



Abschied nehmen, Abschied geben

Chancen und Grenzen der ambulanten Hospizarbeit

Arbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts Soziale Arbeit

Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Der

Hochschule Merseburg (HS)

Vorgelegt am: 12.08.2013

Erstprüfer: Prof. Dr. jur. Erich Menting

Zweitprüfer: Prof. Dr. Jürgen Benecken

Verfasserin: Anke Zahlaus
Matrikel: 17701
Anschrift: Pöhlauerstraße 04
08066 Zwickau
E-Mail: Anny.zahlaus@web.de

„Trauer ist...

wie in der Wüste einen Brunnen finden.“

„Trauer ist...

wie vor einer eingestürzten Brücke sitzen, grauer Himmel über einer
grauen Landschaft, einem Teil

von sich selbst nachweinen, innerliches Bluten, ein-

sam im Nebel wandern.“

„Trauer...

tut weh und gut.“

Äußerungen von Teilnehmern bei
einem Hospizseminar

(Zitiert in Albrecht, Orth, Schmidt, 1995, 4. Auflage, S. 54)

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Begriffserklärungen	2
2.1 Trauer	2
2.2 Trauerbegleitung	2
2.3. Ambulanter Hospizdienst.....	3
2.4. Stationäres Hospiz und Palliativstationen.....	5
3. Forschungsstand	7
3.1 Sterbephasen nach Kübler-Ross.....	7
3.2 Trauerphasen	13
4. Rahmenbedingungen in Deutschland für ambulante Hospizdienste	16
4.1 gesetzliche Grundlagen.....	16
4.2 Finanzierung.....	17
4.3 Arbeit des Ambulanten Hospizdienstes	18
4.4 Gesellschaftliche Situation in Deutschland.....	21
5. Einblick in einem ambulanten Hospizdienst	23
5.1 Methodik und Qualitätsstandards	23
5.2 ELISA ökumenischer Hospizdienst für Zwickau	25
5.2.1 Rahmenbedingungen und Beobachtung.....	25
5.2.2 Interview	26
6. Chancen und Grenzen der ambulanten Hospizarbeit	30
7. Ausblick	32
Quellenverzeichnis.....	34
Anhang:	37
Eidesstattliche Erklärung	60

1. Einleitung

Selbst in unserer heutigen modernen und transparenten Zeit ist der Tod noch immer ein großes Tabuthema. Viele wollen nicht über das Sterben sprechen oder sich mit dem Unaufhaltbaren auseinander setzen. Doch ist schon fast jeder mit dem Thema Tod konfrontiert worden. Jeder wird einmal sterben und man kann die Umstände und den Zeitpunkt nicht vorhersehen. Gerade dann, wenn man eine Diagnose erfährt wie zum Beispiel, das der eigene Vater, die eigene Frau oder man Selbst eine unheilbare Krankheit hat und der Tod zeitlich absehbar ist. In einer solchen Situation sind viele mental wie auch finanziell überfordert, dieses Sterben zu gestalten und anzunehmen. Daher ist es umso wichtiger, dass es eine Einrichtung wie den Hospizdienst gibt, denn dieser begleitet den Sterbenden und den Trauernden. Zudem werden diese Themen und Probleme in der nahen Zukunft immer mehr in den gesamtgesellschaftlichen Fokus rücken, da es immer mehr ältere Menschen geben wird. Nichts zuletzt deshalb stellt sich die Frage, ob der Hospizdienst in seinen bestehenden Strukturen die zukünftige Nachfrage stillen kann. Im Kontext von Diskussionen um das unterfinanzierte Gesundheitswesen und der erwähnten Tabuisierung des Sterbens liegt die Vermutung nahe, dass der Hospizdienst keine optimale Arbeit leisten kann. In welchen Grenzen bewegt sich also dieser Dienst und welche Chancen gibt es, solche Grenzen zu überwinden, Potenziale zu nutzen und neue Handlungsspielräume zu gewinnen.

Während sich über den stationären Hospizdienst einiges an Informationen recherchieren lässt, ist der Bereich der ambulanten Betreuung eingeschränkt in der Informationsvielfalt. Daher soll sich diese Arbeit vor allem auf Chancen und Grenzen ambulanter Hospizdienste beziehen.

2. Begriffserklärungen

Zu Beginn dieser Arbeit werden einige Begriffserklärungen definiert, um ein besseres Verständnis für den weiteren Verlauf zu geben. Die folgenden Unterkapitel mit den Begriffen Trauer, Trauerbegleitung, ambulanter Hospizdienst, sowie stationäres Hospiz und Palliativstationen dienen nur zur Erläuterung und werden in der späteren Abfolge von Kapiteln ausführlicher behandelt bzw. wird noch einmal Bezug auf diese genommen.

2.1 Trauer

In der Literatur wird Trauer immer wieder gleich definiert und dies unabhängig von den unterschiedlichen Verhaltensweisen, die ein Betroffener zeigt. Der Begriff Trauer wird als eine Reaktion auf einen Verlust definiert. Die Autorin Kerstin Lammer definiert Trauer wie folgt: *„Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf einen Verlust, speziell auf den Verlust einer signifikanten Person.“* (Lammer, 2006, S. 31) ¹ Allerdings kann man auch trauern, wenn etwas weggenommen wird, wenn sich ein Paar nach Jahre langer Beziehung trennt oder sich scheiden lässt. Weitere Gründe für Trauer können sein, wenn Kinder ausziehen oder einen Auslandsaufenthalt absolvieren, wenn Menschen ihren Heimatort verlassen, aufgrund von Arbeitsangeboten oder aber auch vor allem dann, wenn geliebte Menschen aus dem Leben gehen. Zusammenfassend kann man sagen, dass es eine Vielzahl von Gründen gibt, warum wir trauern und warum wir aus dem Gleichgewicht geraten. Interessant zu erwähnen ist außerdem, dass: *“Im alltäglichen Sprachgebrauch [...] nur eine einzige Reaktion auf einen Verlust als „Trauer“ bezeichnet [wird]: Das Gefühl der Traurigkeit“* (Albrecht, Orth, Schmidt, 1995, S.54)

2.2 Trauerbegleitung

Trauerbegleitung ist eine sehr vielschichtige Arbeit. Eine der wichtigsten Hauptaufgaben der Trauerbegleitung ist die Begleitung von Betroffenen im

¹ Diese Arbeit wurde nach den Kriterien des wissenschaftlichen Arbeitens nach Martha Boeglin: „Wissenschaftlich arbeiten Schritt für Schritt“, erstellt.

Prozess ihrer Trauer durch Mitempfinden der Trauer, Da-Sein als Ansprechpartner und in der Verarbeitung des schmerzlichen Verlustes und unterstützend zur Seite zu stehen, wenn Trauernde auf der Suche nach Lösungsstrategien sind. Jede Person welche: „ *Nähe, Verständnis, Geduld und die Bereitschaft, das Schwere, nicht Fassbare mit auszuhalten*“(Drolshagen, 2003, S. 167) *fähig sind*, sind in der Lage in der Trauerbegleitung zu arbeiten, da es für diese Eigenschaften keine spezielle Ausbildung braucht. Das heißt, in der Hospizarbeit ist es nicht notwendig einen sozialen Beruf erlernt zu haben, sondern ob der Begleiter psychisch und körperlich in der Lage ist diesen Weg mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen zu gehen. Ein ambulanter Hospizdienst kann ohne ehrenamtliches Mitarbeiten den Bedarf an Trauerbegleitung nicht adäquat gewährleisten und abdecken. Ein Begleiter richtet sich nach den Bedürfnissen und danach, wie lange ein Betroffener braucht um zu trauern und hilft ihnen bei der Suche nach Möglichkeiten aus der Trauer heraus zu finden. (Vgl.: Drolshagen, 2003, S. 167) Begleiten heißt auch mit den Betroffenen die weiteren Schritte zu klären, wie es in ihrem Trauerprozess weiter gehen soll. Allein der Trauernde entscheidet, ob er diese Angebote nutzt. Dies kann nur geschehen, wenn Betroffene auch hierfür wirklich bereit sind, sich verstanden fühlen, bestärkt werden über ihre Emotionen zu sprechen, nicht ständig Belehrungen anhören müssen über ihre Reaktionen die die Trauer auslöst, Gefühlsschwankungen zeigen dürfen und Bezugspersonen vorhanden sind, die sich die Zeit nehmen die Trauer mit auszuhalten. Zusammenfassend kann man sagen, dass Trauer und Trauerbegleitung Zeit braucht. (Vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.50 f)

2.3. Ambulanter Hospizdienst

Ambulante Hospizdienste begleiten Sterbende und ihre Angehörigen ab der Nachricht vom bevorstehenden Tod und stehen darüber hinaus für die weitere Begleitung der Angehörigen zur Verfügung. (Vgl.: Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.66) Hauptbestimmung aller Hospize und Hospizdienste ist es, dem Betroffenen bis zum Lebensende einen Verbleib

in der eigenen Wohnung oder dem eigenen Haushalt zu ermöglichen. Auf Grund dieser Bestimmung wird erkennbar, dass der Hauptfokus der Hospizarbeit im ambulanten Tätigkeitsfeld liegt. Für einen ambulanten Hospizdienst gibt es eine prägnante Strukturierung in der Organisation für die Bereitstellung eines ganzheitlichen Betreuungsangebotes in der vertrauten heimischen Atmosphäre. Diese sollte folgende Minimalanforderungen erfüllen (McCusker 1985 in; Student 1995 in Student/Mühlum/Student, 2004, S. 86):

1. Eine Bereitschaft muss rund um die Uhr gegeben sein;
2. Die Betreuer (ehrenamtliche Mitarbeiter) und das Personal (hauptamtliche Mitarbeiter) müssen über entsprechende Qualifikationen, das nötige Knowhow und Methoden für z.B. die Symptomüberprüfung verfügen;
3. Für die Angehörigen müssen genügend Angebote zur Verfügung stehen, sodass diesen eine Möglichkeit zur Entlastung gegeben ist.

Ein Bestandteil und Ziel dieser Hospizart ist die Begleitung im letzten Lebensabschnitt, den sogenannten letzten Wochen, bei dieser wird gezielt auf lebensverlängernde oder heraus zögernde Maßnahmen verzichtet. Wurden von den folgenden Einrichtungen Kriterien, Qualitätsstandards und Abgrenzungen erarbeitet:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG)
- Landesarbeitsgemeinschaften (LAG)
- Malteser Hilfsdienst
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Dabei wurden vier Ebenen erarbeitet, die in einer direkten Beziehung zueinander stehen und aufeinander folgen sowie eindeutig Festlegungen für Arbeit, Funktion und Güte beschreiben. (vgl. Student/Mühlum/Student, 2004, S. 87) Eine Erbringung der Aufgaben der ambulanten Hospizdiensteinrichtungen erfolgt durch hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter, diese begleiten den Betroffenen und dessen Angehörigen in diesem Lebensabschnitt, in Unterstützung von Ärzten, Hausärzten,

Sozialeinrichtung, etc., um die „Lebensqualität“ des Betroffenen zu erhöhen. (Vgl. Student/Mühlum/Student, 2004, S. 88)

Da diese Arbeit um eine Abgrenzung vom Stationär und ambulant Hospiz bemüht ist, möchte diese eine kurze Erklärung zum stationären Hospiz sowie einer Palliativstation geben um den Unterschied zwischen ambulant und stationär noch einmal deutlich machen zu können.

2.4. Stationäres Hospiz und Palliativstationen

In Deutschland haben sich zwei unterschiedliche Arten von stationären Hospizen herauskristallisiert. Zum einen gibt es Hospizhäuser und zum anderen die Palliativstationen, die in Krankenhäusern angesiedelt sind. Im Folgenden sollen diese beiden Arten kurz erläutert und betrachtet werden.

Stationäre Hospize

Menschen, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden, die unausweichlich innerhalb einer begrenzten Zeit zum Tod führt, können in einem stationären Hospiz aufgenommen werden. Gemeinsam mit einem großen Team an Pflegekräften, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Ärzten usw. werden die Sterbenden ganzheitlich betreut. Die Atmosphäre in einem Hospiz ist wohnlich und familiär gestaltet. Es gleicht damit nicht einer Station in einem Krankenhaus. Betroffene können in einem Hospiz so lange verweilen, bis die Symptome und Schmerzen durch ärztliche Versorgung verringert sind, damit wieder eine Pflege und Betreuung in der häuslichen Umgebung stattfinden kann. Dies geschieht meist durch Hausärzte oder niedergelassene Ärzte sowie durch palliativmedizinisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Deshalb ist es noch einmal wichtig zu erwähnen, dass: „ *Stationäre Hospize [...] also nicht unbedingt“ Endstationen“ [sind].“* (Student/Mühlum/Student, 2004, S. 89) Allerdings besteht die Möglichkeit, dass Betroffene ein Hospiz bis zu ihrem Lebensende als letzten Wohnsitz nutzen.

Palliativstationen

Palliativstationen sind immer an einen Krankenhaus angegliedert. Sie sind daher in der Organisation sowie im Ablauf einer Krankenhausstation

ähnlich. Es stehen Ärzte sowie Pflegepersonal in einer 24 Stunden Bereitschaft zur Verfügung. Die Autoren Student, Mühlum und Student haben in Form einer Tabelle, die Stärken und Schwächen von Hospiz und Palliativstationen im Vergleich dargestellt. (Vgl.: Student/Mühlum/Student, 2004, S. 90)

Hospiz		Palliativstationen	
Stärken			
Selbstorganisation	Häuslich- familiäre Atmosphäre	Hohe Qualität der Palliativmedizin	Rascher Zugriff auf Ressourcen des Krankenhauses
Aufenthalt bis zum Lebensende (durchschnittlich vier Wochen)	Volle Integration der freiwilligen Helferinnen	Der Kranke ist oft lange bekannt (Vertrautheit)	Kurzer Aufenthalt
Wirkung in das Gemeinwesen	Klinikfern angesiedelt	Wirksamkeit in der Klinik	
Hospiz		Palliativstationen	
Schwächen			
Schwächen in der palliativ- medizinischen Versorgung	Meist „letzte Station“	Überaus „klinisches“ Setting	Drehtüreneffekt
Keine kontinuierliche ärztliche Präsenz		Geringe Integration der freiwilligen Helferinnen	

Abb. 1 wie 5.1: Hospiz und Palliativstation im Vergleich .Student/Mühlum/Student, 2004, S. 90

Wenn laut SGB V eine stationäre Behandlung nicht mehr erforderlich ist, muss der Betroffene entlassen werden. Psychosoziale Gründe ist keine Begründung mehr, die von der Krankenkasse finanziert wird. Daher entspricht die Dauer des Aufenthalts eines Sterbenden auch der jedes anderen Patienten. Auch wenn die Betroffenen es wünschen, auf dieser Station bis zu ihrem Tod zu bleiben, kann diesem Wunsch nicht immer nachgegeben werden. (Vgl.: Student/Mühlum/Student, 2004, S. 91)

3. Forschungsstand

In diesem Kapitel soll der Forschungsstand zu den Sterbephasen sowie die Phasen der Trauer konkret beschrieben werden. Diese Phasen wurden in Rahmen der Trauer- und Sterbeforschung von Elisabeth Kübler-Ross und Verena Kast entwickelt und sind bis heute wissenschaftlich grundlegend. Die nähere Auseinandersetzung mit diesen Phasen soll hervorheben, welche Reaktionen und Verhaltensweisen die Sterbenden oder Trauernden zeigen und es soll eine Handlungsweisen für Begleiter abgeleitet werden. Damit sollen mögliche Grenzen in der Trauerarbeit und in der Arbeit mit Sterbenden aufgezeigt werden.

