

**Palliative Care**  
**Die Soziale Arbeit und ihr professioneller Umgang mit**  
**Betroffenen und deren Angehörigen in**  
**Hospizeinrichtungen**

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts (B.A.)

Hochschule Merseburg  
Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Verfasserin: Aylin Geipel, geboren am 12.08.1999

Matrikel-Nr.: 24878

Studiengang: Soziale Arbeit

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Frederik Poppe

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jörg Meier

Eingereicht am 20. August 2021

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>II</b>
<b>Begriffsklärung.....</b>	<b>III</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>V</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Entwicklung von Palliative Care.....</b>	<b>3</b>
2.1 <i>Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland.....</i>	<i>3</i>
2.2 <i>Sterben und Tod – Das Tabuthema der Moderne? .....</i>	<i>6</i>
2.3 <i>Kennzeichen professioneller Hospizarbeit .....</i>	<i>8</i>
<b>3 Rechtliche Grundlagen der Sterbehilfe .....</b>	<b>10</b>
3.1 <i>Rechtslage in Deutschland.....</i>	<i>10</i>
3.2 <i>Exkurs: Rechtslage in den Niederlanden .....</i>	<i>12</i>
<b>4 Das Sterben als Lebensphase .....</b>	<b>13</b>
4.1 <i>Die Sterbephasen nach Kübler-Ross .....</i>	<i>13</i>
4.2 <i>Voraussorge – Möglichkeiten der Selbstbestimmung.....</i>	<i>16</i>
4.2.1 <i>Patientenverfügung .....</i>	<i>16</i>
4.2.2 <i>Vorsorgevollmacht.....</i>	<i>16</i>
4.3 <i>Das Trauerphasenmodell nach Verena Kast.....</i>	<i>17</i>
<b>5 Soziale Arbeit und Palliative Care .....</b>	<b>20</b>
5.1 <i>Allgemeine Organisationskonzepte.....</i>	<i>21</i>
5.1.1 <i>Ambulante Hospizdienste.....</i>	<i>21</i>
5.1.2 <i>Stationäre Einrichtungen .....</i>	<i>22</i>
5.2 <i>Aufgaben der Sozialarbeiter*innen .....</i>	<i>23</i>
5.2.1 <i>Begleitung der Betroffenen .....</i>	<i>24</i>
5.2.2 <i>Trauerbegleitung von Angehörigen .....</i>	<i>25</i>
5.2.3 <i>Beratung und Information .....</i>	<i>28</i>
5.2.4 <i>Gremienarbeit und Vernetzung.....</i>	<i>29</i>
5.2.5 <i>Öffentlichkeitsarbeit .....</i>	<i>29</i>
5.3 <i>Verlusterfahrungen und der professionelle Umgang als Sozialarbeiter*in .....</i>	<i>30</i>
<b>6 Besondere Herausforderungen in Zeiten von Corona .....</b>	<b>33</b>
<b>7 Resümee.....</b>	<b>35</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>VI</b>
<b>Selbstständigkeitserklärung.....</b>	<b>X</b>

## Begriffsklärung

### **Ambivalenz**

Ambivalenz bedeutet Zwiespältigkeit. In Bezug auf unheilbar Kranke Menschen und deren Angehörige kann sich dies durch gegensätzliche Gefühle oder Wünsche äußern, welche die Handlungsfähigkeiten einschränken. (vgl. DocCheck Flexikon 2014)

### **Hospiz**

„Hospize sind selbständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen.“ (Verband der Ersatzkassen e. V. 2021)

### **Palliative Care**

Die Palliativmedizin (Palliative Care) ist ein wesentlicher Bestandteil integrierter, auf den Menschen ausgerichteter Gesundheitsdienste. Die Linderung schweren gesundheitsbedingten Leidens, sei es physisch, psychisch, sozial oder spirituell, ist eine globale ethische Verantwortung. Unabhängig davon, ob die Ursache des Leidens eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, Krebs, schweres Organversagen, arzneimittelresistente Tuberkulose, schwere Verbrennungen, eine chronische Krankheit im Endstadium, ein akutes Trauma, eine extreme Frühgeburt oder extreme Gebrechlichkeit im Alter ist, kann Palliativpflege erforderlich sein und muss auf allen Versorgungsebenen verfügbar sein. (Eigene Übersetzung aus dem Englischen nach der World Health Organization 2021)

### **Resilienz**

Aus dem Englischen von „resilience“ abgeleitet, was als Widerstandsfähigkeit übersetzt werden kann. Es bezieht sich auf die Fähigkeiten von Menschen, mit belastenden Lebensumständen umgehen zu können. Außerdem ist diese psychische Widerstandsfähigkeit von Relevanz, um Stress und daraus resultierende negative Folgen zu bewältigen. (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019: 9)

## Abkürzungsverzeichnis

ebd.	ebenda (gerade dort)
et al.	und Andere
e. V.	eingetragener Verein
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
u. a.	unter anderem
vgl.	Vergleich
z. B.	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Kennzeichen professioneller Hospizarbeit.....	8
<b>Abbildung 1:</b> Sterbephasenmodell.....	15
<b>Abbildung 2:</b> Sozialarbeit + Sozialpädagogik = Soziale Arbeit .....	20
<b>Abbildung 3:</b> Sozialberufliche Handlungskompetenz.....	32

# 1 Einleitung

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr leben.“  
(Cicely Saunders)

Das Sterben gehört zu jedem Leben dazu und ist unvermeidlich. Menschen werden durch den medizinischen Fortschritt immer älter. Dennoch können Menschen jeden Alters unheilbare Krankheiten bekommen, welche zu einer starken Einschränkung werden können. Gerade in solchen Situationen setzen Hospizarbeit und Palliative Care an und verhelfen Menschen zu einer qualitativ besseren Lebenszeit, weshalb die Auseinandersetzung mit dieser Thematik von großer Bedeutsamkeit ist.

Medizinische Unterstützung spielt eine bedeutende Rolle, aber auch die psychosoziale Begleitung, welche die Soziale Arbeit leistet, ist von großer Relevanz, um die bestmögliche Lebensqualität zu schaffen. Der Hospizgedanke möchte das Sterben in das Leben einbeziehen und das Arbeitsfeld nach Wünschen und Bedürfnissen von sterbenden, kranken Menschen ausrichten (vgl. Student/Mühlum/Student 2004: 15).

Welche Unterstützungsmöglichkeiten hat die Soziale Arbeit bei der Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen in Hospizeinrichtungen? Genau um diese Frage soll es in dieser Arbeit gehen. Sterben und der Tod waren lange Zeit ein Tabuthema unserer Gesellschaft. Ob sich dies geändert hat und wie diese Themenbereiche für die Gesellschaft zugänglicher gemacht werden können, werden am Anfang der Ausarbeitungen analysiert. Diese Arbeit befasst sich zunächst mit theoretischen Grundlagen von Hospizarbeit und Palliative Care. Es werden die Geschichte und aktuelle Rechtslagen betrachtet, bevor sich der Arbeit von Sozialarbeiter\*innen im Hospizbereich gewidmet wird. Dabei stellt sich bei der Betrachtung der Aufgabenfelder ebenso die Frage, inwiefern Öffentlichkeitsarbeit umgesetzt werden kann.

Sozialarbeiter\*innen in Hospizeinrichtungen und Palliative Care sind großen Belastungen ausgesetzt, da sie Tag für Tag mit schweren Schicksalsschlägen konfrontiert werden. Wie sie diese Herausforderung meistern, wird am Ende des fünften Kapitels beleuchtet.

Die Covid-19-Pandemie stellt seit Anfang 2020 eine Ausnahmesituation für die Gesellschaft dar. Um einen aktuellen Bezug herzustellen, wird am Ende dieser Arbeit auf diese bedeutende Thematik eingegangen. Dabei stellt sich die Frage, welche speziellen Auswirkungen die Pandemie auf den Bereich von Hospizarbeit und Palliative Care hat. Das letzte Kapitel dieser Arbeit beschreibt die Handlungsmöglichkeiten der Arbeit mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in Hospizeinrichtungen. Dies bildet resümierend einen Rückblick auf die Bearbeitung der Thematik.

Hospizarbeit und Palliative Care haben unterschiedliche Herkünfte. Die Hospizbewegung entstand in einer Zeit von Gastfreundlichkeit an Pilgerwegen, wo hingegen Palliative Care zunächst großen Bezug auf die Schmerztherapie nahm (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 32).

Dennoch verfolgen sie gleiche Ziele und sind in der heutigen Zeit nicht eindeutig voneinander trennbar. Die Hospizbewegung und Palliative Care stellen ein umfassendes Gesamtkonzept dar, weshalb diese Bezeichnungen in der folgenden Bearbeitung bewusst nicht voneinander abgegrenzt werden.

## 2 Entwicklung von Palliative Care

England wird, mit Cicely Saunders als Gründungsfigur, als Mutterland der Hospizbewegung und Palliative Care gesehen. In Deutschland ist der Beginn der Bewegung nicht auf eine Person zurückzuführen, weshalb die historische Entwicklung komplexer zu sehen ist. (vgl. Heller/Pleschberg 2015: 61)

Dieses Kapitel befasst sich mit der Entwicklung von Palliative Care in Deutschland. Um diese zu verdeutlichen, ist jedoch auch ein gewisser Blick auf die Entwicklung in anderen Ländern relevant, da diese großen Einfluss hatten. Des Weiteren wird es daraufhin um die Thematik des Sterbens in der heutigen Gesellschaft gehen. Anschließend widmet sich dieses Kapitel den aktuellen und grundlegenden Kennzeichen von Hospizarbeit.

### 2.1 Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland

In der christlichen Frühzeit war Gastfreundschaft ein wichtiges Gut und wurde als eine Art Verpflichtung gesehen. Dies umfasste sowohl Bekannte, als auch hilfsbedürftige Fremde in Notlagen aufzunehmen und diesen zu helfen. Es wurden Pilgerunterkünfte erbaut, welche jedem Menschen offenstanden und Schutz boten. Die Christen sahen das als eine Art Grundtugend. So trösteten sie beispielsweise auch Trauernde und standen Sterbenden in ihrem letzten Lebensabschnitt bei. Die Hospizbewegung entwickelte sich aus dieser Zeit und orientierte sich sehr lange an christlichen Ansichten. (vgl. Heller/Pleschberg 2015: 62)

Erstmals wurde der Begriff 'Hospiz' im Jahre 1842 in Lyon erwähnt. Dort wurde ein Haus erbaut, in welchem Sterbende begleitet wurden. (vgl. Kostrzewa/Gerhard 2010: 76)

Alles Handeln war am christlichen Glauben und dessen Nächstenliebe orientiert. Bis heute tragen viele Hospize christliche Namen. Allerdings entwickelte sich nach vielen Jahren aus dem rein christlich inspirierten Handeln ein professionelles System im Gesundheitswesen.

Eines der ersten Hospize, welches die moderne Hospizbewegung beeinflusste, war das St. Christopher Hospiz. Es wurde von Cicely Saunders in London gegründet und 1967 eröffnet. Das St. Christopher Hospiz stellte ein erstes grundlegendes Konzept für die Sterbebegleitung auf und setzte dieses um.

Die Ärztin und Sozialarbeiterin Cicely Saunders zeigte erstmals einen multidimensionalen Blick auf die Betroffenen auf und forderte kollegiale Beratung, welche zu einer umfassenden Sorge beitragen sollte. (vgl. Heller/Pleschberg 2015: 62 – 63)

Cicely Saunders Idee wurde schnell verbreitet und sorgte für großes Interesse und neue Ideen bei Menschen aus der ganzen Welt.

