

**Institut für Theorie und Praxis der Sozialtherapie
an der gemeinnützigen Landakademie Weilrod e. V**

Angeschlossen an das
Daniells-Institut der Theologischen Hochschule Friedensau
Staatlich anerkannte Hochschule in kirchlicher Trägerschaft

Gefördert vom
Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst

Studienkurs Sozialtherapie

Dozenten:
Prof. Dr. phil. habil. Horst Seibert
Prof. Dr. Winfried Noack

Hausarbeit über den Fachartikel

**„SOZIALE ARBEIT IN DER STERBEBEGLEITUNG“
Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt**

von

Kathleen Paul; Lisa Janotta; Katrin Heuer; Andreas Hanses

veröffentlicht in:
SOZIALE ARBEIT
Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete
Ausgabe Januar 2015, Heft 1, S. 14 – 21

Inhaltsverzeichnis

1. Aufbau der Hausarbeit	3
2. Artikel „Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung“ von Kathleen Paul; Lisa Janotta; Katrin Heuer; Andreas Hanses aus der Zeitschrift SOZIALE ARBEIT, Ausgabe Januar 2015 / 64. Jahrgang	3
3. Zusammenfassung	9
4. Hospizgeschichte	10
4.1 Begriff	10
4.2 Hospizbewegung	10
4.3 Cicely Saunders (Begründerin der modernen Hospizbewegung)	10
4.4 Zahlen und Fakten	10
4.5 Leitsätze der Hospizarbeit	11
5. Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung	12
5.1 Ansprüche und Forderungen an die Hospizarbeit	13
5.2 Tätigkeitsprofil Sozialarbeit im hospizlichen und palliativmedizinischen Bereich	14
5.3. Wie beschreiben Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ihr Handeln in der Sterbebegleitung selbst?	14
6. Biographiearbeit	15
7. Kommunikation	15
7.1 Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun	15
7.2 Gelingendes oder misslingendes Kommunizieren: Carl R. Rogers	16
7.3 Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen	16
7.4 Voraussetzungen für eine gelingende Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen	17
7.5 Symbolsprache Sterbender	17
8. Zwölf Leitgedanken nach Linus S. Geisler	18
9. Fazit / Ausblick	20
10. Literaturverzeichnis	22

1. Aufbau der Hausarbeit

Ich zitiere zunächst den Artikel „Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung“ von Kathleen Paul; Lisa Janotta; Katrin Heuer und Andreas Hanses aus der Zeitschrift SOZIALE ARBEIT, Ausgabe Januar 2015 / 64. Jahrgang. Nach einer kurzen Zusammenfassung des Artikels, gebe ich einen Überblick über die Geschichte der Hospizarbeit und stelle deren Leitsätze dar. Anschließend setze ich mich mit dem Fachartikel auseinander und beschreibe die besonderen Anforderungen der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung. Danach gehe ich auf die Biographiearbeit mit Sterbenden ein und befasse mich mit der Kommunikation Sterbender. Abschließend fasse ich die Ergebnisse nochmals kurz zusammen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit, verzichte ich teilweise auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form. Ich möchte deshalb darauf hinweisen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

2. Artikel „Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung“ von Kathleen Paul; Lisa Janotta; Katrin Heuer und Andreas Hanses aus der Fachzeitschrift SOZIALE ARBEIT, Ausgabe Januar 2015 / 64. Jahrgang

Einleitung

Soziale Arbeit hat den Auftrag, Menschen in ihrer Alltagsbewältigung sowie im Umgang mit kritischen Lebensereignissen zu begleiten und ist mit diesem Selbstverständnis längst auch in die Begleitung sterbender Menschen involviert. Auf Basis der zur Selbstverständlichkeit gewordenen Annahme, dass sich sozialarbeiterische Sterbebegleitung nicht ausschließlich an schwer erkrankte Menschen richtet, sondern als „mehrdimensionaler Verhandlungsprozess“ (Paul 2009, S. 252) auch Angehörige und andere professionelle Helferinnen und Helfer einbezieht (Paul 2009, Mennemann 1998), verweisen zahlreiche Veröffentlichungen zur Hospizarbeit auf Handlungsoptionen und Grundhaltungen, durch welche sozialarbeiterische Sterbebegleitung gelingen kann. Im Spektrum der Veröffentlichungen fehlt es neben Leitideen und Handlungskonzepten jedoch an empirischen Zugängen zu der Frage, wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Sterbebegleitung ihr Handeln selbst beschreiben und welche Leitideen sie für ihr Handeln ansetzen.

Dieser Artikel schließt an Ergebnisse aus dem DFG-Forschungsprojekt „Konstruktionen des Sterbens. Analyse biographischer und professioneller Perspektiven im Dienstleistungskontext“ an. Es sollen im Folgenden das Handlungswissen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter über ihre professionellen Praxen eingefangen sowie die Herausforderungen an die soziale Arbeit im Umgang mit dem bevorstehenden Lebensende beschrieben werden. Dabei wird auf die Ausgangsidee des Forschungsprojekts fokussiert. Die professionelle Sicht kann nur im Zusammenhang mit den biographischen Perspektiven der sterbenden Menschen gedacht werden. Es wird einerseits davon ausgegangen, dass der für die Klientinnen und Klienten unbestimmbare und prekäre Horizont des zeitnah erwarteten Sterbens für Soziale Arbeit eine besondere Bedeutung in zweifacher Hinsicht erhält: zum einen für die Ausrichtung des professionellen Tuns in der Erwartung des baldigen Versterbens der Patientinnen und Patienten beziehungsweise der Hospizbewohner und -bewohnerinnen, zum anderen in der Bezugnahme auf das biographische Wissen der schwer erkrankten Menschen. Andererseits wird davon ausgegangen, dass gerade die biographischen Erfahrungen der sterbenden Menschen die Basis darstellen, auf der professionelle Hilfe angenommen, bewertet und als hilfreich empfunden oder abgelehnt wird (Hanses 1996, Hanses 2005, Hanses; Richter 2011, Sander 2003). In Kenntnisnahme einer zunehmenden

„Institutionalisierung des Sterbens“ (Knoblauch; Zingerle 2005, Paul 2008) konzentrieren sich die nachfolgenden Ausführungen auf die stationäre Hospizarbeit.

Ziel dieses Artikels ist, die besonderen Handlungsorientierungen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in der Sterbebegleitung auf der Basis empirischer Einblicke zu erkunden, die Herausforderung der sozialen Arbeit durch das Sterben selbst zu diskutieren sowie den Umgang Sozialer Arbeit hiermit zu beschreiben. Dazu wird zunächst einführend ein Einblick in Leitideen und Handlungskonzepte für die Sterbebegleitung gewährt, so wie sie in der zeitgenössischen Hospizliteratur behandelt werden. Anschließend werden die Erkenntnisse zu den biographischen Sinnwelten sterbender Menschen kurz vorgestellt, wie sie anhand biographischer Interviews im Forschungsprojekt rekonstruiert wurden. Dem gegenüber werden unter Einbezug von Textbeispielen aus einem Experteninterview mit einer Sozialarbeiterin die Orientierungsrahmen für sozialarbeiterisches Handeln rekonstruiert. Darauf aufbauend werden die besonderen Herausforderungen an die Sterbebegleitung neu formuliert, wobei auf der Basis der empirischen Ergebnisse die biographische und die professionelle Ebene zusammengedacht werden. Abschließend soll die Bedeutsamkeit der Institution Hospiz diskutiert werden, die als Institution sowohl die biographischen als auch die professionellen Sinnsetzungen rahmt.

Tendenzen in der Hospizliteratur: Handlungskonzepte und Grundhaltungen

Geht es um eine genaue Präzisierung der Aufgaben der Sozialen Arbeit in der direkten Interaktion mit sterbenden Menschen, wird auf Kernaufgaben verwiesen wie beispielsweise die Information sowie Beratung sterbenskranker Menschen, die psychosoziale Begleitung bei Auseinandersetzungen mit dem Sterben, die Unterstützung der Kommunikation und auch die Hilfe bei der Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit der erkrankten Menschen (Student u. a. 2004, Lützenkirchen 2003, Mennemann 2008, Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte 2006). Unter der Fragestellung, wodurch ein gutes professionelles sozialarbeiterisches Handeln in der Situation des Sterbens gekennzeichnet sein könnte, werden in praktischen Leitfäden und wissenschaftlichen Ausarbeitungen grundlegende Ansprüche an Arbeitsweisen formuliert wie beispielsweise eine ganzheitliche psychosoziale Perspektive und eine multiple, den sterbenden Menschen in seiner spezifischen Lebenssituation und Lebenswelt berücksichtigende Praxis (Student u. a. 2004, Schütte 2002, Erben 2001). Auf der Basis dieser orientierungsgebenden theoretischen Ansätze sowie ressourcenorientierten Konzepte könne die Soziale Arbeit dazu beitragen, dass die Interaktion mit schwerstkranken Menschen im Sinne eines „guten Sterbens“ gelingt (Göckenjan; Dreßke 2002, Schneider 2012).

Auf der Suche nach Handlungsideen, die durch das Phänomen des Sterbens eingefordert werden, wird eine weitere Aufmerksamkeitsrichtung eröffnet: In der Akzentuierung, dass Sterben als ein Prozess zwischen „Gestalten und Loslassen“ (Mennemann 2008) betrachtet werden muss, könne sich professionelles Handeln in der Sterbebegleitung auf ein akzeptierendes „Nicht-Eingreifen und Sein-Lassen bei wirklicher Anwesenheit“ (Mennemann 1998, S. 263) konzentrieren. Durch das konsequente Wahrnehmen der Bedürfnisse Sterbender (Kübler-Ross 1996) könne sich professionelles Handeln jenseits eines aktiven Helfen-Müssens gestalten und den sterbenden Menschen (und seine Angehörigen) ins Zentrum professioneller Anwesenheit stellen (Student 1996, 1998). Hiernach geht es nicht um eine spezifische Fachlichkeit, sondern um eine hospizliche Grundhaltung (Student u. a. 2004, S. 43, Wilkening; Wichmann 2010) in den Dimensionen einer Klientenzentrierung, Ganzheitlichkeit und der Beachtung ethischer Standards.