3.1 Sterbephasen nach Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross² teilt den Prozess des Sterbens in fünf Phasen ein: „ *Phase 1: Nicht-Wahrhaben-Wollen, Phase 2: Auflehnung, Phase 3: Verhandeln, Phase 4: Depression, Phase 5: Annahme.*“ (Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.20) Diese Sterbephasen beschreiben den Prozess des Sterbens von Menschen, die die Möglichkeit haben den Verlauf des Sterbens konkret zu erfahren und für sich zu gestalten. Das heißt, dass diese Phasen nicht für die Menschen gelten, die beispielsweise durch einen Autounfall abrupt aus dem Leben gerissen werden. Die verschiedenen Phasen werden nicht immer in der genannten Reihenfolge durchlaufen. Oft vermischen sie sich oder gewisse Phasen dauern sehr lange an. Auch können sich Phasen immer wieder wiederholen. (Vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.20)

1.Phase: „Nicht-Wahrhaben-Wollen

Die erste Phase beginnt mit der Auseinandersetzung der Diagnose, welche den Tod zum Inhalt hat. Im ersten Moment löst diese Diagnose eine Art „Schock“ in dem betroffenen Menschen aus. Sie sagen sich immer: *“Nein nicht ich, sie wollen es einfach nicht wahrhaben.”* (Specht-

² Elisabeth Kübler-Ross war eine us- amerikanische Psychiaterin und befasste sich mit dem letzten Lebensabschnitt schwerkranker und sterbender Menschen. Mit ihrer Arbeit in der Sterbeforschung legte Kübler-Ross einen Grundstein für weitere Forschungen im Bereich der Trauer- und Sterbebegleitung.

Tomann, Tropper, 2007, S.21) Die Reaktionen der Betroffenen sind oft sehr verschieden: Einige verlieren den Boden unter den Füßen, andere verdrängen die Situation. In dieser Phase wird die Aufklärung zum Beispiel von einem Arzt, über den bevorstehenden Verlauf nur schlecht aufgenommen. Es gibt Betroffene, die versuchen ihr Leben wie im vorher gewohnten Alltag weiter zu leben. Andere glauben der Diagnose nicht und laufen von einem Arzt zum anderen, um doch noch bestätigt zu bekommen, dass sie Gesund sind. Furcht oder von außen wirkende Ruhe versetzen den Betroffenen in eine psychisch schwankende Lage. (Vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.22) Nur sehr zögerlich löst sich der „Schock“ und die Informationen über den weiteren Verlauf der Diagnose können verarbeitet und verstanden werden. In dieser Phase sollte ein Begleiter besonderes auf folgendes achten:

- *„Zuhören statt selbst reden“*
- *„Aussprechen lassen statt ausfragen“*
- *„Da-Sein“*
- *„Widersprüchliches hinnehmen statt Aufbegehren“*
- *„Nichts ausreden, nichts einreden, alles anhören statt eigene Meinung äußern“*
- *„Stimmungsschwankungen aushalten statt Festschreiben einer Emotionslage“*
- *„Reagieren statt agieren“*
- *„Gesprächsbereitschaft signalisieren“*

(Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.24)

Eine gute und professionelle Sterbebegleitung hängt davon ab, in welchem Nähe-Distanzverhältnis der Begleiter zum Sterbenden steht. Für den Sterbebegleiter ist der Lebensabschnitt des Betroffenen eine psychische Belastung und nicht immer einfach mitzuerleben. (Vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.25)

2. Phase: „Auflehnung“

In dieser Phase brechen die unterschiedlichsten Emotionen hervor. Vor allem Wut³ und Verzweiflung beherrschen die Gefühlswelt des Betroffenen. Dies kann sich durch aggressives Verhalten oder verbale Attacken äußern. Auch das ständige Infrage stellen von Fähigkeiten der Angehörigen als auch der professionellen Begleitung, lässt die Motivation der Beteiligten oftmals sinken. Ein eher stiller Mensch wird nicht nach etwas schlagen, sondern sich eher in langen Gesprächen mit seinen Gefühlen auseinander setzen. Einige können ihre Emotionen in Briefen zum Ausdruck bringen und damit den Angehörigen oder Begleitern einen ersten Eindruck in die eigene schwierige Gefühlswelt gewähren. (Vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.26) Folgende Aspekte sind bei der Begleitung in der zweiten Phase zu beachten.

- *„Verständnis signalisieren- trotzdem!*
- *Nähe und Zuneigung spüren lassen- trotzdem!*
- *Gesagtes ernst aber nicht persönlich nehmen*
- *Sich für die Emotionen des Patienten nicht verantwortlich fühlen*
- *[...]*
- *Wünsche wahrnehmen*
- *Gesprächsbasis aufrechterhalten*
- *Aktives Zuhören*
- *Unterscheiden zwischen dem, was mich betrifft und dem, wo ich nur stellvertretend gemeint bin*
- *Zuwendung statt Isolierung – gerade jetzt*
- *Negative Gefühlsregelungen, Zornausbrüche, Flüche nicht werten, nicht verurteilen*
- *Sich nicht in den Problemen des Patienten verfangen:- abgrenzen!“*

(Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.29)

3. Phase: „Verhandeln“

³ In der zweiten Phase halten sich Personen aus dem näheren Umfeldes des Betroffenen fern, da diese nicht mit den emotionalen Ausbrüchen umgehen können. Hier soll die Begleitung dazu beitragen, dass diese meiden des Betroffenen nicht zu einen negativen Erlebnis im Prozess des Sterbens wird. (vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.30)

In der dritten Phase beginnt das Verhandeln mit Gott und mit Menschen aus dem Umfeld des Sterbenden. Die Betroffenen sind bereit alles zu geben und zu versprechen, um noch etwas mehr Lebenszeit zu erhalten. Die Sterbenden empfinden dies als einen „*inneren Frieden*“ (Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.31) und vergessen dabei die Wut auf ihre Gesamtsituation. In dieser Phase können Angehörige oder Mitarbeiter eines Hospizdienstes langsam erkennen, dass der Betroffene sich mit der Tatsache, dass er sterben wird, auseinandersetzt und dies auch anerkennt. (Vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.32) Ist dieser Punkt einmal erreicht, so ändert sich auch das Verhalten des Betroffenen: Er reagiert jetzt adäquat auf die Situation. Sogar eine selbstkritische Person nimmt ganz „artig“ ihre Medikamente, in der Hoffnung doch noch etwas an ihrem Schicksal zu ändern. An diesem Punkt besteht die Gefahr, dass die Betroffenen auf Betrüger, die Heilmittel oder neue Therapien anbieten, reinfallen.⁴ Weiterhin kommt hinzu, dass: „*Selbsthilfegruppen, Selbsterfahrungskurse, psychotherapeutische Begleitung*“ eine große Bedeutung für die Therapie lebensverkürzter erkrankter Menschen sein können. (Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.33) Folgende Aspekte wurden für die Begleitung in der dritten Phase benannt:

- *„Sensibel sein für den Umbruch in der Stimmungslage des Patienten*
- *Positive Stimmung unterstützen – ohne unrealistische Hoffnungen zu wecken*
- *Berichten des Patienten über sein „Verhandeln“ ohne Bewertung zuhören*
- *Alternative Wege in der Behandlung unterstützen, dort wo sie hilfreich sind*
- *Hoffnungen nicht zerstören, jedoch den Patienten vor Illusionen bewahren*
- *Alle Äußerungen erst nehmen, nichts belächeln*

⁴ Hier ist von der Begleitung ein sensibles Gespür gefordert, um den Betroffenen vor Betrug zu schützen..

(Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.33 f)

Die Betroffenen verhandeln für sich auf unterschiedliche Weise. Einige äußern dies Laut, andere tun dies im Stillen für sich allein. In diesem Fall wäre für eine Begleitung zu beachten, dass sie durch taktilen Kontakt dem Betroffenen ihr Verständnis signalisiert, wenn er realisiert, dass er sich trotz seiner Bemühungen verabschieden muss.

4. Phase „Depression“

In dieser Phase weiß der Betroffene, dass seine Anstrengungen nichts am Zustand des Sterbens ändern werden. Eine überwältigende Traurigkeit setzt ein. Die Autoren Specht-Tomann und Tropper formulieren folgende zwei Arten von Traurigkeit bzw. Depression.

1. Tiefe Niedergeschlagenheit – sozusagen ein Trauern um alle vergangenen Rückschläge und verpassten Chancen und den Möglichkeiten, die hätten daraus hervorgehen können.
2. Depression „vorausschauende“ Traurigkeit – sozusagen alle zukünftigen Potentiale oder Wegkreuzungen, an die man noch gelangen würde, werden beklagt. (Vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.36)

Der Betroffene durchläuft einen Schmerz wegen der inneren Vorbereitung, dass er sich von all seinen Angehörigen und Personen aus dem nahen Umfeld trennen muss. Aufgrund dieser Konfrontation mit seinen eigenen Emotionen wirkt der Sterbende sehr still und unnahbar: wie ein Gefangener in seiner eigenen Gedankenwelt. Im Rahmen der Eigenreflexion seines gesamten bisher verbrachten Lebens, kann der Betroffene zu einer Art innerer Akzeptanz der Diagnose und seines bevorstehenden Todes kommen. (Vgl.: Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.36f)Folgende Aspekte sind in der Begleitung der vierten Phase zu beachten:

- *„Das Traurigsein/ Depression nicht ausreden*
- *Keine oberflächlichen Versuche, abzulenken oder zu verträsten*

- *Verständnis aufbringen, daß es trautig ist, alles hinter sich zu lassen*
- *Zeit für Gespräche und Zeit für stilles Dabeisein anbieten*
- *Ein offenes Ohr für Sorgen und Ängste haben*
- *Tränen zulassen*
- *Signalisieren, daß Trauer sein darf*
- *Körperkontakt*
- *Ruhe und Geduld*
- *Keine Wertung der Lebensbilanz des Patienten*
- *Respekt vor der individuellen Form des Abschiednehmens vom Leben*
- *Hilfestellung bei der Erledigung ungelöster Probleme“*

(Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.37)

5. Phase „Annahme“

Die Phase der „Annahme“ ist das letzte Stadium im Prozess des Sterbens von Menschen mit einer lebensverkürzenden Diagnose. In dieser Phase kann man beobachten, dass sich bei diesen Menschen ein Zustand der Ruhe und des inneren Wohlbehagens einstellt. Aufgrund der unterschiedlichen Therapien und der kognitiv ausgefochtenen Kämpfe mit der eigenen Person und ihrer Umwelt, fühlen sich die Betroffenen sehr erschöpft und kraftlos. Der Sterbende hat nun sein Schicksal angenommen und betrachtet den Tod als angenehm. Allerdings könnte man auch von einer Resignation sprechen, eine Art von ermatteter Einwilligung. *„Für die Begleiter ist es nicht immer leicht, zwischen Resignation und echter Annahme zu unterscheiden. Vielleicht genügt es schon, ein offenes Ohr für resignative Zwischentöne zu haben und dem Patienten in seiner letzten Angstbewältigung beizustehen.“* (Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.40) Auch hier ist es für einen Begleiter wieder wichtig auf folgende Punkte während der Betreuung eines Sterbenden zu achten.

- *„Zeit schenken*

- *Letzte Wünsche und Anweisungen festhalten*
- *Das loslösen von sozialen Bindungen, den Rückzug des Patienten akzeptieren*
- *Mit großen Einfühlungsvermögen „da sein“*
- *Begegnung als Mitmensch*
- *Körperkontakt ermöglichen, Hand halten, Berührungen zulassen*
- *Auf Wünsche eingehen (religiösen Beistand)*
- *Einbeziehen der Bezugspersonen*
- *Da-Sein und Mit-Sein“*

(Specht-Tomann, Tropper, 2007, S.40,41)

Wenn keine medizinischen oder andere Schritte mehr notwendig werden, beginnt für den Begleiter eine sensible und schwere Arbeit. Es ist ein Art Bereithalten, um den Betroffenen auf seinen letzten Abschnitt Sicherheit und Geborgenheit zu geben und so ein reales Loslassen vom Leben und seinen Menschen zu gewähren.

3.2 Trauerphasen

Die Trauerforschung beschäftigte sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte mit der Trauerverarbeitung von Hinterbliebenen nach einem starken Verlust und versucht in diesem Zusammenhang allgemein gültige Kriterien, abgesehen von den persönlichen Einflüssen, zu erstellen. In diesem Zusammenhang wurden differenzierte Phasen des Trauerprozesses erarbeitet, welche sich mit Modellen von anderen Autoren vergleichen lassen. Hierbei ist es auch möglich, dass die Phasen der Trauer nicht immer in der beschriebenen Abfolge verlaufen, ähnlich wie bei den zuvor erwähnten Sterbephasen. (Vgl.: Drolshagen, 2003, S.168) Teile der Trauerphasen können sich auch noch nach Jahren, zum Beispiel an Geburtstagen der verstorbenen Person oder an Jahrestagen, wiederholen. In Anlehnung an das Phasenmodell von Verena Kast, stellte Yorick Spiegel folgende Phasen auf: Phase des Schocks, kontrollierte Phase, regressive Phase sowie die adaptierte Phase. (vgl.: Drolshagen, 2003, S.168)

1.Phase: Schock

Die Trauer wird am Anfang wie ein Schock von den Trauernden erlebt. Eine inneres Erstarren und das Nicht-glauben-können, lässt die Trauernden eher emotionslos wirken. So wird durch psychische Abwehrmechanismen⁵ die Nachricht vom Tod eines geliebten Menschen nicht akzeptiert. Wichtig zu erwähnen ist, dass die Trauer in der ersten Phase ganz unterschiedlich empfunden wird und auch davon abhängig ist, wie eine Person verstorben ist. Bezeichnet wird hiermit, ob ein Prozess des Sterbens vorhanden ist in dem Abschied genommen werden kann oder ist eine Person abrupt aus dem Leben geschieden. Eine besonders schwere Situation in der Trauerbegleitung stellt das Fehlen des Leichnams eines geliebten Menschen dar. Zum Beispiel bei Schiffsunglücken oder Flugzeugabstürze. Hier kann der Trauernde den Verlust nicht richtig verarbeiten, da immer die Hoffnung besteht, dass der Verstorbene doch noch überlebt hat. In diesem Falle hat die Begleitung die Aufgabe, dass der trauernde den Verlust als Realität akzeptiert. (vgl.: Drolshagen, 2003, S.169)

2.Phase: Kontrolle

In dieser Phase wirkt der Trauernde zunächst eher gefasst, doch ist dies nur bis zum Tag der Beerdigung erkennbar. Der Leichnam wird distanzierter wahrgenommen und erfährt keine aktive Zugehörigkeit mehr. Auch für die Angehörigen ist diese Zeit stark von automatisierten Abläufen geprägt, begleitet von einem Zustand von emotionaler Betäubung.