1969 veröffentlichte Elisabeth Kübler-Ross ihr bekanntes Buch „On Death and Dying“ in Amerika und wurde dadurch zu einer wichtigen Persönlichkeit der modernen Hospizbewegung. Durch folgendes Zitat wird ihre Sichtweise auf dieses Thema verdeutlicht: „Die sogenannten ‚Austherapierten‘ haben Bedürfnisse und Wünsche. Man kann mit ihnen reden und in Beziehung treten. Sie stehen zwar am Ende des Lebens, sind aber nicht am Ende existenzieller menschlicher Erfahrung.“ (Heller/Pleschberg 2015: 63)

Erkennbar ist hierbei bereits ein Grundgedanke, welcher auch aktuell noch großen Anklang findet. Sterbende Menschen sollten nicht weniger beachtet werden und auch nicht als unzurechnungsfähig angesehen werden. Vielmehr sollte sich diesen Menschen zugewandt werden, um so eine Unterstützung auf dem letzten Lebensweg zu bieten. Elisabeth Kübler-Ross wandte sich Sterbenden zu, entwickelte Modelle (z. B. Sterbephasenmodell) und integrierte Student\*innen und Ehrenamtliche in den Bereich der Sterbebegleitung. Dadurch brachte sie vielen Menschen die Arbeit und Dringlichkeit näher und sorgte für Aufklärung im Bereich der Sterbearbeit. (vgl. ebd.: 63)

Die moderne Hospizbewegung hat eine lange und schwierige Entwicklung hinter sich, gerade hinsichtlich der Etablierung von Palliativstationen in Krankenhäusern. Deren Fokus lag schon immer auf einer maximalen Lebensverlängerung und Genesung. Dabei passte die Sterbehilfe zunächst nicht in das Bild dieser Zielsetzungen.

Zusätzlich erschwerte die negative Verbindung des Begriffs Euthanasie zum Nationalsozialismus in den 70er Jahren die Entwicklung. Es bestand eine gewisse kollektive Trauer in Deutschland, welche sich nur langsam löste. Menschen machten schlechte Erfahrungen und erlebten in der Zeit des zweiten Weltkrieges viel Leid. Dies sorgte für eine Verdrängung der Thematik des Todes, was als Schutzfunktion der Menschen anzusehen war.

Außerdem wurde in dieser Phase, in Deutschland, der Begriff 'Sterbekliniken' für die heutigen Hospize verwendet, was bei vielen erneut mit Euthanasie der NS-Diktatur gleichgestellt wurde und somit große Ablehnung von Bürgern, aber auch Wohlfahrtsverbänden erfuhr.

Niemand sprach über ein mögliches würdevolles Sterben, bis schließlich in den 70er Jahren ein Wandel eintrat. Dieser wurde sowohl durch die Aufklärung von Vertreter\*innen wie Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders vorangetrieben, als auch die Verarbeitung der geschichtlichen Geschehnisse. Diese Zeit könnte als Beginn der modernen Hospizbewegung in Deutschland sehen. (vgl. ebd.: 66 - 67)

Nach und nach entwickelte sich die ehrenamtlich geprägte Hospizarbeit in Deutschland. Im Jahre 1987 eröffnete das Hospiz 'Zum Heiligen Franziskus' in Recklinghausen, welches eines der ersten stationären Hospize in Deutschland war. Dieses bekam nach der Eröffnung einen großen Zulauf und hatte mit nicht einmal 10 Zimmern nur wenig Kapazität.

Dennoch war das Hospiz sehr gefragt, da es wohnlichen Charakter hatte und somit nicht an ein kahles Krankenhaus erinnerte. Es sorgte für eine gewisse Normalität für die Sterbenden, aber auch für deren Angehörige, welche sie dort jederzeit besuchen konnten. (vgl. Kirschner 1996: 63 – 64)

Ein Jahr nach der Eröffnung des Hospizes in Recklinghausen wurde die 'Deutsche Hospizhilfe' gegründet und trieb so die Entwicklung weiter voran. 1998 wurde das erste Kinderhospiz in Olpe errichtet.

Aber auch rechtlich wurde Palliative Care immer mehr verankert. So ist 2007 im SGB V eine Veränderung aufgenommen worden, welche den Anspruch auf Palliativversorgung regelt. 2009 wurden dann erste SAPV – Verträge geschlossen, was zu wachsender Anerkennung in der Gesetzgebung führte. Mittlerweile gibt es hunderte Hospize und über 1000 ambulante Hospizdienste in ganz Deutschland. (vgl. Förderverein Hospiz 2020)

Der Hospizgedanke der heutigen Zeit strebt hauptsächlich nach folgenden Grundsätzen: „Nicht maximal lebensverlängernd, sondern mit Bedacht auf Lebensqualität bis zuletzt; nicht unter Missachtung von Schmerzen, sondern schmerzlindernd; nicht im Krankenhaus sondern im Hospiz oder Zuhause; nicht durch Mediziner/innen, sondern interdisziplinär; nicht technokratisch-verwaltend, sondern individuell und spirituell; nicht hierarchisch organisiert, sondern basisbewegt“ (Student/Mühlum/Student 2020: 26 nach Heimerl 2008: 21).

An diesem Gedanken lässt sich auch die Notwendigkeit von Sozialer Arbeit in diesem Berufsfeld erkennen. Interdisziplinär heißt, nicht nur medizinische und pflegerische Versorgung, sondern auch eine psychosoziale Unterstützung durch Sozialarbeiter\*innen. Außerdem ist die Soziale Arbeit immer an der Individualität von Menschen orientiert und wird häufig als helfende Profession bezeichnet.

Allgemein lässt sich feststellen, dass Ende des 20. Jahrhunderts eine große Abgrenzung von der Forschung im Bereich von Hospizarbeit festzustellen war, da dies dem Anspruch entgegen zu stehen schien, für Sterbende Menschen da zu sein und diese zu begleiten. Theoretische Grundlagen wurden somit zunächst lediglich aus individuellen Reflexionen entnommen. Somit blieb die professionelle Theoriebildung in Bezug auf Deutschland zunächst aus. Die sehr junge geschichtliche Entwicklung wurde erst zu Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland vorangetrieben und professionalisiert. Es entwickelte sich eine Spezialisierung und Versorgungsmodelle auf Grundlage von Gründungsfiguren wie Cicely Saunders. (vgl. Heller/Pleschberg 2015: 68 – 69)

## 2.2 Sterben und Tod – Das Tabuthema der Moderne?

Der Tod ist unausweichlich, aber trotzdem haben Menschen Angst vor dem Zeitpunkt des Sterbens. Menschen haben allgemein nur sehr selten Berührungspunkte mit Sterben und Tod, wenn es zum Beispiel um Verwandte und Freunde geht, weshalb sie sich vor dieser Situation fürchten, einem Geschehnis, welches sie noch nicht erleben mussten und somit auch nicht emotional oder persönlich erleben konnten. Doch genau diese Distanz kann die Angst vor dem Ungewissen steigern.

Der eigenen Gewissheit des Todes in die Augen zu sehen, fällt den Menschen schwer, obwohl es sich um den natürlichen Verlauf des Lebens handelt.

Für uns Menschen ist es schwer, dem Tod einen Sinn zu geben, da dieser lediglich mit Verlust und Trauer verbunden ist. Somit wird der Zeitpunkt emotional verdrängt. Der Gedanke an den Tod oder die eventuelle Nähe zu dessen Eintreten kann bei Menschen dazu führen, dass sie bereits ihr Leben als sinnlos ansehen und die Gedanken an das Sterben überhandnehmen. (Student/Mühlum/Student 2004: 11 – 14)

Das Verdrängen des Schicksals wirkt sich sowohl auf die Betroffenen, als auch auf Angehörige aus, da häufig die Möglichkeiten des offenen Austausches fehlen oder die Hürden für ein Gespräch über den Tod zu groß sind. Doch gerade in solchen außergewöhnlichen Lebenslagen benötigen Menschen Unterstützung, um die Situation zu verarbeiten.

Von der Gesellschaft werden Tod und Trauer meist verdrängt. Dennoch konnte man in den letzten Jahren ein gewisses Umdenken erkennen, welches auf den demografischen Wandel zurückführbar ist. Die Auseinandersetzung mit dem Tod und dem Sterben wächst, da die Menschen immer älter werden und somit lange Sterbeprozesse durch Krankheiten zunehmen. Gerade Krebserkrankungen sind eine häufige Todesursache, ziehen allerdings meist einen langen Sterbeprozess mit sich. Zusätzlich trifft der Krebs Menschen jeden Alters, weshalb ethische Fragen eine Herausforderung darstellen. Die Hospizbewegung tritt hierbei als Fürsorgekultur in Erscheinung. Sie kann Menschen in allen Lebenslagen aufklären und unterstützen. Somit trägt sie einen großen Teil dazu bei, das Sterben und Tod den Menschen als normales und wichtiges Thema näherzubringen. Seit einigen Jahren gibt es öffentliche Debatten zu Themen rund um das Sterben. Außerdem ist ein Wandel hinsichtlich der Erinnerungsrituale sichtbar. So werden Särge in der heutigen Zeit beispielsweise von Kindern bemalt. An Unglücksorten werden Bilder, Blumen und Andenken aufgestellt, welche an die Verstorbenen erinnern. Auch virtuelle Friedhöfe nehmen immer mehr Einzug in unserer Gesellschaft. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 11 – 12)

Sind Sterben und Tod ein Tabuthema der Moderne?

Sicherlich ist es kein einfaches Thema für uns Menschen. Dennoch lässt sich seit den letzten Jahren ein neuer und offenerer Umgang mit dem letzten Lebensabschnitt verzeichnen. Das zeigt sich auch durch die Entwicklung der Hospizarbeit.

So sind aus einer Bürgerbewegung die heutigen Hospizeinrichtungen und ihre interdisziplinäre Versorgung durch Sozialarbeiter\*innen, Ärzt\*innen und Pflegeteams entstanden. Diese wurden als wichtiger Bereich im Gesundheitswesen etabliert und so der Gesellschaft nähergebracht.

### 2.3 Kennzeichen professioneller Hospizarbeit

Hospizarbeit ist geprägt von der Grundeinstellung, dass sterbende Menschen bis zu dem Eintritt des Todes würdevoll umsorgt und unterstützt werden sollen. Ihr Leben wird zwar von einer tödlichen Krankheit eingeschränkt, allerdings sollte dies noch lang nicht zu einer Abwertung und Ausgrenzung aus der Gesellschaft führen. Diese wertschätzende Haltung wird durch fünf grundlegende Kennzeichen professioneller Hospizarbeit verdeutlicht. Im Folgenden werden diese Kennzeichen tabellarisch dargestellt:

Kennzeichen	Inhaltliche Kriterien
<p>„<b>Erstes Kennzeichen:</b> Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Hospizdienstes.“ (Student/Mühlum/Student 2020: 27)</p>	<p>Würde ist ein hohes Gut der Hospizarbeit. Somit stehen Bedürfnisse und Wünsche von Betroffenen und deren Angehörigen im Mittelpunkt. Entscheidungen werden nicht ohne eine Absprache getroffen. Auch Angehörigen wird in der Hospizarbeit große Achtung und Akzeptanz entgegengebracht, da ihr Leid und ihre Trauer nicht selten höher ist, als bei der sterbenden Person selbst.</p>
<p>„<b>Zweites Kennzeichen:</b> Den Betroffenen steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung.“ (Student/Mühlum/Student 2020: 27)</p>	<p>Um eine interdisziplinäre Versorgung zu gewährleisten muss ein Netzwerk u. a. aus Ärzt*innen, Therapeut*innen, Pfleger*innen und Sozialarbeiter*innen aufgebaut werden. Dieses Team ist eng miteinander verknüpft und steht im ständigen Austausch.</p>

	<p>Menschen haben auch in der Phase des Sterbens Bedürfnisse und Wünsche, welche akzeptiert und unterstützt werden sollen.</p>
<p>„<b>Drittes Kennzeichen:</b> Die Einbeziehung freiwilliger Helferinnen und Helfer.“ (Student/Mühlum/Student 2020: 27)</p>	<p>Ehrenamtliche übernehmen in der Hospizarbeit eigenständige Aufgaben und sind unabdingbar. Sie tragen zum Wohlbefinden von Betroffenen und deren Angehörigen bei. Gleichzeitig gelingt eine gewisse gesellschaftliche Einbindung der Hospizarbeit in den Alltag, was zu einer Normalisierung der Thematik des Sterbens beiträgt.</p>
<p>„<b>Viertes Kennzeichen:</b> Gute Kenntnisse und Fertigkeiten der Symptomkontrolle.“ (Student/Mühlum/Student 2020: 28)</p>	<p>Palliative Medizin erfordert besonderes Wissen zu u. a. Schmerztherapie. Dieses Wissen ist ein wichtiger Kernpunkt, um optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten.</p>
<p>„<b>Fünftes Kennzeichen:</b> Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe.“ (Student/Mühlum/Student 2020: 28)</p>	<p>Eine 24-Stunden-Bereitschaft ist ein wichtiger Faktor von Hospizarbeit und Palliative Care. Krisensituationen haben keine feste Uhrzeit und können jederzeit auftreten. Gerade in diesen Momenten sollte eine optimale Versorgung gewährleistet werden können. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Betreuung von Angehörigen über den Tod der Verwandten hinaus.</p>

*Tabelle 1: Kennzeichen professioneller Hospizarbeit (Eigene Darstellung in Anlehnung an Student/Mühlum/Student 2020: 27 - 28)*

### 3 Rechtliche Grundlagen der Sterbehilfe

Jedes Land hat seine eigenen Gesetze. So ist auch die Sterbebegleitung in jedem Land anders geregelt und gesetzlich festgeschrieben. In diesem Kapitel soll zunächst die rechtliche Lage in Deutschland betrachtet werden. Diese wird im Anschluss anhand der rechtlichen Grundlagen in den Niederlanden zusätzlich verdeutlicht, um einen weiteren Blickwinkel auf den Bereich der Sterbehilfe zu bieten.