Während in den hier aufgeführten Publikationen Konzepte, Programmatiken und Methoden im Bereich der sozialarbeiterischen Sterbebegleitung bisher hinreichend formuliert sind, werden

konkrete Handlungsanweisungen mit einer impliziten Idee, einen „richtigen Weg“ der Sterbebegleitung aufzeigen zu können, kritisch betrachtet. Somit werden einerseits detailliert notwendiges Handlungswissen und diverse Handlungsmöglichkeiten in Form von Konzepten und Leitlinien formuliert, während andererseits die Ideen zur Realisation einer hospizlichen Grundhaltung abstrakt bleiben (Albrecht 2013). Hier bietet es sich an, über die im Projekt „Konstruktion des Sterbens“ entwickelten empirischen Zugänge anzusetzen. Mithilfe von biographischen sowie Experteninterviews wird das Feld hinsichtlich der Konflikte und notwendigen Wissensdimensionen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in der Sterbebegleitung untersucht. Im nächsten Schritt soll daher der Schwerpunkt auf die Frage gelegt werden, wie diese die hospizlichen Ansprüche an ihre Arbeit im Praxiskontext einlösen und die Idee einer „gelingenden Sterbebegleitung“ für ihr berufliches Tun umsetzen.

Da sich, wie bereits weiter oben formuliert, die biographischen Konstruktionen von sterbenden Menschen und die Wissensdimensionen der sie begleitenden Professionellen gegenseitig bedingen, sollen zunächst in aller Kürze Ergebnisse aus der Interpretation der biographischen Interviews präsentiert werden.

Fokus I: Biographische Selbstverständnisse schwer erkrankter Menschen

Während die „Androhung“ des Sterbens von den schwer erkrankten Menschen nicht durch den Rückgriff auf eigene Lebens- und Lernerfahrungen „bewältigt“ werden kann, bleibt doch das biographische Wissen zentraler Bezugsrahmen und Ressource, sich mit dieser Krise auseinanderzusetzen und die letzte Lebensphase zu gestalten. Die Biographien der Patientinnen und Patienten sind in diesem Sinne als „konzeptuelle Dimension zu verstehen, an der sich professionelle Soziale Arbeit in verschiedenen Hinsichten der Planung, Durchführung und Reflexion orientiert“ (Dausien 2005, S. 9). So ist der Patient nicht ausschließlich Laie, „der vieles nicht überblickt“ (Reiter-Theil u. a. 2003, S. 157), sondern vielmehr als kompetente Person in Bezug auf die Gestaltung der Lebensphase des Sterbens zu verstehen. Um diese Deutungs- und Konstruktionsleistungen der sterbenden Menschen verstehbar zu machen, bilden die biographischen Erzählungen einen sinnvollen Zugang.

Im Zuge der Interpretationen zeigten sich in den autobiographischen Selbstpräsentationen besondere Eigensinnigkeiten, die nicht ausschließlich auf die Schwere der Erkrankung oder die konkrete Interviewsituation, sondern vielmehr auf das Wissen einer nicht mehr eintretenden Gesundheit zurückzuführen sind. Durch die Perspektive eines baldigen Sterbens ist eine zu gestaltende, verhandelbare und offene Zukunft, an der sich der biographische Selbstentwurf in den Erzählungen orientieren kann, nicht mehr vorhanden. Ist aus der Selbstsicht der Betroffenen das Sterben innerlich klar, kommt es – so die Analysen der Interviews – zu einer Umdeutung beziehungsweise „Neukonstruktion der biographischen Selbstpräsentationen“. So fällt in den Erzählungen auf, dass konflikthafte Begebenheiten, Divergenzen, Brüche und Erlebnisse des Scheiterns in den Erzählungen nicht erzählerisch ausgeschmückt dargestellt werden (Paul u. a. 2012). Dies bedeutet allerdings nicht, dass konfliktreiche Lebensereignisse nicht thematisiert werden. Statt einer dramatischen Erzählung werden die Ereignisse des Lebens in Form von Episoden lose aneinandergereiht und dabei nicht erzählerisch ausgeschmückt. Besonders ist dabei, dass das Sterben selbst selten erwähnt wird. Ebenso wenig werden konflikthafte Situationen im institutionellen Kontext des Hospizes und mit den Professionellen darin beschrieben. Durch die Positionierung in einer prekären Gegenwart, institutionell zumeist markiert durch ein Therapie- und Behandlungsende, tritt die Institution in den Hintergrund. Mögliche Reibungen und notwendige Aushandlungen innerhalb der Institution Hospiz spielen im Kontext einer biographischen Selbstpräsentation keine Rolle mehr.

Fokus II: Sozialarbeiterisches Handlungswissen in der Sterbebegleitung

Durch die Neuordnung biographischer Konstruktionen von sterbenden Menschen entsteht für die Soziale Arbeit im Hospiz eine besondere Situation: Den Institutionen und damit den professionellen Helferinnen und Helfern kommt eine sehr begrenzt identitätsstiftende Funktion zu, während vice versa die sterbenden Menschen herausgefordert sind, biographische Konstruktionen zu etablieren, die sich stärker an einer eigenen Konstruktionslogik entfalten. Die Institutionen und damit die Professionellen verlieren ihr Funktion als relevante Biographiegeneratoren (Hahn 1982). Mithilfe von ausgewählten Interviewausschnitten wird im Folgenden aufgezeigt, wie Soziale Arbeit mit ihren professionellen Sichtweisen und Erfahrungswissensbeständen versucht, auf diese schwierige Konstellation und die Mächtigkeit der Situation des Sterbens zu reagieren.

Interviewbeispiel: Elisa Grau

Frau Grau ist als Sozialarbeiterin in einem stationären Hospiz tätig. Im folgenden Interviewausschnitt beschreibt sie eine besonders gut gelungene Begleitung eines sterbenskranken Bewohners:

G: Es ist gerade kürzlich gewesen. Ähm, dass ein Bewohner ich glaube – nur eine Woche oder zehn Tage maximal bei uns gewesen ist und wir schon alles festgestellt haben, das ist sehr intensiv. Im Sinne von: Er ist noch nicht allzu lange erkrankt und äh hatte sehr lange keinen Kontakt zu seiner Schwester. Die ist dann mit hierhergekommen, als seine Begleitperson. Und die hatten gerade erst vor vier Wochen den Kontakt wieder aufgenommen und da gab's ganz viel zu klären. Und ähm, dann ham wir gemeinsam noch die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht erstellt und bin auch mit seiner Schwester sehr intensiv in Kontakt gewesen, wir ham viel telefoniert, viel gesprochen. Auch hier. Und ähm auch mit dem Bewohner hat ich sehr, sehr intensiven Kontakt ähm sehr – also sehr viel Spaß auf der einen Seite. Wir ham unheimlich viel zusammen gelacht. Und auf der anderen Seite auch sehr tiefgehende Gespräche geführt, ähm, zusammen Zigaretten geraucht, zusammen Wein getrunken (schmunzelt) nach Feierabend. (...) Ja. Und es war kurz, aber wirklich sehr intensiv. Und er hat sich gewünscht äh, dass ich zu seiner Beerdigung komme, und die ist morgen. Und da werd ich auch morgen hingehen. Genau (Tanskript 2/63-3/76).

Frau Grau beschreibt zum einen formale Dienstleistungen, die zu ihrem Arbeitsfeld gehören: Sie muss die Krankengeschichte erfahren und die Patientenverfügung sowie eine Vorsorgevollmacht auf den Weg bringen. Doch diese Formalitäten machen den Fall noch nicht zum „guten Fall“. Vielmehr rücken neben den notwendigen bürokratischen Tätigkeiten aus ihrer Perspektive die Begegnung und das persönliche Einlassen in den Mittelpunkt der eigentlichen Arbeit. Während ihr Fokus nicht darin besteht, eine Idee der professionellen Problembearbeitung mit genauer Zielstellung zu entwerfen, wird aus ihrer Perspektive professionelle Arbeit als gut bewertet, wenn Sie „Spaß“ hat und „viel zusammen lacht“ und „auf der anderen Seite auch sehr tiefgehende Gespräche“ führen kann. Das persönliche Einlassen und die Herstellung einer „Beziehung“ zu den Bewohnerinnen und Bewohnern des Hospizes tragen als Handlungsmaxime zu einer positiven Sinnsetzung in der eigentlich schwierigen Situation des Sterbens bei. Auch die Verbindlichkeit, mit der sie über den Tod des Patienten hinaus seinem Wunsch, dass sie zur Beerdigung komme, gerecht werden will, verdeutlicht die Gewichtigkeit einer „persönlichen Einlassung“.

In einem weiteren Ausschnitt thematisiert Frau Grau Herausforderungen in der Begleitung von sterbenden Menschen:

G: Ich für mich kann sagen, die Herausforderung ist, wenn da sehr viele Familienkonflikte bestehen. Ähm. Und ich von allen Seiten angesprochen werde. Also von Seiten des Bewohners, der dann ganz viel erzählt, und dann auch die Angehörigen, die mich anrufen und – so'n bisschen was von den Hintergründen erzählen. Und ich denke, da ist es 'ne Herausforderung, wertfrei zu bleiben. Und sich nicht auf eine Seite zu stellen, weil es ist ja so, dass wir hier natürlich für die Bewohner da sind und die Bewohner schützen und auch für die Bewohner sprechen. Das ist aber nicht immer so einfach, ja? Weil ich auch die Seite der Angehörigen verstehen kann und da gibt es ganz viele Wünsche und Fragen und Dinge, die vielleicht nicht geklärt werden können. Und da wirklich den eigenen Standpunkt zu behalten und sich nicht in diesen Konfliktkreis mit reinzubewegen, das empfinde ich immer als Herausforderung (Transkript 3/93-4/104).

Die Herausforderung besteht für Frau Grau darin, zwischen verschiedenen Positionen „wertfrei zu bleiben“. Interessant ist hierbei, dass sie zwar einerseits von Spannungen zwischen den Positionierungen spricht, andererseits jedoch auch hier keine Konfliktbearbeitungsidee entwirft. Ihren Auftrag gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern beschreibt sie als ein „Da-sein, Schützen, Sprechen“ - jedoch nicht als das Überzeugen der Angehörigen. Sie entwickelt so eine Idee von kommunikativer Anwesenheit, bei der sie „den eigenen Standpunkt (behaltend)“ Ansprechpartnerin für alle Seiten ist, sich jedoch nicht zur Problem- und Konfliktlösung berufen sieht. Somit scheint sich auch ihr professionelles Verständnis nicht auf ein besseres beziehungsweise gelingendes Leben in der Zukunft auszurichten.

Verdichtend, auch im Vergleich zu anderen Interviews, verweisen die empirischen Einblicke darauf, dass die Handlungsintentionen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter nicht durch vorsorgende, aktionstypische oder organisierende Ideen geprägt sind. Aus den professionellen Perspektiven geht es um die Herstellung einer persönlichen und vertrauensvollen Kommunikationssituation. Persönliche Authentizität, gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung avancieren zur professionellen Leitidee. Die Grenzen zwischen Person und Profession verschwimmen und die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter erfahren durch die Qualität einer persönlichen, wechselseitig anerkennenden Beziehung zugleich eine Bestätigung der Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit. Die professionelle Handlungslogik distanziert sich von klassisch-methodischen Maßnahmen der Problembearbeitung, von festen Abläufen und Konzepten. Vielmehr werden Handlungen unter die Zielstellung der Schaffung kommunikativer Gelegenheitsstrukturen mit den sterbenden Menschen beschrieben (Paul u. a. 2012). Es entsteht eine radikale Bedürfnisorientierung, um professionelle Handlungsfähigkeit in der prekären Situation des Sterbens aufrechterhalten zu können.

Sterben als Herausforderung für die Soziale Arbeit

Die dargestellten Ergebnisse verweisen auf einen bedeutungsvollen Zusammenhang zwischen biographischen und professionellen Perspektiven. Im Zuge der beschriebenen biographischen Umdeutungen entsteht eine autonome, eigenmächtige Haltung der sterbenden Menschen, die mit einem selbstbestimmten Zulassen oder Abgrenzen von einer professionellen Angebotsstruktur einhergeht. Sie definieren selbst, in welcher Weise sie Adressatinnen und Adressaten der professionellen Hilfeleistungen sein wollen. Durch die beschriebene Distanz der biographischen Selbstpräsentationen von der institutionellen Hilfsituation sowie sehr kleinräumig gedachte Zukunftsentwürfe der Bewohnerinnen und Bewohner des Hospizes avanciert das sozialarbeiterische Handeln zu einer besonderen Herstellungspraxis. In der Situation, in der sich professionelle Problembearbeitungen als nicht mehr möglich erweisen, verliert die Institution und damit die soziale Arbeit die Kraft als Biographiegenerator für die sterbenden Menschen. Das professionelle Wissen als „Sonderwissen“ der Expertinnen und Experten zur Bearbeitung spezifischer Handlungsprobleme (Sprondel 1979) kann in dieser letzten Lebensphase von den Adressatinnen

und Adressaten nicht oder nur sehr begrenzt integriert werden. Durch die obsolet gewordene Idee der Problembearbeitung müssen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ihrem Auftrag situativ und gemeinsam mit den sterbenden Menschen aushandeln – nicht zuletzt, um handlungsfähig zu bleiben. Vor diesem Hintergrund geht es – so die Ergebnisse – um die Entwicklung neuer Perspektiven und Deutungen durch die soziale Arbeit.

Ein zentrales Forschungsergebnis im Hinblick auf die Frage, wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ihren Umgang mit der Herausforderung durch das Sterben selbst beschreiben, ist die Formulierung der Notwendigkeit einer kommunikativen Haltung. Um den prekären, erst auszuhandelnden Zugang zu den Adressatinnen und Adressaten sowie die Nichtanwendbarkeit klassischer Problembearbeitungslogiken nicht als „tiefe strukturelle Kränkung“ (Allheit; Hanses 2004, S. 20) zu erfahren und handlungsfähig zu bleiben, ist es sinnvoll, Relevanzen in dem eigenen professionellen Selbstverständnis anders zu gewichten, Bedeutsamkeit und Möglichkeiten der eigenen professionellen Tätigkeiten im Raum unbestimmter Handlungspraxen neu auszulegen und professionelle Ausrichtungen zu verschieben. Somit ist es gerade die eigene Perspektivität der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, die sich im Kontext der Arbeit mit sterbenden Menschen transformiert. Sie sind gerade zu einer professionellen Haltung herausgefordert, die Abstand von stringenten Abläufen und starren Planungskonzepten nimmt.

Jenseits formulierter Maßstäbe und Programmatiken muss eine Idee für ein geeignetes, sinnvolles professionelles Handeln erst entwickelt werden. In der Vielschichtigkeit von auszuhandelnden Interaktionsstrukturen gewinnt vielmehr das biographische Wissen der sterbenden Menschen an Bedeutung. Eine professionelle Handlungsfähigkeit ist nur dann gegeben, wenn eine Orientierung an den aus biographischen Erfahrungen resultierenden Perspektiven der sterbenden Menschen stattfindet und diese auch im Rahmen diskursiver Kommunikationssituationen erfahren und ernst genommen werden. In der Idee einer punktförmigen und offenen Begegnung mit den sterbenden Menschen verlieren Fachkräfte und Institutionen ihre tradierte Funktion als Biographiegenerator und es eröffnet sich für die Soziale Arbeit damit die Rolle einer „unterstützenden Ko-Produzentin“ (Oelerich; Schaarschuch 2005, S. 81). Unter dem Vorzeichen einer Orientierung an den Nutzerinnen und Nutzern geht es im Bereich der professionellen Sterbebegleitung darum, die Perspektive der Expertinnen und Experten (im Sinne eines nicht dialogischen, den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten abgewandten Wissens der Professionellen) zurückzustellen und die Sinnwelten der Adressatinnen und Adressaten in die Gestaltung der professionellen Handlungen einfließen zu lassen. So kann eine sozialarbeiterische Praxis jenseits von Automatismen und Überformungen als begleitende Lebenshilfe für sterbende Menschen gelingen.

Ausblick: Die Bedeutsamkeit der institutionellen Rahmen

Die Situation des Sterbens mit ihren hier beschriebenen biographischen und professionellen Perspektiven und deren Beeinflussungen kann nicht ohne den institutionellen Kontext des Hospizes gedacht werden. Das Hospiz verweist in seinem gesellschaftlichen Auftrag per se auf die begrenzte Lebenszeit der Patientinnen und Patienten und definiert in dieser Festlegung keine eindeutige Zielorientierungen und Sinnausrichtungen professionellen Handelns. Da innerhalb des Hospizes die Zukunftsgestaltung keine primäre Relevanz mehr besitzt, gestaltet sich der institutionelle Auftrag der Professionen nicht im Sinne einer therapeutischen Intervention, sondern in der Begleitung und Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner im Alltag vor dem Hintergrund der Sicherung der Lebensqualität. Die institutionellen Orte der Hospize sind als Handlungsräume mit verschiedenen Bedeutungszuschreibungen zu verstehen und werden für die sterbenden Menschen und die Expertinnen und Experten zum Erfahrungsraum, in dem relevante Ereignisse wahrgenommen werden und biographisches und professionelles Wissen mit strukturieren.

Die Institutionen als sozial konstruierte Orte mit unterschiedlichen Bedingungs- und Orientierungsrahmen sind als Folie zu verstehen, vor der das professionelle Handeln und das Sterben konstruiert werden. Die institutionelle Rahmung signalisiert die Begrenztheit sozialarbeiterischer standardisierter Handlungen und Methoden und erzwingt damit eine veränderte professionelle Haltung und eigenständige Gestaltungen seitens der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Und dennoch rücken – trotz der institutionellen Eindeutigkeiten – durch die offene, flexible Organisationsstruktur der Hospize die Eigentheorien und Eigensetzungen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den Vordergrund. Der Ort des Hospizes wird damit einerseits zum Ermöglichungsraum professioneller (sozialpädagogischer) Praxis und eröffnet andererseits gerade durch vielfältig professionelle Suchbewegungen die Möglichkeit, den Prozess des Sterbens heterogen und in Einbezug der subjektiven Sinnstrukturen der sterbenden Menschen gestalten zu können.

3. Zusammenfassung

Der Artikel „Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung“ von Kathleen Paul; Lisa Janotta; Katrin Heuer und Andreas Hanses aus der Fachzeitschrift SOZIALE ARBEIT, Ausgabe Januar 2015 / 64. Jahrgang hat das Ziel, die besonderen Handlungsorientierungen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in der Sterbebegleitung im Hospiz auf der Basis empirischer Einblicke zu erkunden, die Herausforderung der sozialen Arbeit durch das Sterben selbst zu diskutieren sowie den Umgang Sozialer Arbeit hiermit zu beschreiben.

Das Thema „Sterben“ ist eine besondere Herausforderung für die Soziale Arbeit. Die Zukunftsgestaltung der Sterbenden besitzt keine primäre Relevanz mehr. Dies erfordert ein „Umdenken“ der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, da ihre standardisierte Handlungen und Methoden begrenzt werden. Das persönliche Einlassen auf den Sterbenden rückt in den Mittelpunkt der eigentlichen Arbeit. Es geht um die Herstellung einer persönlichen und vertrauensvollen Kommunikationssituation. Persönliche Authentizität, gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung werden zum obersten Grundsatz, der das Handeln bestimmt.

Der Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Sterbebegleitung ihr Handeln selbst erleben und beschreiben, welche Leitideen sie für ihr Tun ansetzen. Es werden die Herausforderungen an die Soziale Arbeit im Umgang mit dem bevorstehenden Lebensende beschrieben und das Handlungswissen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter über ihre professionellen Praxen beleuchtet. Darüber hinaus werden Ergebnisse aus biographischen Interviews sowie Experteninterviews aus dem Kontext der Sterbebegleitung im Hospiz vorgestellt und diese aufeinander bezogen.

Das Hospiz verweist in seinem gesellschaftlichen Auftrag per se auf die begrenzte Lebenszeit seiner Gäste und definiert in dieser Festlegung keine eindeutigen Zielorientierungen und Sinnausrichtungen professionellen Handelns. Die institutionelle Rahmung signalisiert die Begrenztheit sozialarbeiterischer standardisierter Handlungen und Methoden und erzwingt damit eine veränderte professionelle Haltung und eigenständige Gestaltungen seitens der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

4. Hospizgeschichte

4.1 Begriff

Der Begriff „Hospiz“ stammt vom englischen hospice (vom lateinischen hospitium, die Herberge) und wurde von Cicely Saunders eingeführt, die im Jahr 1967 mit dem St. Christopher's Hospice in London die erste moderne stationäre Hospizeinrichtung weltweit eröffnete und die Betreuung ihrer Patienten als hospice medicine bezeichnete (Borasio 2013). Im deutschen Sprachraum der Gegenwart wird mit Hospiz meist eine stationäre Pflegeeinrichtung bezeichnet, die i. d. R. über nur wenige Betten verfügt und ähnlich wie ein kleines Pflegeheim organisiert ist.

4.2 Hospizbewegung

Die moderne Hospizbewegung sieht sich in der Tradition derjenigen Herbergen, die ab dem Ende des 4. Jahrhunderts nach Christus entlang der Pilgerrouten in ganz Europa entstanden und die gleichermaßen gesunden und kranken Pilgern Gastfreundschaft boten. Erst im Laufe der Zeit hatten die Herbergen vorrangig die Pflege kranker Menschen zum Ziel. An diese „Herbergen“ knüpft die moderne Hospizbewegung symbolisch an, indem sie Orte schaffen will, an denen Schwerstkranke und Sterbende auf ihrem letzten Weg versorgt und begleitet werden, damit sie an ihrem Lebensende in Würde Abschied nehmen können. In diesem Sinne gründete Cicely Saunders 1967 das Christopher's Hospice in London. Von dort breitete sich die moderne Hospizbewegung in viele Länder innerhalb und außerhalb Europas aus (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., www.dhvp.de).

4.3 Cicely Saunders (Begründerin der modernen Hospizbewegung)

Cicely Saunders wurde am 22. Juni 1918 in England geboren. Die gelernte Krankenschwester schulte aus Krankheitsgründen zur Sozialarbeiterin um. Kurz nach dem 2. Weltkrieg lernte sie den jungen polnischen Juden David Tasma kennen. In der einen Woche, die sie sich kannten, entwickelte sich eine ganz besondere Beziehung zwischen den beiden. David Tasma lag in einem Londoner Krankenhaus auf ihrer Station. Er war dem Holocaust nur knapp entkommen und unheilbar an Krebs erkrankt. Zusammen träumten sie von einem Ort, an dem Menschen in Würde leben und sterben können. Sie sollten keine Schmerzen erleiden und nicht allein gelassen werden. Tasma starb im Alter von 40 Jahren und hinterließ Saunders 500 Pfund mit den Worten „Ich werde ein Fenster sein in deinem Heim“ (www.hospiz.org/cicely.html). Cicely Saunders studierte Medizin und setzte sich mit den Wünschen Schwerkranker und Sterbender auseinander. Außerdem bildete sie sich in der Schmerztherapie weiter. 20 Jahre später ging ihr Wunsch in Erfüllung und das St. Christopher Hospiz wurde 1967 in London eröffnet.

4.4 Zahlen und Fakten

Die Hospiz- und Palliativarbeit in Deutschland hat in den letzten Jahren eine intensive Weiterentwicklung erfahren. Die Anzahl der stationären Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung hat von 1996 bis Anfang April 2016 deutlich zugenommen. Waren 1996 nur 28 Palliativstationen und -einheiten sowie 30 stationäre Hospize für Erwachsene verzeichnet, hat sich die Anzahl bis Anfang April 2016 auf 304 Palliativstationen und -einheiten sowie 235 stationäre Hospize, einschließlich der stationären Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, mehr als verachtfacht. Die Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste hat sich seit 1996 mehr als verdreifacht. Anfang April 2016 haben wir in Deutschland rund 1500 ambulante Einrichtungen einschließlich der Dienste für Kinder. Die Größe der stationären Hospize variiert

deutschlandweit zwischen 5 und 16 Betten (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., www.dhpv.de).

Ein stationäres Hospiz bietet für unheilbar schwerkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörige und das soziale Umfeld einen Ort, an dem sich das Leben in Würde vollenden kann. Es handelt sich um eine Einrichtung für bis zu 16 Bewohner und deren Zugehörige, die durch ein multiprofessionelles Team (hauptberufliche und ehrenamtliche Mitarbeiter) betreut und begleitet werden. Der Erstkontakt kann durch den Patienten oder seine Angehörigen, aber auch durch vermittelnde Dienste wie Krankenhaussozialdienste, niedergelassene Ärzte, Hospiz- oder Pflegedienste entstehen. In einem ausführlichen Beratungsgespräch werden neben der Erstellung der psychosozialen Anamnese des Patienten umfassende Informationen zu Ansprüchen aus dem Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherung), SGB XI (Pflegeversicherung) und SGB XII (Sozialhilfe) gegeben. Je nach vorliegender Situation werden entsprechende Anträge bei den zuständigen Kostenträgern zur Sicherstellung der Hospizpflege gestellt. Auch zu anderen Rechtsgebieten wie Betreuungsrecht, Erbrecht, Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung oder aber auch Kinder- und Jugendhilferecht kann informiert werden.

Ziel der Versorgung im stationären Hospiz ist es, neben der palliativmedizinischen Behandlung und Pflege auch die psychosoziale und seelsorgerische Begleitung anzubieten und sicherzustellen. Die mit dem Krankheitsprozess sowie den Begleitumständen des Sterbens verbundenen Prozesse werden wahrgenommen und unterstützt unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte. Das Hospiz bietet den Bewohnern und ihren Angehörigen individuell angemessene Unterstützungsangebote bis hin zur Krisenintervention. Arbeitsschwerpunkt der psychosozialen Begleitung durch den Sozialarbeiter ist das Angebot einer zuverlässigen, vorurteilsfreien und vertrauensvollen Beziehung auf Zeit. Die Beziehung basiert auf einer empathischen Haltung und zeichnet sich durch eine Ausgewogenheit von Nähe und Distanz aus.

Der Bewohner und seine Angehörigen erhalten Unterstützung: bei der Wahrnehmung von Bedürfnissen (gemessen an der Realität), bei Biographie- und Lebensbilanzarbeit, Hilfe bei seelischen Krisen und Verarbeitungsprozessen, Hilfestellung bei Kommunikationsschwierigkeiten, Förderung der eigenen Ressourcen des Bewohners und seiner Angehörigen. Ist der Bewohner verstorben, werden die Hinterbliebenen durch die organisierte Trauernachsorge über weitere Angebote im Hospiz informiert und können bei Bedarf Einzelgespräche sowie Trauergesprächskreise in Anspruch nehmen (Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2006).

4.5 Leitsätze der Hospizarbeit (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Leitsätze)

1. Im Mittelpunkt der Hospiz- und Palliativarbeit stehen der schwerstkranke und sterbende Mensch jeden Alters und die ihm Nahestehenden. Sie benötigen gleichermaßen Aufmerksamkeit, Fürsorge und Wahrhaftigkeit. Die Hospiz- und Palliativarbeit richtet sich nach den Bedürfnissen und Rechten der schwerstkranken und sterbenden Menschen, ihrer Angehörigen und Freunde. Einbezogen sind insbesondere auch die Belange der Kinder.

2. Die Hospizbewegung betrachtet das menschliche Leben von seinem Beginn bis zu seinem Tode als ein Ganzes. Sterben ist Leben - Leben vor dem Tod. Im Zentrum stehen die Würde des Menschen am Lebensende und der Erhalt größtmöglicher Autonomie. Voraussetzung hierfür sind die weitgehende Linderung von Schmerzen und Symptomen schwerster lebensbeendender Erkrankungen durch palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung sowie eine psychosoziale und spirituelle Begleitung der Betroffenen und Angehörigen. Diese lebensbejahende Grundidee schließt Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung aus.

3. Sterben zu Hause oder in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, ist die vorrangige Zielperspektive der Hospiz- und Palliativarbeit. Der Ausbau ambulanter Strukturen, die Knüpfung regionaler Netzwerke und eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Ehrenamtlicher sind hierfür Voraussetzung. Wenn eine palliative Versorgung zu Hause nicht oder nur begrenzt möglich ist, stehen voll- und teilstationäre Einrichtungen in Form von Hospizen und Palliativstationen - ggf. auch im Wechsel mit ambulanter Versorgung – zur Verfügung.

4. Die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung in ihren vielfältigen Gestaltungsformen sind damit wesentliche Bausteine im bestehenden Gesundheits- und Sozialsystem, die in enger Kooperation mit den anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems eine kontinuierliche Versorgung sterbender Menschen gewährleisten. Sie bedürfen insoweit der entsprechenden Absicherung im sozialen Leistungsrecht.

5. Zur Hospiz- und Palliativarbeit gehört als ein Kernelement der Dienst Ehrenamtlicher. Sie sollen gut vorbereitet, befähigt und in regelmäßigen Treffen begleitet werden. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur Teilnahme der Betroffenen und der ihnen Nahestehenden am Leben des Gemeinwesens und tragen dazu bei, die Hospizidee in der Gesellschaft weiter zu verankern.

6. Schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen, die der Versorgung und Begleitung bedürfen, brauchen professionelle Unterstützung durch ein multidisziplinäres Team, dem Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ehrenamtliche u. a. angehören sollten. Für diese Tätigkeit benötigen sie spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der medizinischen, pflegerischen, sozialen und spirituellen Begleitung und Versorgung. Dies setzt eine sorgfältige Aus-, Fort-, und Weiterbildung entsprechend den jeweiligen Qualifizierungsstandards, fortgesetzte Supervision und Freiräume für eine persönliche Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer voraus.

7. Zur Sterbebegleitung gehört im notwendigen Umfang auch die Trauerbegleitung

5. Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung

Soziale Arbeit ist integraler Bestandteil von Palliative Care und findet in ambulanten Hospizdiensten, SAPV-Teams, in stationären Hospizen, in Krankenhäusern, auf Palliativstationen, in Konsiliardiensten sowie in Einrichtungen der stationären Altenhilfe statt. Sie hat ihre Aufgaben in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen jeden Alters und ihres sozialen Umfeldes und wird je nach Tätigkeitsfeld andere inhaltliche Schwerpunkte setzen. Das Konzept von Palliative Care begreift den sterbenden Menschen und seine Zugehörigen in seiner physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension und bietet dementsprechend ein multiprofessionelles Betreuungskonzept an (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin).

Soziale Arbeit hat spezifische Kernaufgaben und wirksame Handlungsmethoden. Konzepte und Arbeitsweisen Sozialer Arbeit tragen dazu bei, dass schwerkranke und sterbende Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen mit dem persönlichen Umfeld ihr Leben selbstbestimmt und würdevoll gestalten können. Soziale Arbeit in Palliative Care folgt in ihrem Handeln den wesentlichen Grundsätzen ihrer Profession – entsprechend der internationalen Definition Sozialer Arbeit: In sozialen Notlagen werden die betroffenen Menschen auf Basis von Ressourcenerschließung in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit unterstützt, und der Zugang zu sowie die Nutzung von weiteren professionellen Hilfesystemen werden ermöglicht. Die Betroffenen werden dabei immer als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt gesehen (Wasner; Pankofer 2014).

5.1 Ansprüche und Forderungen an die Hospizarbeit

Die Bedürfnisse und Probleme Sterbender und damit auch derer, die Sterbende begleiten, sind komplex und ganzheitlich. Die Ansprüche und Forderungen, die an die Hospizarbeit gestellt werden, zeichnen sich durch eine zunehmende Differenzierung aus.

Im Zentrum Sozialer Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich steht eine effektive Kommunikation zwischen den betroffenen Personen, ihrem persönlichen Umfeld und Ansprechpartnern in ihren Unterstützungssystemen. Soziale Arbeit ist in der Hospiz- und Palliativarbeit eine Querschnittsprofession, die in dieses Handlungsfeld nach und nach hineingekommen ist. Soziale Arbeit ist mittlerweile neben vielen anderen Berufsgruppen und dem Ehrenamt unabdingbarer Bestandteil der professionellen Begleitung von Schwerstkranken, Sterbenden, ihren Angehörigen und Trauernden.

Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich fördert die Begleitung von Menschen am Lebensende und ihrer Zugehörigen. Sie setzt sich für Beratung, Unterstützung und Stärkung des Einzelnen in der Wahrnehmung seiner Belange und Bedürfnisse ein, um somit dazu beizutragen, dass der Einzelne sein Leben in Würde und selbstbestimmt zu Ende führen kann. Wenn ein Mensch schwer erkrankt oder stirbt, stürzt das ihn, aber auch seine Familie oder die Zugehörigen, zumeist in eine Krisensituation, in der die verpassten Gelegenheiten der Vergangenheit, die Anforderungen der Gegenwart und die Ängste der Zukunft in den Brennpunkt rücken. Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich versteht sich als Unterstützung in der Bewältigung der vielfältigen und komplexen Anforderungen in dieser besonderen Lebenssituation. In der täglichen Arbeit stärken psychosoziale Fachkräfte die Betroffenen mit dem Ziel, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen, ihre Interessen eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten bzw. zu gestalten, ohne deren Autonomie einzuschränken. Der hohe Respekt vor dem Lebensentwurf eines anderen Menschen und die Akzeptanz der Unterschiedlichkeit führt dazu, dass es keine Standardisierung der Arbeitsabläufe im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden gibt. Ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit ist notwendig (Hospiz- und Palliativverband NRW e. V.).

Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich ist sich der Bedeutung der Familie/Zugehörigen im Prozess des Abschiednehmens bewusst. Deshalb ist der Fokus auf „die Person-in-ihrer-Welt“ oder besser gesagt „mit-ihrer-Welt“ gerichtet. Dabei geht die Beratungstätigkeit von Sozialarbeitern, z.B. in Form von Trauerbegleitung, oft über den Tod des Betroffenen hinaus. Auch in diesem Arbeitsbereich sind fundierte Beratungskennnisse und Flexibilität erforderlich.

Sozialarbeiter sind von ihrem Studium her Generalisten. Sie bringen psychologische, soziologische, erziehungswissenschaftliche, sozialmedizinische, methodische und rechtliche Kenntnisse mit, die aber auf spezielle Arbeitsgebiete adaptiert werden müssen. Sozialarbeiter müssen sich jedoch darüber im Klaren sein, dass Hospiz- oder Palliativsozialarbeit kein traditionelles eigenständiges Arbeitsfeld dieser Profession darstellt. Es handelt sich – wie im Gesundheitswesen insgesamt – um einen flankierenden Dienst (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin).

In der Sozialen Arbeit ist es üblich, den Menschen im Kontext seiner alltäglichen Lebenszusammenhänge – also ganzheitlich – zu sehen und diesen Blickwinkel in entsprechende Handlungskonzepte zu integrieren. Für diesen Ansatz hat sich in der Fachwelt in Anlehnung an Thiersch der Begriff „Lebensweltorientierung“ etabliert. Hierbei geht es nicht nur darum, die Sinn- und Deutungsmuster der Betroffenen als Basis sozialarbeiterischer Problemintervention zu akzeptieren und zu nutzen, sondern auch die notwendige Sensibilität in das fachliche Handeln einzuflechten. Würde lediglich eine sozialtechnologische Beratung erfolgen, hätte dies letztlich

nichts mit einer lebensweltorientierten sozialarbeiterischen Interventionsform zu tun.

5.2 Tätigkeitsprofil Sozialarbeit im hospizlichen und palliativmedizinischen Bereich

Das Aufgabenprofil für Sozialarbeit im hospizlichen und palliativmedizinischen Bereich wird in der Regel unterteilt in patienten- sowie angehörigennahe und entsprechend -ferne Tätigkeiten.

Die Hauptaufgabe besteht darin, den Patienten Zeit und Raum zu gewähren, über ihre innerpsychischen Auseinandersetzungen bei der Krankheitsbewältigung zu sprechen und ihnen Akzeptanz ihrer emotionalen Situation zu vermitteln. Die Konfrontation des nahenden Todes lässt die Patienten häufig in eine Spirale von sozialer Isolation, Introversion, Angst und Depression fallen, aus der sie ohne fremde Hilfe nicht herauskommen. Sozialarbeit kann an dieser Stelle mit Hilfe des verstehenden Gesprächs ein Wegbegleiter sein. Damit hilft sie, bestehende Kommunikationsbarrieren zu überwinden und gegebenenfalls zwischen Patienten und Angehörigen zu vermitteln, um so einer emotionalen Vereinsamung der Patienten entgegenzuwirken. Aber auch non- und paraverbale Äußerungsformen müssen verstanden und für die helfende Beziehung nutzbar gemacht werden. Auch für alltägliche Sorgen, die häufig verbunden sind mit der Frage der sozialen/finanziellen/existentiellen Absicherung sind Sozialarbeiter wichtige Gesprächspartner. Hier gilt der Grundsatz: Bevor nicht so weit wie möglich gegenwärtige und zukünftige existentielle Grundabsicherungen weitestgehend geklärt sind, kommt kaum ein Gespräch über die psychischen Bearbeitungsprozesse in der Krankheit und dem Abschiednehmen zustande. Parallel hierzu: Ist ein Mensch nur noch von Schmerzzuständen gezeichnet, wird er abgeschnitten sein von anderen Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Krankheit. Körperlicher Schmerz und materielle existentielle Bedrohung blockieren die innerpsychische Auseinandersetzung der Patienten (Hospiz- und PalliativVerband NRW e. V.).

5.3 Wie beschreiben Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Sterbebegleitung ihr Handeln selbst?

Ein zentrales Forschungsergebnis im Hinblick auf die Frage, wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ihren Umgang mit der Herausforderung durch das Sterben selbst beschreiben, ist die Formulierung der Notwendigkeit einer kommunikativen Haltung. Um den prekären, erst auszuhandelnden Zugang zu den Adressatinnen und Adressaten sowie die Nichtanwendbarkeit klassischer Problembearbeitungslogiken nicht als „tiefe strukturelle Kränkung“ (Allheit; Hanses 2004) zu erfahren und handlungsfähig zu bleiben, ist es sinnvoll, Relevanzen in dem eigenen professionellen Selbstverständnis anders zu gewichten, Bedeutsamkeit und Möglichkeiten der eigenen professionellen Tätigkeiten im Raum unbestimmter Handlungspraxen neu auszulegen und professionelle Ausrichtungen zu verschieben.

An dem Interviewbeispiel von Elisa Grau lässt sich schön erkennen, dass die Begegnung und das persönliche Einlassen auf den Sterbenden in den Mittelpunkt der eigentlichen Arbeit rückt. Professionelle Arbeit wird von Frau Grau dann als gut bewertet, wenn sie „Spaß“ hat und „viel zusammen lacht“ und auf der anderen Seite auch sehr tiefgehende Gespräche führen kann. Dies trägt zu einer positiven Sinnsetzung in der eigentlich schwierigen Situation des Sterbens bei. Es ist ein „Umdenken“ erforderlich um handlungsfähig zu bleiben.

Frau Grau sieht sich zwar als Ansprechpartnerin für alle Seiten, fühlt sich jedoch nicht zur Problem- und Konfliktlösung berufen. Ihr professionelles Verständnis für den Sterbenden ist nicht mehr auf ein besseres bzw. gelingendes Leben in der Zukunft ausgerichtet. Es gibt keine Standardisierung der Arbeitsabläufe im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden. Ein hohes Maß an Reflexions-

fähigkeit ist notwendig.

6. Biographiearbeit

Im Zentrum der Biographiearbeit stehen lebensgeschichtliche Gespräche, in denen unterschiedlichste Aspekte der individuellen Lebensgeschichte beleuchtet und berichtet werden. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte kann in vielen Situationen hilfreiche Impulse geben. Neuanpassungen erleichtern und ein tieferes Verständnis für das eigene Handeln ermöglichen. Einen besonderen Stellenwert erhält die Biographiearbeit in Zeiten des Umbruchs, einer notwendigen Neuorientierung oder am Ende von Lebensabschnitten. Damit wird deutlich, dass sich der biographische Ansatz gerade für die Begleitung von kranken und alten Menschen besonders gut eignet.

Für viele Menschen ist es hilfreich, wenn sie auf einzelne Stationen ihres Lebens noch einmal zurückschauen können und sich vor Augen halten, wie sie schwierige Situationen gemeistert haben, welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen und woraus sie Kraft und Mut geschöpft haben. Dabei werden vergangene Erfahrungen neu belebt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Bewältigung der Gegenwart geprüft. Dies führt zu einem bewussten Umgang mit den eigenen Ressourcen und Fähigkeiten und zeigt Wege zur Konflikt- und Krisenbewältigung auf und kann Menschen zu einer versöhnlichen Haltung dem eigenen Lebensschicksal gegenüber führen.

Damit Biographiearbeit im professionellen Bereich gelingen kann, ist es wichtig, dass Begleiter über wesentliche Aspekte der Kommunikation Bescheid wissen, ihre Gesprächsführung schulen und sich mit Themen wie Nähe und Distanz oder den Umgang mit subjektiven Wahrheiten beschäftigen (Specht-Tomann 2012).

7. Kommunikation

Es gibt keine allgemein anerkannte Definition des Begriffs „Kommunikation“. Bei der Definition von Kommunikation liegen unterschiedliche Voraussetzungen und Perspektiven zugrunde. Der begriffliche Ursprung liegt im Lateinischen: *communicare*. Er bedeutet teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen, vereinigen. Bezogen auf den menschlichen Alltag bezeichnet Kommunikation den wechselseitigen Austausch von Gedanken in Sprache, Schrift oder Bild.

7.1 Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun

In vielen Gesprächssituationen besteht die Gefahr der „Einwegkommunikation“: Ein „Sender“ gibt eine Nachricht an einen „Empfänger“, ohne zu prüfen, wie die Nachricht entschlüsselt wird. Die Deutung des „Empfängers“ stimmt nach der Entschlüsselung häufig nicht mit der Meinung des „Senders“ überein.

Schulz von Thun macht auf vier Seiten einer Nachricht aufmerksam; deren Beachtung erleichtert die Entschlüsselung einer SenderBotschaft:

1. Sachinhalt: Worüber ich dich informiere.
2. Beziehung: Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen.
3. Selbstoffenbarung: Was ich von mir selbst kundgebe.
4. Appell: Wozu ich dich veranlassen möchte.

Eine Übereinstimmung von Meinung und Deutung wird nur dann erreicht, wenn der Empfänger einer Botschaft seine Deutung (nicht nur die Sachaussage) mit seinen eigenen Worten wiedergibt. Der „Sender“ kann nach dieser „Rückkoppelung“ prüfen, ob er richtig verstanden wurde.

Gemäß Schulz von Thun müssten wir auch mit vier Ohren ausgestattet sein; häufig ist Menschen nicht bewusst, dass drei Ohren geschlossen sind, während nur eines – manchmal weit – offen steht. „Hört der Partner aus der Nachricht vor allem die Selbstoffenbarung, gilt sein besonderes Interesse dem Menschen. Ist er sensibel für Beziehungsbotschaften, läuft beim Zuhören die Frage mit: 'Wie steht er zu mir? Spricht er besonders auf Appelle an, fragt er sich innerlich: ' Was soll ich jetzt fühlen, denken, tun?'“ (Walter Simon).

Nach Heinz von Foerster – Vordenker des sog. Konstruktivismus – ist mit einem Sender-Empfänger-Modell trotz aller Verfeinerungen menschliche Kommunikation nicht hinreichend zu erklären. Die Bedeutung einer „Sendung“ sei eine Leistung dessen, der versucht, den anderen zu verstehen. Max Frisch sagt es pointiert: „Jeder Versuch, sich mitzuteilen, kann nur mit dem Wohlwollen der anderen gelingen“ (Seibert, Studienbrief „Einführung in Grundfragen der Kommunikation, o.J., S. 23).

7.2 Gelingendes oder misslingendes Kommunizieren: Carl R. Rogers

Seit den bahnbrechenden Veröffentlichungen von Carl R. Rogers über klientenzentrierte Gesprächstherapie und nicht-direktive Kommunikationsmethoden gelten manche Sprachreaktionen in helfenden Gesprächen als un-, ja kontraproduktiv (z. B. verallgemeinern, belehren, herunterspielen, verharmlosen, beurteilen, kommentieren, psychologisieren, Ratschläge geben, zurechtweisen, moralisieren, ausfragen etc.), dagegen andere - vor allem „spiegelnde“, einfühlsame u. ä., - als förderlich. Das lässt sich vor allem an Gesprächseinstiegen beobachten, die entweder die Türen zum Gegenüber öffnen oder verschließen, eine wirkliche Kommunikation in Gang bringen oder blockieren (Seibert, Studienbrief „Einführung in Grundfragen der Kommunikation, o. J., S. 23).

Carl R. Rogers nannte seine Methode ursprünglich „non-directive“, später aber „client-centered“. Fundamente des Konzepts sind positive Grundannahmen vom Menschen; Menschen besitzen nach Rogers eine Selbstgestaltungstendenz und sind grundsätzlich fähig, diejenigen ihrer Wesensanteile zu verstehen, die ihnen Ängste und Kümernisse bereiten.

In der Therapie wird der Mensch dementsprechend akzeptiert als selbständige Person, der es ermöglicht werden soll, ihre Gefühle, Wünsche und Wertvorstellungen zu klären. Dem positiven Menschenbild entsprechen positive Gesprächsvariablen: Dem Rat und Hilfe suchenden Menschen soll mit Wertschätzung, die nicht an Bedingungen geknüpft sein soll, unverstellt-echt und nach „aktivem Zuhören“ mittels möglichst getreuer Versprachlichung der emotionalen Erlebnisinhalte („Spiegeln“) begegnet werden. Direkte Ratschläge, Wertungen, Interpretationen werden vermieden. Der Therapeut / die Therapeutin schafft so Bedingungen, die es Menschen ermöglichen sollen, ihre Probleme zu bearbeiten (Seibert, Studienbrief Beratungsgespräche: helfende Begegnungen, o. J).

7.3 Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen

Der Gedanke an Gespräche mit Sterbenden und deren Angehörigen löst Ängste in den meisten Begleitenden aus. Was soll ich sagen, wann soll ich schweigen, was ist die richtige Antwort...? Kaum ein Sterbender jedoch erwartet Antworten, sondern wünscht sich vielmehr Menschen, die Fragen oder Aussagen hören und aushalten können, ihn nicht alleine lassen mit seinen Gedanken,

Ängsten und Sorgen.

Eine Hospizmitarbeiterin in England machte darauf aufmerksam, dass wir Menschen zwei Augen, zwei Ohren, aber nur einen Mund haben. Sie wollte damit sagen: hört zu, nehmt wahr, beobachtet doppelt soviel wie ihr redet. Dies ist eine entscheidende Fähigkeit in der Begleitung Sterbender. Sehr oft wird aus Hilflosigkeit gesprochen, werden Fakten „schön geredet“ - das wird schon wieder, du musst nur tapfer sein, lass dich nicht unterkriegen, das dauert eine Weile... So fühlt sich ein sterbender Mensch letztlich nicht ernst genommen, sondern bekommt eher das Gefühl vermittelt, selber zum Helfer werden zu müssen, diejenigen trösten zu müssen, die mit seinem Sterben offensichtlich gar nicht umgehen können. Unvermittelt wird der Sterbende zum Begleiter und Tröster derer, von denen er eigentlich selber Beistand erwartet, gebraucht und gewünscht hätte.

Das Reden mit Sterbenden ist nur eine Form der Kommunikation, wenngleich die vielleicht schwierigste, bei der Begleitende am ehesten das Gefühl entwickeln, alles oder vieles falsch gemacht zu haben, nicht zu wissen, was sie in Worte fassen sollten. Begleitende fühlen zurecht eine große Verantwortung, wenn es um Gespräche geht, die sich um das Thema Tod und Sterben drehen, die dem Sterbenden helfen sollen, sich in angemessener Weise zu verabschieden, sich zu versöhnen mit seiner Situation, das zu erledigen, was ihm noch wichtig erscheint (Kränzle; Schmid 2014).

7.4 Voraussetzungen für eine gelingende Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen (Kränzle; Schmid 2014)

- Die ehrliche Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen und der eigenen Haltung gegenüber Sterben, Tod und Trauer, gegenüber dem eigenen Sterben und Tod, der eigenen Trauer
- Achtung und Wohlwollen gegenüber dem sterbenden Menschen und seinen Angehörigen
 - die meisten von uns als „schwierig“ erlebten Angehörigen sind lediglich höchst besorgt
- Respekt davor, wie der Sterbende sein Leben gelebt hat und wie er nun sein Sterben lebt
- Zuhören können und wollen
- Wissen um Gesprächstechniken, um nonverbale Kommunikation und Körpersprache
- Die Erkenntnis, dass wir weder „das erlösende Wort“ noch „den heilenden Satz“ sagen können und müssen
- Die Klugheit, eigene Vorstellungen und Wünsche eines „gelungenen Sterbens“ unterscheiden zu können von denen des Sterbenden
- Dem Anderen seine Autonomie lassen können
- Die Einsicht, dass ich niemandes Retter sein muss

7.5 Symbolsprache Sterbender

Nicht selten verändert sich beim Sterbenden die Informationssprache zur Bildsprache. Dies ist zunächst erschwerend, kann aber bei entsprechenden Kenntnissen und einer veränderten Einstellung der Pflegenden neue und tiefere Ebenen der Kommunikation erschließen. Symbolsprache heißt immer, dass der Sterbende auf eine Grenze zugeht, dass er wohl noch unsere Sprache braucht und

sie doch schon auf anderes hinweist. Der Horizont, diese Linie, wo Himmel und Erde sich zu berühren scheinen, ist für uns eine Grenze, über die wir nicht hinausschauen können. Sterbende aber sind Grenzgänger. Was sie erfahren, lässt sich oft nur verschlüsselt kommunizieren. Bleibt der Sterbende in diesem Mühen unverstanden, werden die oft archetypischen Bilder, Metaphern und Symbole gar als Unsinn abgetan, so kommt dies einer Demütigung des Menschen gleich. Sterben kann dann zu einem zumindest einsamen, verworrenen Prozess werden (Hermann 2014).

Nachfolgend sind dazu einige Beispiele und mögliche Interpretationen aufgeführt:

Reisen

Das Reisemotiv ist ein sehr häufiges Symbol der Sprache Sterbender. Obwohl ihr Zustand für jeden Angehörigen, Pflegenden und Begleiter eine Reise sicherlich nicht mehr zulässt, äußern Sterbende plötzlich den Wunsch eine Reise anzutreten, sie fordern ein bestimmtes Paar Schuhe oder einen Koffer oder sie wünschen sich alte Fotos von einstigen Urlauben durchzublättern, um ihren nächsten Urlaub zu planen. Mitunter nennen sie sogar einen konkreten Reisettermin, der dann nicht selten mit dem Sterbedatum übereinstimmt.

Zeit

Häufig sprechen Sterbende auch von der Zeit. Man hört zum Beispiel Aussagen wie: „Ich habe eine alte Uhr, mit der ich die neue Zeit aber nicht mehr messen kann.“ Oder „Ich muss mir die Zeit nun neu einteilen.“ Zeit und Raum sind immer zwei wichtige Faktoren in diesen scheinbar verwirrten Bildern. Ein Grund dafür, dass der Faktor Zeit in der letzten Lebensphase eine so große Rolle spielt, könnte darin liegen, dass wir unser ganzes Leben lang eingebunden sind in ein Gefüge von Zeit und Raum. Menschen, die sich auf einen Abschnitt ohne Zeit und Raum zubewegen, greifen zum Schluss möglicherweise noch einmal sehr intensiv nach diesen ihnen so vertrauten Prinzipien.

Heimat

Viele Aussagen beziehen sich auch auf den Begriff „Heimat“ und darauf „nach Hause zu gehen“. Manche Menschen haben auch das Gefühl, in dieser anderen Welt bereits so etwas wie ein Heimatrecht zu haben, weil dort schon früher verstorbene Angehörige und Freunde sind, die man gern gehabt hat.

Tore/Türen/Schlüssel

Oft wird auch von einem Tor und von Türen gesprochen, genauso wie von Schlüsseln, mit denen man das Tor aufschließen kann. Diese Schlüssel können ein Hinweis auf das Transzendente, das Spirituelle sein. Sie sind der Gegenstand, das Hilfsmittel, mit dem man den Weg in die andere Welt öffnen kann.

8. Zwölf Leitgedanken nach Linus S. Geisler

1. Worte können das Leben verkürzen

„Das Leben eines Kranken kann nicht nur durch die Handlungen eines Arztes/Begleiters verkürzt werden, sondern auch durch seine Worte und sein Verhalten“. So steht es in der Gründungsschrift der American Medical Association aus dem Jahr 1847. Aber Worte und Verhalten können das Leben auch verlängern. Zum Beispiel durch Ermutigung, Zuspruch...

2. Einfühlung in das Sterben hat eine grundsätzliche Grenze

Am Anfang sollte die Erkenntnis stehen, dass die Einfühlung des Therapeuten/Begleiters in einen Sterbenden eine grundsätzliche Grenze nicht überwinden kann. Denn die allgemeine Erkenntnis des Gesunden, dass Sterblichkeit eine anthropologische Konstante darstellt, ist ein Wissen, das mit dem Bewusstsein des Sterbenskranken, sich bereits in jenem Prozess zu befinden, der unausweichlich in das Ende des Lebens einmündet, nicht gleichzusetzen ist. Diese Erkenntnis macht bescheiden.

3. Sprechen und Schweigen haben je ihre Zeit

Die Zeit des Schweigens und die Zeit des Sprechens haben jeweils ihre eigene Stunde. Dies zu verkennen, kann verhängnisvoll sein. Im Zweifel hat zuhörendes Schweigen den Vorrang.

4. Tod ist der unwiderrufbarste Beziehungsverlust

Angst bildet das Grundrauschen vor dem in todesbedrohter Krankheit alles geschieht. Die tiefste Angst ist im Kern die Angst vor dem endgültigen Beziehungsverlust in einer Welt, die sich am Ende nicht mehr als jene behütete Behausung erweist, als die wir sie ein Leben lang wahrgenommen haben. Der Tod erscheint dann als der radikalste und unwiderrufbarste Beziehungsverlust (M. Volkenandt 2005).

5. Gespräche mit Sterbenden sind Gespräche gegen die Angst

Gespräche mit Sterbenskranken, sollen sie wirklich helfen, sind immer Gespräche gegen die Angst. Wichtig ist es, die Richtung der Ängste zu eruieren. Sind sie auf das Diesseits oder das Jenseits gerichtet?

6. Die Phantasie ist schlimmer als die Wirklichkeit

Phantasien erweisen sich meist schlimmer als die Wirklichkeit, denn die Wirklichkeit hat Grenzen, die Phantasie nicht. Werden solche Phantasien angesprochen und zur realen Bedrohung ins Verhältnis gesetzt, kann dies zum Angstabbau beitragen.

7. Verdrängung tritt regelmäßig auf

Verdrängungen als Abwehrmechanismen gegen die Angst treten in lebensbedrohlicher Krankheit fast regelhaft in verschiedensten Formen auf. Als Mechanismen der Angstabwehr sollten sie nicht durchbrochen werden.

8. Wirklichkeiten changieren

Meistens sind Verdrängungsmechanismen die Ursache für changierende Wahrnehmungen der Wirklichkeit des Kranken, die für Außenstehende schwer verständlich sein können. Sie helfen, beim Bestehen einer sonst kaum erträglichen Realität. Niemand kann dem Tod ständig ins Auge sehen.

9. Ein Klagelied ist ein Lied zum Zuhören, nicht zum Kommentieren

Dieser Satz stammt von dem dänischen Dichter Benny Anderson (Bucka-Lassen 2005). Es kann nicht darum gehen, Sinndeutungen des Patienten zu korrigieren und ihn mit Interpretationen von Leid zu konfrontieren, die den illusorischen Anspruch der Allgemeingültigkeit erheben.

10. Helfen Leid zu be- stehen, nicht nur zu ver- stehen

Aktives Zuhören ist die hilfreichste Form der Zuwendung. Im Kern „versteht“ keiner sein Leiden besser als der Leidende.

11. Sterbende brauchen Begleiter zum Leben

Braucht der Sterbende einen tüchtigen oder einen guten Begleiter? Die Antwort ist klar. Aber was ist ein guter Begleiter für Sterbende? Die Antwort lautet: Ein Begleiter, der nicht nur gut für das Sterben ist, sondern auch für das Leben. Den Sterbende sind Lebende. Cicely Saunders hat immer wieder betont, wir wollen „alles tun, dass du lebst, wirklich lebst, bist du stirbst.“

12. Mit leeren Händen kommen

Der gute Begleiter kommt zum Sterbenden mit leeren Händen: Sie halten keine Instrumente mehr, sie haben sich von Vorurteilen gelöst, sie bringen keine Ratschläge. So ist er frei, einfach da zu sein für seinen Kranken (Geisler 2005).

9. Fazit / Ausblick

Auch wenn Hospize die große Hoffnung der Gäste auf den Erhalt ihres Lebens nicht erfüllen können, so bieten sie den Sterbenden und ihren Angehörigen dennoch einen Raum, in dem ein würdevoller und selbstbestimmter Abschied möglich ist.

Der hohe Respekt vor dem Lebensentwurf eines anderen Menschen und die Akzeptanz der Unterschiedlichkeit führt dazu, dass es keine Standardisierung der Arbeitsabläufe im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden gibt. Ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit ist daher notwendig.

Sozialarbeiter in Hospizeinrichtungen begleiten schützend den Sterbeprozess, in dem sie sich auf das Zusammensein mit den Betroffenen einlassen, deren Gespräche, Erinnerungen und Schweigen teilen und die individuellen Bedürfnisse durch sinnvolle Stimulationen befriedigen. Die Sterbebegleitung stellt immer hohe Anforderungen an die psychische Belastbarkeit der Mitarbeiter und Angehörigen, da die eigene Hilflosigkeit und Angst ausgehalten werden muss und persönliche Verlust Erfahrungen wieder aufbrechen können (Student/Napiwotzky 2007).

Im Kern geht es vor allem um das Sicherstellen eines höchst möglichen Maßes an Lebensqualität für den Sterbenden bis an sein Lebensende. Dies immer abhängig davon, was der Sterbende selbst unter Lebensqualität verstehen. Die Begleiter sind daher vor allem gefordert, dem Sterbenden aktiv zuzuhören, seine Wünsche zu erspüren und ihm diese ohne persönliche Wertung zu ermöglichen.

Der Sterbebegleiter muss zum einen sowohl durch Kommunikation (Gespräch) als auch Partizipation (z. B. Berührung, Gesten) dem sterbenden Menschen vermitteln, dass er noch dazugehört – und ihm zugleich bei der Herauslösung helfen a) durch Hilfe bei der Suche nach Selbstwert, Sinn, Lebenserfüllung und Vergebung, b) durch Ermutigung zum Vertrauen auf Bewahrung angesichts des nahen Todes, auf Geborgenheit, Verwandlung, Zukunft (Seibert, Studienbrief „Grundfragen der Thanatologie“, o. J.).

Unser Verhältnis zu Sterben und Tod ist ambivalent. Wir sind von ihm fasziniert und fürchten ihn zugleich. Der Tod ist das Ende des Lebens und er steht jedem von uns bevor. Da wir aber nicht

wissen, wann er zu uns kommt, leben wir, als ob er es nie täte. Wir wollen nicht wahrhaben, dass er uns treffen wird, obgleich er uns das Gewisseste ist. Eine Sache ist es, Sterben und Tod abgeschirmt in den Medien zu erleben und sich dadurch unterhalten zu lassen. Eine völlig andere Sache ist es dagegen, mit Sterbenskranken selbst zusammen zu sein, ihnen persönlich zu begegnen, sich von ihnen berühren zu lassen. Leider neigen wir dazu, Sterbenskranken aus dem Weg zu gehen, um nicht von ihnen und ihrem Schicksal berührt zu werden.

Jeder Mensch hat ein Recht auf ein würdiges Sterben. Das ist heute selbstverständlich und wird allseits anerkannt. Die meisten Menschen möchten die letzten Tage ihres Lebens daheim im Kreis ihrer Familie verbringen. Dieser Wunsch wird jedoch immer weniger Menschen erfüllt. Wir werden dann nicht nur auf fremde Menschen angewiesen sein, sondern auch auf Einrichtungen, die Gesellschaft und Staat für uns vorhalten. Es ist daher vernünftig sich bereits jetzt damit zu befassen und sich für eine Verbesserung der Lebensbedingungen für Sterbenskranke und Sterbende einzusetzen (Engelke 2015).

Die vielleicht größte Herausforderung für die Hospiz- und Palliativarbeit in den kommenden Jahren wird sein, den notwendigen Professionalisierungs- und Institutionalierungsprozess zu verkraften, ohne die Ideale der Pionierzeit aufzugeben, und gleichzeitig eine erfrischende Nüchternheit und pathosfreie Selbstverständlichkeit in die eigene Arbeit und Präsenz einzubringen (Borasio 2013).

10. Literaturverzeichnis

Albrecht, Peter-Georg: Sagt, wie haltet ihr es mit den letzten Stunden? Einige Überlegungen zur Überwindung der Randständigkeit der Hospizarbeit in der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik. In: Neue Praxis 4/2013, S 339-352

Alheit, Peter; Hanses, Andreas: Institution und Biographie; Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses, Andreas (Hrsg.): Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit. Baltmannsweiler 2004, S. 8-28

Arbeitsgemeinschaft Elisabeth Kübler-Ross: <http://www.hospiz.org/cicely.html>, Abruf am 06.05.2016

Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW (Hrsg.): Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich. Münster 2006, <http://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-soziale-arbeit.html>, Abruf am 28.11.2014

Borasio, Gian Domenico: Über das Sterben, München 2013, S. 176

Bucka-Lassen, E: Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln. Deutscher Ärzteverlag, Köln. 2005

Dausien, Bettina: Biographieorientierung in der Sozialen Arbeit. Überlegungen zur Professionalisierung pädagogischen Handelns. In: Sozialextra 11/2005, S. 6-11

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, <http://www.dgpalliativmedizin.de>, Abruf am 11.05.2016

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., http://www.dhpv.de/themen_hospizbewegung.html, Abruf am 06.05.2016

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html, Abruf am 06.05.2016

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., http://www.dhpv.de/ueber-uns_der-verband_leitsaetze.html, Abruf am 07.05.2016

Engelke, Ernst: Die Wahrheit über das Sterben, Reinbek bei Hamburg, September 2015

Erben, Christina: Sterbekultur im Krankenhaus und Krebs. Handlungsmöglichkeiten und Grenzen sozialer Arbeit. Oldenburg 2001

Geisler, Linus S., Kommunikation mit Sterbenden. Workshop anlässlich der Tagung "Das Sterben in die Mitte holen". Gemeinsame Tagung der Heinrich-Böll-Stiftung NRW, IMEW Berlin, Deutscher Behindertenrat. Köln, 11. November 2005, http://www.linus-geisler.de/vortraege/0511kommunikation_sterbende.html, Abruf am 06.05.2016

Göckenjan, Gerd; Dreßke, Stefan: Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 4/2002, S. 80-96

Hahn, Alois: Zur Soziologie der Beichte und anderer Formen institutionalisierter Selbstbekenntnisse. Selbstthematization und Zivilisationsprozess. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 3/1982, S. 408-434

Hanses, Andreas: Epilepsie als biographische Konstruktion. Eine Analyse von Erkrankungsprozessen anfallserkrankter Menschen anhand erzählter Lebensgeschichten. Bremen 1996

Hanses, Andreas: Perspektiven biographischer Zugänge für eine nutzerorientierte Dienstleistungsorganisation. In: Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit, München und Basel 2005, S. 65-78

Hanses, Andreas; Richter, Petra: Die soziale Konstruktion von Krankheit. Analysen biographischer Selbstthematizationen an Brustkrebs erkrankter Frauen und ihre Relevanz für eine Neubestimmung professioneller Praxis. In: Oelerich, Gertrud; Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Soziale Arbeit und Empirische Forschung. Ein Studienbuch. Wiesbaden 2011, S. 137-159

Hermann, Inger: Kommunikation mit Sterbenden: Symbolsprache - Zumutung oder Geschenk? In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hrsg.): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, 20. März 2014, S. 121

Hospiz- und Palliativverband NRW e. V., <http://www.hospiz-nrw.de>, Abruf vom 11.05.2016

Knoblauch, Hubert; Zingerle, Arnold: Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und Institutionalisierung des Sterbens. Berlin 2005

Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike: Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, 20.03.2014

Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1996

Lützenkirchen, Anne: Tod und Sterben als Handlungsfelder der Sozialen Arbeit. In Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 2/1996, S. 18-24

Mennemann, Hugo: Sterben. In: Hanses, Andreas; Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit. Eine Einführung. Baltmannsweiler 2008, S. 212-221

Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas: Der Nutzen Sozialer Arbeit. In: Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München 2005, S. 80-98

Paul, Kathleen: Gesellschaftlicher Umgang mit Tod und Sterben. Präventive Sensibilisierung als notwendiges Aufgabenfeld der Elementarbildung in Kindertageseinrichtungen. Saarbrücken 2008

Paul, Kathleen: Sterben als individuelle, professionelle und institutionelle Gestaltungsaufgabe. Professionelle Verortung Sozialer Arbeit im Bereich der Sterbebegleitung. In: Busse, Stephan; Ehlert, Gudrun: Soziale Arbeit und Region: Lebenslagen, Institutionen, Professionalität. Berlin 2009, S. 245-261

Paul, Kathleen; Heuer, Katrin; Hanses, Andreas: Sterben – Das Ende von Interaktionen in biographischen Selbstthematizierungen. In: Hanses; Andreas; Sander, Kirsten (Hrsg.): Interaktionsordnungen – Gesundheit als soziale Praxis. Wiesbaden 2012, S. 259-277

Reiter-Theil, S.; Träber, S.; Lange, D.; Hiddemann, W.: Sterben und Sterbehilfe. Problemwahrnehmung von Ärzten und Pflegenden in der Onkologie – Ergebnisse einer Interviewstudie. In: der Onkologe 2/2003, S. 153-161

Sander, Kirsten: Biographie und Interaktion. Lebensgeschichten im institutionellen Rahmen eines Altenheims. Bremen 2003

Schneider, Werner: Das Projekt Lebensende – Vom einstigen Gleichmacher Tod zur Ungleichheit des „guten Sterbens“ heute. In: Arndt-Sandrock, Gabriele (Hrsg.): Was ist gutes Sterben? 15. Loccumer Hospiztagung; Loccumer Protokolle 19/12. Rehburg-Loccum 2012, S. 25-46

Schütte, Christian: Ganzheitliche Sterbebegleitung. Ein Berufsfeld für die Soziale Arbeit. In: Sozialmagazin 9/2002, S. 25-37

Seibert, Horst: Studienkurs Sozialtherapie, Studienbrief „Einführung in Grundfragen der Kommunikation“, o. J., S. 15, S. 23

Seibert, Horst: Studienkurs Sozialtherapie, Studienbrief „Beratungsgespräche: helfende Begegnungen“, o. J.

Seibert, Horst: Studienkurs Sozialtherapie, Studienbrief „Grundlagen der Thanatologie“, o. J.

Specht-Tomann, Monika: Biographiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege. 2. Auflage, Graz 2012

Sprondel, Walter M.: „Experte“ und „Laie“: Zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie. In: Sprondel, Walter; Grathoff, Richard (Hrsg.): Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften. Stuttgart 1979, S. 140-154

Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Das Recht auf den eigenen Tod. Düsseldorf 1996

Student, Johann-Christoph: Sterbebegleitung im Pflegeheim. Wie können Konzepte der Hospizbewegung im Pflegeheim umgesetzt werden? In: Altenpflege Forum 4/1998, S. 19-27

Student, Johann-Christoph; Mühlturn, Albert; Student, Ute: Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München 2004

Student, Johann-Christoph; Napiwotzky, 2007, S. 62 ff.

Volkenandt, M: Leid Tragen. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Aachen, April 2005

Wasner, Maria; Pankofer, Sabine: Soziale Arbeit in Palliative Care: Ein Handbuch für Studium und Praxis. München, 30. April 2014

Wilkening, Karin; Wichmann, Cornelia: Soziale Arbeit in der Palliativversorgung. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute: Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden 2010, S. 165-172