3.Phase: Regression

Die Phase der Regression⁶ ist die Phase, in der die Betroffenen den Verlust akzeptieren und ihre unterschiedlichen Emotionen zulassen können, welche mit dem Verlust und den neuen Lebensumständen

⁵ Abwehrmechanismen nach Sigmund Freud: Verleugnung, Verdrängen, Verschieben, Identifikation, Regression, Sublimierung, Projektion, Ungeschehenmachen, Reaktionsbildung, Spaltung

⁶ Ein Verbleib in der Phase der Regression und dem beibehalten fester Gewohnheit, welche zu Lebzeiten des Verstorbenen ihre Berechtigung hatten, können darauf hindeuten, dass dem Trauernde die Verarbeitung des Verlustes nicht gelingen will und dieser möglicherweise eine fachliche Unterstützung bedarf (vgl. Drolshagen 2003: 171).

zusammenhängen. Demzufolge können Gefühle der Wut oder des Schmerzes in unterschiedlichen Facetten gezeigt werden. (vgl. Drolshagen 2003: 170) Aber es kann auch zu zwiespältigen Gefühlsregungen kommen, welche bewirken, dass der Trauernde sich aktiv mit dem Verstorbenen und seiner Beziehung zu ihm beschäftigt. Symbole wie beispielsweise Gegenstände, geschriebene Worte und Fotografien dienen zur intensiven Aufarbeitung des geführten Lebens des Verstorbenen. Zu Beachten ist, dass häufig psychische und physische Reaktionen dazu führen, dass die Hinterbliebenen vertraute Gerüche, Geräusche oder ähnliches immer noch wahrnehmen und dies als äußerst beunruhigend empfinden. Daher sollte hierauf Aufmerksam gemacht werden, dass diese Wahrnehmungen zum Trauerprozess dazugehören. Ebenso wie die herabgesetzte Leistungsfähigkeit und der Krankheitsanfälligkeit, welche ihren Ursprung in den zukünftig zu leistenden Aufgaben und der neuen Einordnung in gewohnte Lebensrhythmen zur Folge haben. Die Reaktionen auf diesen Zustand, sind je nach Persönlichkeit des Trauernden unterschiedlich von Zurückgezogenheit bis hin zur Suche nach Nähe und Geborgenheit.

4. Phase: Adaption

Der Verstorbene wird von den Hinterbliebenen in guter, unvergesslicher Erinnerung gehalten. Seine unterschiedlichen Wesenszüge werden unerklärt gewürdigt, bis hin zu einer positiven Wertschätzung. Von den Trauernden wird in dieser Phase differenziert, was sie aus dem gemeinsamen Leben behalten und wovon sie sich trennen wollen. Darüber hinaus erfahren die Hinterbliebenen während des Trauerprozesses eine gewisse „Reifung“ der Persönlichkeit, sprich eine Veränderung der inneren Einstellung, durch in der Vergangenheit erlebte, aber auch neue schmerzhaft und neue stärkende Erfahrungen. Dies verhilft schließlich zur Breitschaft, neue emotionale Beziehungen und Anknüpfungen im sozialen Umfeld einzugehen. Ein Prozess, dessen Ende unbestimmt ist und oftmals mit Selbstzweifeln und Depressionen einhergeht.

Es ist nicht möglich vorherzusagen wann ein Trauerprozess abgeschlossen ist, da es an der individuellen Persönlichkeit des Trauernden liegt mit dem Verlust und der neuen, oftmals überwältigenden Situation, umzugehen. Einen großen Einfluss trägt hierbei das familiäre und soziale Umfeld, welches den Prozess stärken aber auch hemmen bzw. blockieren kann (vgl. Drohlshagen 2003: 171).

4. Rahmenbedingungen in Deutschland für ambulante Hospizdienste

Im Kapitel 4 soll einen Überblick über die Rahmenbedingungen für ambulante Hospizdienste in Deutschland geben werden, um so mögliche Grenzen und Chancen der ambulanten Trauerarbeit aufzeigen zu können. Daher wird in diesem Kapitel auf die gesetzlichen Grundlagen im Bereich ambulante Hospizdienste, der Finanzierung, der Arbeitsweise von ambulanten Hospizen, sowie der allgemeinen gesellschaftlichen Situation in Deutschland zum Thema: Sterben, Tod und Trauer, näher eingegangen.

4.1 gesetzliche Grundlagen

Es gibt eine Vielzahl von gesetzlichen Grundlagen, welche für die Arbeit in einem ambulanten Hospizdienst relevant sind. Hier soll der § 39a SGB V, als grundlegender Paragraph im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit, inhaltlich kurz vorgestellt.

SGB V § 39 a⁷ Stationäre und ambulante Hospizleistungen⁸

Ein Versicherungsnehmer, welcher keine Behandlung in einem Krankenhaus benötigt, besitzt einen Anspruch auf Zuschuss für die zur Verfügungsstellung stationärer und teilstationärer Hospizleistungen mit palliativ-medizinischem Hintergrund, wenn im häuslichen Umfeld eine

⁷ Im Jahr 1997 wurde zum ersten Mal der § 39a SGB V, aufgrund des Drucks der Öffentlichkeit, entwickelt. 1999 kam es zum Abschluss und die Rahmenbedingungen standen fest. Aber. erst 2001 wurde die Förderung der ambulanten Hospizdienste mit hinzugenommen. (Vgl. Student/Mühlum/Student, 2004, S. 145 f)

⁸ § 39 a SGBV: ausführlicher Gesetzestext befindet sich im Anhang

Umsetzung nicht möglich ist. (vgl.: *Nomos, 2011, S.1617*) Zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen des stationären Hospiz erfolgt die Definition über die Ausdehnung und Inhalte der Leistungen. Hierbei ist ein besonderes Augenmerk auf die speziellen Anforderungen des Kinderhospiz zu legen. (vgl.: *Nomos, 2011, S.1617*) Ein Versicherungsnehmer, welche keine Behandlung in einem Krankenhaus benötigt und keiner Betreuung im stationären und teilstationären Bereich, hat Anspruch auf eine Betreuung im ambulanten Hospiz. Diese Form des Hospiz hat durch die Krankenkasse gefördert zu werden, sodass ehrenamtliche Hospizbegleiter mit entsprechenden Fachkenntnissen und Fähigkeiten für die Bereiche Häuslichkeit, Angehörige, Menschen mit motorisch und geistigen Einschränkungen, sowie für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen; wobei das Augenmerk im ehrenamtlichen Bereich auf die Erweiterung, Ausbildung, Steuerung, Hinzuziehung weiterer ehrenamtlicher und Unterstützung dieser abzielt. Anforderungen für die Förderung ist eine Zusammenarbeit mit Ärzten und palliativ-medizinisch geschultem Pflegepersonal und Krankenschwestern, welchen die fachliche Verantwortung obliegt. Eine Definition zu Zielen, Ausdehnung, Menge und Güte der Leistungen im ambulanten Hospizbereich erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den ausschlaggebenden Spitzenorganisationen. (vgl.: *Nomos, 2011, S.1617*)

4.2 Finanzierung

Wie im vorherigen Unterkapitel beschrieben, wird eine Finanzierung des ambulanten Hospizdienstes seit Januar 2002 durch den § 39a Abs. 2 SGB V geregelt. Hierbei erfolgt eine Förderung der Kosten durch die Krankenkassen als Zuschüsse. Diese werden für die hauptamtlichen Mitarbeiter, Fachkräfte, Ärzte, Verwaltungsaufgaben, sowie zur Werbung, Schulung und Qualifizierung der ehrenamtlichen Betreuer genutzt. Die Bedingungen für eine Förderfähigkeit werden mit den Spitzenorganisationen (Caritas; Diakonie, Wohlfahrtsverbände) vereinbart, diese Regeln die weiteren Punkte wie: Kernaufgaben, Ziele, Güte der

Leistungen und deren Umfang. Die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes umfassen weitere Tätigkeitsfelder, welche nicht von den Krankenkassen gefördert werden. Dennoch sind diese für den Patienten kostenfrei. Die „Schere“ zwischen Realkosten und Zuschuss durch die Krankenkasse, wird daher zu einem wichtig Teil durch Spenden von Fördervereinen, gemeinnützigen Trägern und Privatspenden erbracht und aufgefüllt (vgl.: <http://www.dhpdv.de/index.html>).

4.3 Arbeit des Ambulanten Hospizdienstes

Wie bereits in der Definition erwähnt betreut und begleitet ein ambulanter Hospizdienst den Betroffene und dessen Familie in den letzten Lebenswochen bis zum Tod. (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 40/105, S. 2086)

Ein ambulanter Hospizdienst hat fünf grundlegende Aufgaben:

- „*Begleitung der gesamten Familie zu Hause,*
- *Unterstützen Hilfe zur Selbsthilfe,*
- *Vernetzen sich mit anderen Einrichtungen,*
- *Vermitteln unterstützende Angebote für Personen im Umfeld,*
- *Leisten Öffentlichkeitsarbeit“*

(Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.66)

Durch vielfältige Angebote wird das Handeln des Begleiters in enger Absprache mit dem Sterbenden, den Angehörigen und anderen Professionellen abgestimmt. (Vgl.: *Deutscher Kinderhospizverein e.V. 2006. S.66*) „Die Beziehung mit allen Beteiligten wird nach den Prinzipien Offenheit, Partnerschaftlichkeit und Integration (OPI-Konzept) gelebt.“ (*Deutscher Kinderhospizverein e.V. 2006. S.66*) Die Koordinatoren des ambulanten Dienstes, welche immer hauptamtliche Mitarbeiter sind, organisieren den Einsatz von Ehrenamtlichen und setzen die vorgeschrieben Qualitätsstandards⁹ in ihrer Einrichtung um. Durch den Einsatz einer professionell ausgebildeten Fachkraft, laut den Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 2 S.6 SGB V, kann der

⁹ Qualitätsstandards sind: Regelmäßige Teilnahme an Weiterbildung, Schulungen für Ehrenamtliche, Supervision, Regelmäßige Praxisbegleitung und Dokumentation

ambulante Hospizdienst gefördert werden. Weitere Aufgaben eines Koordinators sind: „*Aufbau und Leitung des ambulanten Hospizdienstes, Gewinnung, Schulung und Begleitung der Ehrenamtlichen, Imitierung der Selbsthilfe sowie Ermöglichen der konzeptionellen Mitarbeit der Familien, [...], Pädiatrisch-Palliative Beratung, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, [...], Vermittlung von unterstützenden Angeboten für Menschen im Umfeld der Familien*“ (Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.70). Wie bereits oben erwähnt, gibt es fünf Hauptaufgaben eines ambulanten Hospizdienstes. Die erste Aufgabe besteht in der Begleitung der Familie. Angehörige leisten für ihre sterbenden oft eine “rund um die Uhr“ Betreuung und dies teilweise über Jahre hinweg. Hier ist es für den Begleiter wichtig, dass die Familie in ihren Aufgaben gestärkt wird. Deshalb sind ambulante Angebote, je nach Wohnortlage des Pflegenden, in der direkten Nähe oder der Umgebung wichtig. Denn so können die ehrenamtlichen Mitarbeiter eines Hospizdienstes, durch stundenweise Übernahme der Pflege und Betreuung, den Angehörigen eine Auszeit gewährleisten. Die Mitarbeiter stehen den Familienmitgliedern für Gespräche zur Verfügung und geben zusätzlich Hilfestellungen zur Selbsthilfe. (vgl. Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.67) Der Sterbende und seine Angehörigen sind die eigenen Experten auf dem Gebiet der pflegerischen Versorgung, sowie der eigenen Bedürfnissen, Wünsche und Interessen. Oft fühlen sich beide Parteien, also Sterbender und Angehöriger der den sterbenden betreut, in ihrer neuen Lebenssituation hilflos. Ein kommunikativer Austausch über Probleme und Gefühle finden kaum Zeit oder bleibt versagt. Durch die Hospizdienste wird Gelegenheit zum Austausch zwischen Angehörigen und Sterbenden geschaffen. So werden kontinuierliche Gesprächsrunden initiiert, Selbsthilfegruppen vermittelt, Infoabende veranstaltet oder das Angebot eines Trauercafé's gegeben. Dem Sterbenden hilft oft ein Einzelgespräch mit einem Hospizmitarbeiter, welcher einen objektiven Blick auf die Gesamtsituation hat. (vgl. Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.67) In einem Artikel zum Thema: „*Der Tod- mitten im Leben*“ sagt die Hospiz-

Leiterin des „Lebenshaus“ bei Hannover: „ *Allzu traurig sollte man sich solche Besuche bitte nicht vorstellen, [...]*“ (Alverde, Juli 2013, S.73)¹⁰. Der Betroffene pflichtet der Hospiz-Leiterin bei. Er sagt selbst: „ *Natürlich geht es auch um Sterben, Schmerz und Medikamente. Aber wir schimpfen genauso über Politik, machen Witze oder gehen mal ins Restaurant*“ (Alverde, Juli 2013, S.73). Gerade diese zwei Aussagen verdeutlichen, dass die Hospizbegleitung, das Sterben und der Tod nicht immer eine traurige Angelegenheit sind. Es ist fast schon essenziell wichtig, dass man sich dennoch mit Themen außerhalb seiner eigenen Erkrankung und dem bevorstehenden Tod befasst. Eine weitere Hauptaufgabe des ambulanten Hospizes, ist die Vernetzung. Diese sind immer in Regionalen Netzwerken vertreten. Sie sind ein Teil eines Geflechts aus Diensten, Einrichtungen und Institutionen. Z.B. mit: „ *Selbsthilfegruppen anderen ambulanten Dienste und stationären Hospizen, Frühförderstellen, Kindergärten, Ärzten, Krankenschwestern, Kliniken und weiteren relevanten Personen*“. (Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.68) Die dritte Aufgabe besteht daran, Personen im Umfeld der Familien zu begleiten und zu unterstützen. Zu diesem Personenkreis zählen alle Menschen aus dem sozialen Umfeld des sterbenden. Diese betroffenen Personen können Dienste oder Angebote des Hospizes nutzen. (vgl. Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.69) Einer großen und wichtigen Rolle wird der Öffentlichkeitsarbeit zuteil. Zeitungsartikel, Infostände, Fernsehauftritte, Projektwochen in Schulen und Kindertagesstätten, sowie Internetauftritte sind Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit der Hospize. So haben die ambulanten Hospizdienste die Chance ehrenamtliche für ihre Tätigkeiten zu gewinnen, das Thema „Sterben, Tod und Trauer“ in die Gesellschaft zu etablieren und vor allem Spenden zu sammeln. Denn das Angebot eines Hospizdienstes ist für die Sterbenden und deren Angehörigen kostenfrei.

¹⁰Die Zeitschrift Alverde + a tempo ist keine Fach- bzw. wissenschaftliche Zeitschrift. Allein der Artikel über Hospiz und die darin enthaltenden Aussagen fanden Interesse, um noch einmal deutlich zu machen, dass es in einer Begleitung nicht immer um Leid und Trauer geht, sondern vielmehr eine Auseinandersetzung mit dem Leben ist. Das Erscheinen eines solchen Artikels in einer Freizeitzeitschrift, lässt erkennen, dass es einen Wandel in unserer Gesellschaft gegeben hat und das Thema Tod mehr und mehr in der heutigen Zeit enttabuisiert wird. (Siehe Kapitel gesellschaftliche Situation)

Eine Vernetzung, wie im vorangegangenen Absatz beschrieben, heißt auch mit anderen Organisationen gemeinsame Aktionen zu planen, wie zum Beispiel Benefizbälle und diese auch durchzuführen. (vgl. Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.68) Ohne ehrenamtliche Mitarbeiter könnte ein Hospiz seine Leistungen und Angebote nicht erbringen. Die Ehrenamtlichen werden in einem Befähigungskurs¹¹ für die Aufgabe der Begleitung geschult, dies übernimmt meist der Koordinator. In regelmäßigen Teamtreffen werden die Begleitungen mit den Ehrenamtlichen reflektiert und besprochen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter verbleiben meist mehrerer Stunden in den Familien und Betreuen diese oft über Jahre. Daher ist es immer notwendig, das mindesten zwei Ehrenamtliche die Familie begleiten. Durch diese zwei Mitarbeiter in einer Familie, kann trotz Personenwechsel¹² eine Kontinuität für die Begleitung gewährleistet werden. (vgl. Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.71)

4.4 Gesellschaftliche Situation in Deutschland

Betrachtet man die gesellschaftliche Situation zum Thema Sterben und Trauer in den vergangenen Jahrzehnten, so lässt sich erkennen, dass sich die Rahmenbedingungen zunehmend verändern. Aufgrund des Demografischen Wandels und der immer weiter fortschreitenden Erkenntnisse im medizinischen Bereich, verbessert und erhöht sich die Lebensqualität und Lebenszeit eines Menschen. Blickt man auf die letzten drei Generationen zurück, so lässt sich deutlich erkennen, dass sich das Lebensalter nahezu mit dem Faktor 2 multipliziert hat. „*Im Jahre 1875 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland 35 Jahre; im Jahr 1997 lag sie für 65-jährige Männer bei 80,4 Jahren, für 65-jährige Frauen bei 84,1 Jahren; die Tendenz ist weiter steigend.*“ (Lammer, 2006, S.40) Die Säuglingssterblichkeit wurde durch den Fortschritt in der Medizin auf ein Minimum reduziert. Früher gehörte die Sterblichkeit von Kindern

¹¹ Inhalte des Befähigungskurses sind: „*Auseinandersetzung mit Tod, Sterben Trauer sowie der eigenen Sterblichkeit, Grundlegende Informationen über das Hospizkonzept, Krankheitsbilder und altersbedingte Entwicklungsprozesse [...], Kommunikation, Krisenbewältigung, Beziehungsgestaltung in den Familien*“ (Deutscher Kinderhospizverein, 2006, S.70).

¹² Aufgrund von Krankheit oder Wohnortwechsel aus persönlichen Gründen

zum Alltag, heute wird der Tod von Kindern als Schicksalsschlag und eher als selten angesehen. Aufgrund der oben genannten Tatsachen kann man davon ausgehen, dass der Tod als solches in unserer heutigen Gesellschaft eigentlich erst in den späteren Lebensphasen eine Rolle spielt. (vgl.: Lammer, 2006, S.40). Bei der Auseinandersetzung mit dem Sterben, Tod und Abschied nehmen werden Ängste ausgelöst, die vor allem heute eher existenzieller Natur sind wie etwa: Wie soll es jetzt weiter gehen? Was kann ich noch tun? Was wird aus meiner Familie? Während hingegen im Vergleich frühere Ängste von körperlichen Schmerzen dominiert wurden und hierdurch der Tod als Erlösung angesehen werden konnte. Oder psychische Qualen in dieser Lebenssituation vielmehr aus religiöser Sicht, die Angst vor dem Jüngsten Gericht waren (vgl.: Lammer, 2006, S.41). Der Umgang mit den heutigen vorherrschenden Ängsten veranlasst die Gesellschaft mehr über Sterben, Tod und Trauer nachzudenken und Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema zu leisten. So gehen Hospizmitarbeiter in Schulen und Kindertagesstätten um mit den Kindern und Jugendlichen über den Tod zu sprechen und dieses Thema in den Alltag zu integrieren. Ein weiterer Punkt in unserer heutigen Gesellschaft ist, dass viele Menschen immer häufiger in Institutionen, beispielsweise in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Sterben als in der Häuslichkeit. „ *Obwohl es über 90% wünschen, sterben schätzungsweise weniger als 30% der Menschen zu Hause. [...] Sterben im Krankenhaus ist der Regelfall. Die moderne Gesellschaft hat den Tod Hospitalisiert.*“ (Lammer, 2006, S.42) Trauerrituale und Bräuche, wie zum Beispiel eine christliche Bestattung oder andere kulturell bedingte Trauerfeiern, gehen immer mehr zurück. In ländlichen Regionen werden diese Riten meist noch praktiziert, doch in den Großstädten nehmen immer öfters anonyme Bestattungen ohne Trauerfeiern und Anteilnahme vom sozialen Umfeld eines Verstorbenen zu. (Vgl.: Lammer, 2006, S.44) Weiterhin und Abschließend sollte hierzu erwähnt sein, dass in unserer Gesellschaft noch immer die Auseinandersetzung mit dem Tod ein

Tabuthema ist. Jens Eggert¹³ sagte in seinem Interview der Geowissen¹⁴ zum Thema Tod: „*Ich halte es für wichtig, dass die Gesellschaft Zustände wie Trauer, in dem man nicht gut funktioniert, mehr akzeptiert. [...] Dass Tod und Sterben nicht länger derart tabuisiert und vom Leben ferngehalten werde.*“ (Geowissen, Heft 51, S.113). Weiterhin ist er der Meinung, dass die Gesellschaft erkennen muss, dass es nicht gefährlich ist und nur in Institutionen vorkommt, sondern das es ganz „Normal“ ist das man stirbt. Wenn sich all diese Punkte verändert haben sind dies für ihn Zeichen, das unsere heutige Gesellschaft zum Thema Sterben, Trauer, Tod, gereift ist. Aufgrund der: „*oben genannten Gegebenheiten haben sich[...] das soziale Erleben von bzw. die soziale religiöse Einstellungen zu Tod und Trauer gewandelt.*“ (Lammer, 2006, S.39)

5. Einblick in einem ambulanten Hospizdienst

Im Rahmen des praktischen Teils dieser Arbeit wurde ein Interview mit einer Koordinatorin des ELISA Hospizdienstes durchgeführt. In diesem Zusammenhang sollen die Methodik und die Qualitätsstandards eines Interviews beschrieben werden. Des Weiteren sollen die vorherrschenden Rahmenbedingungen und Beobachtungen während des Interviews analysiert werden und es erfolgt eine Zusammenfassung des Interviews. Darüber hinaus wird der Ökumenische Hospizdienst ELISA aus Zwickau in einem kurzen Abschnitt vorgestellt.

5.1 Methodik und Qualitätsstandards

Methodik

Für den praktischen Teil wurde ein Experteninterview durchgeführt um Einblicke in die Arbeit eines ambulanten Hospizdienstes zu erlangen und

¹³ Jens Eggert, 38, Musiker. Hat Jahre lange ein Studium in Musik und Gesang absolviert. Nun hat er eine Ausbildung zum Heilerziehungspfleger beendet und arbeitet in einem Kinderhospiz in Bad Grönenbach. Seine Entscheidung einen sozialen Beruf zu ergreifen, liegt in seiner Kindheit begründet. Seine Mutter starb an Krebs.(Geowissen Heft 51, S.112)

¹⁴ Geowissen Heft 51 „Vom guten Umgang mit dem Tod“

praktische Perspektiven außerhalb eines schriftlich dokumentierten Wissens zu erlangen.

Als Experten werden im Rahmen einer qualitativen Sozialforschung nach Wohlrab-Sahr¹⁵ und Przyborski¹⁶ Personen verstanden, „[...] die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen.“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2009, S. 133) Dabei kann ein Experteninterview drei verschiedenen Formen von Wissen enthalten. Einerseits ein Basiswissen über interne Abläufe, Strukturen und Mechanismen. Andererseits eine bestimmte Form der Interpretation, welche das Wissen über Einschätzungen, Prognosen und Bedeutsamkeiten meint. (vgl.: Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2009, S. 134) Zuletzt sprechen die Autoren von einem Kontextwissen, das verschiedene andere und unerwartete Aspekte aufdecken kann.

Qualitätsstandards

In einem Experteninterview ist es wichtig mit dem Experten auf der gleichen Ebene, im Bezug auf den Sachverhalt des Themas, zu sein. Beide Teilnehmer sollten über ein fundiertes Fachwissen verfügen. Mit dem Interview bezweckt der Interviewführer Wissen, welches er noch nicht über Fachliteratur erworben hat, aufzudecken. So ist der Interviewpartner der Experte auf seinem Gebiet in dem er arbeitet. (vgl.: Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2009, S. 138) Das durchgeführte Interview besteht aus acht Hauptfragen. Hierbei sollte noch erwähnt werden, dass sofortiges hinterfragen vom erzählten, sowie das Korrigieren von nicht Beantwortungen auf die eigentliche Frage vermieden werden sollten. Dies könnte den Erzählfluss des Interviewpartners stören und andere Aspekte, welche noch nicht genannt wurden, eventuell verloren gehen. Im Anschluss der beantworteten Frage besteht die Möglichkeit des

¹⁵ Prof. Dr. Monika Wohlrab-Sahr; Professorin im Bereich Kulturosoziologie und Kulturwissenschaft

¹⁶ Mag. Dr. Agaja Przyborski: Psychologin und Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt auf Weiterentwicklung qualitativer respektive rekonstruktiver Methoden der Sozialforschung und ihre Vermittlung in der Lehre

Nachfragens bzw. des konkreten Fragens, um eine adäquate Antwort auf die eigentliche Hauptfrage zu erhalten. (vgl.: Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2009, S. 140) Das Thema wurde zu Beginn des Interviews nicht bekannt gegeben, um eine Lenkung des Experten in eine bestimmte Richtung zu vermeiden. Dadurch können neue Gesichtspunkte zum Thema gewonnen werden. Die Anonymität des Interviews sollte vom Interviewführer vor Beginn bestätigt werden, sowie die Bitte um Einwilligung des Experten, das Interview mit einem Diktiergerät auf zu zeichnen. Das Interview wurde mit einer allgemein gehaltenen Frage eingeleitet, um den Interviewten den Einstieg ins Antworten besser zu ermöglichen. Der Interviewer bleibt während des Antwortens in der Rolle des aktiven Zuhörers. Allein nur das signalisieren der Aufmerksamkeit durch Nicken und Gesten ist erlaubt. (vgl.: Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2009, S. 98)

5.2 ELISA ökumenischer Hospizdienst für Zwickau

Der ökumenische Hospizdienst ELISA in Zwickau besteht seit 2002. Er steht in Trägerschaft durch die Caritas, Diakonie und den Johannitern. „*Wir sind Menschen so unterschiedlich, wie das Leben bunt ist, sind unterschiedlichen Alters, arbeiten in verschiedenen Berufen oder sind inzwischen im Unruhestand, sind unterschiedlicher Herkunft, Konfession und Weltanschauung. Die Grundlage unserer Arbeit ist die Achtung des christlichen Menschenbildes.*“ (www.hospiz-zwickau.de) ELISA begleitet sterbende Menschen und ihre Angehörigen und steht ihnen für Fragen und als Kontaktadresse zu anderen Professionen zur Seite. Weiterhin geben sie Beistand in der Zeit der Trauer, sie informieren über weitere Hilfsangebote und bauen einen Kontakt zu diesen auf. (Vgl.: www.hospiz-zwickau.de)

5.2.1 Rahmenbedingungen und Beobachtung

Für Das Interview waren optimale Rahmenbedingungen vorhanden. Es stand ein abgeschlossener Raum zur Verfügung. Der Raum war in beruhigenden Farben gestrichen, angenehm eingerichtet und bot somit eine wohlfühlende Atmosphäre. Die Lichtverhältnisse waren angemessen

und es gab keine störenden Beigeräusche. Interviewer und Interviewter saßen sich nicht direkt gegenüber, sondern in einen leichten Halbkreis. Der Gesprächspartner wirkte unruhig und neugierig auf das im Vorfeld angekündigte Interview. Das Thema wurde zu Beginn der Befragungen, wie bereits in den Qualitätsstandards der vorhergehenden Kapitel erwähnt, nicht bekannt gegeben, um eine Lenkung des Experten in eine gewisse Richtung zu vermeiden. Dies sollte dazu führen, dass andere Aspekte zum Kontext des Themas aufgeworfen werden. Es wurde vom Interviewer noch mal darauf hingewiesen das dies anonym bleibt. Die namentliche Erwähnung der Einrichtung wurde vom Experten bewilligt, sowie das Aufzeichnen des Interviews mit Hilfe eines Diktiergerätes. Der Interviewte wirkte nicht nervös und blieb im Bezug auf die Aufnahme des Gespräches gelassen. Während der gestellten Fragen unterstützte der Experte seine Aussagen mit Mimik und Gestik, um dem gesagten noch einmal Nachdruck zu verleihen.

5.2.2 Interview

Die Inhalte des Interviews¹⁷ können folgenden Aspekten zugeordnet werden: politisch/rechtlicher Aspekt, individuelle Organisation eines Hospizes, natürliche Grenzen einer Trauerarbeit, sowie der finanzielle und gesellschaftliche Aspekt.

Politisch/Rechtlicher Aspekt

Die Expertin sagte aus, dass eine größere Lobby der Pflegestufen benötigt wird. Wenn der Stellenwert mehr anerkannt wird, kann sich vieles ändern. Ein weiteres Problem ist die Personalnot in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Es wird von den Mitarbeitern des Hospizdienstes beobachtet, dass „medizinisches Personal sehr am Burnout entlang schrammt.“ Es ist wichtig, dass die Pflege eine Lobby bekommt. In den Medien wird nur über die Missstände berichtet, aber dass mehr Personal benötigt wird, um diese Missstände zu beheben wird nicht geäußert. Um das Umzusetzen was sich der ambulante Hospizdienst vorstellt, werden

¹⁷ Interview wurde transkribiert und befindet sich im Anhang. Zum besseren Verständnis der angewendeten Transkriptionregeln liegt eine Legende vor.

einfach mehr Hauptamtliche Mitarbeiter benötigt. Derzeit lassen sich 2,1 Planstellen finanzieren. Es wird eine Ehrenamtsbewegung bleiben und ist nur übers Ehrenamt leistbar.

Finanzieller Aspekt

Die Ausbildung von Ehrenamtlichen wird von der Krankenkasse gefördert. Sie müssen 160 Stunden in einem Grund- und Aufbaukurs absolvieren. In diesen beiden Seminaren setzen sich die Ehrenamtlichen mit dem Thema Sterben und Tod sowie ihrer eigenen Lebensgeschichte auseinander. Die Trauerarbeit ist ein sehr großer Teil der Arbeit von ambulanten Diensten. Aber auch ein Arbeitsbereich, der überhaupt nicht gefördert wird und wofür es keinerlei Zuschüsse gibt. Durch die Krankenkassen werden zwar Begleitungen gefördert, allerdings müssen diese von den Krankenkassen anerkannt werden. Deshalb müssen alle Begleitungen gut offen und dargelegt werden. Es ist unsicher wie viele Zuschüsse jedes Jahr der Landkreis beisteuert, hingegen ist der Hospizdienst Zwickau in der glücklichen Lage in der Trägerschaft von drei Trägern zu sein. Es müsste mehr Geld für ambulante Hospizdienste zur Verfügung stehen. Gerade bei Spenden wird deutlich, dass es einfacher ist für ein Kinderhospiz oder ein stationäres Hospiz zu spenden als für einen ambulanten Hospizdienst, da viele Menschen sich nichts darunter Vorstellen können.