#### 3.1 Rechtslage in Deutschland

Sterbehilfe meint grundlegend die „Sterbebegleitung“ beziehungsweise die „Hilfe zum Sterben“ (vgl. Kostrzewa/Gerhard 2010: 219).

Allgemein kann man vier Arten der Sterbehilfe unterteilt werden, welche in Deutschland auch jeweils unterschiedlich geregelt sind und im Folgenden erklärt und rechtlich verortet werden:

Eine Form ist die passive Sterbehilfe, welche in Deutschland unter vorheriger Einstimmung Betroffener oder, durch rechtlich geregelte Erlaubnis, Angehöriger gestattet ist. Dabei handelt es sich um „einen Verzicht oder Abbruch ärztlicher Heilbehandlung oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn die Krankheit bei aussichtsloser Prognose einen tödlichen Verlauf nimmt und der Tod in kurzer Zeit zu erwarten ist“ (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 73).

Eine weitere Form der Sterbehilfe wird als Indirekte Hilfe bezeichnet. Diese bezieht sich auf eine schmerzlindernde Behandlung von Sterbenden, welche möglicherweise auch eine nicht gewollte Verkürzung der Lebenszeit bewirken kann. Indirekte Sterbehilfe ist strittig, da genaue Hinweise auf eine eventuelle Lebensverkürzung durch Opioide nicht erforscht sind. Teilweise wird vermutet, dass die palliative Behandlung sogar zu einer gewissen Lebensverlängerung führen kann. Grundsätzlich ist diese Sterbehilfe in Deutschland erlaubt, kann allerdings unter gewissen Voraussetzungen als Tötung auf Verlangen (§216 StGB) mit einer Freiheitsstrafe geahndet werden (vgl. ebd.: 72). Wenn §216 Absatz 2 StGB betrachtet wird, geht aus diesem Teil des Gesetzes ebenfalls hervor, dass bereits der Versuch strafbar ist.

Aktive Sterbehilfe, auch als Euthanasie bezeichnet, ist in Deutschland ebenfalls durch §216 StGB (Tötung auf Verlangen) verboten. Bei der aktiven Sterbehilfe handelt es sich grundsätzlich um eine beabsichtigte Herbeiführung des Lebensendes. Dies kann zum Beispiel durch die Verabreichung eines Giftes bewirkt werden. Gerade Menschen mit schweren Erkrankungen sehen in der Beendigung des Lebens eine Art Erlösung für sich selbst. Dennoch ist gerade die aktive Sterbehilfe sehr umstritten und wurde beispielsweise vom Ärztetag, aber auch vom deutschen Juristentag debattiert und schließlich abgelehnt. Gerade der Begriff der Euthanasie, welcher in Deutschland vor allem der Zeit des Nationalsozialismus zugeordnet wird, findet dabei große Ablehnung. Bei der aktiven Sterbehilfe muss betont werden, dass diese auch auf ausdrücklichen Wunsch von Betroffenen eine Straftat darstellen würde und somit in Deutschland unter allen Bedingungen nach aktuellem Stand unzulässig ist. (vgl. ebd.: 72)

Die vierte Form der Sterbehilfe ist die Beihilfe zum Suizid. Diese ist nach §217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) geregelt und ist deutlich von der Tötung auf Verlangen abzugrenzen. Bei der aktiven Sterbehilfe würde ein tödliches Mittel von einer außenstehenden Person verabreicht werden. Bei der Hilfe zum Suizid wird dieses Mittel allerdings nur zur Verfügung gestellt und muss vom Betroffenen selbst ohne fremde Hilfe eingenommen werden. Die Suizidbeihilfe wurde vom Deutschen Ärztetag im Mai 2021 erlaubt und das Verbot aus der ärztlichen Berufsordnung gestrichen.

Dennoch bleibt es eine Gewissensentscheidung der Ärzt\*innen, ob sie „Hilfe zum Sterben“ leisten möchten, da sie grundsätzlich lebensorientiert handeln und dies somit eine Abweichung darstellt. Dennoch ist der Beschluss des Ärztetages eine große Veränderung, da es gerade schwer kranken Menschen dazu verhilft, aus eigenem Willen schmerzfrei sterben zu können. Aber auch Menschen ohne schwere Erkrankungen erlangen das Recht auf Suizidbeihilfe, da dies als Persönlichkeitsrecht gesehen wird und somit ermöglicht werden muss. (vgl. Bundesärztekammer 2021: 145 – 146)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es gerade durch die Entscheidungen des letzten Ärztetages 2021 einen gewissen Wandel in Bezug auf die Sterbehilfe gab. Dennoch ist dieser Themenbereich allgemein noch sehr umstritten und somit bleibt die aktive Sterbehilfe zunächst in Deutschland verboten.

### 3.2 Exkurs: Rechtslage in den Niederlanden

In anderen Ländern gibt es aktuell auch andere Sichtweisen auf die Sterbehilfe, so zum Beispiel in den Niederlanden. Dort trat im April 2002 ein Gesetz in Kraft, welches die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Diese darf lediglich durch einen Arzt oder eine Ärztin durchgeführt werden. Dabei muss eine deutliche Belastung Betroffener festgestellt werden, welche als unerträglich und unheilbar beschrieben wird. Es folgen mehrere Aufklärungsgespräche, welche die Entscheidung Betroffener eventuell abwenden, aber auch den Wunsch zur Sterbehilfe festigen könnten. Des Weiteren steht der beratende Arzt oder die beratende Ärztin in ständigem Austausch mit Kolleg\*innen, um die Lage und letztendliche Entscheidung betroffener Personen diskutieren zu können. Sollte die Entscheidung für die aktive Sterbehilfe fallen werden alle weiteren Schritte eingeleitet, welche schlussendlich zum erwünschten Tod des Betroffenen führen. (vgl. Kostrzewa/Gerhard 2010: 222)

2020 wurde zusätzlich in den Niederlanden beschlossen, dass auch Menschen mit stark fortgeschrittener Demenzerkrankung aktive Sterbehilfe erhalten dürften, wenn im bewussten Zustand dieser Wunsch klar geäußert und sich dazu entschieden wird. (vgl. Kirchner 2020)

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass dieses Thema sicher sehr umstritten bleibt. Es handelt sich bei der Sterbehilfe schlichtweg um Individualentscheidungen, welche sowohl Betroffene als auch behandelnde Ärzt\*innen für sich selbst treffen.

Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass dieses Thema wohl auch in Deutschland weiterhin aktuell bleiben wird und eventuelle Gesetzesänderungen in den kommenden Jahren zu erwarten sind.

## 4 Das Sterben als Lebensphase

Um in der Praxis professionell handeln zu können benötigt es ein theoretisch fundiertes Grundwissen. In diesem Kapitel geht es um bestimmte Theorien, welche für die Arbeit im Bereich von Palliative Care essentiell sind. Dabei werden die Sterbephasen nach Kübler-Ross und das Trauerphasenmodell nach Verena Kast erläutert.

Ebenfalls geht es im folgenden Kapitel um Voraussorgemöglichkeiten, welche eine gewisse Absicherung für Betroffene und deren Angehörige darstellen können.

### 4.1 Die Sterbephasen nach Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross ist wohl eine der bekanntesten Psychiaterinnen und Sterbeforscherinnen, welche 1926 in der Schweiz geboren wurde und zu Beginn des 21. Jahrhunderts verstarb. Ihre Modelle sind auf der ganzen Welt bekannt. So beschäftigte sie sich in ihrem Buch 'Interviews mit Sterbenden' aus dem Jahre 1971 intensiv mit der letzten Phase des Lebens. Sie führte zur Erarbeitung dieses Werkes mit über 200 sterbenden Menschen Gespräche und ergründete somit die fünf Sterbephasen, welche im Folgenden genauer betrachtet werden.

(vgl. Funus Online Service GmbH 2019)

#### **Die erste Phase: Nichtwahrhabenwollen**

Mit dieser Phase steigen die Betroffenen in den Prozess des Sterbens ein. So kann zum Beispiel eine Krankheitsdiagnose gestellt werden, welche die Chance auf ein langes und gesundes Leben verwehrt. In dieser Situation reagieren Betroffene zunächst geschockt. Es besteht keine Einsicht, die sich ändernde Situation wird verdrängt und nicht akzeptiert. In dieser Phase versuchen die Betroffenen meist, ihre Gewohnheiten beizubehalten und unterdrücken den Gedanken an eine Krankheit und deren Folgen meist komplett, was als eine Art Schutzmechanismus gedeutet werden kann. (vgl. Kübler-Ross 1992: 41 – 44)

#### **Die zweite Phase: Zorn**

Befindet sich die betroffene Person in dieser Phase, so kommt es zu ersten Ausbrüchen von Emotionen. Meist zeigt sich eine Aggressivität und Wut nach außen.

Innerlich verspüren Betroffene meist tiefe Trauer und Angst vor dem Ungewissen. Angehörige und Bekannte treffen in dieser Phase auf große Ablehnung, da Menschen in diesem Lebensabschnitt große Unsicherheit verspüren und sich in ihrer aktuellen Situation verloren fühlen. Außerdem kann nahezu alles in dieser Phase Zorn auslösen. So kann zum Beispiel eine Show im Fernsehen mit jungen Tänzer\*innen zu Wut führen, da Betroffene häufig schwach sind und ihren Hobbys nicht mehr ausgiebig nachgehen können. (vgl. ebd.: 50 – 52)

### **Die dritte Phase: Verhandeln**

Diese Phase ist bei vielen Menschen nur von geringer Dauer. Es beginnt ein Verhandeln mit Ärzt\*innen oder Gott, um die Lebenszeit möglichst positiv beeinflussen zu können. Betroffene dieser Sterbephase entwickeln häufig kindliche Züge, welche zum Beispiel durch unrealistische Wünsche und Vorstellungen geprägt sind. In dieser Phase ist es für viele Menschen wichtig gehört zu werden. (vgl. ebd.: 77 – 78)

### **Die vierte Phase: Depression**

Oft geraten Betroffene an einem gewissen Punkt in tiefe Trauer und eine mögliche Depression, was als Zeitpunkt der Wendung gesehen werden kann. Dies kommt mit dem Realisieren des Schicksals einher, welches zum Beispiel den Verlust von Lebenszeit, beruflichen Möglichkeiten und persönlichen Wünschen aufzeigt. Betroffene sind in dieser Phase eher ruhig und ziehen sich zurück. Trost sollte in dieser Phase eher vermieden werden, da dies den Gefühlszustand negativ beeinflussen könnte. (vgl. ebd.: 80 – 82)

### **Die fünfte Phase: Zustimmung**

In der letzten Phase des Modells von Kübler-Ross wird das Schicksal nun akzeptiert. Betroffene ziehen sich weiter zurück und meiden häufige Besuche oder Gespräche. Sie richten ihre Gedanken auf die letzte Zeit ihres Lebens und bereiten sich so auf den Tod vor. In dieser Phase werden Angehörige und Freunde zu passiven Teilnehmer\*innen des Prozesses. (vgl. ebd.: 99 – 100)



Abbildung 1: Sterbephasenmodell (Eigene Darstellung in Anlehnung an Bäumler/Maiwald 2008:355)

Das Sterbephasenmodell nach Kübler-Ross stellt eines der bekanntesten Modelle in diesem Wissensbereich dar. In der vorangehenden Darstellung des Modells lässt sich erkennen, dass es nicht linear verläuft. So kann es beispielweise sein, dass Betroffene Phasen mehrmals durchleben oder überspringen. Dabei ist die Individualität jedes Einzelnen relevant und sollte beachtet werden.

Das Sterbephasenmodell dient nicht nur der professionellen Auseinandersetzung mit diesem Fachbereich. Des Weiteren kann es eine gute Unterstützung für Angehörige darstellen. Mit dem Modell ist es möglich, die Phasen und somit betroffene Personen und deren Handeln besser zu verstehen. Gerade in den ersten zwei Phasen werden Angehörige viel Ablehnung erleben. Sie geraten in eine Hilflosigkeit, da sie die Situation nicht verbessern können und die betroffenen Personen ihre Gefühle in diesen Momenten gegen Menschen im nahen Umfeld richten. Die dritte Phase schafft für Betroffene und Angehörige Hoffnung. Dennoch sollten Verwandte und Freunde darauf achten, nicht zu große und vor allem unrealistische Hoffnungen zu verstärken, da das in der vierten Phase zu größeren Depressionen und negativen Gefühlen führen könnte. Wenn Angehörige dann zu passiven Begleitern werden, ist dies meist eine besonders schwierige Situation. Das Ende des Lebens steht bevor und Angehörige realisieren den baldigen Verlust ihrer geliebten Menschen. In diesen Momenten sollten Verwandte und Freunde wissen, dass gerade kleine Gesten von sehr großem Wert sind. So bringt zum Beispiel das Halten der Hand eine Sicherheit für Sterbende mit sich. Dieses Wohlgefühl kann zwar nur noch selten geäußert werden, aber ist dennoch von enormem Wert. Darüber in Kenntnis zu sein, kann Angehörige beruhigen und die Situation akzeptabler machen.

## 4.2 Voraussorge – Möglichkeiten der Selbstbestimmung

Selbstbestimmung ist ein großes Gut unserer Gesellschaft. Jeder von uns strebt nach eigenen Zielen und Wünschen, selbst wenn diese eventuell nicht einer Norm entsprechen. Schließlich entwickelte sich eine Voraussorge für das Alter, welche von vielen Menschen in Anspruch genommen wird. Dennoch ist das allgemeine Wissen über Möglichkeiten der Vorsorge gerade bei jüngeren Menschen noch eher gering, obwohl es auch in diesem Lebensabschnitt bereits von Bedeutung sein kann. In den folgenden zwei Unterkapiteln soll es deshalb um verschiedene Möglichkeiten der Voraussorge gehen.

### 4.2.1 Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung entspricht einem Dokument, in welchem man eigene Wünsche für die Zukunft äußert. Dabei ist der eigene Wille auch dann von Relevanz, wenn dieser nicht mehr selbst geäußert werden kann. Patientenverfügungen können als Vorlage im Internet gefunden werden. Diese gelten aber häufig nur als gering verbindlich und sind deshalb eher kritisch zu sehen. Ein selbst erstelltes Dokument bietet eine weitaus höhere Sicherheit. Zusätzlich können sich Personen absichern, indem jemand aus dem sozialen Umfeld (beispielsweise Ärzt\*innen oder auch eine Person des Vertrauens) bestätigt, dass man beim Verfassen des Dokuments geistige Klarheit besaß.

Grundsätzlich gilt: Je detaillierter das Dokument angelegt ist, desto konkreter kann der eigene Wille zum nötigen Zeitpunkt erfasst und umgesetzt werden. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 82)

### 4.2.2 Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmachten bieten eine Sicherheit für mögliche Ernstfälle, da sie eine hohe Verbindlichkeit aufweisen. So kann eine (Einzelvertretung) oder mehrere Personen (Gesamtvertretung) dazu bewilligt werden, Entscheidungen in Vertretung zu treffen, falls das eigene Handeln (zum Beispiel durch eine Demenzerkrankung) nicht mehr möglich ist. Die Vollmacht benötigt keine genaue Form, sollte aber detailliert formuliert sein. So ist es wichtig, dass spezifisch geäußert wird, für welche Bereiche des Lebens, zum Beispiel die Gesundheitsfürsorge, Bevollmächtigte eintreten sollen.

Fehlende Details können bei wichtigen Entscheidungen dazu führen, dass das Gericht zur Hilfe gezogen wird.

Für zusätzliche Sicherheit kann das Dokument von einem Notar beglaubigt werden, allerdings ist das gesetzlich nicht festgeschrieben. Eine Vorsorgevollmacht ist sehr empfehlenswert. Sollte man solch ein Dokument nicht erstellt haben, kann das Betreuungsgericht entscheiden, ob Angehörige oder fremde gesetzliche Betreuer eingesetzt werden. (vgl. UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH 2021)

Man sollte bei dem Erstellen einer Vorsorgevollmacht bedenken, dass dies im Ernstfall eine große Belastung für die eingesetzten Personen darstellen kann. Wenn die Vorsorgevollmacht verwendet werden muss, handelt es sich „i. d. R. um existenzielle Fragen unter besonders belastenden Umständen. Eine vertrauensvolle Beziehung sollte daher selbstverständlich Voraussetzung sein, zusätzlich kann an entlastende und unterstützende Möglichkeiten gedacht werden, z. B. die Beratung mit anderen benannten Personen oder auch mit den Fachkräften von Hospizeinrichtungen.“ (Student/Mühlum/Student 2020: 78 – 79)

#### 4.3 Das Trauerphasenmodell nach Verena Kast

Wenn ein Verwandter oder ein guter Freund stirbt, ist dies ein einschneidendes Erlebnis für uns Menschen. Es stellt eine große Herausforderung dar, diese Situation zu meistern und die Veränderung zu akzeptieren. (vgl. Kast 1986: 8)

Die Schweizer Psychologin Verena Kast erstellte ein Trauerphasenmodell, welches aus vier Stufen besteht. Hierbei lässt sich eine gewisse Ähnlichkeit zu dem Sterbephasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross erkennen, welches bereits in Kapitel 4.1. erläutert wurde.

Im Folgenden sollen die Phasen des Trauermodells genauer betrachtet werden.

Die erste Phase ist die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens. Angehörige oder Freunde erfahren, dass ein Geliebter verstorben ist. Zunächst wirkt diese Situation für viele Menschen nicht real und es tritt eine gewisse Empfindungslosigkeit ein. Trauernde werden von einem Gefühl überrumpelt und erstarren in gewisser Weise. Häufig zeigt sich in dieser Phase eine Abschottung vom Alltag, da das starke Gefühl überhandnimmt.

Wichtig ist in dieser Phase die Unterstützung von Freunden und Angehörigen, sodass Betroffene sich nicht alleine fühlen. Diese erste Phase nach Verena Kast dauert gerade bei plötzlichen Todesfällen sehr lange an, da die unerwartete Situation Angehörige meist völlig aus der Bahn wirft. (vgl. ebd.: 61 – 62)

Aus dieser Empfindungslosigkeit kommt es dann nach gewisser Zeit zu einem Ausbruch von Emotionen, was die zweite Phase des Modells darstellt. Wut und Niedergeschlagenheit äußern sich durch Schuldzuweisungen gegen Ärzt\*innen oder Angehörige. Betroffene suchen nach dem Grund für den Tod, aber auch nach dem Auslöser ihrer Trauer. Auffällig ist der Wechsel der Gefühle in dieser Phase. In einem Moment sind Betroffene voller Wut und schreien und beschuldigen andere Menschen in ihrem Umfeld und im nächsten Moment sind sie in sich gekehrt und weinen. Für Angehörige ist diese Phase sehr schwierig, da sie viel Ablehnung erfahren müssen. Dennoch muss sich bewusst gemacht werden, dass dies lediglich eine Art Abwehrreaktion darstellt. (vgl. ebd.: 62 – 64)

Die dritte Phase beschreibt Verena Kast als die „Phase des Suchens und Sich-Trennens“ (Kast 1986: 67).

In dieser Phase suchen Trauernde nach der verstorbenen Person. Dabei gehen sie zum Beispiel an Orte, wo sich die Person gerne aufgehalten hat oder üben ähnliche Aktivitäten aus. Dabei stellt diese Suche eine gewisse Gefahr dar, weil Betroffene ihr Leben nach dem Lebensstil verstorbener Angehöriger ausrichten könnten. Auch wenn Aktivitäten und der Tagesablauf vom eigentlichen Handeln abweichen, werden diese eventuell umgesetzt, da so die Situation in gewisser Weise verdrängt werden kann. Alte Gewohnheiten sollen erhalten bleiben, obwohl diese durch den Verlust eine Veränderung durchlaufen. Häufig sehen Betroffene die geliebten Verstorbenen wieder und führen innere Gespräche mit ihnen. Gerade kurz nach dem Verlust ist das Suchen besonders ausgeprägt. Allerdings führt diese Phase, welche einige Wochen oder auch Jahre andauern kann, zu einem gewissen inneren Frieden. Es baut sich eine Akzeptanz der Veränderung auf, wodurch der Verlust nicht vergessen, aber verarbeitet wird.

(vgl. ebd.: 67 – 69)

Ist der Betroffene an diesem Punkt angelangt, so kann von dem Übergang in die vierte und damit letzte Phase gesprochen werden. Diese wird von Kast als eine Phase bezeichnet, welche von einem neuen Selbstbezug gekennzeichnet ist.

Der Verlust einer geliebten Person wird von Betroffenen akzeptiert und es werden neue, eigene Wege eingeschlagen. So werden zum Beispiel neue Beziehungen aufgebaut, welche vorher eventuell nicht möglich waren. Dennoch stellt der Verstorbene bei vielen einen inneren Begleiter dar, allerdings auf eine positive Art und Weise.

Es wird gerne an die gemeinsame Zeit zurückgedacht, aber dennoch kreisen die Gedanken an diese Person nicht mehr durchgehend und es kann sich neuen Aktivitäten und Erlebnissen gewidmet werden. (vgl. ebd.: 72 – 73)

Das Trauerphasenmodell von Verena Kast zeigt, ähnlich wie das Sterbephasenmodell von Kübler-Ross, keinen linearen Verlauf auf. Das bedeutet, dass Betroffene jeder Zeit in eine Phase zurückfallen können und die Phasen in ihrer Dauer und Intensität variieren. Dennoch sollte ein Rückfall nicht negativ gesehen werden, da der Verlust dadurch eventuell anders verarbeitet wird. Dies kann zu einem besseren Abschluss führen und somit positiven Einfluss auf das weiterführende Leben der Person nehmen.

## 5 Soziale Arbeit und Palliative Care

Soziale Arbeit wird häufig als staatlich organisierte Hilfe gesehen. Sie greift immer dann, wenn Situationen aus privater Sicht nicht mehr lösbar erscheinen. Somit führt immer eine vorausgehende Problembestimmung dazu, dass Soziale Arbeit handelt. Dabei stehen diese Probleme meist im Kontext von Ausgrenzung, Überforderung oder Abweichung. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 16 – 18)

Historisch betrachtet hat sich die Soziale Arbeit aus Sozialpädagogik und Sozialarbeit gebildet. Die folgende Abbildung verdeutlicht diese Zusammenhänge:

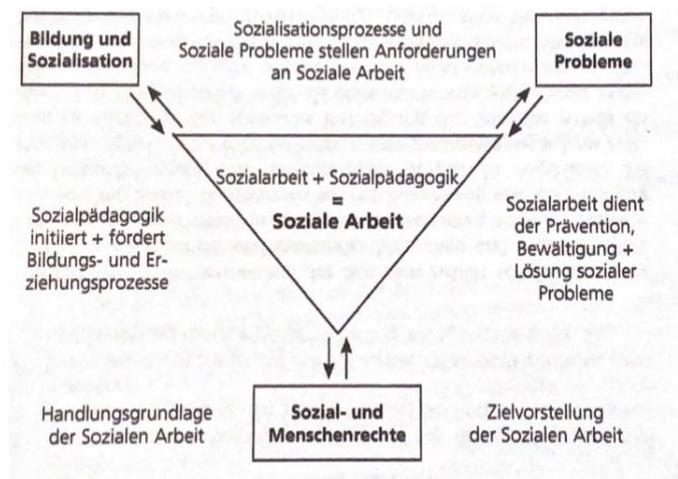


Abbildung 2: Sozialarbeit + Sozialpädagogik = Soziale Arbeit (Student 2020: 18)

Diese Abbildung verdeutlicht, wie Soziale Arbeit historisch gesehen zusammengesetzt ist. Sozialarbeit war im Bereich der Versorgungsleistungen und Prävention tätig. Sozialpädagogik widmete sich hingegen dem Bereich der Erziehungsaufgaben. Diese zwei Bereiche wurden durch die Soziale Arbeit verbunden, da diese das gesamte Faktorenbündel betrachtet und somit eine Verbesserung der Lebenslage herbeiführen will. Die Soziale Arbeit kann „als *Expertin für das Allgemeine*, also generalistisch verstanden werden, die versucht, der Segmentierung und Parzellierung des Lebens entgegenzuwirken.“ (Student/Mühlum/Student 2020: 17)

Soziale Arbeit greift nicht in Bezug sozialstrukturelle Probleme, sondern wenn prekäre Lebenssituationen, also beispielsweise plötzlich veränderte Lebensumstände, auftreten.

Auch im Bereich von Palliative Care und Hospizarbeit ist sie als wichtiger Berufszweig verortet, welche die schwere Lebenssituation von Betroffenen und Angehörigen unterstützt.

Im folgenden Kapitel geht es um mögliche Organisationskonzepte und die Kennzeichen professioneller Hospizarbeit. Danach wird sich der Sozialen Arbeit und ihren Aufgaben gewidmet, bevor die spezielle Herausforderung der Arbeit mit Sterbenden Kindern beleuchtet wird. Sozialarbeiter\*innen sind in Hospizen von Leid und Trauer umgeben. Auf den professionellen Umgang damit wird am Ende des fünften Kapitels eingegangen.

### 5.1 Allgemeine Organisationskonzepte

Die Geschichte der Hospizbewegung und Palliative Care ist als verhältnismäßig jung zu sehen. Dennoch haben sich in den letzten Jahren verschiedenste Versorgungsmodelle entwickelt. So gibt es mittlerweile Palliativstationen in Krankenhäusern oder professionelle Sitzwachen in Pflegeheimen. Im folgenden Kapitel soll es allerdings um die wohl geläufigsten Organisationskonzepte gehen: Die ambulanten Hospizdienste und stationäre Einrichtungen.

#### 5.1.1 Ambulante Hospizdienste

Der Hospizgedanke strebt grundsätzlich die Einbindung des Sterbens in die Gesellschaft an (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 14).

Ambulante Hospizdienste schaffen diese Möglichkeit, indem totkranke Menschen in ihrem gewohnten Umfeld versorgt werden können.

Haupt- und Ehrenamtliche Mitarbeiter unterstützen die Betroffenen und Angehörigen Zuhause, spenden Trost und begleiten sie auf diesem schweren Weg. Liegt eine weit vorangeschrittene Erkrankung vor, so ist eine umfassende Versorgung notwendig. Eine 24-Stunden-Bereitschaft spielt eine wichtige Rolle, genauso wie eine umfassende Vernetzung. Die Sozialarbeiter\*innen und ehrenamtlichen Arbeiter\*innen des Hospizdienstes spielen eine wichtige Rolle, allerdings müssen diese auch mit Ärzt\*innen und Pflegepersonal in Kontakt stehen. Nur so kann eine professionelle Versorgung in allen medizinischen und psychosozialen Bereichen gewährleistet werden. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 88)

Besonders ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen sind sehr geschätzt, da diese einen großen Teil der Arbeit leisten und für Hospizdienste aus finanziellen Gründen unabdingbar sind. Finanziert werden Hospizdienste teilweise durch die Gesetzliche Krankenversicherung, welche nach §39 a Abs. 2 SGB V eine Förderung vergeben (vgl. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. 2021).

Spenden sind unumgänglich, um alle anfallenden Kosten decken zu können und die Dienste für betroffene Familien kostenlos anzubieten. Seit dem Jahr 2007 gilt ein Rechtsanspruch auf ambulante Palliativversorgung, dennoch ist dieser nicht flächendeckend ausgebaut. In ganz Deutschland gibt es nach aktuellem Stand circa 1500 ambulante Hospizdienste. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 86 – 88)

#### 5.1.2 Stationäre Einrichtungen

Ist eine angemessene Versorgung im eigenen Zuhause nicht mehr möglich, stellen stationäre Hospizeinrichtungen eine Alternative dar. Diese werden aus verschiedenen Gründen in Anspruch genommen. Ein spezieller Pflegebedarf oder die zu hohe Belastung von Familie und Freunden können dabei Indikatoren sein. Aber auch eine psychische Beeinträchtigung von Betroffenen kann dazu führen, dass eine Aufnahme in ein stationäres Hospiz unausweichlich ist.

Die selbstorganisierten Einrichtungen sind mit maximal 16 Betten ausgestattet und verfügen über einen sehr wohnlichen Charakter. Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen finden hier eine klinikferne Unterkunft für den letzten Lebensabschnitt. Im bundesweiten Durchschnitt beträgt die Unterbringungsdauer etwa 24 Tage bis zum Eintritt des Todes.

Durch ein interdisziplinäres Team bestehend aus Hausärzt\*innen, Pflegepersonal, Seelsorger\*innen, Sozialarbeiter\*innen und ehrenamtlichen Arbeiter\*innen wird eine umfassende Versorgung der Klient\*innen, welche in diesem Kontext häufig als Gäste bezeichnet werden, gewährleistet.

In §39a SGB V ist verankert, dass seit 2015 95%<sup>1</sup> der Kosten von den Krankenkassen finanziert werden.

---

<sup>1</sup> Vor 2015 wurden lediglich 90% der Kosten übernommen (vgl. Student 2020: 89)

Die nicht gedeckten 5% werden durch Spenden finanziert, was auch einen gewissen Beitrag zur Gemeinwesenarbeit erbringt und somit eine Einbindung in die Gesellschaft darstellt. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 89 – 90)

Obwohl die komplexe Versorgung große Relevanz hat, sind in nur 60 % der stationären Hospize in Deutschland Sozialarbeiter\*innen angestellt (vgl. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016: 9).

Sicherlich ist es der Wunsch von vielen Menschen, gerade die letzten Tage des Lebens im eigenen, gewohnten Zuhause zu verbringen. Wenn dies allerdings nicht möglich ist, stellen Hospizeinrichtungen eine gute Alternative dar. Die Klient\*innen werden rund um die Uhr versorgt. Zusätzlich können Bewohner\*innen in den meisten stationären Hospizeinrichtungen zu jederzeit Freunde und Familie empfangen. Dies trägt zu einer gewissen Sicherheit und einem Wohlgefühl bei und macht den Aufenthalt deutlich angenehmer.

In Deutschland gab es im Jahr 2020 etwa 230 stationäre Hospizeinrichtungen (vgl. Student 2020: 86). Die Tendenz ist steigend, was eine positive Entwicklung für unsere Gesellschaft darstellt. So wird vielleicht in ein paar Jahren eine flächendeckende Versorgung, sowohl in Städten als auch auf dem Land, gewährleistet.

## 5.2 Aufgaben der Sozialarbeiter\*innen

Der Aufgabenbereich von Sozialarbeiter\*innen ist in Hospizen sehr umfassend. Schwerpunkte der Arbeit liegen darin, die Teilhabe zu fördern, über den letzten Lebensabschnitt und den Tod aufzuklären, Einsamkeit zu minimieren und die Würde und Rechte der Menschen wahrzunehmen und zu akzeptieren.

(vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 20)

Dazu werden sowohl sozialrechtliches Wissen, psychologische Kenntnisse, Beratungsmethoden als auch Grundlagen der Trauerarbeit benötigt (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 114).

Der Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen aus NRW hat in den vergangenen Jahren ein Qualitätskonzept in Bezug auf die Soziale Arbeit entwickelt.

Die aktuellste Version erschien im Jahr 2016 als dritte Auflage und bietet eine gute Orientierung für Sozialarbeiter\*innen, weshalb die folgenden Kapitel immer wieder Bezug auf dieses Konzept nehmen. Es werden Aufgaben von Sozialarbeiter\*innen beleuchtet, sodass die Vielfältigkeit des Arbeitsfeldes verdeutlicht wird.

#### 5.2.1 Begleitung der Betroffenen

Sozialarbeiter\*innen in Hospizdiensten und Einrichtungen stellen eine psychosoziale Unterstützung für sterbensranke Menschen dar. Dabei ist der Aufbau eines gewissen Vertrauensverhältnisses notwendig, welches die Arbeit mit Klient\*innen ermöglicht. Dieses gute Vertrauensverhältnis wird vor allem dann gebraucht, wenn Betroffene den Wunsch zu sterben äußern. Häufig treten diese Wünsche bei Patienten auf, welche durch ihre Krankheit und den fortschreitenden Verlauf stark eingeschränkt sind. Die Bitte nach dem Sterben sollte von Sozialarbeiter\*innen sensibel entgegengenommen und nicht verurteilt werden. Es kann vorkommen, dass diese besonderen Aussagen lediglich den vertrauten Sozialarbeiter\*innen entgegengebracht werden. Um Rücksprache mit dem gesamten Team zu halten, sollte man Klient\*innen um Erlaubnis fragen. Ungewünschtes weitergeben dieser Informationen kann einen Vertrauensbruch darstellen, was die fortlaufende Unterstützung und Zusammenarbeit erschweren könnte. (vgl. Saunders 1993: 117)

Sozialarbeiter\*innen bieten den Betroffenen Raum zum Reden. Dieser wird benötigt um eine gewisse Last loszuwerden, welche viele mit sich tragen. Gerade wenn nur wenige Angehörige in der Nähe sein können oder es familiäre Probleme gibt, bieten Sozialarbeiter\*innen ein offenes Ohr. Außerdem fördern sie die Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen, da sie ein Verständnis für beide Seiten und deren schwierige Situationen haben. Einfühlsam wird versucht, dieses Verständnis auf die beteiligten Personen zu übertragen, sodass die familiäre Kommunikationsbarrieren minimiert werden.

Die sterbenden Menschen werden in Gesprächen grundsätzlich als Expert\*innen ihrer eigenen Lebenswelt gesehen und akzeptiert. Sozialarbeiter\*innen setzen sich mit den Betroffenen und ihrer Lebenslage auseinander.

Häufig können Angehörige und Freunde aufgrund der eigenen, einbezogenen Situation nicht ausreichend Unterstützung gewährleisten, welche ersetzend durch die außerfamiliäre Hilfe von Sozialarbeiter\*innen geleistet wird. Diese haben durch ihre professionelle Ausbildung ebenfalls Fähigkeiten, welche gerade bei nonverbaler Kommunikation helfen können. Im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf kann es zu einem Verlust der verbalen Gesprächsfähigkeit kommen. Durch das erlernte Wissen über symbolische Ausdrucksformen und Gestikulation kann nicht nur eine Kommunikation zwischen Sozialarbeiter\*innen und Klient\*innen gelingen, sondern auch zwischen Klient\*innen und Angehörigen gefördert werden. Dies kann zu einer besseren Bindung führen. (vgl. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016: 49 – 51)

Soziale Arbeit bedeutet Bestand und Unterstützung. Durch Gespräche, Erzählungen, Spaziergänge oder kleine Gesten können Sozialarbeiter\*innen die Lebensqualität von betroffenen Menschen erhöhen. Außerdem wird so verhindert, dass die Einsamkeit überhandnimmt. Betroffene Menschen verfallen häufig Gefühlen wie Wut, Trauer, Einsamkeit und Angst. Diesen Gefühlen versucht die Soziale Arbeit im Bereich der Hospizarbeit und Palliative Care mit fachspezifischem Wissen und persönlichen Berufserfahrungen entgegenzuwirken.

#### 5.2.2 Trauerbegleitung von Angehörigen

Angehörige von sterbenden Menschen sind häufig von mehreren komplexen Problematiken betroffen. Sie verlieren einen wichtigen Menschen in ihrem Leben und werden gleichzeitig mit Unsicherheiten und Ängsten in Bezug auf das eigene Leben konfrontiert. In der Hospizarbeit werden sie Adressat\*innen, welche Unterstützung von Sozialarbeiter\*innen benötigen. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 49)

Eine der relevantesten Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige von sterbenden Menschen ist die Trauerbegleitung.

Trauerbegleitung kann sowohl durch Seelsorger\*innen, als auch Sozialpädagog\*innen vorgenommen werden. Auch familiäre Trauerbegleitung ist möglich, welche durch Freunde und Verwandte geleistet werden kann. Im Folgenden soll es allerdings speziell um die professionelle Trauerbegleitung durch Sozialarbeiter\*innen gehen.

Jeder Mensch trauert auf seine eigene Art. Daher sind Individualität und Flexibilität von großer Relevanz um passende Unterstützung leisten zu können. Sozialarbeiter\*innen benötigen für die Trauerbegleitung grundsätzliches Fachwissen zu Modellen, so zum Beispiel das Trauerphasenmodell von Verena Kast, welches bereits in Kapitel 4.3 beleuchtet wurde. Dieses Wissen trägt zu einem besseren Verständnis des Trauerprozesses der trauernden Person bei.

Durch die Trauerbegleitung von Sozialarbeiter\*innen im Bereich der Hospizarbeit soll von Angehörigen verstorbener Menschen erlernt werden, die Trauer zu akzeptieren und ein neues, positives Verhältnis zu sich und der Umwelt aufzubauen.

Um diese Veränderungen hervorzurufen benötigt es vor allem Zeit. Trauernde benötigen einen Halt. Diesen gewährleisten Sozialarbeiter\*innen indem sie zuhören und dabei nicht urteilen. Trauernde Menschen sollen ihren eigenen Weg durch die Trauer finden und diesen nach ihren Wünschen gestalten. Sozialarbeiter\*innen sind dabei als Unterstützer\*innen zu sehen, welche Hilfe zur Selbsthilfe leisten. (vgl. Diebold 2013: 55 – 57)

Trauer muss nicht zwangsläufig nach dem Verlust eines geliebten Menschen einsetzen. Sie kann bereits durch eine Diagnose ausgelöst werden, welche eine unheilbare Krankheit hervorbringt. Angehörige von sterbenden Menschen können bereits vor dem Verlust mit Sozialarbeiter\*innen ins Gespräch kommen und ihre Gefühle, Unsicherheiten und Ängste frei äußern. Dies stellt eine Unterstützung dar und bereitet Angehörige auf den Tod der erkrankten Verwandten vor. Die wichtigsten Einflussfaktoren auf eine gelingende Trauerbewältigung sind der Aufbau von Selbstvertrauen, die Akzeptanz der Veränderung und die positive Erinnerung an Gewesenes. (vgl. Bender 2019: 35 - 38)

Nach dem Sterben der erkrankten Personen werden Sozialarbeiter\*innen häufig vor die Herausforderung gestellt, dass Trauernde in eine Art Passivität verfallen. Sie schweigen und sind wie erstarrt. Dabei sollten Sozialarbeiter\*innen versuchen, dieses Schweigen zu brechen. So können Orte aufgesucht werden, welche schöne Erinnerungen hervorrufen oder Fotoalben angeschaut werden, welche die gemeinsame Zeit ins Gedächtnis rufen.

Durch diese positiven Verknüpfungen mit dem oder der Verstorbenen, kann eine andere Sichtweise auf das Schicksal gefunden werden. Wichtig ist dabei, Gefühle herauszulassen. Diese können Wut, Frust oder große Trauer beinhalten. Die Entfaltung dieser Gefühle wirkt meist befreiend.

Sozialarbeiter\*innen können durch die Befreiung von aktuellen und starken Gefühlen außerdem Ressourcen der Klient\*innen wecken, welche ermutigend wirken können. (vgl. ebd.: 41 - 42)

Mittlerweile gibt viele weitere Hilfsmöglichkeiten, welche Sozialarbeiter\*innen Angehörigen von sterbenden oder bereits verstorbenen Menschen unterbreiten können. So werden in Hospizeinrichtungen spezielle Abschiedsräume eingerichtet. Dieses würdevolle Ambiente trägt zu einem guten Abschied bei, welcher die folgende Trauerzeit mit einer positiven, letzten Erinnerung an Verstorbene beeinflussen kann. Außerdem gibt es Möglichkeiten, einen Gegenstand mit Erinnerungen an die verstorbene Person zu bestücken. Beispielsweise kann man ein Kleidungsstück in ein Kissen einnähen. Dies erinnert die trauernden Menschen an die vergangene Person und gibt Sicherheit, dass diese nicht vergessen wird. Verstorbene Verwandte bleiben immer ein Teil des Lebens, allerdings nehmen sie einen anderen Platz ein.

Sozialarbeiter\*innen können trauernden Klient\*innen ebenfalls raten, Trauergruppen zu besuchen. Dies sind Zusammenschlüsse von Menschen, welche das gleiche Schicksal teilen. In Gemeinschaft zu trauern erfordert viel Mut. Dennoch kann auch dies zu einem Wandel führen und Ressourcen stärken. (vgl. Diebold 2013: 58)

Abschließend zur Thematik der Trauerbegleitung von Angehörigen lässt sich sagen, dass Sozialarbeiter\*innen großes Einfühlungsvermögen und Geduld benötigen.

Jede Trauernde Person ist individuell zu sehen. Eigene Ressourcen müssen mithilfe von Sozialarbeiter\*innen gefunden und stabilisiert werden. Gespräche und Rituale unterstützen diesen Prozess, sodass die begleiteten Menschen den Trauerprozess gestärkt und mit neuer Selbstsicherheit überwinden können.

### 5.2.3 Beratung und Information

Beratung ist eine allgemeine Kernaufgaben der Sozialen Arbeit, welche auch im Bereich der Hospizarbeit einen wichtigen Platz einnimmt. Diese ist von einer Methodenvielfalt geprägt, welche beispielsweise lebensweltorientierte, ergebnisorientierte und systemische Ansätze vereint. Beratung kann telefonisch, über E-Mails oder auch persönlich stattfinden.

Grundlegend beraten Sozialarbeiter\*innen betroffene, schwerkranke Menschen. Diese sind mit ihrer Lebenslage eventuell überfordert oder wissen über Möglichkeiten der Unterstützung nicht Bescheid. In dieser Situation können sich Betroffene an Sozialarbeiter\*innen wenden, um Informationen zu bekommen. Aber auch Angehörige können ein Beratungsgespräch wünschen, wenn diese mit der Lebenssituation überfordert sind und nicht weiterwissen. Gerade sozialrechtliche Fragen, wie Antragsstellungen und allgemeine Rechte, treten bei Erkrankten und deren Angehörigen häufig auf, da dies keine alltäglichen Themen sind. Sozialarbeiter\*innen beraten in Bezug auf Gesetze wie beispielsweise die soziale Pflegeversicherung, welche in SGB XI verankert ist. Außerdem können Sozialarbeiter\*innen auch über die rechtlichen Grundlagen der Sterbehilfe aufklären, wenn Informationen darüber gewünscht sind. Wichtig ist, dass das Wissen möglichst übersichtlich und einfach vermittelt wird um eine Überforderung der Klient\*innen zu vermeiden.

Sowohl Betroffene als auch Angehörige können durch Ambivalenzen oder Ängste verunsichert sein. Aufgabe von Sozialarbeiter\*innen ist es, für diese vorhandenen Probleme Lösungsansätze zu finden. Dabei werden eigene Ressourcen betrachtet, welche zur Bildung von Resilienz beitragen können und zu höchstmöglicher Autonomie verhelfen. (vgl. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016: 34 – 35)

Wichtigste Grundlage ist eine Wertschätzung der Klient\*innen. Für viele Menschen benötigt es sehr viel Mut, sich an eine Beratungsstelle oder spezifische Sozialarbeiter\*innen in Hospizen zu wenden. Wenn sich Menschen beraten lassen wollen, sollten sich diese gehört und verstanden fühlen, sodass positive Gefühle gestärkt werden.

#### 5.2.4 Gremienarbeit und Vernetzung

Soziale Arbeit ist ein politisches Arbeitsfeld. Somit ist es auch die Aufgabe von Sozialarbeiter\*innen im Bereich von Palliative Care, an verschiedenen Gremien teilzunehmen. Dadurch können Aufgaben zur Qualitätssicherung und Zielsetzungen in diese Gremien aufgenommen und diskutiert werden. Die Aufmerksamkeit wird auf den Bereich der Hospizarbeit und die Sozialarbeiter\*innen gelenkt, sodass Problemstände diskutiert werden und eine Förderung von Projekten oder Einrichtungen möglich wird. Außerdem werden durch Gremienarbeit die allgemeine Anerkennung und Wichtigkeit von Sozialarbeiter\*innen in Hospizen und Palliative Care begünstigt. (vgl. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016: 41)

Des Weiteren ist Vernetzung eine wichtige Teilaufgabe von Sozialarbeiter\*innen, da sie bei der Fallkoordination in Hospizen verankert sein können. Im Bereich der Hospizarbeit ist interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit essentiell um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Diese sollte umfassend sein und Sozialarbeiter\*innen, Ärzt\*innen und Pflegepersonal umfassen. Sozialarbeiter\*innen sollten sich mit anderen Berufsgruppen vernetzen, um in dringenden Situationen optimal handeln zu können. In Hospizen können sich Ansprüche und Notwendigkeiten schnell ändern, sodass auch eine entsprechend schnelle Reaktion gefragt ist. Durch Vernetzungen werden willkürliche Handlungen von Einzelleistungen überwunden und es entwickelt sich ein vielfältiges, flächendeckendes und professionelles Team.

(vgl. ebd.: 23 – 24)

#### 5.2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Die Geschichte von Palliative Care ist jung. Gerade deshalb ist Öffentlichkeitsarbeit relevant für Sozialarbeiter\*innen. Themen wie Tod und Trauer wurden lange Zeit verdrängt. Dennoch sollte Wissen darüber im Interesse der Bevölkerung sein.

Wie bereits im Kapitel 5.2.4 erwähnt ist Soziale Arbeit durch ein politisches, vielschichtiges Berufsbild geprägt, wodurch gerade die Öffentlichkeitsarbeit von Hospizeinrichtungen auf Sozialarbeiter\*innen zurückfällt. Durch Ansätze wie Gemeinwesenarbeit und Sozialmanagement besteht eine theoretische Basis, welche die Öffentlichkeitsarbeit voraussetzt.

Genauso relevant sind ein professionelles Auftreten und Selbstsicherheit. (vgl. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016: 42 – 43)

Nun stellt sich die Frage, mit welchen Methoden man mehr Menschen erreichen kann, um Aufmerksamkeit zu erregen. Öffentlichkeitsarbeit hat viele Möglichkeiten der Umsetzung. So kann man auf Messen und Stadtfesten beispielsweise einen Stand mieten, um so Hospizarbeit in die Gesellschaft zu bringen. Außerdem wäre es auch möglich, einen Aktionstag in einer Hospizeinrichtung zu planen. Dabei könnte man ein Kinderprogramm ausarbeiten und Essen und Trinken anbieten. Durch Flyer oder einen Artikel in der Zeitung kann auf eine solche Veranstaltung aufmerksam gemacht werden. Besucher können sich am Aktionstag umsehen und sich ausgiebig informieren. Dadurch wird Wissen weitergegeben und Hürden werden reduziert. Durch eine Art Spendenbox könnte zusätzlich Geld gesammelt werden, auf welches Hospizeinrichtungen zusätzlich angewiesen sind.

Soziale Netzwerke sind in der heutigen Zeit nicht mehr wegzudenken. Twitter, Facebook und Instagram ist bei den meisten Menschen bekannt und wird von vielen genutzt. Auch über diese Apps und Internetseiten kann Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. Indem Accounts für Hospizeinrichtungen oder Vereine eingerichtet werden, sind diese auch im Internet verbreitet und zugänglich. Gerade junge Menschen, welche Soziale Netzwerke meist ausgiebig nutzen, können sich so informieren. Des Weiteren kann es durch die Präsenz auf Social Media zu mehr Spendeneinnahmen kommen, da natürlich deutlich mehr Menschen erreicht werden und die Beachtung steigt.

### 5.3 Verlusterfahrungen und der professionelle Umgang als Sozialarbeiter\*in

Gerade Sozialarbeiter\*innen, welche im Bereich von Palliative Care tätig sind, arbeiten mit Menschen zusammen, welche in schweren Lebensumständen sind. Gerade in dieser Position sollten Sozialarbeiter\*innen als Problemlöser\*in, Ansprechpartner\*in oder auch Vertrauensperson mit einer Selbstsicherheit im Leben stehen. Um diese zu fördern kann Psychohygiene betrieben werden. Dabei handelt es sich grundsätzlich darum, dass man sich mit Tipps und Tricks psychisch gesund hält oder die Gesundheit durch mögliche bereits bestehende Erkrankungen verbessert.

Trotz vieler schwieriger Situationen soll es Menschen gelingen, den Überblick nicht zu verlieren und Probleme gut handhaben zu können. Um die Psyche gesund zu halten muss man lernen, mit schwierigen Situationen umzugehen und eigene Emotionen zu reflektieren und zu verstehen. Ein Mittel der Psychohygiene ist die Fähigkeit, dauerhaften negativen Gedanken ein Ende zu setzen. Sozialarbeiter\*innen im Hospizbereich sollten im Privatleben abschalten können und die Schicksale von Klient\*innen nach Dienstende in den Hintergrund verschwinden lassen. Wenn dies nur schwer gelingt, kann Ablenkung eine Unterstützung darstellen. So kann man sich nach der Arbeit mit Freunden treffen, Sport treiben oder einem anderen Hobby nachgehen. Dabei kann es gelingen eine gewisse Last zu verlieren und auf andere Gedanken zu kommen. Außerdem wird Überforderung vorgebeugt, welche grundsätzlich ein Auslöser für psychische Instabilität sein kann. Überforderung sollte deshalb klar mit dem Arbeitgeber kommuniziert werden. Ein offenes Gespräch kann dazu verhelfen, sich selbst zu entlasten und eventuelle Tipps zu bekommen, wie man mit Überforderung umgehen sollte und wie diese eventuell sogar vermieden werden kann.

Im Bereich der Hospizarbeit haben Sozialarbeiter\*innen häufig sehr emotionale Klient\*innen, welche sich in einem starken Wandel ihrer Lebenslage befinden. Dabei wird man oft mit verzweifelten und weinenden Betroffenen und Angehörigen konfrontiert. In diesen Situationen ist eine offene Kommunikation für Sozialarbeiter\*innen ein gutes Hilfsmittel, um mit der gegebenen Situation zurechtzukommen. Gefühle sind ein menschliches Verhaltensmerkmal, welches uns unseren Gemütszustand aufzeigt. In der Hospizarbeit kann es dazu kommen, dass sich ein starkes Mitgefühl für Klient\*innen entwickelt. Die Professionalität von Sozialarbeiter\*innen sollte aufrechterhalten werden, aber dennoch dürfen Sozialarbeiter\*innen Gefühle gegenüber Klient\*innen offen zeigen. Dies trägt zur Psychohygiene bei und sorgt für eine bessere Verarbeitung der Verlusterfahrungen und Schicksalsschläge.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Sozialarbeiter\*innen eine gewisse Psychohygiene benötigen um im Hospizbereich langfristig gesund tätig zu sein. Dabei sollte das Verhältnis „von professioneller Distanz und emotionaler Verwicklung“ (Student/Mühlum/Student 2020: 56) möglichst ausgeglichen sein.

Mittlerweise gibt es spezielle Schulungen, welche Berufseinsteiger\*innen auf die Arbeit mit Sterbenden Menschen und trauernden Angehörigen vorbereiten. Durch diese Schulungen sollen psychische Belastungen reduziert und eigene Ressourcen aktiviert werden. Gute Hospizarbeit wird durch die Auseinandersetzung mit sich selbst und dem Umgang mit dem Tod ermöglicht und stellt somit eine Grundvoraussetzung dar. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 56 – 57)

Aus dem professionellen Umgang von Sozialarbeiter\*innen mit den Schicksalsschlägen entwickelt sich eine Handlungskompetenz. Diese wird von Peter Löcherbach et al. (2018) durch folgende Abbildung verdeutlicht:

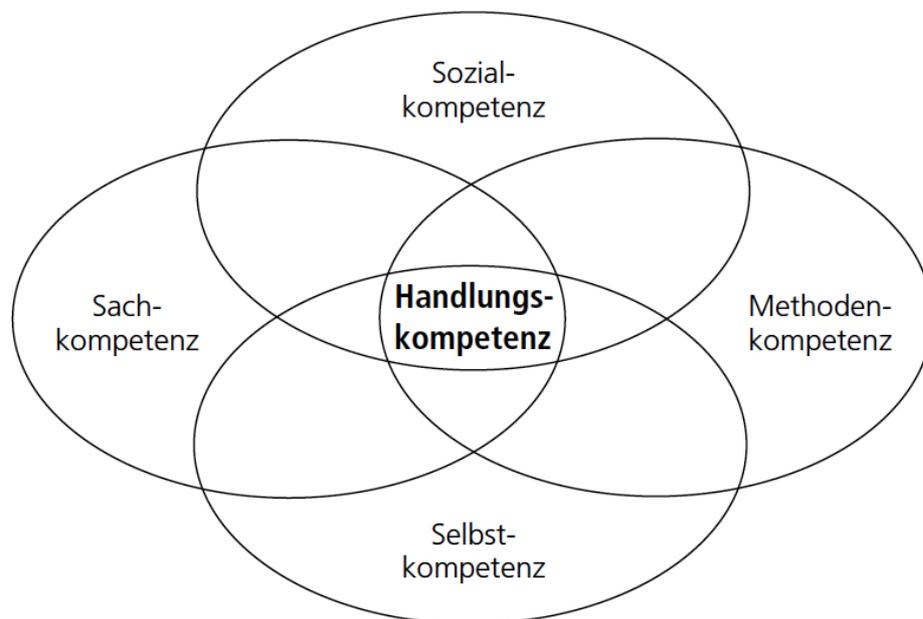


Abbildung 3: Sozialberufliche Handlungskompetenz (Student/Mühlum/Student 2020:111 nach Löcherbach et al. 2018)

Diese Abbildung zeigt auf, dass Handlungskompetenz grundsätzlich aus 4 einzelnen Kompetenzen besteht. Sachkompetenz bezieht sich auf angeeignetes Wissen, welches jederzeit abrufbar ist. Sozialkompetenz zeigt sich in Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten.

Die Methodenkompetenz ist von Organisationsfähigkeit geprägt und die Selbstkompetenz bezieht sich auf die Selbstreflexion und Psychohygiene. Auch an dieser Darstellung wird deutlich, dass Psychohygiene und die Auseinandersetzung mit sich selbst von großer Bedeutung sind, da sie zu einer professionellen Handlungsfähigkeit beitragen. (vgl. Student/Mühlum/Student 2020: 110 – 111 nach Löcherbach et al. 2018)

## 6 Besondere Herausforderungen in Zeiten von Corona

Die Covid-19-Pandemie war und ist seit Anfang 2020 als Ausnahmesituation zu sehen, welche einige Einschränkungen mit sich gebracht hat. Durch das Virus, welches sich schnell verbreiten kann, sind gerade hygienische Maßnahmen unabdingbar geworden. So gab es Zeiten des Lockdowns, wobei Restaurants und einige Geschäfte geschlossen bleiben mussten und die Maskenpflicht wurde eingeführt.

Aber hat die Pandemie auch Auswirkungen auf die Hospizarbeit? Diese Frage kann man klar mit einem ja beantworten. Palliativstationen in Krankenhäusern hatten und haben teilweise nach wie vor Besuchsverbote, sodass Angehörige nur in gewissen Ausnahmefällen zu ihren geliebten Menschen durften. Angehörige suchten deshalb häufig den Kontakt zu stationären Hospizen oder ambulanten Diensten. Diese weisen deutlich weniger Einschränkungen auf, da sie nicht an Krankenhäuser gebunden sind. Ambulante Dienste wurden zum großen Teil aufrechterhalten, sodass die Versorgung der erkrankten Menschen in ihrem Zuhause weiterhin gewährleistet war. Auch die Trauerbegleitung von Angehörigen von kürzlich Verstorbenen ist von großer Relevanz und wurde unter bestimmten Hygienemaßnahmen, wie Lüften und dem Tragen einer Maske, von Ehrenamtlichen und Sozialarbeitern fortlaufend angeboten. (vgl. Feldkamp 2020)

In stationären Hospizen wurden die Besucherzahl und der Zeitraum begrenzt, sodass auch hier Einschränkungen für die Gäste des Hospizes und ihre Angehörigen entstanden. Die Gefahr, dass Covid-19 in Einrichtungen ausbricht, war und ist immer noch sehr hoch, allerdings befinden sich betroffene Menschen zusätzlich in einer schwierigen Lebensphase, in welcher die verbleibende Zeit und der Kontakt zu Verwandten und Freunden äußerst relevant ist. Die Gefahr, der Erkrankung an Covid-19, abzuwägen ist gerade für schwerkranke Menschen von großer Relevanz, aber auch die psychische Gesundheit spielt eine Rolle. Wenn der wichtige Kontakt zu Familie und Freunden entfällt, ist die Gefahr von Einsamkeit und eventuellen Depressionen deutlich erhöht. Somit haben stationäre Hospizeinrichtungen Möglichkeiten und Wege gesucht, um den Alltag möglichst normal zu gestalten.

Zu Beginn der Pandemie haben sich Ehrenamtliche, gerade ältere Menschen, zunächst zurückgezogen, da die Lage nicht absehbar war und eine Ansteckungsgefahr darstellte, was eine Unsicherheit auslöste. Seit Anfang 2021 sind viele Menschen, also auch ehrenamtlich Tätige, geimpft und können ihre Tätigkeiten wieder regelmäßig ausführen. Dies stellt für die Hospizarbeit eine deutliche Entlastung dar.

Eine weitere Einschränkung ist nach wie vor durch die Maskenpflicht sichtbar, da diese die Kommunikation erheblich einschränkt. Gerade ein aufmunterndes Lächeln ist für kranke Menschen eine schöne Geste, allerdings müssen Angestellte eine Maske tragen, wodurch die Mimik nur noch gering bis gar nicht erkennbar ist. Umarmungen sollten aus Sicherheitsgründen ebenfalls gemieden werden, da die Ansteckungsgefahr zu hoch ist. (vgl. Hollenbach 2021)

Die Covid-19-Pandemie ist für niemanden leicht. Hospizdienste und Einrichtungen hatten mit vielen Herausforderungen zu kämpfen. Sie mussten teilweise mit Personalmangel zurechtkommen, da Mitarbeiter\*innen an Covid-19 erkrankt sind und sich deshalb in Quarantäne befanden. Dennoch war eine weitere, umfassende Versorgung unumgänglich.

Durch den Ausfall von Festen war gerade in Zeiten des Lockdowns ein großes finanzielles Problem entstanden. Spenden wurden häufig durch Veranstaltungen der Einrichtungen und Vereine oder die Präsenz auf Stadtfesten gesammelt. Durch den Ausfall dieser Feierlichkeiten konnten viele Kosten nur mit großer Mühe und der finanziellen Unterstützung des Staates gedeckt werden. Auch dies stellte eine große Unsicherheit dar.

Mittlerweile sinken die Zahlen der Erkrankten an Covid-19, wodurch Veranstaltungen unter gewissen Sicherheitsmaßnahmen wieder stattfinden dürfen. Allgemein gesehen gibt es aktuell Lockerungen, wodurch die Einschränkungen für Hospiz und Palliative Care abgebaut werden. Aber auch für Betroffene und Angehörige entspannt sich so die Situation, da Besuchszeiten und Sicherheitsmaßnahmen gelockert werden.

So ist es hoffentlich bald wieder bedenkenlos möglich, schwerkranke Freunde oder Familienmitglieder ohne Einschränkungen zu besuchen und die letzten Tage, Wochen oder Monate zusammen zu genießen.

## 7 Resümee

Das Sterben und der Tod waren ein unbesprochenes Tabuthema. Doch durch den demografischen Wandel und die Öffentlichkeitsarbeit u. a. von Sozialarbeiter\*innen ist es zu einer gewissen Aufklärung gekommen. Hospizarbeit und Palliative Care wurden immer weiter in gesellschaftliche Strukturen integriert und sind zu einem festen, professionellen Berufsfeld für Sozialarbeiter\*innen herangewachsen.

Welche Unterstützungsmöglichkeiten hat die Soziale Arbeit bei der Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen in Hospizeinrichtungen?

Diese Hauptfrage hat sich zu Beginn dieser Ausarbeitungen herausgebildet. Nach der Bearbeitung der komplexen Thematik von Palliative Care hat sich ergeben, dass Unterstützungsmöglichkeiten von Sozialarbeiter\*innen in Hospizeinrichtungen äußerst vielfältig sind. Bei der Begegnung von unheilbar erkrankten Menschen und ihren Angehörigen sind folgende Eigenschaften von Sozialarbeiter\*innen notwendig: Mitgefühl zeigen können, geduldig sein, schwierige Situationen aushalten und zuhören können. All diese Merkmale tragen zu einer sozialarbeiterischen Professionalität bei. Sozialarbeiter\*innen fragen nach und entscheiden nicht selbst. Sie ermutigen die Betroffenen und deren Angehörige in Hospizeinrichtungen und leisten Hilfe zur Selbsthilfe, welche zur Befähigung der Klient\*innen auf Basis ihrer Ressourcen beiträgt. Außerdem wird, besonders in diesem emotionalen Berufsfeld von Palliative Care, auf ein professionelles Verhältnis von Nähe und Distanz geachtet, wodurch Unterstützungsmöglichkeiten individuell und überlegt eingesetzt werden.

Die Möglichkeiten der Unterstützung durch Sozialarbeiter\*innen sind sehr vielfältig, wie durch diese Ausarbeitungen erkennbar wurde. Sozialarbeiter\*innen leisten Beistand für sterbende Menschen und ihre Angehörigen. Außerdem üben sie eine beratende Tätigkeit aus und informieren über Gesetzeslagen und finanzielle Absicherung. Wenn Klient\*innen Unterstützung bei Anträgen oder Telefonaten brauchen, stehen Sozialarbeiter\*innen ihnen ebenfalls zur Seite und sorgen somit für Entlastung. Auch nach dem Tod von erkrankten Menschen sind Sozialarbeiter\*innen für Angehörige da und leisten, wie in Kapitel 5.2.2 herausgestellt, Trauerbegleitung.

Um all diese Unterstützungsmöglichkeiten gewährleisten zu können, erfordert es ein fachlich fundiertes Grundwissen. Sozialarbeiter\*innen benötigen Wissen über aktuelle Gesetze. Des Weiteren sind Modelle, wie das Sterbephasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross (Kapitel 4.1) und das Trauerphasenmodell von Verena Kast (Kapitel 4.3), wichtige Grundlagen für die Arbeit mit kranken Menschen und ihren Angehörigen in Hospizeinrichtungen. Sie wirken unterstützend für das Verständnis gegenüber Klient\*innen und geben Aufschluss über deren Gefühlslagen.

Fachwissen ist somit wegweisend für die Arbeit in Hospizeinrichtungen und die Unterstützung von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen.

Soziale Arbeit hat einen großen Teil dazu beigetragen, dass sie in medizinisch-pflegerischen Fachkreisen Anerkennung findet. Vor allem durch die aktive Beteiligung in Gremien und dem multiprofessionellen Team der Hospizeinrichtungen wurde die Professionalisierung vorangetrieben. Die Öffentlichkeitsarbeit von Sozialarbeiter\*innen ist zusätzlicher Indikator, welcher die Professionalität verstärkt und die Gesellschaft im Bereich der Hospizarbeit in Kenntnis setzt. Die Kernaufgabe der Hospizarbeit besteht schließlich darin, den unheilbar kranken Menschen ein selbstbestimmtes Leben bis zuletzt zu ermöglichen und sie an dem gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen.

Zu Beginn der Ausarbeitungen wurde ein Zitat verwendet, welches nun zum Abschluss nochmal Beachtung finden soll. Nach der Darstellung dieser umfassenden Thematik kann dieses Zitat von Cicely Saunders als Leitmotiv der Sozialen Arbeit in Hospiz und Palliativ Care gesehen werden kann:

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr leben.“  
(Cicely Saunders)

## Literaturverzeichnis

- Bäumler, R./Maiwald, A.** (2008): Onkologische Pflege. Stuttgart: Georg Thieme.
- Bender, J.** (2019). Praxisbuch Trauerbegleitung: Trauerprozesse verstehen, begleiten, verwandeln. Berlin: Springer.
- Diebold, R.** (2013). Trauerbegleitung von Jugendlichen: Bausteine professionellen Handlungswissens in der Offenen Jugendarbeit. Wiesbaden. Springer VS.
- Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau-Böse M.** (2019). Resilienz: Mit 5 Abbildungen und 2 Tabellen. 5., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Heller, A./Pleschberg, S.** (2015). Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland: Hintergrundfolie für Forschung in Hospizarbeit und Palliative Care in Schnell, M W./ Schulz, C./ Heller, A./Dunger, C. (2015). Palliative Care und Hospiz: Eine Grounded Theory. Wiesbaden: Springer VS.
- Kast, V.** (1986). Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. 6. Auflage. Stuttgart: Kreuz Verlag
- Kirschner, J.** (1996). Die Hospizbewegung in Deutschland am Beispiel Recklinghausen. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Kostrzewa, S./Gerhard, C.** (2010). Hospizliche Altenpflege: Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern: Huber.
- Kübler-Ross, E.** (1992). Interviews mit Sterbenden. 18. Auflage. Stuttgart: Kreuz-Verlag

**Saunders, C.** (1993). Hospiz und Begleitung im Schmerz: Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können. Freiburg im Breisgau: Herder.

**Student, J.-C./Mühlum, A./Student, U.** (2004). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care: Mit 4 Tabellen. München: Reinhardt.

**Student, J.-C./Mühlum, A./Student, U.** (2020). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care: Mit 6 Abbildungen und 3 Tabellen. 4., aktualisierte Auflage. München: Reinhardt.

#### Gesetzestexte

**SGB V.** Online unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html). Letzter Aufruf am 25.06.2021.

**StGB.** Online unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_\\_216.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___216.html). Letzter Aufruf am 25.06.2021.

#### Internetquellen

##### **Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW**

(2016). Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativebereich. Online unter: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/NRW\\_Qualitätskonzept\\_Soziale\\_Arbeit\\_im\\_Hospiz-\\_und\\_Palliativbereich.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/NRW_Qualitätskonzept_Soziale_Arbeit_im_Hospiz-_und_Palliativbereich.pdf). Letzter Aufruf am 20.07.2021.

##### **Bundesärztekammer** (2021). 124. Deutscher Ärztetag (Online) – Beschlussprotokoll.

Online unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/124.DAET/Beschlussprotokoll\\_124\\_Daet\\_2021\\_Stand-06.05.2021\\_mit\\_numerischen\\_Lesezeichen.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/124.DAET/Beschlussprotokoll_124_Daet_2021_Stand-06.05.2021_mit_numerischen_Lesezeichen.pdf). Letzter Aufruf am 06.07.2021.

**Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.** (2021). Ambulante Hospizarbeit. Online unter: [https://www.dhvp.de/themen\\_ambulante-hospizarbeit.html](https://www.dhvp.de/themen_ambulante-hospizarbeit.html). Letzter Aufruf am 16.07.2021.

**DocCheck Flexikon** (2014). Ambivalenz. Online unter: <https://flexikon.doccheck.com/de/Ambivalenz>. Letzter Aufruf am 20.06.2021.

**Feldkamp, M.** (2020). Hospizarbeit während Corona: Zwischen Nähe und Abstand. Online unter: [https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/osnabrueck\\_emsland/Hospizarbeit-waehrend-Corona-Zwischen-Naehe-und-Abstand,hospiz368.html](https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/osnabrueck_emsland/Hospizarbeit-waehrend-Corona-Zwischen-Naehe-und-Abstand,hospiz368.html). Letzter Aufruf am 01.08.2021

**Förderverein Hospiz** (2020). Zurückschauen. Innehalten. Weitermachen. Online unter: [https://www.hospizfoerderverein.de/wp-content/uploads/downloads/flyer-broschueren/Foerderverein\\_20\\_Jahre\\_Broschuere.pdf](https://www.hospizfoerderverein.de/wp-content/uploads/downloads/flyer-broschueren/Foerderverein_20_Jahre_Broschuere.pdf). Letzter Aufruf am 03.07.2021.

**Funus Online Service GmbH** (2019). Die Sterbephasen – Wie sich der Tod ankündigt. Online unter: <https://www.bestattungsvergleich.de/ratgeber/sterbefall/sterbephasen/>. Letzter Aufruf am 23.06.2021.

**Hollenbach, M.** (2021). Hospize unter Corona – Bedingungen stark gefragt. Online unter: [https://www.deutschlandfunk.de/sterbebegleitung-hospize-unter-corona-bedingungen-stark.886.de.html?dram:article\\_id=495467](https://www.deutschlandfunk.de/sterbebegleitung-hospize-unter-corona-bedingungen-stark.886.de.html?dram:article_id=495467). Letzter Aufruf am 01.08.2021

**Kirchner, T.** (2020). Sterbehilfe in den Niederlanden. Mehr Sicherheit für die Ärzte. Mehr Würde für die Patienten. Online unter: <https://www.sueddeutsche.de/politik/niederlande-sterbehilfe-urteil-1.4883714>. Letzter Aufruf 08.07.2021.

**UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH** (2021). Vorsorgevollmacht. Online

unter: <https://www.patientenberatung.de/de/recht/vorsorgevollmacht>. Letzter Aufruf am 13.07.2021.

**Verband der Ersatzkassen e. V.** (2021). Hospiz. Online unter:

[https://www.vdek.com/presse/glossar\\_gesundheitswesen/hospiz.html](https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/hospiz.html). Letzter Aufruf am 20.06.2021.

**World Health Organization** (2021). Palliative Care. Online unter:

<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Letzter Aufruf am 20.06.2021.

## Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin