregelt (vgl. BMFSFJ 2005, S. 8).

Leider werden in einem vergleichsweise hohen Anteil an Pflegeheimen immer noch Hilfsmittel zur Fixierung angewendet, was vermuten lässt, „... dass die pflegerische Versorgung eher konventionell und weniger im Sinne neuer, auf Prävention und Rehabilitation bzw. Selbstbestimmung und Selbständigkeit ausgerichteter Standards, vollzogen wird.“(BMFSFJ 2005, S. 31).

4.3 Häuslichkeit (Ketterl)

„Die Familie ist die zentrale Institution für die soziale Integration sowie die emotionale und instrumentelle Unterstützung älterer Menschen.“ (BMFSFJ 2002, S. 165). „Nahezu 90 Prozent aller Pflegebedürftigen und chronisch kranken älteren Menschen in Privathaushalten werden von ihren Angehörigen aus dem engeren Familienkreis betreut.“ (BMFSFJ 2002: S. 167, zit. n. Ferber 1993.)Bei der Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege durch Familienangehörige sind drei Aspekte zu berücksichtigen: die Verfügbarkeit von

Familienmitgliedern, räumliche Gegebenheiten sowie normative und motivationale Grundlagen. Die familiäre Hauptpflegekraft hat Außerordentliches zu leisten. Nicht selten muss sie rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Das bedeutet auch, den Nachtschlaf aufgrund von Pflegeleistungen zu unterbrechen. Sie verkörpert alle Hilfeleistungen, die z.B. ein komplettes Pflegeheim erbringt: Dies umfasst häusliche, körperliche, seelische und bürokratische Aspekte rund um den Pflegebedürftigen. Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen hat weitreichende Konsequenzen für den Pflegenden. Die Pflegeperson lebt mit den Leiden der Angehörigen und der Angst, den Bedürftigen bald zu verlieren, dem ständigen Angebundensein an die häusliche Situation und der Nähe zum Tod und dem Sterbeprozess. Sie verzichtet auf ihre Selbstverwirklichung und fördert durch ihre Tätigkeit die eigene Isolation. Die finanziellen Belastungen sind zudem erheblich, auch wenn die Pflegeversicherung mit der Pflegereform 2008 die materielle Situation pflegender Familien unterstützte. Daraus folgen Erschöpfungszustände, die sich in psychosomatischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen und depressiven Verstimmungen widerspiegeln. „Nur wenigen Pflegenden ist es möglich, sich soweit abzugrenzen, dass sie geduldig, reflektiert, strategisch und mit den eigenen Ressourcen haushaltend im Umgang mit den Hilfebedürftigen reagieren können.“ (BMFSFJ 2005, S. 197 zit. n. Bracker 1990). Dieser Teufelskreis wirkt sich letztlich negativ auf die Sterbebegleitung aus. Wer andere verantwortungsvoll pflegt, geht demzufolge an seine Grenzen. Der Vierte Altenbericht des BMFSFJ stellt fest, dass pflegende Angehörige häufig selbst erkranken.

Dass professionelle psychologische Unterstützung in dieser Situation eine große Hilfe sein kann, wissen viele Betroffene nicht. Ein Forschungsprojekt der TU Berlin untersuchte z.B. die Wirksamkeit telefonischer Beratung für pflegende Angehörige von Demenzkranken (vgl. STUDIE/191: TU Berlin – 08.09.2008: Helfenden helfen). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) förderte zwei Jahre lang im Rahmen der Ressortforschung zum "Leuchtturmprojekt Demenz" das Projekt "Tele.TAnDem – Telefonische Therapie für eine Kurzzeitintervention zur Ressourcenförderung bei häuslich betreuenden Angehörigen.“ Von Juli 2008 bis 2010 wurde erforscht, in welchem Maße pflegenden Angehörigen die Belastungen im Umgang mit demenzkranken Verwandten

durch gezielte telefonische Beratung erleichtert werden können. „So soll das subjektive Belastungserleben reduziert werden, und wir hoffen, positiv auf depressive Symptome, Körperbeschwerden und die Lebensqualität der Angehörigen einzuwirken.“ (Wilz 2008, <http://www.healthways.de/aktuelles/news/browse/3/article/6/telefonberatung-soll-pflegende-angehoerige-unterstuetzen.html>). Zu den Vorteilen der telefonischen Beratung führt sie aus: „Bei Gruppentherapien haben viele Angehörige Schwellenangst, ein solches Angebot überhaupt anzunehmen. Außerdem fehlt ihnen häufig die Zeit dazu – schließlich können sie demente Verwandte eigentlich nie allein lassen.“ (Wilz 2008, <http://www.healthways.de/aktuelles/news/browse/3/article/6/telefonberatung-soll-pflegende-angehoerige-unterstuetzen.html>).

Durch die ZORAF-Studie wurde festgestellt, dass nicht nur in Krankenhäusern und Pflegeheimen, sondern auch im häuslichen Bereich ein deutlicher Hilfebedarf durch andere Berufs- und Personengruppen notwendig ist. Es ist eine zunehmende Zahl multimorbider Krankheitsgeschehen mit besonders intensivem Pflegebedarf und zeitnahe Tod zu verzeichnen. Im Umgang mit sterbenden Menschen fehlen dem Pflegenden jedoch weitgehend die Erfahrungswerte. Darüber hinaus haben viele Menschen noch nie einen Verstorbenen gesehen und somit Angst davor, die erschwerend die genannten Belastungen ergänzen. Die Möglichkeit zur Entlastung ist die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe vorrangig für Hygienemaßnahmen, Zubereitung von Mahlzeiten sowie An- und Ausziehen und medizinisch-pflegerischer Aufgaben, wie dem Verbandswechsel. Gründe können zum einen der Grad der Intensität des informellen Unterstützungsnetzwerkes und andererseits die Zunahme der Pflegebedürftigkeit umfassen (vgl. BMFSFJ 2002, S. 203f.). Die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes erfolgt in der Regel allerdings erst dann, wenn bei den pflegenden Angehörigen erhebliche Belastungssituationen und damit eine Vernachlässigung des Betroffenen eingetreten sind. „Doch auch im häuslichen Bereich ist der Mangel an Zeit das größte Hindernis ..., um eine gute Sterbebegleitung, einschließlich der seelischen Begleitung, zu gewährleisten. Das Abrechnungssystem von Pflegetätigkeiten nach Minutenwerten erschwert die Situation zusätzlich, weil ein adäquater zeitlicher Betreuungsaufwand für sterbende Patienten in den Leistungskomplexen für die ambulante Pflege keine

Berücksichtigung findet.“ (BMFSFJ 2005, o. S.). Die Situation erweitert sich zu einem „Pflagedreieck“. Durch die entstehende und bereits beschriebene Entlastung in bestimmten Bereichen kann der pflegende Angehörige wieder mehr auf die Bedürfnisse der sterbenden Pflegeperson eingehen (vgl. BMFSFJ 2002, S. 205).

Die Voraussetzungen für die Übernahme der Pflege für Familienangehörige scheinen zwar mittelfristig nicht gefährdet zu sein, könnte aber langfristig aufgrund sich verändernder traditioneller Familienstrukturen, abnehmender Geburtenzahlen und dem Verlust familiärer Unterstützungsoptionen zu einer Minderung des familiären Pflegepotenzials führen. Darüber hinaus wird die Bereitschaft der Frauen – die vorrangig die familiäre Betreuung übernehmen - zur Übernahme der Pflegeleistung sinken. Ein Ausgleich könnte durch den zukünftig steigenden Anteil an alten Menschen erfolgen, die noch einen Lebenspartner haben, jedoch stehen diese oft selbst an der Schwelle zur Hochaltrigkeit (vgl. BMFSFJ 2002, S. 194).

Die gesamte Pflegetätigkeit stellt sich als abwärts gerichtete Spirale mit vielen Rückkopplungsfaktoren dar. Aus Kostengründen muss fast alles von den pflegenden Angehörigen getan werden. Dies wiederum führt zu Zeitmangel und Hilfsangebote wie z.B. Pflegekurse oder Beratungsstellen werden nicht wahrgenommen. Daraus folgt meist eine fehlende Pflegekompetenz und somit körperliche und seelische Überforderung. Als Resultat kann formuliert werden, dass Fürsorge unter dem Primat des Profits und dem Leitgedanken der Sparsamkeit und Effizienz als falsche Basis für die häusliche Pflegetätigkeit dient, da sie wertvolle Ressourcen ungenutzt lässt.

Bedürfnisfokussierte Sterbebegleitung beinhaltet nicht nur die letzten Lebenstage, sondern die adäquate Pflege während der gesamten bedürftigen Zeit.

Die Wiederholung der Fernsehreportage „Sterben will ich zu Hause“ auf dem WDR am 04.09.2010 befasste sich ebenfalls mit dem Thema dieses Abschnitts. Aufgegriffen wird das Fallbeispiel Brunhilde Kramer, 86 Jahre und unheilbar krank, die nicht in einem Krankenhaus, sondern zu Hause sterben möchte. Ihr Arzt besucht sie regelmäßig. Der Palliativmediziner achtete darauf, dass sie keine Schmerzen hat und geistig dennoch fit bleibt, um ihre Situation bewusst

zu erleben. Sie ist auf das Sterben vorbereitet und sagte im Interview, das sie jetzt gut aus der Welt gehen könne. „Nach einem langen Leben kann man das auch“, erklärte sie. Brunhilde ist damit einverstanden, ihre derzeit noch positive Situation zu genießen, die Natur jedoch nicht zu bremsen und ihr den Lauf zu lassen, wenn die Zeit gekommen ist. „Jeder kommt dran ...“, fügte sie hinzu.

Dieses Bewusstsein konnte sie nur mithilfe würdevoller Unterstützung und Begleitung auf ihrem letzten Weg erlangen, den sie Dank Palliativmedizin in gewohnter Umgebung gehen konnte.

4.4 Hospiz (Ketterl)

Erst in den 1980er Jahren begann in Deutschland der Einzug der Hospizbewegung (vgl. Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 3). Somit öffnete Deutschlands erstes Hospiz „Haus Hörn“ erst 1986 seine Pforten.

Auch heute orientiert sich noch die gesamte Hospizbewegung an dem berühmten St. Christopher's Hospiz. Es wurde 1967 von der Ärztin Cicely Saunders in London eröffnet. Zusammen mit der aus den USA stammenden Schweizerin Elisabeth Kübler-Ross, leistete sie Pionierarbeit auf dem Gebiet der Sterbeforschung und des Sterbebeistandes (vgl. Student 1994, S. 31).

Der Begriff Hospiz leitet sich aus dem lateinischen „Hospitium“ ab, was wörtlich übersetzt, „Herberge“ oder „Raststätte“ heißt. Diese Herbergen – geführt von christlichen Orden – boten Pilgern auf ihrer Reise zum Ziel Unterkunft, Rast, Pflege und Stärkung. Auch das Hospiz des 20. Jahrhunderts sollte ein Ort sein, an dem Menschen all das finden, was sie benötigen, um gestärkt den letzten Weg ihres Lebens gehen zu können (vgl. Student 1994, S. 19).

Die Nationale Hospizorganisation der USA (NHO) beschreibt Hospize als Orte, die das Leben bejahen. „Hospize machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Krankheit zu unterstützen und zu pflegen, damit sie in dieser Zeit so bewusst und zufrieden wie möglich leben können. – Hospize wollen den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Hospize leben aus der Hoffnung und Überzeugung, daß sich Patienten und ihre Familien so weit geistig und spirituell auf den Tod vorbereiten können, daß sie bereit sind, ihn anzunehmen. Voraussetzung hierfür ist, daß eine angemessene Pflege gewährleistet ist und es gelingt, eine Gemeinschaft von Menschen zu

bilden, die sich ihrer Bedürfnisse verständnisvoll annimmt.“ (Student 1994, S.22 zit. n. NHO)

Die Definition umreißt die wichtigsten Charakteristika der Hospizpflege. Zusammengefasst kann die Arbeit im Hospizbereich in fünf Grundelemente gegliedert werden, die sich wechselseitig beeinflussen. Zum einen sind die Angehörigen sowie der Sterbende selbst gleichermaßen Adressaten des Hospizdienstes. Denn wird sich völlig auf die Wünsche Sterbender und denen der Angehörigen konzentriert, gelingt es, den ganzen Menschen wahrzunehmen. Ebenfalls unterstützt ein interdisziplinäres Team die Betroffenen, welches im Kapitel 6.2.1 näher ausgeführt wird. Darüber hinaus werden freiwillige Helfer einbezogen. Das Hospiz-Team besitzt spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der palliativen Medizin. Als letztes Grundprinzip wird die Kontinuität der Betreuung benannt. Dabei können Angehörige einerseits rund um die Uhr kompetente Mitarbeiter in den Einrichtungen antreffen und andererseits auch nach dem Tod des geliebten Menschen mit Unterstützung und Trauerbegleitung rechnen (vgl. Student 1994, S. 22ff.).

Hospize werden als Stätte des Lebens für Sterbende bestimmt, keinesfalls als ‚Sterbekliniken‘ (vgl. Tausch; Tausch 1991, S. 195). Im Gegensatz zu Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt es im Hospiz kein Reglement. Das Besuchsrecht der Angehörigen und Freunde der Kranken ist, wie schon beschrieben umfassend und zeitlich nicht begrenzt. Auch ein Haustier kann in Absprache mit der Leitung einen geeigneten Platz an der Seite des Sterbenden finden (vgl. Student 1994, S. 33). Überdies unterscheiden sich auch die Einrichtungen oft noch erheblich von Krankenhäusern oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens: Helle Räume, freundlich getönte Wände, große Fenster und ansprechende Bilder an den Wänden mit Möglichkeit der individuellen Gestaltung, angepasst auf den Bewohner, erzeugen ein Gefühl der Geborgenheit (vgl. Student 1994, S. 20).

Angelehnt an die ZORAF-Studie, beziehen sich die in diesem Abschnitt verwendeten Zahlen und Daten ebenfalls auf Sachsen. Da auch hier die Zahl der sterbenden alten Menschen keinen gesonderten Stellenwert in der Literatur einnimmt, wurde dies im Rahmen der Recherche telefonisch von den jeweiligen

stationären Hospizen (siehe Anhang) ermittelt und eigens ein durchschnittlicher Gesamtwert für Sachsen berechnet.

In Sachsen existieren sieben stationäre Hospize, davon eine spezielle Einrichtung für Kinder, die in diese Erhebung nicht einbezogen wurde. Von den übrigen sechs Einrichtungen waren die Leitungen von vier bereit, Auskunft zu geben, woraus die Näherungswerte für das Jahr 2010 berechnet werden konnten. In den vier Hospizen stehen den Betroffenen jeweils 12 Betten zur Verfügung. Es verstarben 154 Menschen, die 60 Jahre oder älter waren. Das Durchschnittsalter aller Patienten in den vier Einrichtungen betrug 74,8 Jahre.

An dem ermittelten Durchschnittsalter wird deutlich, dass vorwiegend alte und hochaltrige Menschen ein Hospiz in Anspruch nehmen.

4.5 Palliative Care (Ketterl)

„In Minuten weicht ein ängstliches Gefühl unendlichem Staunen. Sterben in Würde, in Gelassenheit, ja Heiterkeit ist möglich? Der Eindruck lichtdurchfluteter, offener Räume. Menschen, die kommen und gehen – Verwandte, Freunde, Nachbarn, Kinder. Niemand, der weggesperrt ist oder einsam, niemand, der den Tod verdrängt. Fast eine Utopie.“ (Abrahamian; Bruns; Grünstäudl 2007, S. 22 zit. n. Barbara Rett)

Zwar wurde bereits deutlich, dass die Mehrzahl der Menschen zu Hause sterben möchte, aber nur wenige wissen, wie diesem Wunsch entsprochen werden kann. Dies ist durch eine palliativmedizinische Betreuung z.B. mit einem ambulanten Hospizdienst möglich. „Pallium“, das bedeutet Mantel, der den unheilbaren Kranken vor Schmerzen schützen soll.

Mit den weiterentwickelten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zeichnete sich ab, dass die Patienten statt Tagen oder Wochen, nun noch Monate und Jahre leben würden. Lediglich mit der Bereitstellung von Betten ließen sich die Bedürfnisse der Patienten nicht mehr adäquat erfüllen. Damit veränderte sich auch die Zielstellung der Hospize von: ermöglichen, einen schönen Tod trotz Krankheit zu haben“, zum: helfen, mit der Krankheit zu leben. „Die Bezeichnung ‚Palliative Care‘ sollte deutlich machen, dass ein Wandel stattgefunden hatte und die Hospize den PatientInnen und ihren Familien die traditionelle Unterstützung nun nicht mehr nur im Hospiz, sondern auch an anderen Orten anboten.“ (Davy; Ellis 2007; S. 17).

Zentrales Anliegen der Palliative Care ist die Frage, was getan werden kann, um die Qualität des Menschen mit unheilbarer Krankheit zu verbessern, das Sterben zu erleichtern und außerdem die Familie und Freunde einzubeziehen und zu unterstützen.

Neben stationären und teilstationären Einrichtungen stellt die ambulante Lebenshilfe und Sterbebegleitung die eigentliche Hospizarbeit dar. Nur wenn es dem Wunsch des Betroffenen entspricht, Angehörige nicht in der Lage sind, den sterbenden Menschen zu betreuen, oder diese gar fehlen, kommt eine stationäre Unterbringung infrage. Es ist somit ein Irrtum, Palliative Care mit der Pflege im stationären Hospiz gleichzusetzen, da nur ein kleiner Teil der Patienten stationär eingewiesen wird. Stattdessen führen verschiedene Fachleute an verschiedenen Orten die Pflege durch. Diese Orte können auch Krankenhäuser oder Pflegeheime umfassen (vgl. Davy; Ellis 2007, S. 24).

Im Jahr 2002 gab die Weltorganisation (WHO) folgende Definition von Palliativ Care: „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, die untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (Kränzle; Schmid; Seeger 2009 S. 3 zit. n. WHO 2002).

Grundlegend wurde in vorherigen Ausführungen bereits vereinzelt auf Merkmale der WHO (2002) eingegangen. An dieser Stelle sollen sie jedoch nochmals gebündelt benannt werden: Die Linderung von Schmerzen und Symptomen schwerster Erkrankungen durch palliativ ärztliche und pflegerische Versorgung bildet die Basis. Das Sterben wird als normaler Prozess betrachtet und somit das Leben bejaht. Der Sterbeverlauf erfährt weder eine künstliche Verlängerung noch eine Verkürzung. Palliative Care bindet zudem psychische und spirituelle Aspekte in die Begleitung ein. Dem Patienten wird jedmögliche Unterstützung zuteil, um sein Leben bis zum Tod so aktiv wie möglich zu verbringen. Die Familien der Betroffenen werden nicht nur bei der Verarbeitung seelischer Probleme während der Krankheit des Angehörigen an die Hand genommen, sondern die Unterstützung reicht bis über den Tod hinaus. Die Fachkräfte arbeiten im Interesse der Patienten und deren Angehörigen multi-

und interdisziplinär, denn es gilt, den Bedürfnissen aller gerecht zu werden. Die somit verbesserte Lebensqualität ist ihrerseits in der Lage, einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf zu nehmen. Befindet sich der Kranke in einer lebensverlängerten Behandlung, wie z.B. einer Chemo- oder Strahlentherapie, ist es möglich, die Palliative Care hier schon frühzeitig unterstützend zu integrieren. Um Beschwerden oder klinische Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können, wird ebenfalls der Forschung viel Aufmerksamkeit und Notwendigkeit zuerkannt (vgl. Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 4).

Die bereits benannte Pionierin Cicely Saunders und andere Wissenschaftler wählten die Bezeichnung „Palliative Care“ mit Bedacht. Wichtig ist, dass das Ziel des Patienten ohne Einflussnahme oder Bewertung respektiert und unterstützt wird, ohne die Maßstäbe der Einrichtung oder der Professionellen anzulegen (vgl. Davy; Ellis 2007, S. 15). An einem vertrauten Ort und inmitten vertrauter Menschen die letzte Lebenszeit weitestgehend schmerzfrei zu verbringen, vermittelt Geborgenheit und Ruhe. Der Sterbende erhält den nötigen Raum, um noch letzte Dinge – die ‚unerledigten Geschäfte‘ – zu regeln oder den Sinn des Lebens zu besprechen. Hierbei tritt eine qualifizierte menschliche Zuwendung an die Stelle von medizinisch-technischem „Know How“ (vgl. Student 1994, S. 21).

Die Erkrankung betrifft zwar nur den Patienten, die Krankheit an sich jedoch alle beteiligten Personen. Aus dem Grund ist die effektive Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams und eine gute Kommunikation mit Verwandten unter dem Ansatz der ganzheitlichen Unterstützung die Basis (vgl. Davy; Ellis 2007, S. 24).

Eine vertrauensvolle Beziehung ist wie immer Grundvoraussetzung. Diese kann durch rücksichtsvolle körperliche Pflege, aber auch durch Offenheit und Ehrlichkeit aufgebaut werden. Unter dem Stichwort „Metakommunikation“ sollten zudem alle Beteiligten nicht nur darauf achten, was sie sagen, sondern auch wie dieser Inhalt kommunikativ und nonverbal transportiert wird. Dazu gehört ebenfalls, Probleme zu akzeptieren, und dem Betroffenen das Gefühl zu vermitteln, jederzeit darüber sprechen zu können. Leitgebend dient der Gedanke, dass sich alle Akteure als Menschen wahrnehmen und auf dieser Ebene begegnen. Auch Versprechen, die nicht eingehalten werden können, gilt es zu vermeiden. Statt anzunehmen, dass in jeder Situation längere Gespräche

gut seien, sollten auch bei kurzen Interaktionen Verständnis und Einfühlsamkeit vorherrschen und vermittelt werden, dass ein intensiveres Gespräch gern zu einem günstigeren Zeitpunkt fortgesetzt werden kann (vgl. Davy; Ellis 2007, S. 22 ff.)

4.6 Eingliederung der Hospiz-Philosophie in stationäre Einrichtungen (Ketterl)

Das Konzept der Palliative Care geht aber weitreichend über den Patienten hinaus, um letztendlich wieder den Grundstein der individuellen Pflege zu legen.

Die zunehmende Differenzierung und Segmentierung der Medizin führt dazu, dass der Körper in Bereiche aufgeteilt wird, die jeweils von eigenständigen Professionen behandelt werden, und somit kaum noch ein ganzheitlicher Umgang mit Kranken und Sterben möglich ist (vgl. Feldmann 1997, S. 63).

Das in den Hospizen erworbene Wissen über unheilbare Erkrankungen, Sterben und Tod soll über Medien und Politik und die Herausgabe von Publikationen öffentlich gemacht werden und somit all jenen zur Verfügung stehen, die es benötigen. Veranstaltung von Lehrgängen, Seminaren, Vorträgen, Aus- und Weiterbildungen und andere Formen der Bildungsarbeit sollen den Wissenstransfer haupt- und ehrenamtlicher Helfer fördern. Ebenso ist die Erkenntnisgewinnung durch Forschung und Kooperation mit nationalen und internationalen Initiativen notwendig. Dies beinhaltet auch die Systematisierung ethischer Reflexion des pflegerischen, medizinischen und psychosozialen Handelns der Praxis (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 38).

Warum das Hospizwesen und die Palliativstationen von Bedeutung sind, lässt sich bereits durch den demografischen Wandel (siehe Punkt 2.1) beantworten. Höhere Lebenserwartung bedeutet Überalterung, welche mit Multimorbidität einhergeht. Weiterhin wurde bereits dargelegt, dass primär Krankenhäuser und sekundär Pflegeeinrichtungen, zunehmend zu Orten des Sterbens geworden sind. Trotz noch oft vorkommender Willkür und unzureichender Sterbebegleitung in diesen Institutionen wäre die Umlagerung in den letzten Lebenstagen nicht zu verantworten. Das Verlassen der gewohnten Umgebung multimorbider alter Menschen verursacht meist Orientierungslosigkeit und eine

Verschlechterung des Zustandes. Summarisch hat dies eine unnötige zunehmende Belastung des Patienten zur Folge.

Ein kleiner Fortschritt fand bereits mit der Verwirklichung des Palliativ- und Hospizwesens statt. Davor war die Versorgung vulnerabler Patientengruppen nur in Akutkrankenhäusern möglich. Heute existieren Möglichkeiten, dass die Medizin nicht nur kurativ, sondern auch palliativ behandelt. Die Verlagerung der Sterbeorte weist darauf hin, dass die Institutionalisierung nicht rückgängig gemacht werden kann. Die Anforderungen an die Gesellschaft, das Gesundheitswesen, das Sozialsystem sowie an die Soziale Arbeit haben sich dahin gehend verändert, dass eine Implementierung des Hospiz-Gedankens notwendig ist. Dabei ist wichtig, dass die Hospizbewegung nicht von der Palliativversorgung vereinnahmt wird oder ins Abseits gerät, sondern sich weiterhin auf ihre Wurzeln konzentrieren kann (vgl. Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 5).

Die Integration der Hospiz-Philosophie in stationäre Einrichtungen sollte von dem Leitgedanken getragen sein, „dass es kein Versagen darstellt, andere Fachleute einzuschalten, sondern hohe Professionalität beweist. Denn nur auf diese Weise kann eine optimale Einschätzung des Patienten und seiner Situation erfolgen (vgl. Davy; Ellis 2007, S. 35).

Der Prozess der Marginalisierung findet auch in Bezug auf Sterbebegleitung alter Menschen statt – sowohl in psychosozialer als auch in familiärer und soziokultureller Hinsicht. Nicht zuletzt deshalb spielt die Soziale Arbeit und ihre Aufgaben bei der Implementierung des Hospizgedankens eine wesentliche Rolle. „Im Gegensatz zur Sozialpolitik zielt Soziale Arbeit nicht direkt auf sozialstrukturelle Probleme (Lebenslage), sondern auf konkrete lebenspraktische Umstände (Lebenssituation) ...“ ab (Student; Mühlum; Student 2004, S. 22). So sollten nach der Fusion der Konzepte auch weiterhin ihre psychosozialen Kompetenzen genutzt und verankert werden. Darunter verstehen sich unter anderem „vorzugsweise Aufgaben der Ressourcenaktivierung, Vernetzung von Hilfen und Helfenden, Schulung und Unterstützung der Ehrenamtlichen [und] sozialrechtliche Regelungen“ (Student; Mühlum; Student 2004, S. 43). Weitere theoretisch fundierte Ansätze der Sozialen Arbeit im Hospizbereich, die auch für andere Institutionen in Bezug auf die Sterbebegleitung nützlich sein könnten, sind das Empowerment, die Exklusionsvermeidung bzw.

die Inklusionsförderung, die Lebensbewältigung und viele mehr (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 22).

4.7 Zwischenfazit (Ketterl)

Mit der ZORAF-Studie wird deutlich, dass die Arbeitsqualität bei einer guten Kooperation und Kommunikation deutlich verbessert werden kann. Eine Einbeziehung externer Helfer (Hospizhelfer, ehrenamtliche Helfer etc.) kann zusätzlich Entlastung bringen. Grundsätzlich erweist sich Zeitmangel als eines der größten Probleme für professionelle Betreuer. Gleichzeitig sind eine wirksamere Unterstützung und Anerkennung der Pflege durch Angehörige und ein besserer Umgang mit den Angehörigen dringend erforderlich. Folglich ist es notwendig, die Ausbildung für Ärzte und Pflegeberufe unter dem Gesichtspunkt von Sterben, Sterbebegleitung und Tod zu verbessern und die Grundgedanken der Hospiz-Idee zu übernehmen.

Bedenklich ist, dass bei Krankenhausmitarbeitern die größten Probleme im Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen festzustellen sind. Ausgerechnet dort, wo die Mehrzahl der Betroffenen ihre letzten Tage verbringen, sind die umfangreichsten Defizite vorhanden.

Supervisionen oder Gesprächskreise, die auch der psychischen Gesundheit der Pflegenden und Ärzte dienen, nehmen noch die Ausnahme in den befragten Einrichtungen Sachsens ein. Tiefgreifende Veränderungen sind allerdings nur mit entsprechenden politischen und strukturellen Rahmenbedingungen möglich und alle diesbezüglichen Bemühungen, Verbesserungen zu erzielen, dürften weitgehend scheitern, wenn ihnen nicht entsprechende finanzielle und strukturelle Rahmenbedingungen zu Grunde liegen.

Für eine humane Pflege muss die Pflegebedürftigkeit endlich anders beschrieben werden. Derzeit orientiert sich der Medizinische Dienst der Krankenkassen, wenn er potenzielle Leistungsempfänger besucht, nur an wenigen physischen Kriterien. Richtige und vor allem würdevolle Sterbebegleitung braucht Zeit und lässt sich nicht nur an physischer Hilfe messen. Auch die benannte Pflegereform 2008 brachte keine Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Lediglich die Geldleistung für den besonderen Betreuungsbedarf erfuhr eine geringe Erhöhung. Die Bedürfnisse nach sozialer Anerkennung, nach Gesprächen und Berührungen bleiben weiterhin unberücksichtigt. Eng

kalkulierte Zeit- und Arbeitspläne lassen kaum Raum für kleine Aufmerksamkeiten. Dabei erfreuen sich aber viele Menschen bereits an Kleinigkeiten. Dazu reicht es oft schon, die einfachen Wünsche des Alltags zu erfüllen, z.B. das Bett zum Fenster zu stellen, um die Sonne sehen zu können, mit dem Rollstuhl eine kleine Spazierfahrt zu machen oder angenehme Musik und duftende Öle genießen zu dürfen (vgl. Abrahamian; Bruns: Grünstäubl 2007, S. 99).

„Wenn man im Sterben „man selbst sein“ kann, mitsamt seinen Eigenschaften, Einstellungen, Wünschen und Hoffnungen angenommen und als Gesamtperson respektiert und angehört wird, dann kann man in Würde sterben“ (Abrahamian; Bruns; Grünstäubl 2007, S. 47).

Es bleiben die großen Fragen – Wie soll menschenwürdige Sterbebegleitung in Zukunft aussehen? Und wer soll sie leisten und bezahlen? Es liegt in der Verantwortung des Staates, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen.

Generell sind Professionelle aller beteiligten Bereiche in der Lage, Kriterien für gütebewusste Sterbebegleitung in Einrichtungen zu formulieren. Bereits Cicely Saunders definierte in ihrem Buch „Leben mit dem Sterben“ Grundlagen, die zur würdevollen Begleitung Sterbender notwendig sind. Ein erster Schritt der Qualitätssicherung fand in der Hospizarbeit seine Umsetzung. Nun gilt es, diese auch in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu etablieren.

5 Einstellungen gegenüber Sterben und Tod (Forkert)

Ein Teil der in der Literatur über Einstellungen gegenüber Sterben und Tod zu erkennenden Unklarheiten und Unstimmigkeiten lässt sich damit begründen, dass nicht immer in angemessener Art und Weise zwischen Angst vor dem Tod und Todesfurcht unterschieden wird. Todesangst wird in diesem Zusammenhang als eine unverhältnismäßige, neurotische Reaktion definiert. Unter Todesfurcht wird dagegen eine angemessene Reaktion bezogen auf eine spezifische Gefahr oder deren Antizipation verstanden.

Neben der Angst vor dem Tod und der Todesfurcht gehören der Wunsch nach Lebensverlängerung, die Häufigkeit von Todesgedanken sowie die Wertschätzung des eigenen Lebens zu den zentralen abhängigen Variablen in der Untersuchung von Einstellungen gegenüber Sterben und Tod (vgl. Kruse 2007, S. 145).

5.1 Die Todesgestaltung alter Menschen (Forkert)

Alte Menschen denken oft an den Tod und sie meditieren darüber, auch wenn er sich als ein zu undenkbares Ereignis darstellt. Sie wissen, dass sie in absehbarer Zeit sterben werden. Untersuchungen ergaben, dass etwa 44 Prozent der alten Menschen nur selten an den Tod denken, 45 Prozent haben eine positive Einstellung zu ihm und sehnen sich nach ihm. Nur ungefähr 10 Prozent fürchten sich vor dem Tod. Dabei erweckt es den Eindruck, als hätten alte Menschen, die in Altenheimen wohnen eine positivere Einstellung als die, die bei ihren Familien oder in einem eigenen Haushalt leben. Vielleicht ist dies auch mit dem intensiveren Todkontakt erklärbar (vgl. Rest 1994, S. 136 f.).

Darüber hinaus lässt sich beobachten, dass alte Menschen ihre Todesangst häufig hinter Lebenshunger und dem Drang nach einem religiösen Leben verbergen. Solange daraus nicht eine Todesverdrängung erwächst, ist dieses Verhalten nicht negativ zu bewerten. Aufgrund dessen sind sinnvolle Betätigungen alter Menschen keineswegs einem angemessenen Todesbewusstsein abträglich.

Der Sterbebeistand wird vor allem dort erschwert, wo er unter anderem durch die pflegerische Versorgung besonders lange benötigt wird. Somit gilt auch hier, einem offenen Verhältnis zur Unausweichlichkeit und zum Tode nachzuhelfen (vgl. Rest 1994, S. 137).

5.1.1 Die Würde des Menschen im Alter (Forkert)

Was ist eigentlich damit gemeint, wenn von der Würde des Lebens im Alter gesprochen wird?

Mit Würde kann das Anerkennung und Achtung gebietende sowie in gewisser Weise ruhige und überlegene Auftreten des Menschen, das auf eine starke Persönlichkeit hindeutet, bezeichnet werden (vgl. Rest 1994, S. 137).

Es scheint doch unsere Bewunderung herauszufordern, wenn ein Mensch sein Altern, seine Krankheit und sein Sterben mit Würde trägt, ohne darüber zu klagen. Verhält er sich jedoch anders, wird dies als unter seiner Würde oder als unehrenhaft und unziemlich gebrandmarkt. Demnach ist die Würde des alten Menschen etwas, für das er selbst verantwortlich wäre, d.h. entweder er benimmt sich anständig oder eben würdelos.

Eine andere Würde wird grundsätzlich verliehen, z.B. von einer Rechtsgemeinschaft, um einen Menschen mit äußeren Ehrungen und damit verbunden mit einem Amt zu versehen. Diese Würde unterscheidet sich jedoch von der zuvor genannten dadurch, dass niemand für solch eine Würde selbst verantwortlich ist und dass sie gegebenenfalls auch wieder entzogen werden kann. Es scheint hier so, als verursache das Alter einen solchen Entzug der Würde gewissermaßen zwangsläufig, indem z.B. die berufliche oder familiäre Stellung beendet ist.

Wer aber wäre nun dafür verantwortlich, dem alten Menschen die Würde zu verleihen? Die Gesellschaft und die Menschen können nur etwas verleihen, was sie auch besitzen. Später fordern sie das geliehene Gut, das Verliehene nach Gebrauch zurück.

Eine dritte Würde ist nicht nur sprachlich mit dem Wert verbunden. Das bedeutet, dass die Würde nicht nur ihren Preis hat oder sogar käuflich ist. Würdig und wert bedeutet somit lieb und teuer, sozusagen als Synonyme.

Wenn jemand etwas wert ist, d.h. wenn seine Käuflichkeit sehr teuer wird, ist er noch längst nicht auch einem anderen etwas wert bzw. wichtig. Trotzdem ist danach zu fragen, was alte Menschen kosten, denn davon hängt vielfach ihr Wert und demzufolge auch ihre Würde ab. Die Kostensenkung verringert den Wert von Alter und Gesundheit, vielleicht sogar bis zur Unwürdigkeit. Es wird gefragt, ob der alte Mensch es noch wert ist, dass man sich um ihn kümmert? Häufig wird dies mit der Würde im Zusammenhang gesehen, für die der Mensch selbst verantwortlich ist. Inkontinent, verwirrt, sterbend oder suizidal gestimmt werden dem alten Menschen vielleicht Würde und Wert abgesprochen. Es kommt die Frage auf, ob denn der kranke, sterbende, alte Mensch noch unseres Vertrauens würdig ist? Möglicherweise rührt daraus die Tatsache her, dass die meisten Menschen zwar alt werden, aber die wenigsten davon alt sein möchten. Alter wird als normal, natürlich sowie erstrebenswert gesehen und gleichzeitig gemieden (vgl. Rest 1994, S. 137 f.).

Der einzelne Mensch erhält seine Würde vor allem dadurch, dass er stets sich selbst und das ganze Menschengeschlecht repräsentiert. „Was ihr dem geringsten alten, kranken, sterbenden Menschen getan habt, das habt ihr allen Menschen getan“ (Rest 1994, S. 139). Dieser Satz kann als eine Aufforderung zur kosmopolitischen Besinnung in der Altenhilfe betrachtet werden. Die

Bestimmung des humanen Ziels der Altenhilfe ist die Mitmenschlichkeit. Diese wird mit Normalisierung, d.h. Fortsetzung eines normalen Lebens bis hinein in den Tod, sowie Humanisierung, also endlich realisierte Menschlichkeit in allen Lebensbereichen, beschrieben.

Die Menschen-Wesentlichkeit richtet sich gegen jene, die meinen, dass es Menschen gibt, die ihre Würde mit ihrer Personalität und Selbstbestimmung in Bezug auf Pflegebedürftigkeit und geistiger Verwirrtheit verloren haben. Das Menschenwesen ist in jeglichen Situationen, demzufolge auch in der Behinderung, in Krankheit, im Alter und im Sterben nicht allein durch die volle Wirksamkeit des Gehirns gekennzeichnet, sondern ebenso durch die Ebenbildlichkeit, d.h. durch das Zusammenspiel von Denken, Fühlen, Glauben, Gewissen, Ekstase, Intuition, Erregung, kollektives Erinnern und vieles andere mehr. Demnach ist jeder Abstrich davon ein Angriff auf die Menschen-Wesentlichkeit, auf die Humanitas des Menschen (vgl. Rest 1994, S. 139).

5.1.2 Dem alten Menschen beistehen (Forkert)

Auf dem Weg ins Sterben sind Ängste für den alten Menschen nur noch Nebensache, denn meist nimmt das Erleben der Erlöstheit deren Platz ein. Aufgrund dessen ist es wichtig, Ängste zu vermuten, wo gar keine sind, da sie bereits einem anderen Gefühl gewichen sind (vgl. Rest 1994, S. 141).

Der Sterbebeistand bei alten Menschen sollte wie jeder Sterbebeistand dialogisch sein, d.h., dass keiner der Partner so tun darf, als wisse er mehr vom Sterben als der andere. Das Tragische muss sich ausdrücken dürfen. Es darf also weder verdrängt noch verleugnet werden. Der Tod ist eine Selbstverständlichkeit und kein Unglücksfall. Darüber hinaus sollte nie etwas gesagt werden, woran selbst nicht geglaubt wird. Das gilt für die Prognose genauso wie für die Religion. Es muss dem Sterbenden stets erlaubt sein, Kummer, Gram, Wut, Zorn, Zärtlichkeit, Lust sowie andere Gefühle zu zeigen, genauer gesagt, sollte er dazu ermutigt werden.

Trotzdem gibt es Erscheinungen, auf die bei alten Menschen im Sterbeprozess besonders geachtet werden muss: Zuerst ist die Tendenz zur Verwirrtheit zu nennen. Das Pflegepersonal findet den geringsten Zugang zu solchem verwirrten Durcheinanderreden, zu Erstaunen, stillem Schluchzen ohne Worte, Einsamkeitsgefühlen und zu reiner Formelsprache, wie z.B. „ich hab meinen

Teil gelebt“ (Rest 1994, S. 141). Aber gerade hinter diesen Reaktionen verbirgt sich das wahre „Elend der alten Leute“ (Rest 1994, S. 141). Nach außen gerichtete Reaktionen auf erlebte Verluste sowie auf den bevorstehenden Tod wie Wünsche, Beschwerden, Angst vor dem Pflerverhalten, Pflege- und Nahrungsverweigerung sowie Aggressionen sind klarer zu deuten und somit für das Pflegepersonal zugänglicher.

Die geistige Verwirrung bei alten Menschen tritt nicht als konstanter Zustand, sondern schubweise auf. Sie ist Ausdruck einer Zusammenballung von verschiedenen Verlusterfahrungen, wie z.B. die Berufsaufgabe, Familien- und Partnerverlust, Verlust der Leistungsfähigkeit oder des Wertes als Mitmensch. Durch falsche diagnostische Zusammenhänge mit Arteriosklerose erscheint der alte Mensch dann als konstant sinnlos handelnd. Befindet sich dieser Mensch im Sterbeprozess, wird er als geistig tot nur noch versorgt (vgl. Rest 1994, S. 142).

Bei genauerem Hinschauen entpuppt sich Verwirrtheit häufig als ein spezieller Ausdruck angemessener Rationalität. Wo der Mensch Ohnmacht zu spüren bekommt oder diese selbst fühlt, reagiert er verwirrt, d.h. abweichend von der ihn verwirrenden Normalität. Beispielsweise besaß der alte Mensch früher mehr Macht als in der Gegenwart, deshalb lebt er vergangenheitsbezogen. Jedoch lässt das entscheidende Erlebnis, nämlich das Sterbenmüssen, oft alle Verwirrtheit schwinden und es entstehen sinnvolle Gespräche.

Der Sterbende ist normal in seiner Verwirrung. Vereinsamung und Isolation alter, sterbender Menschen sind umso stärker, je weniger dem Augenblick ein Sinn vermittelt werden kann. Viele dieser Menschen arbeiten auf ihre Weise an der Sinnvermittlung, werden jedoch darin nur unzureichend unterstützt. Wenn sich der Sterbende trotz seiner verwirrten Fremdheit als personales Wesen akzeptiert weiß, dann leistet er sich einen Sinn. Dieser Vorgang besteht aus zwei Teilen, dem des Willens zum Tode und dem des Sich-Fügens, der Hinnahme des Unausweichlichen (vgl. Rest 1994, S. 142).

5.2 Die Bedeutung sozialer Unterstützung (Forkert)

Es wird angenommen, dass der Prozess der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod positiv beeinflusst wird, wenn eine angemessene soziale Unterstützung verfügbar ist. „Dennoch ist der Zusammenhang zwischen der Verfügbar-

keit sozialer Unterstützung und Einstellungen gegenüber Sterben und Tod nur selten Gegenstand empirischer Forschung gewesen“ (Kruse; Schmitt 2001 b, zit. n. Kruse 2007, S. 153).

Die Wahrnehmung unerledigter Aufgaben und die Todesfurcht gelten als zwei bedeutende Stressoren in der Lebenssituation von Menschen im Terminalstadium.

In verschiedenen Untersuchungen des Zusammenhangs zwischen diesen beiden Stressoren sowie dem Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen wurden zwei mögliche Bedeutungen von sozialer Unterstützung differenziert. Einerseits kann sie als Mediatorvariable betrachtet werden, wenn davon ausgegangen wird, dass der Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen und den beiden Stressoren durch soziale Unterstützung vermittelt wird. Demzufolge kann dadurch erklärt werden, dass sowohl die Stressoren als auch der Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen systematisch mit sozialer Unterstützung zusammenhängen.

Der Zusammenhang zwischen den beiden Stressoren und dem Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen verschwindet, wenn lediglich Personen betrachtet werden, die sich in Art und Ausmaß sozialer Unterstützung nicht voneinander unterscheiden. Gleichbedeutend damit ist die Annahme der Wirkung von sozialer Unterstützung als Mediatorvariable (vgl. Kruse 2007, S. 153).

Darüber hinaus wurde die soziale Unterstützung als mögliche Moderatorvariable untersucht, was wiederum die gleiche Bedeutung hat wie die Annahme, dass der Zusammenhang zwischen den beiden Stressoren Todesfurcht und unerledigte Aufgaben auf der einen Seite und Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen auf der anderen Seite von Art und Ausmaß sozialer Unterstützung abhängt.

Um diesbezüglich zwei alternative Modelle zu prüfen, wurden in einer klinischen Stichprobe verschiedene Personen mit einer durchschnittlichen Restlebenserwartung zwischen sechs und zwölf Monaten entsprechend untersucht.

Im ersten Modell wird davon ausgegangen, dass Menschen, die lebensverlängernde Maßnahmen stärker befürworten, eher durch Todesfurcht und unerledigte Aufgaben gekennzeichnet sind. Dabei werden diese beiden

Stressoren durch diverse Hintergrundvariablen beeinflusst, wie z.B. Geschlecht, Gesundheit, Erziehung, Wohnsituation und andere. Demnach führt das Vorhandensein der beiden Stressoren beim ersten Modell zur Mobilisierung familiärer Unterstützung, d.h. zu häufigerem Kontakt mit Familienangehörigen und einer höheren Salienz der Familie. Die zwei letztgenannten Variablen werden auch als Mediatoren der Beziehung zwischen dem Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen und den Hintergrundvariablen angesehen (vgl. Kruse 2007, S. 154).

Folgt man dem zweiten Modell, so ist ein vermehrter Kontakt zu Familienmitgliedern nur dann als Moderatorvariable der Beziehung zwischen den beiden Stressoren und dem Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen zu sehen, wenn die Salienz der Familie hoch ist. Hierbei wird diese als abhängig von den oben genannten Hintergrundvariablen betrachtet.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung stützen das zweite Modell. Das bedeutet wiederum, dass der Kontakt zu Familienmitgliedern sowie die Salienz der Familie zur Definition des Zusammenhanges beitragen, in dem Todesfurcht und unerledigte Aufgaben den Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen beeinflussen.

In der Untersuchung wurde gleichzeitig davon ausgegangen, dass der Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen auf eine geringere Akzeptanz der Situation und somit auf ein erhöhtes Stresserleben hinweist. Dieser Argumentation zufolge sollte ein vermehrter Kontakt zu Familienangehörigen, sofern er sich als eine Form sozialer Unterstützung mit einem reduzierten Stresserleben abspielt, dazu beitragen, dass der Wunsch nach lebensverlängernden Maßnahmen geringer wird (vgl. Kruse 2007, S. 154 f).

5.3 Die Distanzierung der Gesellschaft von sterbenden Menschen

(Forkert)

Moderne Gesellschaften sind dadurch gekennzeichnet, dass überlieferte Konventionen des Umgangs mit Sterben und Tod nicht mehr als angemessen gelten. Neue Rituale, an denen sich Menschen mit ihrem Verhalten gegenüber Sterbenden orientieren könnten, sind dagegen noch nicht entwickelt worden.

Die Tatsache, dass das eigene Leben endlich ist, erscheint im Selbstverständnis des modernen Menschen als Bedrohung. Entsprechend existiert die

allgemeine Tendenz dazu, Sterben und Tod aus dem gesellschaftlich-geselligen Leben zu verdrängen.

Stirbt ein anderer Mensch, so wird dieses Ereignis als mahnende Erinnerung an den eigenen Tod angesehen. Darüber hinaus löst es Unsicherheit aus, was dazu beiträgt, dass Menschen in modernen Gesellschaften nicht mehr in der Lage sind, Sterbenden das zu geben, was sie benötigen (vgl. Kruse 2007, S. 199). Diese Relegierung des Sterbens und des Todes aus dem gesellschaftlich-geselligen Leben der Menschen sowie die entsprechende Verschleierung des Sterbens, vor allem vor den Kindern, sind mit einer eigenartigen Verlegenheit der Lebenden in der Gegenwart eines Sterbenden verbunden. Oft herrscht Unwissen über das, was zu sagen wäre. Der Wortschatz für derartige Situationen erscheint verhältnismäßig arm. Worte werden von Peinlichkeitsgefühlen zurückgehalten, was für die Sterbenden enttäuschend wirken kann. Noch unter den Lebenden verweilend, sind sie bereits verlassen (vgl. Kruse 2007, S. 199 f.).

Auf die konventionellen Redewendungen und Bräuche wird zwar noch zurückgegriffen, aber den Menschen ist es heute mehr und mehr peinlich, sich ihrer zu bedienen, weil sie ihnen als schal und altmodisch erscheinen. Rituelle Floskeln der alten Gesellschaft klingen für viele jüngere Menschen unpassend und abgestanden, obwohl sie die Bewältigung kritischer Lebenssituationen deutlich erleichterten. Neue Rituale, die dem gegenwärtigen Empfindens- und Verhaltensstandard entsprechen, sind dagegen noch nicht vorhanden.

In der Gegenwart von Sterbenden zeigt sich demzufolge ein ausgeprägtes und für die derzeitige Stufe des Zivilisationsprozesses charakteristisches Dilemma. Ein mit diesem Prozess zusammenhängender Informalisierungsschub hat dazu geführt, dass viele der herkömmlichen Verhaltensroutinen, also auch der Gebrauch ritueller Floskeln, in den großen Krisensituationen des Lebens für die meisten Menschen suspekt und teilweise peinlich geworden ist. Das richtige Wort und die richtige Geste zu finden, ist somit Aufgabe des Einzelnen (vgl. Kruse 2007, S. 200).

In entwickelten Gesellschaften lässt sich die Besonderheit der Art des Sterbens sowie der Vorstellung vom Tode nur dann verstehen, wenn dazu der gewaltige Individualisierungsschub betrachtet wird, der in der Renaissance einsetzte und mit vielen Schwankungen bis heute andauert.

In früheren Phasen kommt er in der Kontrastvorstellung vom geselligen Leben und dem einsamen Tod zum Ausdruck. Zu dieser Zeit hing die Sinnerfüllung des Einzelnen in großem Maße mit der Bedeutung zusammen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens durch seine Person, durch sein Verhalten oder durch seine Arbeit für andere Menschen erlangt hat.

Heute wird versucht, sterbenden Menschen vor allem dadurch zu helfen, dass man ihre Schmerzen lindert und für ihr körperliches Wohlbefinden sorgt. Durch dieses Bemühen wird ihnen bereits gezeigt, dass ihnen als Menschen immer noch Beachtung geschenkt wird. In vielen überlasteten Krankenhäusern geschieht dies jedoch verständlicherweise meist unpersönlich und eher mechanisch.

Familien sind heutzutage ebenfalls oft um die richtigen Worte verlegen, die sie in der relativ unfamiliären Situation wählen könnten, um den Sterbenden zu helfen. Es ist oft recht schwierig, sterbenden Menschen auf ihrem letzten Weg zu zeigen, dass sie ihre Bedeutung für andere Menschen nicht verloren haben (vgl. Kruse 2007, S. 200 f.).

6 Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit in der Begleitung alter sterbender Menschen (Forkert, Ketterl)

Mit Bezug auf die Zielgruppenbeschreibung, nach der sich die Sterbebegleitung auf Menschen bezieht, die sich in einer Krisensituation befinden, entstehen für die sozialpädagogische Hilfe entsprechende Abgrenzungskriterien. Mit deren Hilfe kann im Einzelfall ihre Zuständigkeit geprüft werden. Es muss schließlich beachtet werden, dass sich nicht jeder sterbende Mensch automatisch in einer Krisensituation befindet, in der er auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Weiterhin gilt es zu bedenken, dass durch die sozialpädagogischen Helfer nicht der Lerngegenstand an sich vermittelt wird, sondern dass sie lediglich eine Begleitung in sozialer, kognitiver, emotionaler oder auch in materieller Hinsicht anbieten können. Sozialpädagogische Hilfe ist zudem nicht in der Lage, gesellschaftlich oder institutionell verursachte, strukturelle Benachteiligungen zu nivellieren. Die professionelle Sterbebegleitung garantiert außerdem kein gelingendes Sterbeerleben, denn dieses kann nicht einfach von außen für den Sterbenden erzeugt werden (vgl. Mennemann 2005, S. 1836 f.).

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit einer Auswahl an sozialpädagogischen Handlungsmöglichkeiten sowie Methoden Sozialer Arbeit und der Zusammenarbeit im Team und der Bedeutung des Ehrenamtes und diskutieren ihren Einsatz bei der Begleitung sterbender alter Menschen.

6.1 Ziele und Inhalte sozialpädagogischen Handelns (Forkert)

Mit dem folgenden Überblick über sozialpädagogische Hilfemöglichkeiten wird versucht, die Breite sozialpädagogischer Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Pragmatisch gesehen dient dieser Überblick als Orientierungsrahmen mit Anregungen für die Praxis sowie als Instrumentarium einer Kritik an allzu schnell gegebenen Ratschlägen. Als Orientierungspunkte einer sozialpädagogischen Darstellung dienen dabei die Reflexionsoperatoren Subjekt, Ort und pädagogischer Bezug (vgl. Mennemann 2005, S. 1837).

6.1.1 Orientierung an der Kategorie: Subjekt (Forkert)

Bezieht man sich auf den sterbenden Menschen als Subjekt, so können Handlungsmöglichkeiten und -grenzen auf personaler, sozialer und gesellschaftlicher Ebene genannt werden. Diese Ebenen stehen zwar in Wechselwirkung zueinander, werden jedoch zur besseren Übersicht getrennt dargestellt (vgl. Mennemann 2005, S. 1837).

Eine am Subjekt ausgerichtete Sterbebegleitung orientiert sich vor allem an den Bedürfnissen und Problemen Sterbender. Demzufolge lassen sich fünf zentrale Problemfelder sterbender Menschen bestimmen: Frage nach Sinn, Lebensbilanzierung, Umgang mit Zeit angesichts des unmittelbar bevorstehenden Todes, Umgang mit destruktiven Gefühlen, Ambivalenzen und Ängsten sowie die Aneignung des sich verändernden Körperbildes und des Körperbaus.

Bezogen auf diese Themenbereiche können Ziele und Inhalte sozialpädagogischen Handelns sein:

- nach Lebenssinn zwischen der Unterstützung hilfreicher, auch religiöser Sinnwelten sowie der Aufklärung ideologischer Stützen, die unmündig machen, zu suchen,
- sich mit sterbenden Menschen auf den Weg in ihre Lebensgeschichte zu begeben, um ihnen neue Bewusstseins- und Handlungsmöglichkeiten

mit Bezug auf ihre Biografie aufzuzeigen. Diese biografische Orientierung im Bereich der Sterbebegleitung bezieht sich dabei insbesondere auf das subjektiv erlebte Leben, weniger auf den mess- und belegbaren Lebenslauf,

- den sterbenden Menschen Gelegenheiten zu bieten, um die noch zur Verfügung stehende Zeit sinnvoll zu gestalten und Aneignungshilfen zu geben, um im wertgeschätzten Augenblick miteinander zu leben,
- einen angemessenen Umgang mit persönlichen Ressourcen beziehungsweise eine Bewältigungskompetenz in Bezug auf ambivalente und destruktive Gefühle und Ängste zu fördern,
- die Ursachen von Schmerzen zu ergründen sowie einen bewussten, durch menschliche Nähe und Kommunikation lindernden Umgang mit ihnen zu unterstützen sowie
- den sterbenden Menschen dabei zu helfen, eine akzeptierende Haltung gegenüber ihrem körperlichen Abbau einzunehmen (vgl. Mennemann 2005, S. 1837).

Bezogen auf den dem Sterbenden zugeschriebenen Subjektstatus wird ersichtlich, dass sozialpädagogische Konzepte nicht lösbare Widersprüche, so genannte Antinomien, beinhalten. Bei deren Offenlegung besteht die Möglichkeit, selbstkritisch Hilfe anzubieten. Der sterbende Mensch wird zwar als selbst bestimmter, handelnder Mensch betrachtet, jedoch benötigt er im Prozess seines Sterbens zunehmend Unterstützung (vgl. Mennemann 2005, S. 1837 f.).

Sozialpädagogische Hilfe definiert sich einerseits als vom Subjekt ausgehende Unterstützung, die in seinem Sinne ist. Andererseits wird der sterbende Mensch mit Werten, Normen und Handlungen des Sterbebegleiters konfrontiert. Durch eine künstliche, sozialpädagogische Gestaltung soll den Sterbenden eine weitestgehend freie Entwicklung ermöglicht werden. Diese Antinomien repräsentieren gleichzeitig den Rahmen der Handlungsmöglichkeiten.

Berücksichtigt man die besondere Situation sterbender Menschen, so hält eine auf das Subjekt bezogene sozialpädagogische Hilfe eine emphatische Dimension offen. Diese besteht auf dem Recht der Normalität des Unterschieds Sterbender. Sie sind Menschen, denen das Recht auf ein möglichst selbst bestimmtes Leben zusteht, obwohl sie hilfebedürftig sind.

Darüber hinaus wird von den Sterbebegleitern das soziale Umfeld in den Begleitungsprozess mit einbezogen. Die Hilfe seitens des sozialen Umfeldes kann jedoch mehrdeutig sein. Stehen nicht die Bedürfnisse des Sterbenden, sondern die Wünsche und Ängste des Begleiters im Vordergrund, so kann die Unterstützung den Sterbenden belasten.

Oft haben auch die Angehörigen Schwierigkeiten mit dem nahen Tod des lieb gewonnenen Menschen und bedürfen einer psycho-sozialen Unterstützung. Auch wird das soziale Netz dünner, denn Familienstrukturen ändern sich und es kommt zur Auflösung von Rollenmustern.

Professionelle Hilfe ist zwar nicht dazu fähig, jahrzehntelang vertraute Bezugspersonen zu ersetzen, sie kann diese jedoch unterstützen und gegebenenfalls neue Beziehungen ermöglichen (vgl. Mennemann 2005, S. 1838).

Auch Angehörige können in ihrem Trauerprozess begleitet werden, denn es bedeutet sehr viel, in der Trauer Trost zu spenden. Beispielsweise hilft es ihnen, ambivalente Gefühle, Zorn und Depression auszuhalten, Schmerzen, Schuldgefühle sowie Ängste anzusprechen, zuzuhören und geduldig zu sein. Inhalte und Ziele einer nachbereitenden Trauerbegleitung können aber auch sein, zu einer akzeptierenden Haltung gegenüber dem Verlust beizutragen, den Trauernden zu ermutigen, seine Gefühle auszudrücken, emotionale Bindungen an den Verstorbenen zu lösen und die freigewordenen Energien in neue Beziehungen einzubringen sowie Hindernisse, die bei einer Neuanpassung nach der Trennung entstehen, zu überwinden. Die Trauerbegleitung der Angehörigen kann entweder in Einzelgesprächen oder in Gruppenarbeit stattfinden. Weiterhin können offene Angebote wie z.B. Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfe, die Anleitung von Selbsthilfegruppen oder andere pädagogische Seminare angeboten werden.

Auf der gesellschaftlichen Ebene gibt es verschiedene Handlungsmöglichkeiten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. So sind beispielsweise Informationsveranstaltungen in stationären Einrichtungen wichtige Möglichkeiten, auf die Situation Sterbender aufmerksam zu machen. Darüber hinaus tragen sachliche Darstellungen in Zeitschriften oder auch im Fernsehen zur gesellschaftlichen Aufklärung bei. Hier sind besonders die vielfältigen Aktivitäten im Rahmen der Hospizbewegung zu nennen. Diese reichen von öffentlichen Veranstaltungen

und Informationsbroschüren im kommunalen Bereich bis hin zu Bundeskongressen und diversen Veröffentlichungen (vgl. Mennemann 2005, S. 1838).

6.1.2 Orientierung an der Kategorie: Ort (Forkert)

Betrachtet man die Handlungsmöglichkeiten mit Bezug auf den Lebensort sterbender Menschen, so lässt sich eine deutliche Diskrepanz feststellen: Einer Umfrage zufolge wollen die meisten Deutschen zu Hause sterben, aber nur für etwa jeden Fünften geht dieser Wunsch in Erfüllung. Die Orte, wo die meisten Menschen in Deutschland sterben, sind die großen Institutionen wie Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime (vgl. Mennemann 2005, S. 1838).

Zwischen dem Lebensort und dem Subjekt besteht ein dialektischer Zusammenhang, d.h. dass auch im Sterben eine emotionale Wechselwirkung zwischen Raum und Mensch existiert. Jeder Ort bietet Anhalt durch bestehende Strukturen sowie einen leeren Platz, den das Subjekt füllen kann. Außerdem wird erkennbar, dass es auch für sterbende Menschen schöne und unschöne Orte gibt, nämlich Orte, die unter freundlichen Umständen Leben und Entwicklung ermöglichen, und Orte, die Erstarrung und Abscheu hervorrufen und somit Einsamkeit bewirken (vgl. Mennemann 2005, S. 1838 f.).

Sterbende Menschen sind häufig nicht in der Lage, ihre Lebensräume selbst zu gestalten, weshalb sie der Hilfe anderer bedürfen. Besonders deutlich wird dieses Dilemma dann, wenn Sterbende aus ihrer vertrauten räumlichen und sozialen Umgebung herausgerissen werden und plötzlich an einen neuen Ort, z.B. ins Krankenhaus, gebracht werden. Hier gelten andere Kommunikationsstrukturen und Hierarchien, denen sich auch die Sterbenden fügen müssen. Es wird ein neues soziales Rollenverhalten erwartet. Übergeordnetes Ziel sozialpädagogischen Orts-Handelns ist demnach die Humanisierung des Lebenszusammenhangs sterbender Menschen.

Für sterbende Menschen ist es überaus wichtig, dass Trauer und Freude in Gemeinschaft gelebt werden können, in denen Krisen- beziehungsweise Aneignungsprozesse möglich sind und in denen Begegnung stattfinden kann.

Auch das sozialpädagogische Orts-Handeln bezieht sich auf die Bedürfnisse Sterbender. So lassen sich bestimmte Bedürfniskategorien für sterbende Menschen aufzeigen: Identifikation und Ästhetik, private Freiräume, Sicherheit und Geborgenheit, Struktur und Ordnung, Möglichkeiten für Aktivitäten, Wahl-

freiheit, Geselligkeit und Austausch sowie Beeinflussbarkeit und Bestimmbarkeit des Ortes. Darüber hinaus sollte sozialpädagogisches Orts-Handeln Bedürfnisse wie z.B. behindertengerechtes Wohnen, Kontinuität des Lebensstils oder eine akzeptable Miete berücksichtigen.

Weiterführende Ziele und Inhalte sozialpädagogischen Orts-Handelns können nach vier Ebenen unterschieden werden, die hier nur als Orientierungsrahmen dienen sollen: die Vernetzung und Zusammenarbeit von Institutionen, die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Organisationsentwicklung innerhalb der Institutionen, die Gestaltung der Räume, in dem die sterbenden Menschen leben sowie die im Bewusstsein stattfindende Raumgestaltung und -erweiterung (vgl. Mennemann 2005, S. 1839).

6.1.3 Orientierung an der Kategorie: pädagogischer Bezug (Forkert)

Ziele und Inhalte der Sterbebegleitung, die sich am pädagogischen Bezug orientieren, können bezogen auf den Sterbebegleiter selbst und unter der Perspektive der Beziehungsgestaltung formuliert werden.

Ziel ist einerseits eine pädagogische Haltung, die auch eine Psychohygiene beinhaltet, und andererseits eine dialogische Gestaltung der Interaktion.

Sterbebegleitung hängt sehr stark von der pädagogischen Haltung des Begleiters ab. So können drei Grundhaltungen des Sozialpädagogen in der Sterbebegleitung benannt werden: Offenheit, Verantwortlichkeit und Abschiedlichkeit.

Offenheit als Forderung ist relevant für das Verhältnis zu sich selbst und zu anderen Menschen. Als Haltung wird sie benötigt, um dem Bestreben, sich in sich selbst zurückzuziehen, entgegenzuwirken. Um sie durchsetzen zu können, muss ein ausdrücklicher Entschluss vorhanden sein. Offenheit bedeutet Wahrhaftigkeit, Sachlichkeit, Toleranz und die Teilnahme am Unglück anderer.

Verantwortlichkeit heißt, dass man für den Entschluss, das Dasein auf spezifische Art und Weise zu gestalten, sowie für das eigene Handeln einstehen muss. Sie ist nur in Verbindung mit Treue und Verlässlichkeit möglich. Aus der Verantwortlichkeit folgt unmittelbar die ethische Haltung der Mitverantwortung beziehungsweise der Solidarität.

Die dritte Grundhaltung, die Abschiedlichkeit, stellt schließlich eine Antwort auf die Vergänglichkeit dar. Abschiedlich zu leben bedeutet, sich nicht von der Illusion des Unvergänglichen leiten zu lassen, sondern in der Realität leben zu können. Abschiedlichkeit beinhaltet außerdem Entsagung, Selbstbeherrschung, Tapferkeit, Freimut, Gelassenheit und Geduld (vgl. Mennemann 2005, S. 1839 f.). Diese beschriebene pädagogische Haltung ist Voraussetzung für den Entstehungsprozess einer solidarischen Beziehung der Gleichwertigkeit und Verbindlichkeit zwischen dem sterbenden Menschen und dem Sozialpädagogen. Eine Sterbesolidarität wird somit möglich.

Die Haltung des Sterbebegleiters kann durch weitere Eigenschaften präzisiert werden: Achtsamkeit, (Selbst-) Wahrnehmung, partielle Teilnahme, selektive Offenheit, Wachsamkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, bewusste Rationalität, Aufrichtigkeit, Echtheit, Achtung vor der Würde und Integrität des anderen Menschen, innere und äußere Ruhe sowie Schweigsamkeit. Darüber hinaus ist es wichtig, Zeit zu haben, aktiv zuzuhören, Geborgenheit zu geben sowie Wohlbefinden und Freude auszustrahlen. Diese genannten Eigenschaften lassen sich grundsätzlich auf alle pädagogischen Beziehungen übertragen.

Die Sterbebegleitung unterscheidet sich von den anderen sozialpädagogischen Handlungsfeldern lediglich durch die Haltung der Abschiedlichkeit, weil die eigene Endlichkeit in der Konfrontation mit Sterben und Tod ins Bewusstsein rückt. Es muss außerdem berücksichtigt werden, dass die pädagogische Haltung in ihrer jeweiligen Ausprägung von der Persönlichkeit des Sterbebegleiters abhängt. Wird sie als Technik angeeignet und künstlich angewandt, so wirkt sie kontraproduktiv (vgl. Mennemann 2005, S. 1840).

Es geschieht nicht zufällig, dass entgegen dem Zeitgeist auf der Interaktionsebene in der Auseinandersetzung mit sterbenden Menschen dialogische Inhalte wie Liebe, Glaube, Demut, Hoffnung und Vertrauen wieder an Bedeutung gewinnen. Die Fähigkeit, in einen Dialog zu treten heißt, individuelle Bedürfnisse anderer zu erkennen und auf sie einzugehen. Dazu gehört ebenfalls die Bereitschaft, selber im Prozess zu lernen. Der Sterbebegleiter bietet Hilfe an und lernt dabei selber zu sterben. Demzufolge empfängt der sterbende Mensch nicht nur Hilfe, sondern er ist gleichzeitig Lehrer. Sie sind beide in einem Lebensprozess aufeinander bezogen, obwohl sie als Individuen getrennte Wege gehen (vgl. Mennemann 2005, S. 1840).

6.2 Ausgewählte Methoden Sozialer Arbeit (Ketterl)

Im Folgenden werden zwei Methoden der Sozialen Arbeit näher beschrieben und mit dem Sterben alter Menschen in Verbindung gesetzt.

6.2.1 Case Management (Ketterl)

„Die meisten Bedürftigen können sich die für sie richtige Mixtur an Hilfen nicht selber zusammenstellen. Ihnen sind die verstreuten Ressourcen möglicher Unterstützung nicht ohne Weiteres bekannt und zugänglich.“ (Galuske 2002, S. 195, zit. n. Wendt 1991, S. 18).

Entwickelt hat sich das Case Management bzw. Unterstützungsmanagement als Methode der Arbeit von Sozialdiensten Ende der 70er Jahre in den USA, da es unter den Diensten an Abstimmung und Kooperation zum jeweiligen individuellen Bedarf von Klienten mangelte. Ziel war folglich primär die organisierte Abstimmung von Angebot und Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen (vgl. Galuske 2002, S. 194).

In Deutschland wird Case Management seit Ende der 80er Jahre verstärkt rezipiert und genutzt. Die Notwendigkeit ergab sich aus der zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung der Dienstleistung, dies machte eine Kooperation bestehender Angebote notwendig (vgl. Galuske 2002, S. 195).

Case Management hat in der Sterbebegleitung eine hohe Relevanz. Es stellt die Weiterentwicklung der herkömmlichen Einzelfallhilfe dar, wobei es eine Schwerpunktverlagerung auf lokale, ökonomische, politische und kulturelle Bezüge gibt. Der Sozialarbeiter behält die durchgehende Fallverantwortung und identifiziert sich in drei Funktionen: Er tritt als Koordinator, als Anwalt und als Berater auf, d.h., direkte und indirekte Hilfestellungen prägen seine Arbeit für sterbende Alte mit komplexen Problemlagen und ihren Familien. Case Management „ ... grenzt sich insofern von der psychosozialen Einzelhilfe ab und gilt als problembezogener Ansatz der Sozialarbeit, wobei die praktische Unterstützung im Lebensalltag im Mittelpunkt steht.“ (Neuffer 2007, S. 162). In der Altenhilfe hielt Case Management vor allem aufgrund des veränderten Bedarfs vom stationären, hin zum ambulanten Bereich, Einzug. Zudem steht dieser zunehmend privatisierte Bereich unter finanziellem Druck, sodass ein Kooperationsbedarf nötig ist um ebenso wirtschaftlich zu arbeiten (vgl. Galuske 2002,

S. 200). „Adressaten des Case Managements sind somit nicht allein Klienten, sondern alle Personen, Gruppen und Dienste, die einen Teil des Problems bearbeiten könnten.“(Meinhold 2005, S. 365).

Im Zentrum steht der Klient mit seinem Fall, dem ein optimales Unterstützungsnetzwerk einzurichten ist, indem der Case-Manager die Lebenssituation analysiert, Dienstleistungen plant, konkrete Unterstützung vermittelt und die Hilfeleistung koordiniert. Er verknüpft professionelle, soziale und persönliche Ressourcen. Grundsätzlich soll eine bedarfsgerechte Versorgung ökonomisch vertretbar sichergestellt werden. Um selbstständig sachgerechte Hilfsquellen erschließen zu können, geht es ebenfalls um die Förderung der Fähigkeiten des Klienten, zu dem eine Beziehung aufgebaut werden muss (vgl. Gauske 2002, S. 196 ff.).

Die Grundelemente des Case Management finden sich in der Sozialen Arbeit seit ihrer Entstehung. Durch eine breit gefächerte Ausbildung verfügen Sozialarbeiter über Kompetenzen, komplexe Fallsituationen zu erkennen und zu bearbeiten – sie können Netzwerkarbeit leisten. Dabei wird deutlich, dass die Arbeit der Case-Manager nicht von Verwaltungskräften, sondern Sozialarbeitern und -pädagogen auf Grundlage berufsethischer Richtlinien geleistet werden muss (vgl. Neuffer 2006, S. 5f.).

Möglichkeiten bietet das Case Management auch in der Palliative Care: Es kann die vielfältigen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, sozialen und anderen Dienste speziell für sterbende Menschen koordinieren und aufeinander abstimmen, damit sie den Bedürfnissen dieser Menschen und ihrer Angehörigen so entsprechen, dass ein Leben in Würde und Selbstbestimmung bis zum Tode möglich ist.

Die angebotenen Dienstleistungen und Leistungsansprüche sind vielfältig und entsprechend unübersichtlich für den ungeschulten Menschen. Deshalb ist die Notwendigkeit des Case Managements in der Arbeit mit alten sterbenden Menschen gegeben, damit sich der Betroffene auf sich und seinen Sterbeprozess konzentrieren kann. Dabei muss beachtet werden, dass es nicht zu Überschneidungen in den Aufgabenbereichen kommt. Häufig kann unklar sein, wer die Fallführung übernimmt und es entstehen Konkurrenzsituationen. Um den Sterbenden nicht zu überfordern, ist es jedoch wichtig, nur eine Bezugsperson

zu installieren, die hochwertige und professionelle Unterstützung leistet (vgl. Neuffer 2006, S. 6).

Der Sozialarbeiter in der Funktion des Case-Managers sucht nicht nur angemessene Hilfen, sondern muss diese manchmal auch einschränken oder ablehnen. Vermittelt er dem Betroffenen dann nicht, dass dies dennoch dem Interesse des Patienten entgegenkommt und nicht dem ökonomischen Interesse eines Leistungsanbieters folgt, wird die Beziehung erheblich gefährdet. (Neuffer) Auch der Partizipationsgedanke im Casemanagement- Konzept wird der sozialtechnischen Optimierung der Leistungen eher untergeordnet. Der Sozialarbeiter ist zwar bemüht, die Wünsche und Ideen des Betroffenen einzubeziehen, übernimmt jedoch in erster Linie die aktive Rolle (vgl. Galuske 2002, S. 201). Der Case-Manager in der Sterbebegleitung sollte jedoch für die individuelle Bedürftigkeit des Betroffenen da sein. Dabei wird verhindert, dass bereits kooperierende Leistungsträger jeden Betroffenen gleichermaßen behandeln und demzufolge den individuellen Beziehungsaspekt vergessen. Ebenfalls darf der unumgängliche Fakt des sterbenden Zustandes des Betroffenen nicht aus den Augen verloren werden. Es muss also darauf ausgerichtet sein, dem Klienten seine Rolle selbst zu überlassen und ihm lediglich passiv und unterstützend zur Verfügung zu stehen.

6.2.2 Biografiearbeit (Ketterl)

„In der empirischen Sozialforschung verfolgt der biographische Ansatz die erfahrungsnahe Rekonstruktion allgemeiner Strukturen und Prozesse aus persönlichen Erinnerungen, vornehmlich durch qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden.“(Blaumeiser 2007, S. 139) Lattschar und Wiemann definieren Biografiearbeit als „... eine strukturierte Methode in der pädagogischen und psychosozialen Arbeit, die Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen ermöglicht, frühere Erfahrungen, Fakten, Ereignisse des Lebens zusammen mit einer Person ihres Vertrauens, zu erinnern, zu dokumentieren, zu bewältigen und zu bewahren“ (Lattschar; Wiemann 2007, S. 13).

Das Ziel im Kontext der Sozialen Arbeit ist es, Menschen, „... deren Ausgangsbedingungen für eine eigenständige Gestaltung der Biografie erschwert sind“, dabei zu unterstützen, das Leben nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu führen und zu planen und diese Ziele umzusetzen und zu

bewältigen (vgl. Lattschar; Wiemann 2007, S. 32). Des Weiteren trägt Biografiearbeit dazu bei, „... das eigene Leben im Strom widersprüchlicher, schöner und schmerzlicher Erfahrungen als sinnvoll, verstehbar und lebenswert wahrnehmen zu können“ (Lattschar; Wiemann 2007, S. 51).

In der Arbeit mit Senioren ist vor allem gesprächsorientierte Biografiearbeit zu finden. Sie hat zum Ziel, „... durch Gespräche mehr vom gelebten Leben des alten Menschen zu erfahren und Rückschlüsse für die Pflege zu ziehen“ (Lattschar; Wiemann 2007, S. 23). In der Altenpflege – besonders der Sterbebegleitung – hat gesprächsorientierte Biografiearbeit unter anderem folgende Ziele:

- die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
- die Bewältigung der Einsamkeit,
- der Abbau von Kommunikationsängsten und die Erhöhung des Selbstwertgefühls,
- die Stärkung des Gemeinschaftsgefühls sowie
- die Förderung des gegenseitigen Verständnisses und die Aktivierung der kognitiven Fähigkeiten (vgl. Gereben; Kopinitsch-Berger 1998, S. 19ff).

Die Grenzen dieses Angebots liegen bei den Ressourcen des Betroffenen, sodass diese Form z.B. für hochgradig demente Menschen nicht geeignet ist.

Durch Gesprächsanregungen wie Verweise auf historische Ereignisse, Erfahrungen anderer Menschen oder Fragen zu persönlichen Gegenständen können Wege der Selbstthematisierung des Patienten eröffnet und ein Vertrauensverhältnis geschaffen werden. Vor allem im Sterbeprozess wird die gesamte Orientierung des Patienten infrage gestellt – er verkörpert die größte „Bedrohung“ für die Identität. Alten Menschen wird der Sterbeprozess erleichtert, wenn die Lebensbilanz während der Biografiearbeit insgesamt positiv ausfällt. Diese Bewertung kann zwar nur der Betroffenen selbst vornehmen, aber der Begleiter kann ihn hierbei unterstützen. Anwendung findet häufig ein Genogram, dass rund um den Betroffenen gezogen wird. Dabei wird das soziale Beziehungssystem der Vergangenheit mit der der Gegenwart verknüpft, um dem sterbenden Menschen seinen Beziehungsrahmen zu verdeutlichen. Vorrangig sollte es in der Biografiearbeit darum gehen, dem Sterbenden Wohlbefinden durch bekannte und vertraute Gegenstände, Gerüche, Geräusche und

Personen zu ermöglichen. Weil Spielen immer freiwillig geschieht und Spielhandlungen durch Lustgewinn, Freude an Erfahrungen und sozialen Kontakten positiv besetzt sind, erinnern sich alte Menschen gern an Spiele aus ihrer Kindheit oder dem Jugendalter. Dies stellt nur eine Form dar, wie an die Erinnerungen angeknüpft werden kann. „Die Pflege von Erinnerungen als Teil der Biographiearbeit lässt sich also ... spielerisch erreichen“ (Kolakowski 2010, S. 28).

Biografiearbeit wirkt stundenlangem Grübeln oder wortlosem Nebeneinandersitzen, was psychisch und auch körperlich krank machen kann, entgegen. Es baut Kommunikationsängste ab, erhöht das Selbstwertgefühl, fördert das gegenseitige Verständnis und weckt positive Emotionen (vgl. Gereben; Kopinitsch-Berger 1998, S. 12). Ebenso hilft diese Methode, die Verhaltensweisen von Patienten besser zu verstehen. Insbesondere bei Bewusstseins Einschränkungen, wie z.B. Demenz oder Hirntumoren, kann mitunter manche Verhaltensart erst verstanden werden, wenn der Verantwortliche den Betroffenen aus dem Blickwinkel seiner Biografie betrachtet.

Problematisch wird es, wenn an verdrängte oder unangenehme Erlebnisse gerührt wird, die nicht verarbeitet wurden (vgl. Kolakowski 2010, S. 29). „Die ... Unklarheit in Beziehungen, Emotionen und verdrängte Erlebnisse, die ‚unerledigten Geschäfte‘, ... sind es oft, die eine Atmosphäre stören oder gar verhindern, in der Abschied möglich ist“ (Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 142). Sie hindern Menschen daran, loszulassen. Dies thematisierte die bekannte Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross. Das Fachwissen der Sozialarbeiter befähigt sie jedoch, diese Erlebnisse aufzuarbeiten und zu einer Chance zu wandeln. Kommt es zu dieser Situation, kann menschliche Wärme, Einfühlungsvermögen, Anteilnahme und Zuhören für den Betroffenen sehr hilfreich sein.

Grundsätzlich erfolgt in der Biografiearbeit mit der Thematisierung der Vergangenheit die Bilanzierung des Lebens, ebenso wie die Entwicklung von noch anstehenden Handlungsmöglichkeiten. Durch den Blick auf die Gegenwart wird die Lebensbewältigung ermöglicht.

6.3 Das multiprofessionelle und interdisziplinäre Team (Ketterl)

Keine Berufsgruppe kann Sterbebegleitung allein leisten und so ist die Arbeit im interdisziplinären Team ein wesentliches Merkmal von Palliative Care.

Oft stellt eine gleichwertige Zusammenarbeit in Teamform die Mitglieder vor Herausforderungen, da diese Art des Zusammenspiels im bisherigen Arbeitsalltag nur wenig verbreitet war. Bisher bestimmten Routinetätigkeiten sowie zergliederte Arbeitsprozesse, z.B. im Pflegeheim (siehe Punkt 4.2), die Sterbebegleitung. Teamarbeit muss erlernt werden und eine kooperative Zusammenarbeit entsteht nur mit viel Mühe, Vertrauen und Zeit. Dabei ist es förderlich, abzuklären, wer welchen Aufgaben nachkommt, um eventuelle Konkurrenz zu vermeiden und ergänzend zu arbeiten (vgl. Kränzle, Schmid; Seeger 2009, S. 133).

Ist diese Voraussetzung gegeben, bringt jede Berufsgruppe ihre speziellen Kenntnisse und Erfahrungen ein, um gleichwertig an der Erfüllung einer gelungenen Sterbebegleitung mitzuwirken. Die Teammitglieder beobachten nicht nur aufmerksam die Bedürfnisse der Sterbenden, sondern unterstützen sich auch gegenseitig und wissen umeinander und können somit emotionale Stabilisierung bieten (vgl. Kränzle; Schmid; Seeger, S. 4). Die Fachliteratur formuliert jedoch voraussetzend: „Wenn Teammitglieder es nicht gelernt haben, liebevoll miteinander umzugehen, wird ihnen dies auch schwerlich mit Angehörigen und Sterbenden gelingen.“ (Student 1994, S. 23).

Ärzte, Pflegepersonal, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Koordinationspersonen und Ehrenamtliche bilden das Grundgerüst des Teams. Hinzu kommt, dass Wissen und Erfahrungen auch über das Hospiz hinaus mit anderen Einrichtungen und Diensten geteilt werden und eine Vernetzung dieser im Interesse des Sterbenden erfolgt (vgl. Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 11).

Geschult in Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit hat der Sozialarbeiter die wichtige Rolle des Bindegliedes im Team. Sozialarbeiter zeichnen sich durch eine Multifunktionalität in der fachlichen Ausbildung und Multireferenzialität bzw. Querschnittskompetenz, durch die sich die Sozialarbeitswissenschaft mit Zugriff auf eine Vielzahl von Bezugswissenschaften konzentriert, aus (vgl. Student; Mühlum; Student 2004, S. 42). Sozialarbeitswissenschaft basiert auf den Grundlagen der Pädagogik, Politik, Soziologie und Psychologie und begründet sich darüber hinaus auf deren Weiterentwicklungen.

Aber auch viele andere Disziplinen beeinflussen die Soziale Arbeit. Aufgrund dieser Vernetzung stellt sie eine Trans-Disziplin dar, abgegrenzt mit spezifischen Fragestellungen und Handlungsfeldern. „Dieser Austausch zwischen den Wissenschaften erweist sich als fruchtbar für jede einzelne Disziplin und kann ... zur Steigerung innerdisziplinärer Entwicklung beitragen.“ (Erath, 2006, S. 33 ff.). Weiterhin wird ausgeführt: „Als besonders geeignet erweist sich diese Sichtweise von Interdisziplinarität deshalb, weil sie den einzelnen Disziplinen erlaubt, die Resultate anderer Disziplinen konstruktiv zu übernehmen, ebenso wie die unterschiedlichen Problemstellungen der wachsenden Zahl an Wissenschaften zu akzeptieren und sich vor einer unreflektierten Übernahme von Alltagsplausibilitäten zu schützen.“ (Erath 2006, S. 36).

6.4 Die Rolle des Ehrenamtes (Ketterl)

Das Verhältnis zwischen freiwilligen Helfern und Fachkräften ist in Deutschland durchaus spannungsbelastet. Die Fachkräfte haben das Gefühl, aus finanziellen Gründen von freiwilligen Helfern ersetzt zu werden, da der Staat seinen Haushalt entlasten will. Im Gegenzug fühlen sich die Ehrenamtlichen meist nicht ausreichend akzeptiert (vgl. Student 1994, S.81).

Im Arbeitsbereich des Hospizes nehmen Ehrenamtliche jedoch keineswegs eine Randposition ein, sondern haben die Bewegung von Anfang an mitgetragen. Hier unterscheiden sich ihre Aufgaben klar zu denen der beruflichen Helfer. Sie entstammen dem Gemeinwesen, der Gemeinschaft der Mitmenschen um die Gruppe der jetzt Betroffenen, und beziehen ihr Selbstverständnis aus dieser Tatsache. Sie sind Laien, die den Alltag und die Alltäglichkeit repräsentieren, und tragen entscheidend dazu bei, dass das Hospiz in das Gemeinwesen, aus dem es entstanden ist, auch integriert bleibt (vgl. Student 1994, S. 81).

Zeit ist ein Kapital, welches eng gestrickte Dienstpläne kaum zulässt. Genau dieses bringen die ehrenamtlichen Helfer in die Arbeit im Hospiz ein. Sie sind im Team gleichberechtigt und tragen hier in der Begleitung Sterbender eine große Verantwortung. Dazu bieten sie Unterstützung für Angehörige und Ermutigung für den betroffenen Menschen selbst. Da sie eine Beziehung zu dem Sterbenden und seinen Angehörigen aufbauen, halten sie Kontakt bis zu seinem Tod und, in Form der Trauerbegleitung, für die Angehörigen auch

darüber hinaus. Sie erreichen damit die Integration des Sterbens in den Alltag (vgl. Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 11).

Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativ Verbandes e.V. (DHPV) gab es 2008 in Deutschland ca. 80.000 Ehrenamtliche im Hospizbereich. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jeder Bürger einer derartigen ehrenamtlichen Tätigkeit nachkommen kann. Nur durch Supervision und Reflexion etc. geschulte Ehrenamtliche können die hohen Anforderungen mittragen und nehmen einen Platz im interdisziplinären Team als Unterstützung der professionellen Mitarbeiter ein. Sie werden sorgfältig ausgewählt und ausgebildet, ohne ihnen den Laienstatus zu nehmen. Dies macht sie stark genug, die ständigen Konfrontationen mit existenziellen Fragen des Lebens und zu Tod und Trauer zu bewältigen (vgl. Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 11).

Bei den ambulanten Diensten begleiten die freiwilligen Helfer den Sterbenden und seine Familie in der Regel zweimal pro Woche in Form von Besuchen. Dabei nehmen sie die Funktion der Kontrollinstanz ein. Sie registrieren Veränderungen und Verschlechterungen, um nötige Hilfen schnell veranlassen zu können, und übernehmen die Nachtwachen in den letzten Lebenstagen. „Die politische Entwicklung fördert heute über die Krankenkassen den Ausbau der ambulanten Hospizdienste, damit sich ‚zu-Hause-Sterben‘ in der vertrauten Umgebung oder in der Pflegeeinrichtung realisieren lässt.“ (Kränzle; Schmid; Seeger 2009, S. 133). Ehrenamtlichkeit ist somit ein „wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care.“ (Kränzle; Schmid, Seeger 2009, S. 11).

Die ehrenamtlichen Helfer erhalten in der Regel keine finanziellen Gegenleistungen. Ihnen werden jedoch im Gegenzug Anerkennung, Bestätigung und vielleicht sogar Dankbarkeit entgegengebracht, infolgedessen sich die Bereitschaft für gesellschaftliches Engagement verstärkt.

Wird von der Tatsache ausgegangen, dass Menschen in erster Linie deshalb freiwillig helfen, weil es für sie ein beglückendes Gefühl ist, so ist der Bereich der Sterbebegleitung alter Menschen dafür geeignet. Hier sind die Betroffenen froh, ein Buch vorgelesen zu bekommen oder einfühlsame Gespräche zu führen.

Soziale Arbeit sollte die Aufgabe übernehmen, Ehrenamtliche anzuleiten und zu begleiten. So werden Laienhelfer Kompetenzen vermittelt, das Handeln

der Bewohnerinnen besser zu verstehen und ihre Erlebnisse durch Reflexion besser verarbeiten zu können.

6.5 Zwischenfazit (Ketterl)

Der demografische Wandel in unserem Land macht deutlich, dass in Zukunft der Anteil an Menschen im Alter von über 65 Jahren überproportional ansteigen wird. Einhergehend mit dem Anstieg an pflegerischen und medizinischen Bedarf wird auch die Zahl Demenzkranker steigen. Oft können Betroffene sich nicht mehr auf herkömmliche Weise verständigen und Mitarbeiter müssen z.B. bei Ausfall der Sprache neue Wege der Kommunikation finden. Daneben wird der „Zuwachs an Patienten, die einen unterschiedlichen kulturellen Hintergrund haben und einer anderen oder keiner Religion angehören“ (Enquete- Kommission 2005, S. 35) eine Herausforderung darstellen.

Alle Mitarbeiter rund um den sterbenden Menschen müssen „ ... ohne ihre eigenen Überzeugungen aufzugeben, kulturelle Unterschiede ... achten und den unterschiedlichen Vorstellungen und Menschenbildern der zugewanderten oder einheimischen Patienten mit anderem weltanschaulichen Hintergrund Respekt ... zollen.“ (Enquete- Kommission 2005, S. 35).

Die erforderlichen Kenntnisse über spirituelle Begleitung und seelsorgliche Tätigkeiten für die individuell benötigten Hilfestellungen können nur über ein ausreichendes Angebot an Fort- und Weiterbildung gewonnen werden. Dies nicht nur für Pflegepersonal, sondern z.B. auch für Ehrenamtliche, Therapeuten, Seelsorgern und vor allem Sozialarbeitern um den zukünftigen Platz in der Altenarbeit besser vertreten zu können. Leider gibt derzeit noch „ ... keine staatlich anerkannte Weiterbildung für die einzelnen Berufsgruppen“ (Enquete-Kommission 2005, S. 22) und es liegt somit ein hoher Entwicklungsbedarf vor. Ein Fortschritt in der Sozialen Arbeit würde die Modulwahl über palliative und hospizliche Sterbebegleitung bieten. Dabei sollte die Kommunikation sowie ethische Grundlagen im Kontext von sterbenden alten Menschen als Basiswissen vermittelt werden. Ihr professionelles Handeln sollte sich an den Handlungsleitlinien des DBSH und dem Code of Ethics orientieren.

Probleme alter Menschen in der Sterbebegleitung können sich zunehmend gegenseitig verstärken. Aus diesem Grund ist ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team von großer Bedeutung, denn in diesem Rahmen

kann „auf die Expertise verschiedener Berufsgruppen“ (Enquete- Kommission 2005, S. 14) zurückgegriffen werden. Dieses hilft nicht ausschließlich dem Betroffenen, sondern im Falle von Schuldzuweisungen oder Überforderung auch den Teammitgliedern selbst.

Werden Überforderungen nicht abgebaut oder wird ihnen nicht vorgebeugt, könnte dies zu eines der größten Grenzen im Zusammenhang mit Sterbebegleitung führen-Euthanasie. Mit ausreichenden Kenntnissen unter anderem aus ethischem Wissen und professioneller Erfahrung kann eine Umfassende Unterstützung angeboten und neue Perspektiven aufgezeigt werden. „Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin ist der Überzeugung, dass nicht in der vorzeitigen Beendigung des Lebens die Lösung besteht, sondern in einem anderen Umgang mit Tod und Sterben.“ (Enquete- Kommission 2005, S. 5).

Das Arbeitsfeld ist breit gefächert. Sowohl Prävention als auch die Behebung sozial Benachteiligter, die Beratung und Unterstützung sowie eine politische Einflussnahme zur Veränderung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sterbender alter Menschen sind Aufgaben der Sozialarbeiter. Dabei achten sie unter anderem besonders auf die Wahrung und den Schutz des Lebens, die Würde des Menschen und die Selbstbestimmung (vgl. DBSH 2008, S. 4). Aus dem Grund kann es auch die einzige und einheitliche „Super-Methode“ der Sozialen Arbeit nicht geben, sondern es werden unterschiedliche Methoden benötigt, die für verschiedene Personen, deren Probleme und Situationen und den daraus folgenden Arbeitsfeldern angemessen sind (vgl. Galuske 2002, S. 47).

Der zunehmende Kostendruck birgt die Gefahr, dass auch sterbende Alte zunehmend unter das Augenmerk der Wirtschaftlichkeit gestellt werden. Solidarität und soziale Gerechtigkeit gilt es auszuüben um „ein menschenwürdiges Leben vom Anfang bis zum Ende für alle möglich“ (Enquete- Kommission 2005, S. 9) zu machen.

7 Resümee und Ausblick (Forkert, Ketterl)

Die Sterbegleitung stellt in zentralen Inhalten ein typisches sozialpädagogisches Handlungsfeld dar. Sie bedarf keines eigenständigen Verfahrens, denn Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, Offenheit, Verantwortlichkeit, Ganzheitschau sowie Dialog können als sozialpädagogische Ausbildungsinhalte vorausgesetzt werden (vgl. Mennemann 2005, S. 1840).

In der Sterbebegleitung gewinnt jedoch die Fähigkeit an Bedeutung, „abschiedlich leben zu können“ (Mennemann 2005, S. 1840). Diese umfasst einen Prozess der Aneignung in Bezug auf Tod, Sterben, Leiden, Alter und Krankheit. Darüber hinaus ist ein fachliches Wissen notwendig, um das Sterben anderer verstehen zu können. Damit ist für die Begleitung sterbender Menschen, die sich in einer Krisensituation befinden, eine grundständige sozialpädagogische Professionalisierung weitestgehend ausreichend. Es bedarf folglich keiner Spezialpädagogik.

Durch die Aufnahme der Sterbebegleitung in sozialpädagogische Ausbildungscurricula wird die Möglichkeit einer grundlegenden Auseinandersetzung mit Krisensituationen und basalen Ängsten geschaffen. So können Sozialpädagogen im Bereich der psychosozialen Betreuung, Angehörigenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, interprofessionellen Kooperation und interinstitutionellen Koordination entscheidende Aufgaben in der Sterbebegleitung übernehmen. Außerdem benötigen Helfer ein institutionalisiertes Weiterbildungsangebot sowie Supervisionsmöglichkeiten, die einem „Ausbrennen“ (Mennemann 2005, S. 1840) und diversen anderen Schwierigkeiten bei der Begleitung sterbender Menschen vorbeugen.

Die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen hat im Bereich der Sterbebegleitung eine besonders große Bedeutung. Diese sollte systematisch in die Ausbildung einbezogen werden und nicht dem Zufall überlassen bleiben (vgl. Mennemann 2005, S. 1840).

Der Beitrag der Sozialpädagogik innerhalb thanatologischer Disziplinen zur Beschreibung des Sterbeprozesses besteht in einer entwicklungsorientierten Perspektive auf den Aneignungsvorgang des Subjekts. Demnach ist das Sterben nicht nur mit einem körperlichen Abbau und Verfall verbunden, sondern es kann als umfangreicher Aneignungsvorgang begriffen werden.

Sterbebegleitung sollte nicht als Spezialaufgabe eines sich abgrenzenden Berufsstandes betrachtet werden. Sie liegt vielmehr im Schnittbereich verschiedener Professionen sowie ehrenamtlicher und professioneller Hilfe.

In Zukunft wird es immer wichtiger werden, eine kontinuierliche Forschung über das Erleben und Verhalten sterbender Menschen sowie den Hilfebedarf und die Wirksamkeit der Angebotsstrukturen zu etablieren. Erfahrungsaustausch sowie Zusammenarbeit helfen, Kommunikationsbarrieren und Konkurrenzdenken zu überwinden und eine pluralistische, vernetzte Angebotsstruktur zu schaffen (vgl. Mennemann 2005, S. 1841).

Die ehemals stabilen moralischen Lebensverhältnisse, worin das Sterben eingebettet war, haben sich in ein Dasein unter ständigem „Flexibilisierungsdruck“ (Gronemeyer 2010, S. 37) gewandelt. Familienzerfall und eine prekäre Arbeitswelt führen zu einer fragmentierten Persönlichkeit mit diffusen Ängsten. So gestaltete sich auch das Sterben. Gronemeyer vertritt die Auffassung: „So fragmentiert wie das Leben der Menschen heute ist, so ist auch das Ende geworden.“ (Gronemeyer 2010, S. 37). Konkurrenz und Vielschichtigkeit unter den Dienstleistungsanbietern, die nicht aufeinander abgestimmt sind, verlangen dem Sterbenden bis zuletzt Entscheidungen ab, die das friedliche Sterben unnötig belasten.

Moderne Unstetigkeit mit einhergehendem und oft ungewolltem Wechsel des Sterbeortes in den letzten Lebenstagen ermöglicht es kaum, innerlich zur Ruhe zu kommen. Schlimmer noch, der Sterbende wird zum „Subjekt(e) ... im Rahmen institutionell gesetzter Bedingungen.“ (Gronemeyer, 2010, S. 38).

Ein Grundbedürfnis, das des schmerzfreien Sterbens, lässt die Kosten für medikamentöse Betreuung ständig steigen. Durch fehlende oder sogar überforderte Kinder oder Enkelkinder ist eine immer seltener werdende Pflege durch Angehörige gegeben. Aus diesen Gründen sind „Ökonomisierung, Institutionalisierung und Medikalisierung des Sterbens ... die zeitgenössigen Weisen des Umgangs mit dem Lebensende.“(Gronemeyer, 2010, S. 39).

In der Arbeit mit sterbenden alten Menschen ist eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation von grundlegender Bedeutung. In diesem Rahmen muss die Soziale Arbeit ihre Koordinations- bzw. Schlüsselfunktion ausüben und verteidigen. Denn durch ihre Bandbreite an Methoden und Erkenntnissen ist sie befähigt, die Autonomie des Menschen zu respektieren

und zu entsprechen und zugleich den gesellschaftlichen Anforderungen Rechnung zu tragen. Sie muss eine Durchsetzungsfähigkeit entwickeln, um ihren Status der Semi-Profession ablegen zu können (vgl. Dewe; Otto 2005, S. 1405 f.).

Abschließend ist hervorzuheben, dass wie eingangs bereits angedeutet und beim weiteren Recherchieren festgestellt, Sterbebegleitung in Bezug auf alte Menschen keinen besonderen Stellenwert in der Literatur einnimmt. Dabei handelt es sich beim Alter doch auch um eine der zahlreichen Lebensphasen, die unser menschliches Dasein charakterisieren und zu der Sterben und Tod unweigerlich gehören.

„Letztendlich befinden wir uns alle auf der Reise zum Tod, nur ist der Weg, den wir noch vor uns haben, unterschiedlich lang, und jeder hat sein eigenes Gepäck zu tragen“ (Davy; Ellis 2007, S. 22).

Literaturverzeichnis

Abrahamian, Heidemarie; Bruns, Valentina; Grünstäubl, Verena (2007): Den letzten Weg gemeinsam gehen. Hospize und Sterbebegleitung. Wien: Goldegg.

Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.) (2008): Lebensalter und Soziale Arbeit. Bd. 6. Ältere und alte Menschen. Hohengehren: Schneider.

Blaumeiser, Heinz (2007): Biografischer Ansatz. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.). Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 6. Aufl., S. 139. Baden-Baden: Nomos.

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

Davy, John; Ellis, Susan (2007): Palliativ Pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten. 2. Aufl. Bern: Huber.

Deutscher Bundestag (2005): Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, Drucksache 15/5858. Online, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/058/1505858.pdf>.

Letzter Zugriff am 05.01.2011.

Dewe, Bernd; Otto, Hans-Uwe (2005): Sozialarbeit/Sozialpädagogik zwischen Profession und Organisation. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch. Sozialarbeit – Sozialpädagogik, S. 1405-1407. München: Reinhardt.

Erath, Peter (2006): Sozialarbeitswissenschaft: Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Feldmann, Klaus (1997): Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse. Opladen, Leske & Budrich.

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

Gereben, Cornelia; Kopinitsch- Berger, Susanne (1998): Auf den Spuren der Vergangenheit. Anleitung zur Biographiearbeit mit älteren Menschen. Wien/München/Bern: Maudrich.

Gerling, Vera; Naegele, Gerhard (2005): Alter, alte Menschen. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch. Sozialarbeit – Sozialpädagogik, S. 30-40. München: Reinhardt.

Hille, Michel C. (2008): Sterben und Tod – alte Menschen und ihr Sterben. Skript zur Vorlesung am 04.06.2008: Hochschule Mittweida (FH) University of Applied Sciences.

Kaluza, Jens; Topferein, Gabriele (2005): Sterbebegleitung in Sachsen. Ein Sozialwissenschaftliches Projekt. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.). Berlin. Online, URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/sterbebegleitung.property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>
Letzter Zugriff am 01.12.2010.

Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hg.) (2009): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 3. Aufl. Heidelberg: Springer.

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

Kübler-Ross, Elisabeth (1971): Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz.

Kübler-Ross, Elisabeth (2003): Reif werden zum Tode. München: Knauer.

Lattschar, Birgit; Wiemann, Irmela u.a. (2007): Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte. Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit. Weinheim und München: Juventa.

Meinhold, Marianne (2005): Einzelfallhilfe/Case-Management. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch. Sozialarbeit – Sozialpädagogik, S. 361-367. München: Reinhardt.

Mennemann, Hugo (2005): Sterbebegleitung. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch. Sozialarbeit – Sozialpädagogik, S. 1834-1841. München: Reinhardt.

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

Neuffer, Manfred (2007): Case Management. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.). Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 6. Aufl., S. 162. Baden-Baden: Nomos.

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

Reinicke, Peter (2007): Palliativstationen. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.). Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 6. Aufl., S. 691. Baden-Baden: Nomos.

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

Schneekloth, Ulrich (2006): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG

IV). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.). Online, URL:

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-alteneinrichtungen.property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>.

Letzter Zugriff am 09.12.2010.

Schweidtmann, Werner (1992): Sterbebegleitung. Menschliche Nähe am Krankenbett. 2. Aufl. Stuttgart: Kreuz.

Student, Johann-Christoph (Hg.) (1994): Das Hospiz-Buch. 3. Aufl. Freiburg: Lambertus.

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

Tausch, Anne-Marie; Tausch, Reinhard (1994): Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet. Reinbek: Rowohlt.

Tesch-Römer, Clemens; Engstler, Heribert; Wurm, Susanne (Hg.) (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: GWV Fachverlag GmbH.

Wahl, Hans-Werner; Heyl, Vera (2004): Gerontologie - Einführung und Geschichte. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.

Wilz, Gabriele; Soellner, Renate (2008): Tele.TAnDem - Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzkranken. Eine Kurzzeitintervention zur Ressourcenförderung bei häuslich betreuenden Angehörigen. In: Bundesministerium für Gesundheit „Leuchtturmprojekt Demenz“. Laufzeit 2008-2010. Online, URL:

<http://www.healthways.de/aktuelles/news/browse/3/article/6/telefonberatung-soll-pflegende-angehoerige-unterstuetzen.html>

Letzter Zugriff am 04.01.2011.

Zeitungsbeiträge:

Kolakowski, Peter (2010): Biographiearbeit. Spielend kommt die Erinnerung zurück. In: Pro Alter. Welche Pflege wollen wir?. Heft 4, S. 27- 31.

Menning, Sonja; Nowossadeck, Enno; Marezke, Steffen (2010): Regionale Aspekte der Demografischen Alterung. In: Report Altersdaten. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Heft 1-2.

Neuffer, Manfred (2006): Case Management am Scheideweg. Ein Beitrag aus der Sicht der Sozialen Arbeit. In: Case Management. Eine kritische Bilanz. Heft 2, S. 5-11.

Fernsehsendungen:

WDR (04.09.2010): 09.30 Uhr – 10.00 Uhr (Wdh.). tag7 - Sterben will ich zu Hause.

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung

Wir erklären, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt haben.

Freiberg, den 18.01.2011

Heike Forkert

Babette Ketterl