Aspekt der Gesellschaft

Aufgrund des demografischen Wandels, sind viele ältere Menschen alleine mit ihrer Situation. Oft kommt es zu einer Schuldproblematik, dass Angehörige ihre betagten Eltern doch in Pflegeeinrichtungen unterbringen müssen. Eine Ärztin hat es in einer Teambesprechung auf den Punkt gebracht, sie sagte: „Vor zwanzig, dreißig Jahren war die Bereitschaft die Eltern zu Hause zu pflegen noch stärker da.“ Heute wird von den Begleitern die Tendenz verspürt:“ also bei uns zu Hause auf keinen Fall.“ Die Bereitschaft auch beruflich eine Auszeit zu nehmen oder die Nachteile in Kauf zu nehmen, um den kranken zu pflegen ist oft nicht mehr oder nur noch kaum da. Ein Unterschied hierzu lässt sich deutlich in Stadt und Land erkennen. In den Dörfern greift noch viel die Nachbarschaftshilfe,

aufgrund der noch mehr ausgeprägten sozialen Kontakte. Während in den Städten viele mit ihrer Problematik allein gelassen werden. Oft erleben Mitarbeiter des Hospizdienstes, dass bei den Familien relativ viele Verdrängungsmechanismen einsetzen und es ihnen schwer fällt über das Thema Tod mit ihrer Familien zu sprechen. In der heutigen Gesellschaft lässt sich dennoch ein Wandel in der Auseinandersetzung mit dem Tod erkennen. Es hat sich viel getan, es werden mehr Filme zum Thema Sterben, Tod und Trauer gezeigt und es ist auch in Schulen im Lehrplan der 9. Klasse ein Thema. Gerade in den Projektwochen in Schulen, wird sichtbar das auch schon jungen Menschen viel an Leiderfahrungen mit sich tragen. Dennoch ist es noch immer eine große Hemmschwelle ein Hospizdienst zu kontaktieren. In der Häuslichkeit oder in Krankenhäusern erleben die Mitarbeiter von ELISA, das die Angehörigen sagen: "Sagen sie jetzt nicht sie kommen vom Hospiz." Auf die Nachfrage warum, erhalten sie immer noch die Antwort: "Das sind die doch von Sterben und Tod." Deshalb steht als Überschrift der ELISA Flyer „Lebensbegleitung“ und nicht Sterbebegleitung darauf. Da sich die Gesellschaft nichts unter einen ambulanten Hospizdienst vorstellen kann, ist in den Köpfen noch immer verankert, das der Hospizmitarbeiter den ganzen Tag am Sterbebett sitzt und Händchen hält. Aber dieses Bild stimmt ganz und gar nicht. Der Gedanke Sterben, Tod und Trauer muss mehr in das Bewusstsein rücken und es sollte, ja muss sogar, in der Gesellschaft auch Thema sein dürfen.

Individuelle Organisation eines Hospizes

Dreh- und Angelpunkt des ambulanten Hospizdienstes sind die Ehrenamtlichen. Jeder Hospizdienst bildet seine Ehrenamtlichen selbst aus. Koordinatoren übernehmen den Erstbesuch bei den Betroffenen und wägen ab, welcher Ehrenamtliche in die jeweilige Situation passt und die benötigten zeitliche Kapazität für diese Begleitung hat. Es wird genau geprüft, was die Betroffenen und die Angehörigen benötigen um zu Hause möglichst gut begleitet werden zu können. Es gibt kein Konzept für die ideale Sterbe- und Trauerbegleitung. So unterschiedlich wie die Menschen sind, so sind auch die Bedürfnisse von Sterbenden und Angehörigen.

Einige Angehörigen haben falsche Erwartungen an einen ambulanten Hospizdienst. Sie denken, jetzt sind die Mitarbeiter vom Hospizdienst da und sitzen rund um die Uhr bei dem sterbenden Familienmitglied und möglichst noch über Wochen. Dies ist für den Hospizdienst einfach nicht leistbar. Die Trauerarbeit kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten enden. In der Einzeltrauerbegleitung, kann dies gut abgesprochen werden und oft reichen zwei bis fünf Gespräche. Die Trauernden bestimmen selber was Thema in diesen Gesprächen sein wird. Zusammen mit den Mitarbeitern wird geprüft was sie noch benötigen, um einen guten Abschluss zu finden. Einige schreiben Karten zu Weihnachten oder aus dem Urlaub um mitzuteilen, dass sie einen Weg gefunden haben, wie es in ihrem Leben weiter gehen kann oder sie besuchen die Mitarbeiter des Hospizdienstes einmal im Jahr. Dies ist auch ein guter Abschluss für die Begleiter. Hingegen gibt es aber auch Trauernde, welche sozial Einsam sind und nicht so schnell abschließen können. Gerade jene Menschen die das offene Angebot des Trauercafés in Anspruch nehmen, kommen und nutzen dies über einen langen Zeitraum. Sie sind der Meinung sie benötigen dies noch. Seit einiger Zeit wurde eine Sommerpause von zwei Monaten eingeführt. In dieser Zeit sollen sich die Besucher überlegen, ob sie dieses Angebot wirklich noch benötigen. Dies sind Menschen die sich in ihrer Trauer eher einrichten, als das sie zurück in das Leben finden, welches das Ziel ist. Bildungsarbeit bzw. Öffentlichkeitsarbeit ist auch ein wichtiger Teil der Arbeit im ambulanten Hospizdienst. Es wird in Schulen, in Seminarwochen bei Teilnehmern vom FSJ¹⁸, in Berufsschulen und Kindergärten Projekttag oder Workshops durchgeführt, um den Gedanken von Tod und Sterben wieder mehr in die Gesellschaft zu bringen. Im Bereich der Netzwerkarbeit ist die Zusammenarbeit in Zwickau sehr gut abgesteckt und abgesprochen. Gibt es in Bereichen der Netzwerkpartner ein Mitarbeiter wechsel, so werden alle Einrichtungen kontaktiert und über den neuen Ansprechpartner informiert.

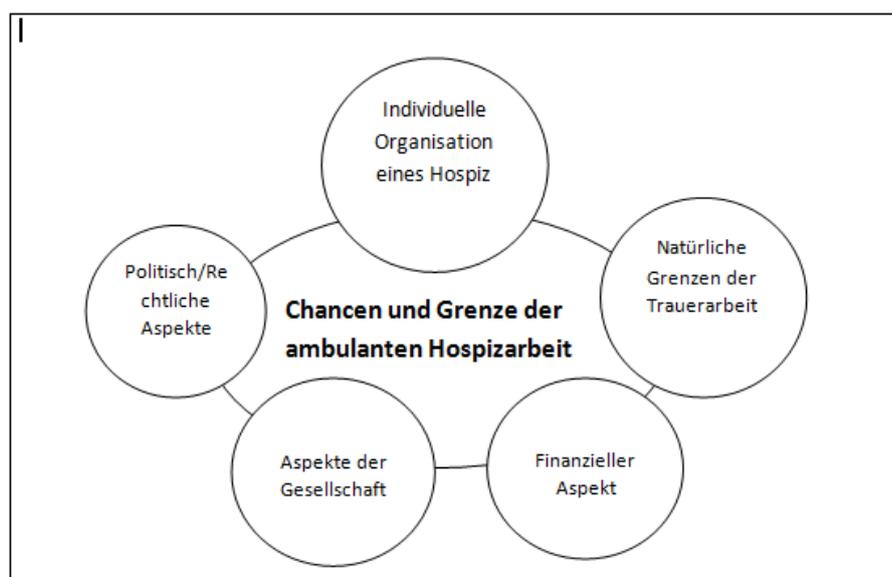
Natürliche Grenzen einer Trauerarbeit

¹⁸ FSJ: Freiwilliges soziales Jahr

Wenn ein sterbender verstirbt, endet natürlich auch die Sterbebegleitung für den ambulanten Hospizdienst. Doch die Trauerarbeit mit den Angehörigen geht durchaus weiter, wenn diese Begleitung von den Angehörigen gewünscht wird. Wenn Menschen es ablehnen einen Hospizdienst in Anspruch zu nehmen, dann sollte dies so Akzeptiert werden. Die Mitarbeiter brauchen einen konkreten Auftrag und erst dann wird gemeinsam geprüft, was die Sterbenden und Trauernden genau benötigen und ist dies für den Hospizdienst Leist bar.

6. Chancen und Grenzen der ambulanten Hospizarbeit

In diesem Kapitel erfolgt die Zusammenführung der Erkenntnissen der Literaturrecherche und des Experteninterview , um ein Umfangreiches Bild von Chancen und Grenzen der ambulanten Hospizarbeit zeichnen zu können: Welche Potentiale gibt es um die Arbeit eines ambulanten Hospizdienstes effektiver¹⁹ zu gestalten und welche Grenzen, natürliche oder allgemeine, gibt es in der Arbeit mit Sterbenden und Trauernden? Wie oben schon erwähnt, wurden die Aussagen des Interviews fünf Aspekten zugeordnet. Diese Gliederung bildet auch insgesamt Chancen und Grenzen der ambulanten Hospizarbeit gut ab.



¹⁹ Effizienz meint nicht wie im wirtschaftlichen Sinne Gewinnmaximierung, sondern wie kann man besser eine Begleitung gestalten.

Abb2.: Chancen und Grenzen der ambulanten Trauerarbeit (Eigenen Grafik)

In den meisten Fällen sind Chancen und Grenzen eng miteinander verknüpft: Wo es Grenzen gibt sind vielleicht auch Potentiale vorhanden diese zu überwinden oder neu zu setzen. Jedoch gibt es auch Grenzen, die nicht überwunden werden können. So zum Beispiel ist der Tod eines Betroffenen, eine natürliche und logische Grenze der Sterbebegleitung. Man kann jedoch auch von einer Grenze sprechen, wenn Angehörige danach eine Trauerbegleitung ablehnen. Auch hier könnte man von einer natürlichen Grenzen sprechen, denn auf alle psychologischen Angebote bezogen (im weitesten Sinne) bedarf es hier der Freiwilligkeit und der Zustimmung des Klienten.

Zugleich wird schnell deutlich, dass die in der Grafik genannten Aspekte eng miteinander verbunden sind. So ist die Finanzierung immer von politisch/rechtlichen und gesellschaftlichen Bedingungen abhängig. Erst durch die Erweiterung des §39a SGB V 2001 wurde eine Förderung der ambulanten Hospize durch die Krankenkassen möglich. Weiterhin sind auch finanzielle Grenzen gesetzt:

- jede Begleitungen muss bewilligt werden,
- nur bei Vorhandensein eines Hauptamtlichen Mitarbeiters, kann ein Hospizdienst nach § 39a Abs. 2 (Rahmenbedingungen für ambulante Hospizdienste), gefördert werden,
- ambulante Dienste werden im Vergleich mit stationären deutlich geringer gefördert (vgl. Student/Mühlum/Student, 2004, S. 145 f)
- und schließlich gibt es zu wenig Personal.

Eine Verbesserung der Situation kann nur erzielt werden, wenn die Gesellschaft für die Belange der Trauerbegleitung so weit sensibilisiert wird, dass die politische Ebene erreicht und so neue rechtliche Rahmen geschaffen oder verbessert werden. Doch einfach dürfte das nicht werden. Auf politischer Ebene kommt die Frage hinzu, wie man eine Verbesserung der Situation für ambulante Hospizdienste finanzieren soll? Durch Beitragserhöhungen, Steuererhöhungen oder Einsparungen in anderen Bereichen? Würden sich dafür Kompromisse finden lassen? Entscheidend

bleibt die Öffentlichkeitsarbeit, zum einen um private Spenden zu sammeln um fehlende staatliche Finanzierung zu kompensieren, zum anderen um das Tabuthema Sterben, Tod und Trauer mehr in das gesellschaftliche Bewusstsein zu rücken. Es könnte Potential darin schlummern bereits noch früher Kinder und Jugendliche, über Projektwochen und Workshops an das Thema heranzuführen. So könnten sich die gesamten Familie über das Thema Tod beschäftigen und im gemeinsamen Gespräch Gedanken austauschen.. Schließlich geht es auch darum Ehrenamtliche für den ambulanten Hospizdienst zu gewinnen. Diese sind enorm wichtig für die Abdeckung aller Aufgaben.

Der Bedarf an Sterbe- und Trauerbegleitung wird immer höher und gerade, weil der Wunsch von Sterbenden immer öfters geäußert wird, im häuslichen Umfeld zu sterben, wächst auch der Bedarf an ambulanter Versorgung und Begleitung. Unter den jetzigen Vorraussetzung wird eine ansteigende Nachfrage nur ungenügend beantwortet werden können.

7. Ausblick

Diese Arbeit hat sich mit den Chancen und Grenzen ambulanter Hospizarbeit beschäftigt. Zusammenfassend kann man sagen, dass es tatsächlich Potential im Bereich der gesellschaftlichen Entwicklung gibt. Zunehmend rückt das Thema Sterben, Tod und Trauer wieder in das Bewusstsein der Menschen. So können schon die kleinsten Dinge für große Veränderungen sorgen. Hier sei das Beispiel der Flyer Gestaltung vom ELISA Hospizdienst als eine gute Lösungsstrategie genannt: Allein der Tausch des Wortes „Sterbebegleitung durch „Lebensbegleitung“ kann entscheidend in der Wahrnehmung und der Zukunft des ambulanten Hospizdienstes sein. Der Hospizdienst begleitet die sterbenden Menschen und ihre Angehörigen auf den letzten Schritten des Lebensweges und steht ihnen unterstützen zur Seite. Durch Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von Workshops, Filmen, Internetseiten usw. wird versucht auf das Thema Tod Aufmerksam zu machen und animiert sich damit auseinanderzusetzen. So sollen Ehrenamtliche für die Arbeit in einem

ambulanten Hospizdienst gewonnen werden, welche unabdingbar für diese Arbeit sind. Allerdings stößt die Hospizarbeit auch an Grenzen und dies vor allem im finanziellen Bereich. Zum Schluss sollte noch einmal erwähnt werden, dass ambulante Hospizarbeit keine Ärzte oder Krankenschwestern, Psychologen usw. ersetzt. Es bedarf weiterhin professionelles Fachpersonal zur Pflege, Therapie und medizinischen Betreuung. Allein diese Aspekte übersteigen ehrenamtliches Handeln und setzen dem ambulanten Hospizdienst eine Grenze.

Quellenverzeichnis

Literatur:

Albrecht, Elisabeth, Orth, Christel, Schmidt, Heida: „Hospizpraxis. Ein Leitfaden für Menschen, die Sterbenden helfen wollen.“ 4. Auflage. Verlag Herder. 1995. Freiburg im Breisgau.

Boeglin, Martha: „Wissenschaftlich arbeiten Schritt für Schritt. Gelassen und effektiv studieren“. Wilhelm Fink Verlag. 2007. München

Deutscher Kinderhospizverein e.V.(Hg.).“Kinderhospizarbeit. Begleitung auf dem Lebensweg. Beiträge der 1. Deutschen Kinderhospiztage 2005.“der hospiz verlag. 2006. Wuppertal.

Drolshagen, Christoph (Hg.). Lexikon Hospiz. Gütersloher Verlagshaus GmbH. 2003. Gütersloh.

Duden: „Die schriftliche Arbeit“. Dudenverlag. 2011. Mannheim, Zürich

Lammer, Kerstin: „Den Tod Begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung.“ 4. Auflage. Neukirchener Verlag. 2006

Nomos Gesetze: Gesetze für die Soziale Arbeit. Nomos Verlagsgesellschaft. 2011. Baden-Baden

Specht-Tomann, Monika; Tropper, Doris : „Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung“. 6. Auflage. Patmos Verlag GmbH & Co. KG. 2007. Düsseldorf.

Student, Johann-Christoph; Mühlum, Albert; Student, Ute: „ Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care“. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag. 2004. München

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

Wohlrab-Sahr, Monika; Przyborski, Aglaja: „Qualitative Sozialforschung. Ein Praxishandbuch“. 2. Auflage. Oldenborger Wissenschaftsverlag GmbH. 2009. München

Zeitschriften:

GEOWissen, Den Menschen verstehen: „Vom guten Umgang mit dem Tod“. Heft 51.2013

Deutsches Ärzteblatt, Themen der Zeit: „Ambulanter Hospizdienst: Lass mich doch zu Hause sterben“. 40/105 vom 03.10.2008. S. 2086

Alverde:+ a tempo, neu entdecken die Initiative des Monats: „Der Tod – mitten im Leben“. Juli 2013. S. 72 f

Internet:

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V.:
<http://www.dhpfv.de/index.html>. eingesehen am 11.06.2013

ELISA ökumenischer Hospizdienst für Zwickau und Umgebung:
<http://hospiz-zwickau.de/>. Eingesehen am 06.07.2013

Literaturempfehlungen zur Hinführung zum Thema der Bachelor Arbeit

Student, Johann Christoph: „Sterben, Tod und Trauer. Ein Handbuch für Begleitende“. Herder Verlag. 2004, Freiburg

Silbernagl, Heidi, Strätling-Tölle, Helga: „Den Lebensweg zu Ende gehen: für einen menschlichen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer“. Deutscher Taschenbuch- Verlag. 1995. München

Heimerl, Katharina, Heller, Andreas: „ Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen“. Lambertus-Verlag. 2001. Freiburg im Breisgau

Saunders, Cicely: „Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospiz-Idee steht“. Herder Verlag. 1999. Freiburg im Breisgau

Brathuhn, Sylvia: „Lernen mit dem Tod zu leben. Menschenwürdiges Sterben- Möglichkeit der Sterbebegleitung- Hospizbewegung“. Der Andere Verlag. 1999. Osnabrück

Schubert, Sabine: „Sterbebegleitung: Eine Herausforderung für die Arbeit mit sterbenden“. VDM Verlag Müller. 2009. Saarbrücken

Rest, Franco: „Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbebegleit: Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich“. Kohlhammer. 2006. Stuttgart

Heller, Andreas: „Kultur des Sterbens: Bedingungen für das Lebensende gestalten“. Lambertus-Verlag. 2000. Freiburg im Breisgau

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: „Hospize und Sterben in der modernen Gesellschaft. Eine Problemskizze. 1997 Berlin

Anhang:

SGB V Gesetzliche Krankenversicherung

§ 39 a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert. Der Zuschuss darf kalendertäglich 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie

2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den

Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen. *(Quelle: Nomos Gesetze: Gesetze für die Soziale Arbeit. Nomos Verlagsgesellschaft. 2011. Baden-Baden)*

Die Transkription erfolgte in Anlehnung an die Vorgaben, welche im Arbeitsbuch Qualitative Sozialforschung von von Wohlraab-Sahr und Przyborski angegeben sind und im Zusammenhang an den Anmerkungen vom Vorlesungsskript von Babara Wörndl. Um Irritationen zu vermeiden und zur Erleichterung des Lesens, werden im Folgenden die hier verwendeten Transkriptionsregel dargestellt:

Transkriptionsregeln:

Zeichen	Bedeutung
.	kurze Pause
..	längere Pause
...	sehr lange Pausen
a.	Stimme am Ende nach unten
a°	Stimme am Ende nach oben
a:	Dehnung (Bsp.: Jaaa)
da-	Wortabbruch
die=die	Stottern, Wiederholen
,aaa'	Zitate
(...)	Auslassung
(Ereignis)	nichtsprachliche Handlung z.B. (zeigt auf ein Bild)
(lachend)	Begleiterscheinung des Sprechens (steht jeweils vor der Textstelle)
[]	unverständlich
[so schrecklich?]	nicht genau verständlich, vermuteter Wortlaut

Bachelorarbeit

Transkription Experteninterview vom 10.07. 2013 10:00 Uhr mit Frau X

Dauer: 00:35:42 min

Interviewer: Anke Zahlaus (I)

- 1 I: Ah jetzt ... So . also als erstes hätte ich . eine Frage°. zum Einstieg. Wie
2 würden sie ihre Arbeit beschreiben°
- 3 Frau X: Also . ich bin jetzt seit 2000 ähm 6 hausamtlich hier angestellt°
- 4 I: mhm
- 5 Frau X: Bin von Beruf Krankenschwester hab da auch einige Jahre
6 gearbeitet° als sehr vielseitig würde ich es beschreiben. Ähm ist ein ganz
7 breites Spektrum äh was Hospizarbeit . beinhaltet° Äh Angefangen also
8 der Hauptschwerpunkt ist ja in der Begleitung der Familien der
9 Betroffenen in der Häuslichkeit. Um dann einfach ein Stück die
10 Angehörigen zu entlasten° wenn jemand sehr schwer erkrankt ist für die
11 Angehörigen Ansprechpartner zu sein. In der Schweren Zeit die die oft
12 durchleben° des Abschied Nehmens bis hin auch die Zwischenzeit
13 zwischen dem Tod und der Beerdigung. Im Nachgang ist auch ein großer
14 Teil unserer Arbeit die Trauer . Arbeit° wir haben also eine
15 Trauerbegleiterausbildung mehrere Angestellte von uns. wo wir
16 Einzelbegleitung anbieten oder dann auch im Trauerkare als offenes
17 Angebot für trauernde Angehörige. Ist ne ganz vielseitige Arbeit° also der
18 eine . Schwerpunkt ist äh die Begleitung der Betroffenen Selber° sehr
19 viel Angehörigenarbeit äh wir werden viel angefragt von Pflegeheimen°
20 das gilt auch als Häuslichkeit°
- 21 I: mhm

22 Frau X: äh um da auch ein Stück da zu sein° zur Entlastung des
23 Personals und der Angehörigen. Vor allen Dingen° Das ist ein großer Teil
24 unserer Arbeit. Also Häuslichkeit Pflegeheim. Wir sind viel in den
25 Krankenhäusern° unserer Region. Vor allem auf der Palliativstation. Dort
26 sind wir als externer Dienst einmal in die Woche bei den Teamberatungen
27 dabei° Wo es darum geht . was brauchen die Patienten in der
28 Häuslichkeit. Von uns° von . vom Sozialdienst. da is also ne
29 Psychoonkologin dabei und äh ja wo einfach nochmal geguckt wird was
30 brauchen die Angehörigen die Betroffenen selber

31 I: mhm

32 Frau X: um möglichst das Zuhause noch gut zu begleiten.

33 I: mhm

34 Frau X: Ja. Also es ist ein ganz vielseitige Arbeit. Bildungsarbeit das ist ein
35 Teil unserer . ähm ja unsrer Arbeit° Wir sind also viel in Schuln. Äh um
36 auch ein Stück unsere Arbeit vorzustellen um auch den Gedanken Tod
37 und Sterben wieder mehr in die Gesellschaft zu bringen° äh ob jetzt
38 Realschule oder auch Gymnasium ist also neunte zehnte Klasse auch im
39 Lehrplan direkt mit vorgesehen°

40 I: mhm

41 Frau X: Da sind wir oft auch bei FSJlern. und in Vorbereitung verschiedene
42 Schulen also die Pflegeberufe ausbilden. Da sind wir relativ viel.
43 Manchmal auch in Kindergärten° wenn jetzt ein Kind verstorben ist oder
44 ne Mutti oder en Vati von nem Kind. wo einfach noch mal geguckt wird
45 welche Rituale also Kindergärtner Lehrer die fragen uns da auch öfters an
46 was können wir jetzt machen . wir können jetzt nicht . einfach in den Alltag
47 übergehen. Wir brauchen einfach was für uns selber.

48 I: mhm

49 Frau X: Ja: wir bilden auch die Ehrenamtlichen selber aus. Das wird auch
50 von der Krankenkasse so gefordert. 160 Stunden müssen die also
51 praktisch . ähm im Stück sich auseinander setzen mit dem Thema Tod
52 sterben vor allm auch mit ihrer eigenen° Lebensgeschichte was sie

53 mitbringen wo man einfach mal gucken muss äh der Kurs dient dazu das
54 die Ehrenamtlichen sich en Stück selber auch besser kennenlernen° und
55 gucken . kann ich in ner Familie Wertfrei mich in äh fremde Menschen
56 einfühlen was brauch ich dazu auch en Stückchen . ne vom Hospiz von
57 uns. Und da . gibt's also erst den Grundkurs° der Beginnt damit das wir
58 ins stationäres Hospiz fahren° äh gemeinsam. Dort beginnt der Kurs° Und
59 dann sind das jeweils 4 Kurswochenenden° Von Freitag 17:00 bis 21:00
60 Uhr und von Sonnabend von 09:00 bis . 15:00 Uhr° wo es darum geht .
61 en Stück Grundmedizinische Kenntnisse . ähm ja auch Seelsorgerliche
62 Grundkenntnisse en Stück° is ja en Ökumenischer Dienst. Haben auch
63 viele Ehrenamtliche die jetzt Konfessionell überhaupt nicht gebunden
64 sind. Ja einfach um zu gucken. Und der Vertiefungskurs ist dann äh das
65 sind auch nochmal 4 Wochenenden° . Da geht's um die Them- um die
66 Themen Vergebung . Beichte Schuld und vor allem Trauer. und nach
67 Abschluss dieses Kurses fahren wir gemeinsam äh zu einer zu einem
68 Wochenende weg mit einem externen Supervisor. Wo es dann direkt
69 nochmal thematisch um das Thema Trauer geht. Eigene Trauer
70 Bewältigung . und das läuft jetzt wir sind . wir fangen jetzt den Elften Kurs
71 an öh wir hatten vorheries Jahr Zehn also bestehen jetzt Elf Jahre° und
72 haben damit gute Erfahrungen gemacht. Mit diesem Kursablauf so.

73 I: mhm. Okay danke. [Zungenschnalzen] . Sie haben ja schon einiges
74 Beantwortet das ist ganz viel aber ich möchte noch mal drau- nochmal
75 fragen welchen Stellenwert hat die Trauerarbeit innerhalb der Arbeit des
76 Hospiz.

77 Frau X: Ja. En sehr großen. muss ich sagen. sehr großer Stellenwert° äh
78 wir haben sehr viele Anfragen ganz unterschiedlicher Art. Ähm dabei .
79 geht das Spektrum sagen wir Mal äh Trauernde nach ähm bei
80 Fehlgeburten zum Beispiel also Trauer is ja bei Tod vielleicht die größten
81 Emotionen aber Trauer ist ja auch . wenn der Arbeitsplatz verloren geht
82 ne wenn ne Trennung ne Beziehung auseinander geht aber bei uns
83 kommt natürlich durch das Wort Hospiz äh vor allem ähm Trauer wenn
84 jemand verstorben ist. Wenn en Kind verstorben ist nach Suiziden äh sehr
85 erschwerter Trauerverlauf oft auch bei Kindern. vor allem bei plötzlichen .
86 ähm Dingen bei Unfällen . werden wir auch auf die IVS geholt manchmal

87 Intensivstation wo die Ärzte uns anfordern um Abschied zu nehmen um
88 mit das zu Begleiten für Angehörige vor allem° ähm um Rituale zu finden
89 das die Angehörigen auch in einer guten Weise Abschied nehmen können
90 loslassen können.

91 I: mhm

92 Frau X: Ja. also Trauerarbeit ist ein großer ähm Arbeitsbereich. und das ist
93 auch ein Arbeitsbereich der überhaupt nicht gefördert wird. also da gibt
94 auch kein keinerlei finanzieller ähm Zuschüsse° äh wie finanzieren uns ja
95 über die Krankenkassen in Sachsen° über die angeschlossenen
96 Begleitungen° das muss auch alles gut offen gelegt werden aber für
97 Trauerarbeit das ist ein großer Teil da gibt es kein Geld also das ist
98 einfach was was ein Hospizdienst mit anbietet. . . .

99 I: ich muss nur mal fix noch Stichpunkte mitschreiben.

100 Frau X: Ja okay.

101 I: Mhmm . . Sie haben jetzt ganz viel erzählt von Trauerarbeit

102 Frau X: mhm

103 I: und was die Kernpunkte sind und so. welche typischen Konflikte und
104 Probleme treten eigentlich in der Arbeit mit . ich sag jetzt mal Betroffenen
105 und den Angehörigen auf. Was denken sie.

106 Frau X: also eigen . was wir immer wieder spüren ist das sehr viel Fam-
107 Familiengeschichte . auf einmal ganz aktuell . wird ne° also wir erleben .
108 durch diese demografische Entwicklung erst mal das alte Eltern oder
109 ältere Menschen oft alleine sind° mit ihrer Situation. Wenn sie denn
110 Kinder haben oder Familie haben die oft weit weg wohnt° so das immer
111 die Frage steht was wird jetzt. Also das ist so die Frage wer kümmert sich
112 jetzt um mich. Äh die Angehörigen die auch ein schlechtes Gewissen
113 haben ne° wenn ihre äh betagten Eltern sie dann doch in eine
114 Pflegeeinrichtung geben müssen das sind so die Schuldproblematik° dann
115 kommt ganz oft also auch wirklich . ja:. das viel Streit oder öfters passiert
116 das bei uns zu mindestens das viel Famil- Familien doch sehr zerstritten
117 sind das Kinder kein Kontakt mehr da ist wo so der Wunsch ist ja vielleicht

118 jetzt durch die Situation äh Lebensbilanz zu ziehen das man sagen kann
119 vielleicht kommt ja noch Versöhnung zustande° Das sind so oft Themen
120 die schon sehr Vordergründig da sind. Ja. . und das eben wirklich äh eine
121 Ärztin hat das sehr gut . für mich auf den Punkt bekommen das so vor
122 zwanzig dreißig Jahren schon im Krankenhaus auch das erleben wir auch
123 bei den Teamberatungen ist immer so die Frage war ja wie geht's könnte
124 es denn Zuhause gehen° das wir unsere Eltern pflegen. Und wo wir jetzt
125 doch mehr die Tendenz verspüren also bei uns Zuhause auf keinen Fall.
126 Ne° also das die Bereitschaft äh auch Beruflich vielleicht Nachteile auch
127 mal eine Auszeit zu nehmen und die äh und sich um die Kranken zu
128 kümmern oft nicht so dar ist.

129 I: mhm

130 Frau X: Auch wenn es finanziell vielleicht gehen würde. Also da ist einfach
131 schon ein Wandel da. Ne° das viele . sch- denken ja es gibt ja die
132 Einrichtung und . ja:

133 I: mhm die macht alles

134 Frau X: Das ist schon . die Bereitschaft also wir sind ja auch . vorwiegend
135 auch eigentlich für die Häuslichkeit da° und spüren aber schon das
136 Angehörige dann wenn's denn sie nach Hause nehmen es gibt ja auch
137 diese Brückenteam es gibt ja sehr viele Entlastungsmöglichkeiten auch im
138 Pflegedienst und das wir Ehrenamtliche mit einsetzen. die dann für die
139 Angehörigen einfach Punktuell noch mit da sind das sie auch mal eine
140 Auszeit haben von der pflege aber das ist oft schwer händelbar und wir
141 entdecken auch einen Unterschied zwischen Stadt und Land. Wir sind ja
142 zuständig für den Altkreis Zwickau Stadt und Land.

143 I: mhm

144 Frau X: und das wir doch schon spüren das in den ländlichen in den
145 Dörfern so diese Nachbarschaftshilfe noch greift . das da doch noch eher
146 soziale Kontakte da sind. Wo wir hier in der Stadt auch Werdau oder auch
147 Crimmitschau oder so doch mehr spüren äh ja das viele Leute wirklich
148 ganz alleine sind mit diesen Problemen. Ja.

149 I: Mhm. Wie müsste ihrer Meinung nach ideale Trauerarbeit oder
150 Sterbebegleitung wie auch immer aussehen.

151 Frau X: Ja. Also ich glaube es gibt kein Konzept. so unterschiedlich wie
152 Menschen sind so unterschiedlich sind sicher die Bedürfnisse die auch
153 sterbende haben. Äh ich erlebe Sterbende . die . wirklich ganz sehr sich
154 wünschen das Angehörige immer bei ihnen sind° Möglichst und wo das
155 auch versucht wird zu . realisieren das haben wir ja auch solche Familie
156 wo das wirklich auch gut funktioniert die nur noch von uns so punktuell
157 mal als Ansprechpartner für Fragen äh uns brauchen. Und dann erleben
158 ich aber auch Sterbende die erst gehen können wenn wirklich die
159 Angehörigen nicht rund um die Uhr am Bett sitzen auch gerade bei
160 jüngeren Leuten wir hatten jetzt im letzten Viertel Jahr sehr viele Familien
161 wo also Kinder zurückgeblieben sind wo eine Mutti verstorben ist. auch
162 Alleinerziehende Mutti wo wirklich dann auch das Kind schlecht
163 vorbereitet war. gar nicht vorbereitet war das die Mutti sterben wird äh
164 und die konnte wirklich auch erst gehen wo niemand mehr da war. also
165 ne° also manchen brauchen auch den Abstand von ihren Angehörigen um
166 gehen zu können also ich glaub es gibt nicht das Konzept° äh für uns als
167 Hospizdienst wärs immer wichtig und wir ermutigen da auch die Familien
168 dazu ze=zeitig miteinander darüber zu sprechen was wird wenn ich
169 sterben muss was wünschst du dir von deinen Angehörigen was brauch
170 ich selber also wenn diese Kommunikation gelingt° kann das eine sehr
171 kostbare Zeit sein diese begrenzte Lebenszeit.

172 I: mhm

173 Frau X: und das erleben wir oft das es relativ viele
174 Verdrängungsmechanismen äh einsetzen das viele Familien sch=schwer
175 miteinander drüber reden können und da sind wir manchmal so
176 Stückchen mit da ne° das wir eien Stück dabei sind oder auch gebeten
177 werden äh da dabei zu sein

178 I: mhm°

179 Frau X: Ja also auch vorbereitend zu sagen ich würde mir wünschen. das
180 so und so wird oder ich möchte dort und dort beerdigt werden. Also auch
181 solche Äußeren Dinge zu klären oder auch bei jüngeren Leuten . äh

182 machen wir auch immer Mut wenn das dann denjenigen mit ähm auch zu
183 denen passt vielleicht noch en Brief zu schreiben für die Kinder ne° und
184 oder für den Partner. das also Dinge noch mal benannte werden ja
185 hinterlassen werden als Vermächtnissen

186 I: Mhm

187 ja, wenn das gut gelingt ja kann auch diese schwere letzte Zeit oft noch
188 eine sehr intensive Zeit sein . für die Familien.

189 I: Mhm. Okay und nun zur vorletzten Frage nochmal was mit wichtig wäre,
190 wo stößt ihre Arbeit an Grenzen.

191 Frau X Mhm . also unsere Arbeit stößt . dann auf an Grenzen also die
192 Erwartungen müssen immer am Anfang denke ich gut ähm .
193 abgesprochen werden. Wir stellen unseren Dienst vor° und fragen dann
194 auch immer ob in der Trauer oder auch bei Begleitung ähm was
195 wünschen sie sich was brauchen sie° von uns° Also auch so nach dem
196 Motto wie Jesus zu den Emmaus-Jüngern gesagt hat was willst du das
197 ich dir tue. Also wir brauchen klare Absprachen oder ein klares ja schon .
198 ja en Auftrag von den Angehörigen oder auch von den Sterbenden äh weil
199 die Selbstbestimmung sehr wichtig ist. auch für sterbende ne° das sie
200 wirklich sagen dürfen das möchte ich und das möchte ich auf keinen Fall.
201 Und . wenn das gut abgesprochen ist. wobei können wir ihnen behilflich
202 sein was glauben sie was könnte ihre Situation jetzt erleichtern ne° oder
203 um auch so an diese Ressourcen anzuknüpfen haben sie schon einmal
204 so etwas erlebt en Sterbefall was hat ihnen damals geholfen na unter
205 Trauerarbeit. Was war damals Hilfreich für sie . also das auch
206 Abzufragen° äh das finden wir . sehr wichtig° und es stößt dann an
207 Grenzen wenn diese Erwartungen natürlich äh manche Angehörigen
208 sagen `ach wir haben gedacht sie sind jetzt rund um die Uhr bei meiner
209 Mutti' ne° und das vielleicht noch über Wochen wo wir sagen das können
210 wir definitiv nicht Leisten° Wir arbeiten praktisch mit Ehrenamtlichen die
211 Zeit verschenken° die in unseren Bereich hier wir haben also über 70
212 Ehrenamtliche oft sehr beruflich eingespannt sind die das also noch in
213 ihrer Freizeit machen. wir bräuchten oder wir würden uns wünschen ähm
214 Leute die äh eine Aufgabe finden meinetwegen in den Vorruhestand sind

215 oder arbeitslos und dann eine Aufgabe suchen° und das auch für sie wo
216 sie sagen das würde ich jetzt gerne machen° und spüren aber dann doch
217 . ja . das . ja . das die Leute sich das dann oft auch nicht zutrauen also es
218 braucht einfach ein Stück wir brauchen Leute die Zeit haben und gucken
219 dann immer bei Kursbeginn° und aber die Lebensverän- ähm Situation
220 verändern sich und dann wird auch von den Ehrenamtlichen mal jemand
221 krank oder jemand braucht eine Auszeit wegen Pflege eigener Eltern ne°
222 also das ändert sich ja ständig. und das ist manchmal für uns nicht
223 einfach das zu Koordinieren. Ne° wir machen praktisch den Erstbesuch
224 wenn wir Angesprochen werden und schauen dann einfach wer braucht
225 jetzt was von wem. und wer° von den Ehrenamtlichen wohnt in der Nähe°
226 wer hat die zeitlichen Kapazitäten und wer passt auch in die Situation.

227 I: mhm

228 Frau X: man kann also nicht jeden öhm der [räuspert sich] das möchte in
229 eine Familie mit zwei Kindern wo es um Abschiednahme geht um
230 Vorbereitung äh da brauch- da kann man nicht jeden also wir müssen
231 immer gucken wer passt in die Situation.

232 I: mhm

233 Frau X: Ja.

234 I: mhm die Frage wird ihnen vielleicht ein bisschen komisch vorkommen.

235 Frau X: mhm

236 I: würde mich trotzdem sehr interessieren° Was sagen sie wo müsste
237 Trauerarbeit enden° wo muss sie definitiv enden° Es gibt ja auch diese
238 natürlichen Grenzen° wenn der Betroffene stirbt

239 Frau X: mhm

240 I: dann endet ja diese Begleitung

241 Frau X: Ja

242 I: erst mal und geht aber weiter für die Angehörigen

243 Frau X: mhm

244 I: Was denken sie wo müsste sie dann irgendwann mal enden.

245 Frau X: also in der Trauereinzelnbegleitung können wir das sehr gut
246 absprechen. Ne° also die Leute kommen machen Termine mit uns

247 I: mhm

248 Frau X: und dann . bestimmen ja die Leute en Stück was ist heute in
249 dieser Dreiviertel oder Stunde Thema. ne° und das kann man dann schon
250 gut sagen also was brauchen sie jetzt noch die die Leute sind da recht
251 eingestimmt und sagen jetzt ist es Okay ich hab jetzt den Eindruck ich
252 kann jetzt gut weiter gehen in meinem Leben ich hab eine Idee wie es
253 weitergehen könnte° äh da ist es recht gut für meine Begriffe auch
254 abzuschließen° auch für uns selber die wir die Gespräche führen° Im
255 Trauerkaffee was ein offenes Angebot ist äh empfinde ich das schon
256 schwieriger° Wir haben also Trauernde die dort über eine längeren
257 Zeitpunkt über einen längeren Zeitraum kommen. die auch glauben das
258 sie das noch brauchen° das Trauerkaffee läuft also so ab das äh jemand
259 von uns Hauptamtlichen thematischen Input da gibt° und das aber viel
260 Raum sein soll auszusprechen was die Trauernden bewegt. Auch wenn's
261 schon Jahre her ist. So. da haben wir natürlich Leute die sozial sehr
262 einsam Leben° wo das Trauerkaffee ganz äh das ist alle 14 Tage°
263 Mittwochnachmittag ein ganz zentraler Lebensmittelpunkt ist. Und wir
264 haben jetzt ähm seit einigen Jahren eine Sommerpause das wir also 2
265 Monate aussetzen° Und dann die Trauernden bitten zu überlegen
266 brauchen sie das jetzt noch. Ist das für sie noch ganz wichtig° oder ne°
267 wir haben da auch Freizeitaktivitäten wir organisieren Ausfahrten geh
268 doch mal ins Kabarett also einfach so ein Stück Angebot wieder zurück
269 ins Leben zu finden und auch andere Kennenzulernen denen es ähnlich
270 geht das ist ja wird ja immer anders empfunden. Ja: Also ich persönlich
271 empfinde schon wer jetzt seelisch gesund ist° Trauer ist keine Krankheit
272 kann aber krank machen

273 I: mhm

274 Frau X: wenn es nicht gut verarbeitet wird. Äh . die Leute brauchen am
275 Anfang das ist so unsere Erfahrung 3 4 5 Gespräche je nach dem und
276 dann können die das gut- können wir uns gut verabschieden . auch

277 voneinander. ne° Wir haben dann . gerade bei Verlust von Kindern° wo
278 die Begleitung auch länger geht vielleicht auch da die Geschwisterkinder.
279 und die Mutti oder der Vati ist es dann auch so das wir das richtig
280 beenden und dann das die vielleicht einmal im Jahr kurz vorbeikommen
281 oder uns mal Weihnachten schreiben. das ist Okay. ne° das find ich
282 wichtig aber das es keine Endlosschleife wird ne°

283 I: mhm

284 Frau X: also es wird dann gefährlich denk ich oder nicht gut für die
285 Trauernden wenn sie sich in ihrer Trauer einrichten . ne° also wenn jetzt
286 keine Entwicklungsschritte das kann unterschiedlich lang dauern und da
287 gibt's kein . da kein Zeitschema ne° das ist jeder empfindet das anders
288 aber das ist also für mich ist das ganz wichtig das die Leute wieder ein
289 Stück zurückfinden das ist ja auch das Ziel.

290 I: mhm

291 Frau X: ne° ganzes .

292 I: mhm

293 Frau X: ja:

294 I: ehm was denken sie wo wird die ar- oder wo ihre Arbeit oder in der Arbeit
295 eines Hospizdienstes Steine in den Weg gelegt.

296 Frau X: . . Wo wird Steine in den Weg gelegt. Ja sag wir mal erst mal von
297 den finanziellen an

298 I: mhm

299 Frau X: ausgeht ist schon eine sehr schwierige Situation weil ja auch die
300 Förderung jedes Jahr . unsicher ist ne° was der Landkreis bezuschusst
301 oder auch äh es gibt ja. wie viel Begleitungen anerkannt werden ne° von
302 den Krankenkassen . und wir sind ja hier in der relativ guten Lage das wir
303 ja eine dreier Trägerschaft haben. was es sehr selten gibt die meisten
304 Hospizdienste sind an einer Organisation mit dran oder sind ein
305 Hospizverein. Und das ist für uns . nochmal . ja: denk ich mir relativ gute
306 Situation das diese drei Träger das wirklich wollten damals°

307 I: mhm

308 Frau X: und das wir in dem Kuratorium auch Absprechen können welche
309 Schwerpunktpunkte sollen wir auch jetzt in unsere Arbeit setzen. Was
310 haben wir für Ideen was dürfen wir auch ein Stückchen umsetzen ne° also
311 das ist aber jedes Jahr wieder. ne sehr spannende Sache wie lässt sich
312 das finanzieren° wir haben also hier bei uns in Zwickau 2,1 Planstellen

313 I: mhm

314 Frau X: und haben ein Gebiet haben wir dazu gehören drei
315 Krankenhäuser ich weiß nicht wie viel Pflegeheime [lacht] müsst wir mal
316 durchzählen° ist also ein riesen Gebiet und das ist nur punktuell natürlich
317 zu schaffen.

318 I: mhm

319 Frau X: ne also das ist äh schon . nicht einfach. das abzudecken. Also wir
320 könnten der Bedarf ist sehr da° auch immer mehr da° und ist aber auch
321 von uns nur . ja punktuell leistbar

322 I: mhm

323 Frau X: ne° wie haben also . das so aufgeteilt strukturell das wir- wir haben
324 ja auch eine 24 Stunden Rufbereitschaft° und wir haben aber in Zwickau
325 dieses Palliativ dieses spez- SAPV-Team ne°

326 I: mhm

327 Frau X: spezialisierte ambulante Palliativversorgung. die ja ganz nah am
328 Patienten dran ist. mit denen wir auch eine sehr sehr gute
329 Zusammenarbeit haben. und . Ja wir haben immer eine Woche
330 Rufbereitschaft. Jeder von uns. und in dieser Woche kann man sich dann
331 auch praktisch privat nicht viel anderes Vorhaben. weil das da muss
332 man sich einfach drauf einrichten. wir bräuchten also viel mehr .
333 hauptamtlich Angestellte um . das was wir so uns vorstellen auch
334 umzusetzen. und das geht natürlich nicht ne° es wird eine
335 Ehrenamtsbewegung bleiben und ist nur Leistbar übers Ehrenamt. Also
336 wir sind praktisch punktuell da. Das zu koordinieren zu organisieren

337 I: mhm

338 Frau X: und auch Netzwerkarbeit in ganz Stück äh mit . mit anderen
339 gerade mit dem Land äh zum Jugendamt arbeiten wir viel zusammen mit
340 der sächsischen Krebsgesellschaft . und mit verschiedenen
341 Selbsthilfegruppen hier in Zwickau . wo wir auch dann merken dorthin
342 können jetzt die Leute auch weitervermitteln also Netzwerkarbeit auch ein
343 großer Teil unserer Arbeit auch hier im Haus haben wir ja die glückliche
344 Lage. das wir dann wirklich auch zur Schuldnerberatung ne°
345 Schwangerschaftskonfliktberatung und Suchtberatung also das wir ja
346 kurze Wege haben wir haben auch hier im Haus eine eigene allgemeine
347 soziale Beratungsstelle wo das einfach gut ist ne° da kann man dann den
348 Leuten auch schnell weiterhelfen. Ja . aber das finanzielle denke ich ist
349 wie überall schon en dreh und Angelpunkt dann zu sagen . gut dann
350 können wir das und das eben auch nicht leisten ne°

351 I: mhm Was denken sie wo gesellschaftlich ihnen Steine in den Weg gelegt
352 werden.

353 Frau X: In den Strukturen denke ich einfach.

354 I: mhm

355 Frau X: in den Sturkturen . äh wir erleben . das also das medizinische
356 Personal sehr am Burnout entlang schrammt ne° die Situation in
357 Pflegeheimen auch in Krankenhäusern. Empfinden wir schon . als sehr
358 bedenkens . würdig und veränderungsbedürftig. es müsste noch viel mehr
359 Personal da sein. Weil die Heime und auch die Krankenhäuser sind schon
360 auf Reserve äh äh ja die möchten gerne eine gute Sterbekultur und
361 Sterbebegleitung in den Heimen auch schon in äh integrieren° und da
362 gibt's auch Gruppen wir haben also auch ähm Ehrenamtliche die dann
363 das wieder multiplizieren in ihren Einrichtung die bei uns die Kurse
364 mitmachen und dann eigene ähm Gruppen in ihren Heimen auf ähm ja
365 praktisch auch Anleiten aber die sind so: an ihrem eigenen Limit und
366 wenn ich jetzt einen acht neun Studentag hinter mir habe ist einfach die
367 Kraft auch nicht da noch Sterbebegleitung im eigenen Heim .äh praktisch
368 durchzuführen und das geht auch eigentlich nicht die brauchen dann für
369 ihre eigenen Seelenhygiene eigentlich etwas ganz anderes.

370 I: mhm

371 Frau X: Ne° also das ist ein großes Problem diese Personalnot.

372 I: mhm

373 Frau X: empfinden wir sehr schwierig es gibt ja diese Alltagsbegleitung
374 auch in Pflegeheimen.

375 I: mhm

376 Frau X: Die sich da schon . gut um die Leute mit kümmern aber
377 Sterbebegleitung auch die . machen meist nur en kurzen Kurs° diese
378 Alltagsbegleiter das . ja. muss man sich schon selber auch gut
379 auseinandersetzen damit es einem selber gut geht und diese Distanz
380 Nähe das gut für sich selber . hinbekommt. ja:

381 I: Ähm und wenn man es aus der politischen Sicht sieht° Was denken sie
382 da° . wo es gibt's Steine Stolpersteine°

383 Frau X: Ich denke eher an der Lobby der Pflegeberufe.

384 I: mhm

385 Frau X: die müsste en größeren Wert bekommen. die Anerkennung was
386 da geleistet wird . in Heimen in Krankenhäusern auch im Dementbereich
387 vor allem

388 I: mhm

389 Frau X: ähm das die Pflege ne andere Lobby bekommt. auch in den
390 Medien wird ja oft dann nur berichtet äh was da alles die Missstände
391 aufgedeckt aber was gut läuft. also wir erleben das dann oft das uns
392 Schwestern sagen ‚wir haben unseren beruf‘ gerade ältere Schwestern
393 ‚so gerne mit Herzblut gemacht aber jetzt diese Dokumentationen [die
394 verschweigen] mehr wie das was wir tun an den Patienten‘ und das ist .
395 für viele ist das nicht mehr stimmig und die brennen aus und sind
396 frustriert° und das ist einfach traurig zu erleben wie viele Schwester die
397 auch wirklich hoch motiviert in ihren Beruf gehen oder viele Erfahrungen
398 mitbringen da auch wirklich . durch diesen Leistungsdruck und diesen

399 Zeitdruck . ja. die Freude en Stück verlieren. an ihre Berufen. Und ja
400 einfach die Motivation dann ja: auch nicht mehr da ist irgendwann ne°
401 wenn jemand so an seinem Limit ist. Ich glaube da müsste es neue
402 Modelle auch geben gerade auch für ältere Leute. Ne° also so meinet
403 wegen Wohn-WGs ne° oder Mehrgenerationshäuser oder einfach andere
404 Modelle äh ich kann mir nicht vorstellen das das Pflegeheim wie es jetzt
405 existiert° so im Ansatz° wo eben dreißig fünfunddreißig . Bewohner in
406 einem Bereich sind und . in der Nacht oder im Spätdienst eine Schwester
407 und eine Hilfskraft ich glaub das ist einfach nicht zu Leisten. Und viele
408 bekommen ja auch nicht [unverständlich] sind die Angehörigen nicht vor
409 Ort wenig Besuch und das ist ähm zwischen dem Anspruch den=den das
410 Personal hat ihre Patienten gut zu versorgen ihre Bewohner und dem was
411 wirklich nur machbar ist. Ist ein riesen äh riesen Differenz und das ist
412 glaube ich sehr schwierig auszuhalten für das Personal auch.

413 I: mhm

414 Frau X: auch in der häuslichen Pflege ist das ähnlich das zieht sich ja
415 durch alle medizinischen Bereiche. Denke ich ne°

416 I: mhm häufig heißt es ja das das Thema sterben in der Gesellschaft ein
417 Tab=Tabuthema ist. Würden sie dem zustimmen°

418 Frau X: . Ja. Also ja und nein. Also ich glaub es hat sich viel geändert° in
419 den letzten Jahren° Es ist bewusster geworden wieder° äh Wir erleben
420 das auch es war ja auch die Thema de=de= die Woche des Lebens ne°
421 vorheriges Jahr im November wodurch in den Medien sehr viel Filme
422 dazu kommen äh wir erleben aber schon das gerade Kinder und
423 Jugendliche nach wie vor ferngehalten werden von den sterbenden
424 Großeltern . und kaum . äh Kontakt haben zu jemanden der Krank ist und
425 auch Angst haben ins Krankenhaus zu gehen oder mit ins Pflegeheim zu
426 fahren oder sich mit zu verabschieden ne° und .deshalb find ich ist es
427 sehr wichtig wenn es wirklich vom Kindergarten an über die Jahreszeiten
428 zum Beispiel ne° oder auch in Konfessionellen Kindergärten übers
429 Kirchenjahr ne° es gibt ja da immer auch über die Natur wo man das
430 Kindern gut erklären kann äh wir hatten eine Kindergärtnerin als
431 Ehrenamtliche oder mehrere die dann auch mal einen toten Vogel mit den

432 Kindern Beerdigen. Also einfach das Kindern erklären wieder ins
433 Bewusstsein bringen das die Angschwelle runtergenommen wird. Un:d
434 wir ermutigen auch wirklich Angehörige eher auch schon kleine Kinder zur
435 Verabschiedung mitzunehm:en auch zur Beerdigung mitzu neh:men ne°
436 wenn auch jemand von außen vielleicht sich dann um das Kind kümmert .
437 ne° auch mit dem Kind meinetwegen aus der Halle wenn es nicht
438 aushalten kann. rausgeht ne° einfach da ist für das Kind als
439 Ansprechpartner und ähm ich glaube schon das sich da etwas verändern
440 kann.

441 I: mhm

442 Frau X: gerade über die Schulen das finden wir sehr wichtig äh das das
443 auch in dem Alter gerade in der Pubertät wo ja auch Jugendliche viele
444 Fragen haben die stellen die uns eher wie jemanden aus der Familie oft
445 ne° und wir erleben . das gerade auch in Schulen das viele junge Leute
446 schon viel mit sich tragen an Leiderfahrungen und eigentlich keine
447 Ansprechpartner haben. Wir haben auch viele junge Leute die wirklich
448 hier anrufen . um sich damit auseinanderzusetzen. weil sie auch Zuhause
449 dann niemanden haben den sie fragen können ne°

450 I: mhm

451 Frau X: Ja:

452 I: ähm also könnte man sagen das dieses Tabuthema doch irgendwie ihre
453 Arbeit im weiteren Sinne beeinträchtigen könnte. Oder beeinträchtigt.

454 Frau X: Also der sagen wir vielleicht in dem Punkt das ein Hospizdienst zu
455 kontaktieren immer noch ein großes ein großer Schritt ist.

456 I: mhm

457 Frau X: Also wir merk=merken auch das im Krankenhaus oder in der
458 Häuslichkeit das manche uns sagen ‚sagen sie nischt das sie vom
459 Hospizdienst komm’n‘ . wenn wir dann nachfragen warum ‚na das sind
460 doch die von Tod und Sterben‘ also das ist immer noch in den Köpfen wo
461 wir auch extra auf unseren Flyern drauf geschrieben haben
462 Lebensbegleitung° und nicht Sterbebegleitung. Weil wir sagen Sterben ist

463 Teil des Lebens° und uns geht es darum das gut zu begleiten. Das Leben
464 zu begleiten und auch die Angehörigen zu begleiten die ja . weiter leben.
465 Und . aber das ist immer noch eine Hemmschwelle den Hospizdienst
466 einzuschalten. Weil die Leute das ist gleich Tod und Sterben. Ne°

467 I: mhm

468 Frau X: Also das wird oft noch nicht die- so nach dem Motto ‚ach ist es
469 jetzt schon soweit ne° jetzt kommt schon der Hospizdienst. Gibt’s wohl
470 doch keine Hoffnung mehr’ ne° also das ist in den Köpfen denk ich noch
471 sehr . verankert. Ja:

472 I: (räuspert sich) Ähm mhm könnten sie sich vorstellen wie diese Grenzen
473 die sie schon aufgezählt haben äh überwunden werden können° Also
474 gesellschaftlich oder . ja politisch gesehen

475 Frau X: . . also in dem es wirklich immer wieder Thema sein darf.

476 I: hmmh

477 Frau X: Vom Kindergarten angefangen . über die Schulen auch über
478 Grundschulen bis hin ins hohe Alter ne° also das es wirklich es
479 Gesprächsthema sein darf. In Familien . das dieser natürliche Umgang
480 der ja vielleicht . . vor 50 Jahren noch da war wo die Oma und der Opa
481 aufgebahrt worden ist. Zuhause. Und sich das halbe Dorf verabschiedet
482 hat ne° und wo auch noch ne Trauerkultur vielleicht da ganz anders da
483 war . wie jetzt. . es wieder zurückzuholen ein Stück.

484 I: mhm

485 Frau X: einen normalen Umgang

486 I: mhm

487 Frau X: das würden wir uns wünschen. Und das ist so ein Stückchen wo
488 wir denken äh es bewegt sich schon einiges. Also man merkt das auch
489 bei den Ehrenamtlichen. Das multipliziert sich ja. Ne° also wo mit
490 Menschen einfach durch die Beschäftigung mit dem Thema da auch noch
491 mal ne eigene Einstellung haben zur eigenen Sterblichkeit und darum geht’s
492 eigentlich auch in dem Grundkurs° sich damit auseinanderzusetzen auch

493 mein Leben ist begrenzt. Keiner weiß wie lange er Zeit hat und sich damit
494 auseinanderzusetzen und wenn das gelingt dann wird auch Angst
495 abgebaut. Also so erleben wir mindestens so.

496 I: Und was denken sie wie- sie haben ja vorhin gesagt äh das auch
497 finanziell ein großer Punkt ist wo Steine einem in dieser Arbeit die so
498 wichtig ist ja gelegt werden. Wie könnte man das überwinden°

499 Frau X: Ja: (lacht) das ist eine gute Frage.

500 I: (stimmt in lachen ein)

501 Frau X: Ja wie könnte man das überwinden° es müsste eigentlich- für so
502 viel Sachen ist Geld da: ne° es müsste einfach mehr Geld zur Verfügung
503 gestellt werden. Ne° von politischer Ebene. Und . wir merken das auch
504 also gerade bei . Spenden° äh es ist sicher einfacher für ein Kinderhospiz
505 oder Stationäres Hospiz Spenden zu bekommen wie für einen
506 ambulanten Hospizdienst weil viele Leute können sich nichts darunter
507 vorstellen. ‚Was machen die eigentlich° ne° sitzen den ganzen Tag an
508 Sterbebetten und halten Händchen.‘ und das ist dem wirklich nicht so. Die
509 Arbeit ist sehr vielseitig und Sterbebegleitung ein Teil unserer Arbeit.

510 I: mhm

511 Frau X: Ja: das es mehr ins Bewusstsein kommt der Gesellschaft und ich
512 denke da ist in den letzten Jahren auch schon einiges passiert. Ne° Also
513 das da wirklich äh erstens Leute gibt die da gute Erfahrungen gemacht
514 haben äh ja dann bei einer schweren Situation vielleicht eh:er° wieder den
515 Kontakt aufnehmen. Ich denke es ist schon oder auch durch dieses
516 Brückenteam was wir haben. Die ja in der Häuslichkeit medizinisch die
517 haben ja einen anderen Auftrag wie wir. Wir haben ja äh letzt=letztendlich
518 ein seelsorgerlicher Begleitdienst. ein psychosozialer Begleitdienst wenn
519 man das Wort nehmen möchte wo wir einfach gucken° was brauchen die
520 Leute. Ne° damit es gut geht und auch die Eigenverantwortung den
521 Familie zu geben und zu ermutigen ‚Ihr schafft das. Ihr könnt das. Und
522 ihr macht ganz viel wenn manchmal Angehöriger sagen oh: ich sitz hier
523 am Bett. Ich komm mir so hilflos vor‘ wo wir sagen auch die Wertigkeit sie
524 machen ganz viel. Sie halten Situationen mit aus und das ist ganz viel ne°

525 I: mhm mhm

526 Frau X: und das auch ein Stückweit ins Bewusstsein zu bringen. Äh das da
527 sein einfach dieses da sein mit aus:halten schon ganz viel ist.

528 I: mhm Was denken sie wo gibt es vielleicht auch Grenzen in der
529 Netzwerkarbeit°

530 Frau X: Ja. Grenzen. Also. Ich denke das ist gut abgesteckt. Das wir
531 wissen das ist die Aufgabe des Jugendamtes. Das ist die Aufgabe im
532 Krankenhaus vom Sozialdiens° da brauchen wir jetzt nicht mit ne° und
533 das ist jetzt die Häuslichkeit und das macht der Pflegedienst das macht
534 das Brückendienst und das machen wir. Also empfinde ich recht gut
535 abge- schon definiert. Äh wir erklären immer am Anfang was Hospizarbeit
536 ist. Was wir tun. Was wir leisten können und fragen dann ‚was brauchen
537 sie°‘ und dann schauen wir schon im Gespräch ne° das und das ist für
538 uns Leistbar° sie können uns jederzeit auf dem Handy anrufen ne° das ist
539 gut abgesprochen. Ich empfinde das also gerade hier äh im Zwickauer
540 Bereich sehr wohltuend.

541 I: mhm

542 Frau X: diese Netzwerkarbeit° wir haben auch äh zu den Ämtern oft ein
543 Gesicht. Also wir kennen uns einfach. Ne° also wenn jetzt zum Beispiel in
544 der Krebsgesellschaft eine neue Psychologin anfängt. Wir nehmen
545 Kontakt auf oder Sie nimmt also das wir einfach wissen ‚aha dort kann
546 man äh die Krebsgesellschaft kommt Nachhause im Notfall berät
547 Zuhause ne° Oder wir telefon:ieren wir sind da für einander und ich denke
548 das macht es relativ einfach und gut für die Leute ne° also schneller Mal
549 ein Termin der nötig ist.

550 I: mhm Okay. Gut danke

551 Frau X: Ja

552 I: das waren auch schon meine Fragen.

553 Frau X: ja okay

554 I: Danke das Sie das erzählt haben. Ich hab mich wirklich sehr gefreut und
555 das hilft mir auch wirklich weiter

556 Frau X: Genau das ist schön.

557

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere eidesstattlich durch eigenhändige Unterschrift, dass ich die Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittelfertig habe. Alle Stellen, die wörtlich oder Sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Ich weiß, dass bei Abgabe einer falschen Versicherung die Prüfung als nicht bestanden zu gelten hat.

Datum:

Unterschrift: