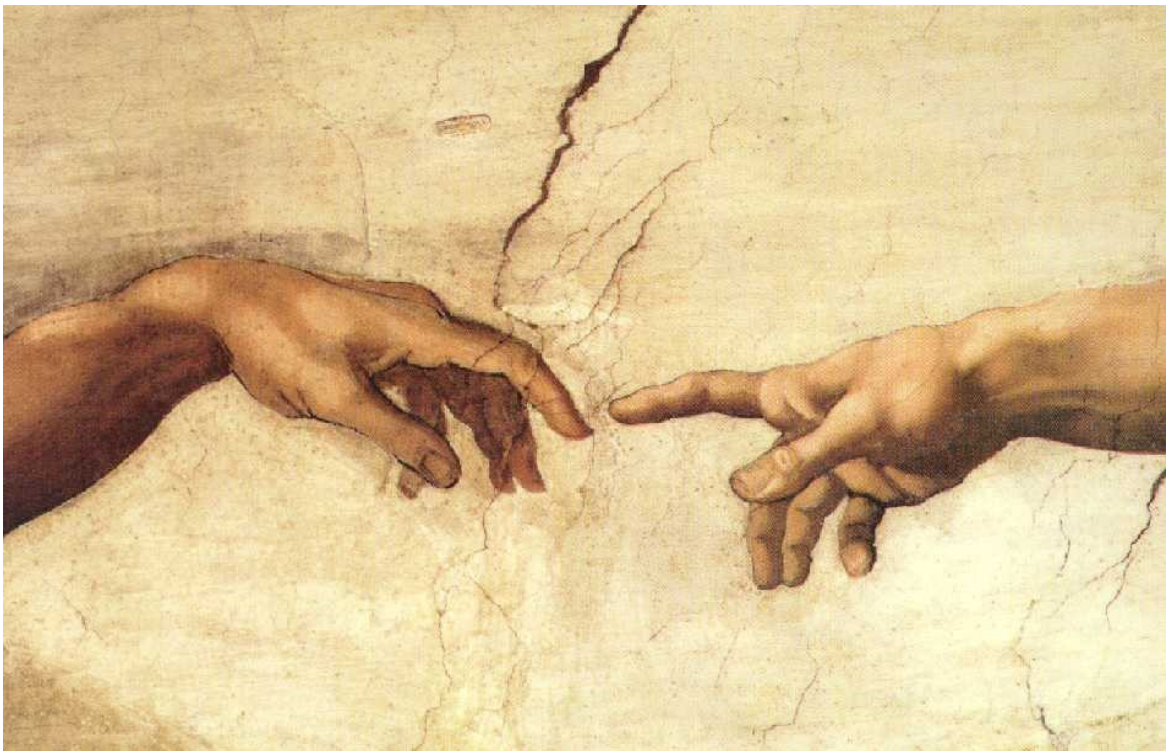
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit & Pflege
Wintersemester 09/10

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences

Soziale Arbeit im Palliative Care Team im Krankenhaus
Spezifische Aufgaben im Team



Kein Mensch kann den anderen von seinem Leid befreien,
aber er kann ihm Mut machen, das Leid zu tragen.

Selma Lagerlöf

Bachelorarbeit von Pia Hieber
Mat.Nr. 731959

Betreuerin: Prof. Dipl. Soz.päd. Dipl. Soz.wirt. Lotte Kaba-Schönstein

Betreuerin: Prof. Dr. phil. Dipl.-Soz.päd. Soz.arb. Marion Laging

Esslingen, den 17.11.2009

Inhaltsverzeichnis

Soziale Arbeit im Palliative Care Team im Krankenhaus
Spezifische Aufgaben im Team

1. Einleitung 4
2. Umgang mit Sterben und Tod 6
3. Was brauchen Menschen, wenn sie sterben? 11
4. Mögliche Antworten, wie den Bedürfnissen Sterbender und Angehöriger entsprochen werden kann 15
5. Palliative Care berücksichtigt Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger 21
   5.1 Definition und Beschreibung Palliative Care 21
   5.2 Historische Entwicklung 26
      5.2.1 Wie alles begann – Cicely Saunders 26
      5.2.2 Entwicklung in Deutschland 28
   5.3 Palliative Care-Angebote in Deutschland 29
      5.3.1 Ambulante Palliative Care-Angebote 29
      5.3.2 Stationäre Palliative Care-Angebote 30
6. Palliative Care im Krankenhaus 33
   6.1 Krankenhaus – Rahmenbedingungen 34
   6.2 Soziale Arbeit im Krankenhaus 35
   6.3 Palliative Care-Angebote im Krankenhaus 36
      6.3.1 Palliativstationen 36
      6.3.2 Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienste 38
   6.4 Berufsgruppen im Palliative Care-Team im Krankenhaus 40
7. Soziale Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus 48
   7.1 Kompetenzen der Sozialen Arbeit 49
   7.2 Aufgaben der Sozialen Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus 58
      7.2.1 Aufgaben Sozialer Arbeit in der Arbeit mit Betroffenen 60
      7.2.2 Aufgaben Sozialer Arbeit in der Arbeit mit Angehörigen 61
      7.2.3 Aufgaben Sozialer Arbeit im interdisziplinären Team 64
      7.2.4 Sonstige Aufgaben 65
   7.3 Perspektiven Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus 68
8. Fazit 71

Literaturverzeichnis

Anhang 1-7

Abkürzungsverzeichnis

bzw. beziehungsweise

DBSH Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.

DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

d.h. das heißt

DHPV Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

EAPC European Association for Palliative Care

ggf. gegebenenfalls

i.d.F. in der Fassung

i.d.R. in der Regel

IFSW International Federation of Social Workers

InEK Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

ggf. gegebenenfalls

SGB Sozialgesetzbuch

u.a. unter anderem

usw. und so weiter

v.a. vor allem

WHO Weltgesundheitsorganisation

z.B. zum Beispiel

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

1. Einleitung

Fragestellung und Relevanz der Arbeit

Den Anlass zum Schreiben dieser Bachelor-Arbeit gab eine Anfrage des Klinikums Stuttgart. Dort wurde erreicht, dass Soziale Arbeit ein fester Bestandteil des palliativ-medizinischen Beratungsdienstes ist und eigens hierfür eine Konzeption erarbeitet.
Dies ist keine Selbstverständlichkeit, denn bisher existiert in Deutschland kein definiertes Profil für die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliative Care. Im Gegensatz zu angelsächsischen Ländern, in denen die Profession Soziale Arbeit im Palliative-Kernteam verankert ist, hat die Soziale Arbeit in Deutschland selten einen festen Platz im Kernteam. Sie ist deshalb in Gefahr, noch bevor sie sich bewährt, ihre Kompetenzen konstruktiv zum Einsatz gebracht und ihre Aufgabenbereiche gefestigt hat, von anderen Professionen (Pflege) verdrängt oder einzig auf die Sicherung von Sozialrechtsansprüchen reduziert zu werden.

Weil ich Soziale Arbeit im Palliative Care-Team für unersetzlich halte, möchte ich gerne mit meiner Arbeit deutlich machen, wie wichtig Soziale Arbeit im interdisziplinären Palliative Care-Team ist und was sie hier leisten kann. Hierzu werde ich die Kompetenzen der Profession Soziale Arbeit aufzeigen und diese auf die Aufgaben im Palliative Care-Team übertragen.
Ich habe den Eindruck, dass viele Professionen und Berufsgruppen im Krankenhausbereich nicht wissen, in welcher Breite die Profession der Sozialen Arbeit ausgebildet ist und deshalb deren Kompetenzen auf die *„... Klärung von Rechtsansprüchen zur Existenzsicherung“*, die *„... Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche“*, die *„... Organisation von Hilfen im häuslichen Umfeld“* und die *„... Vermittlung von Pflegeplätzen“* reduzieren (vgl. Deutsche Krebshilfe, 2008, 39). Weil wichtige Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit offensichtlich nicht bekannt sind, wird im Krankenhaus auch nicht viel mehr von unserem Berufsstand erwartet. Deshalb ist es mir wichtig, in dieser Arbeit Kernkompetenzen und Fähigkeiten der Sozialen Arbeit zu verdeutlichen.

Persönliche Motivation

Ich habe mich für dieses Thema entschieden, da ich mich bereits immer wieder in meinem Leben mit dem Thema Tod und Sterben auseinandergesetzt habe. Zum einen beschäftigte ich mich vor ca. 10 bis 15 Jahren intensiv mit dem Thema Nahtoderfahrungen und las Bücher von Dr. Raymond A. Moody, Dr. Elisabeth Kübler-Ross und anderen Autoren. Auch diesbezügliche Erfahrungen aus dem Bekanntenkreis wurden mir berichtet. Zum anderen tauchte ich vor knapp sieben Jahren nochmals ganz tief in die Thematik des

Sterbens ein, als mein Vater ganz plötzlich, innerhalb von drei Tagen, an den Folgen eines Schlaganfalls verstarb. Während dieser kurzen, sehr dichten, leidvollen und gleichzeitig unendlich kostbaren Zeit durfte ich erfahren, was es als Angehörige bedeutet, hoffend und nach jedem Strohhalm greifend, am Weiterleben des Versterbenden festzuhalten. Gleichzeitig durfte ich erkennen, dass es in dieser Situation nicht nur um meine Gefühle und um meinen Schmerz geht, sondern vor allem um den Weg meines Vaters. So reifte in mir die Erkenntnis, dass ich ihn – egal wohin sein Weg ihn führt – begleiten will. Dies war mir bis zu seinem letzten Atemzug gewährt und ich bin unendlich dankbar dafür.
In der darauffolgenden Zeit arbeitete ich ehrenamtlich in der stationären Hospizgruppe eines Pflegeheims mit, bis ich dann das Studium der Sozialen Arbeit beschritt, welches ich mit dieser Arbeit teilweise abschließe. Ich spürte den großen Unterschied zwischen der Begleitung Sterbender als Angehörige und als ehrenamtliche Mitarbeiterin im Pflegeheim. Als Angehörige verband mich so Vieles mit meinem Vater. Meine Familie und ich konnten so viele gemeinsame Lebenspassagen Revue passieren lassen. Dieser Hintergrund fehlte mir als ehrenamtliche Mitarbeiterin völlig, was ich sehr schade fand. Meist waren die Sterbenden zum Zeitpunkt meines Einsatzes bereits nicht mehr ansprechbar, so dass keine verbale Kommunikation möglich war. So konnte ich die Bedürfnisse meines jeweiligen Gegenübers oft nur erahnen.

Rückblickend durfte ich sowohl aus der Angehörigen-Perspektive, als auch aus der Perspektive der ehrenamtlichen Mitarbeiterin im Pflegeheim Erfahrungen mit dem Sterben machen und zu der Erkenntnis gelangen, wie wichtig Angehörige im Sterbeprozess sind.
Aus diesen Gründen ist es mir persönlich ein Anliegen, möglichst viele Angehörige in den Sterbeprozess zu integrieren, sie zu ermutigen, sich auf diesen Prozess einzulassen, sie an das Geschehen heranzuführen und sie darin zu begleiten.

Meines Erachtens sind Sterben und Tod ein fester Bestandteil unseres Lebens und untrennbar mit unserem Leben verbunden. Persönlich habe ich die Erfahrung gemacht (und mache sie im Moment wieder), dass ich einen Gewinn daraus ziehe, wenn ich mich mit dem Thema Tod und Sterben beschäftige: Indem ich mir die Begrenzung meines eigenen Lebens vergegenwärtige, lebe ich bewusster in der Gegenwart. Jede Sekunde meines Lebens gehe ich unweigerlich meinem Sterben entgegen. Diese Erkenntnis macht jeden Moment meines Lebens kostbar und unwiederbringlich - zu schade, ihn unbewusst verstreichen zu lassen. Meine gesamte Haltung zum Leben wandelt sich, je mehr mir dessen Begrenzung bewusst wird.

Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in acht Kapitel unterteilt. In der Einleitung stelle ich Fragestellung und Relevanz der Arbeit vor. Ich beschreibe meine persönliche Motivation und erkläre den Aufbau der Arbeit. In Kapitel 2 zeige ich auf, wie zu verschiedenen Zeiten mit Tod und Sterben

umgegangen wurde und was sich heute im Vergleich dazu verändert hat. Dann werde ich in Kapitel 3 der Frage nachgehen, was Menschen benötigen, wenn sie sterben und in Kapitel 4 mögliche Antworten aufzeigen, wie diesen Bedürfnissen entsprochen werden kann. Hier stelle ich u.a. Elisabeth Kübler-Ross und die von ihr entwickelten Sterbephasen sowie Palliative Care vor. In Kapitel 5 definiere und beschreibe ich den Begriff Palliative Care, gehe auf dessen historische Entwicklung ein und stelle die unterschiedlichen Palliative Care-Angebote in Deutschland kurz dar. Ich konzentriere mich dann in Kapitel 6 auf die Palliative Care-Arbeit im Krankenhaus, zeige Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen auf, stelle die Sozialarbeit im Krankenhaus vor, um dann Palliative Care-Angebote im Krankenhaus zu beschreiben. Anschließend stelle ich die Berufsgruppen im Palliative Care-Team vor, grenze deren Aufgabenbereiche und Kompetenzprofile kurz ab und münde dann in Kapitel 7 in der Beschreibung der Kernkompetenzen Sozialer Arbeit und den konkreten Aufgaben der Sozialen Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus in der Arbeit mit Betroffenen, Angehörigen und sowohl innerhalb, als auch außerhalb des Teams. Das Kapitel 8 schließt die Arbeit mit einem Fazit ab.

In meiner Arbeit verwende ich bewusst die Bezeichnung 'Palliative Care', da der Begriff Palliativmedizin lediglich den medizinischen Bereich abdeckt und der Begriff Palliativpflege sich auf den Bereich der Pflege beschränkt. Palliative Care berücksichtigt meines Erachtens alle Berufsgruppen des interdisziplinären Teams gleichermaßen und hebt nicht eine Profession besonders hervor. Infolge meiner Recherchen konnte ich feststellen, dass es bezüglich der Begrifflichkeiten oft Verwirrungen gibt. So wird beispielsweise in der deutschen Übersetzung der *„Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung“*, welche durch das Ministerkomitee am 12.11.2003 bei der 'Versammlung der Ständigen Vertreter der Außenminister des Europarats' verabschiedet wurde, der ursprüngliche Begriff 'Palliative Care' mit 'Palliativmedizin' und 'Palliativpflege' übersetzt, was meines Erachtens sehr verkürzt ist und nur einen Ausschnitt von Palliative Care darstellt.

Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen,
auf dass wir klug werden. (Psalm 90, 12)

2. Umgang mit Sterben und Tod

Definition Sterben und Tod:
Aus einer Vielzahl von Definitionen, welche hauptsächlich in der medizinischen Literatur zu finden sind und unterschiedliche Aspekte beinhalten, habe ich mich für die Definition des Nationalen Ethikrates (2006, 4) entschieden, weil sie mir als die einfachste von allen erschien, und mir diese für meine folgenden Ausführungen sehr passend erschien: *„Der Tod ist das Ende eines Lebens, und Sterben ist die letzte Lebensphase vor dem Tod.“*
Sterben und Tod sind feste Bestandteile unseres Lebens. Da damit jedoch überwiegend

negative Empfindungen, wie Leid und Trauer verbunden sind, wird die Thematik aus unserem Alltag meist ausgegrenzt und im wahrsten Sinne des Wortes totgeschwiegen. Im Innersten auf unsere Unsterblichkeit hoffend, verdrängen wir das Ende des Lebens und sind bei einer akut auftretenden Berührung mit dem Tod meist überfordert.

Es gab immer wieder Epochen, die sich mit ungeheurem Aufwand auf das Sterben und das Leben nach dem Tod vorbereiteten. Sehr beeindruckend war die altägyptische Hochkultur, welche sich beinahe ruiniert hat, in ihrem Bestreben, das Weiterleben nach dem Tod auf möglichst hohem Niveau zu sichern. Laut Student u.a. (2007, 133) hat kaum ein Volk *„... so viel Kraft, Energie, Intelligenz und Ressourcen in das Thema der Todesbewältigung investiert wie die Ägypter“*.

Auch das im achten Jahrhundert entstandene Tibetische Totenbuch aus dem Buddhismus stellt eine Art Leitfaden für den rechten Umgang mit dem Sterben dar. Den Verstorbenen wurden Texte ins Ohr geflüstert, als Wegweisung für die Erlösung und Wiedergeburt. Den Lebenden bot dieses Ritual zugleich einen Weg für spirituelle Erfahrungen.

Im christlichen Abendland entstand im Mittelalter die Ars-moriendi-Literatur, welche, entsprechend den damaligen religiösen Vorstellungen, ein Ringen um die menschliche Seele zwischen den Mächten der Finsternis und denen des Lichts im Sterbeprozess eines jeden Menschen beschreibt. Die Sterbephasen werden hier in festgelegten Stufen dargestellt und für ungebildete Menschen auf Holzschnitten verbildlicht (vgl. Student u.a., 2007, 134 / Metken, 1984, 73). Eine der wichtigsten Handlungen war derzeit, den Priester als wirksamen Mitstreiter beim Ringen um die Seele des Sterbenden ans Krankenbett zu holen, wenn die Krankheit eine bedenkliche Wendung nahm. Er nahm die Sterbesakramente (Beichte, Kommunion und letzte Ölung) vor. Bis zur Beerdigung wurden Tote zu Hause aufgebahrt. Während dieser Zeit war es üblich, die Toten zu besuchen und für sie zu beten. Bis tief in die Nacht wurde Totenwache gehalten (vgl. Metken, 1984, 79). Das Ritualisieren des Sterbens half, Angst zu bewältigen.

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts fand das Sterben hauptsächlich in der Familie statt: mitten im Familienalltag. Lag ein Mensch im Sterben, kamen Freunde, Nachbarn, Verwandte usw., um sich zu verabschieden. Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) berichtet in ihrem Buch *„Interviews mit Sterbenden“* (1989, 12f) aus ihrer Kindheit vom Tod eines Bauern, welcher vom Baum fiel und tödlich verletzt wurde und dessen einzige Bitte, daheim sterben zu dürfen, sofort erfüllt wurde. Vom Bett aus ordnete er trotz großer Schmerzen ruhig seine Angelegenheiten. Er bat alle Familienangehörigen einzeln an sein Sterbebett und auch alle seine Freunde verabschiedeten sich dort von ihm. Auch Kinder durften an den Vorbereitungen der Familie und an ihrer Trauer teilnehmen. Nach seinem Ableben blieb der Bauer bis zu seiner Beerdigung in seinem Haus, welches er selbst gebaut und sehr geliebt hatte. Er blieb bei seiner Familie, nahe seinen Freunden und Nachbarn. Elisa-

beth Kübler-Ross vertritt in ihrem Buch die Ansicht, dass diese 'altmodische Sitte' zeigt, *„... wie man das unausweichliche Ende des Lebens würdig annehmen kann“ (1989, 13)*. Darüber hinaus hilft diese Sitte dem Sterbenden und seiner Familie, die sich mit seinem Verlust abfinden muss: der in seiner vertrauten Umgebung Sterbende braucht sich weniger anzupassen und seine Familie kann ihm letzte Dienste erweisen.

Jahrhundertelang durchlebten Jung und Alt gemeinsam in der Großfamilie immer wieder den Kreislauf von Geburt und Tod. Der französische Historiker Philippe Ariès spricht vom 'gesellschaftlich gezähmten Tod', der als individuelles Ereignis in die Gemeinschaft eingebunden, von einem verbindlich geregelten Ritual bestimmt und vom Beistand der Familie und Freunde begleitet wurde (Aries, 2005, 13f). Der Sterbende stand im Mittelpunkt. In manchen Bauernhäusern war noch bis in das vergangene Jahrhundert hinein ein bestimmtes Zimmer als Sterbezimmer vorbereitet: Ein Ort für das Sterben mitten im Leben.

Je mehr die Individualisierung und Pluralisierung in unsere Gesellschaft Einzug hielt, je mehr Kleinfamilien und Singelhaushalte und je mehr regionale Krankenhäuser und Pflegeheime es gab, umso mehr wurden Sterben und Tod institutionalisiert, isoliert und den Blicken der Öffentlichkeit entzogen. Nach und nach wurde das Sterben aus unserem Leben ausgegliedert und tabuisiert.

Während Anfang des 20. Jahrhunderts noch rund 80% aller Menschen zu Hause in der Geborgenheit des gewohnten Umfelds starben, sterben heute ca. 70 bis 90 % aller Menschen in Deutschland in Institutionen (Krankenhaus, Pflegeheim), obwohl laut Umfragen etwa 80 bis 90 % aller Befragten sich wünschen, zu Hause zu sterben (vgl. Friedrich, 2006 in Student/Napiwotzky, 2007, 176). So sterben laut Aussage von Student/Napiwotzky (2007, 176) etwa die Hälfte der Menschen (zwischen 50 und 58 %) im Krankenhaus, wobei das Krankenhaus jedoch eigentlich als Ort betrachtet wird, an dem Menschen wieder gesund gemacht werden, und der Tod dort oft auch heute noch als 'Niederlage' erlebt wird. Zwischen 18 und 30 % der Menschen sterben in Pflegeheimen.

So ist Sterben in unserer westlichen Welt immer mehr in professionelle Hände übergegangen. Zum großen Teil findet es in Institutionen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen statt. Diese Institutionalisierung vermeidet Berührung mit Sterbenden, isoliert Sterbende und schafft somit Distanz, welche jedoch laut Student u.a. (2007, 13) *„... die Angst vor dem so Unbekannten steigert“* und das Vermeidungsverhalten verstärkt. Jedoch gelten innerhalb der Institutionen dieselben Tabus wie in der Öffentlichkeit. So sind z.B. Pflegende und Ärzte in den Krankenhäusern oft nicht in der Lage, Menschen in ihrer letzten Lebensphase angemessenen Beistand zu geben. Sie verbergen ihre eigenen Ängste, versuchen, sich nichts anmerken zu lassen und weichen den Sterbenden aus, um ihre Hilflosigkeit nicht preis zu geben. Bei diesen Patienten wird oft die technische Seite der Pflege bis zur Perfektion durchgeführt. Patienten werden versachlicht und zum Gegen-

stand erklärt, um sich vor unbequemen Gedanken zu schützen. Auch dies schafft Distanz.

Für viele moderne Menschen ist der Umgang mit Sterben und Tod sehr schwierig geworden. Angehörige sind oft verunsichert. Während in früheren Zeiten Rituale halfen, Angst zu bewältigen, sind diese in unserer modernen Gesellschaft abhanden gekommen, bzw. wurde es versäumt, diese Rituale sinnvoll zu erneuern und der Gegenwart anzupassen.

So wird in unserer modernen Gesellschaft sehr ambivalent mit Sterben und Tod umgegangen: Einerseits werden wir täglich mit weltweiten Todesnachrichten infolge von Terroranschlägen, Kriegen, Naturkatastrophen und Unfällen durch Tageszeitungen, Nachrichtensendungen und sonstige Medien konfrontiert. Ebenso wird in Spielfilmen, Fernsehserien und Kinovorstellungen das Sterben und der Tod in allen Varianten inszeniert und visualisiert. Somit ist uns der Tod medial allgegenwärtig.
Andererseits haben wir, wie bereits oben erwähnt, im realen Leben immer weniger Berührung mit dem Thema Sterben und Tod. Es wird aus unserem Leben verdrängt, erscheint uns fremd und wird tabuisiert. Neben Individualisierung, Pluralisierung und Institutionalisierung ist dies auch eine Folge des allgemeinen Anstiegs der Lebenserwartung. Durch diesen Anstieg erleben zahlreiche Menschen erst spät den erstmaligen Verlust eines Familienangehörigen (auch ich persönlich war erstmals im Alter von 35 Jahren mit dem Tod meines Vaters konfrontiert).

Weiter erscheint in unserer modernen Medizin vieles als machbar. Organe werden transplantiert, künstliche Gelenkteile eingesetzt, Herzklappen ausgetauscht und – ist ein Mensch nicht mehr in der Lage, Nahrung zu sich zu nehmen - Sondennahrung zugeführt, was tatsächlich dazu geführt hat, dem Leben mehr Tage abzugewinnen. So ist es nicht verwunderlich, dass die moderne, kurativ ausgerichtete Medizin, welche das Ziel verfolgt, Leben zu erhalten, wie bereits oben erwähnt, Tod und Sterben als therapeutische Niederlage empfindet.

Letztendlich erfolgt dann auch die Weiterversorgung von Verstorbenen sehr diskret über Bestattungsinstitute, was wiederum das Vermeidungsverhalten bestärkt.

Wie bereits oben erwähnt, halfen Rituale beim Sterben, Angst zu bewältigen. In unserer modernen pluralistischen individualisierten Gesellschaft sind diese Rituale abhanden gekommen, bzw. wurde es versäumt, diese Rituale sinnvoll zu erneuern und der Gegenwart anzupassen. Dies mag eine Erklärung dafür sein, warum früher der plötzliche, unvorbereitete Tod gefürchtet war und als Strafe gesehen wurde, während heute mehr als 80% der Menschen schnell und plötzlich sterben möchten (Deutsche Hospiz-Stiftung, Emnid-Umfrage 2003, 6f). Doch die Realität des Sterbens sieht anders aus: 95 % der Menschen sterben an Krankheiten – erleben also eine Zeit des Sterbens.

Aufgrund neuer Todesursachen und medizinischer Möglichkeiten der Lebensverlängerung

gestaltet sich das Sterben heute für viele Menschen zu einer eigenen Lebensphase, welche besondere Chancen, aber auch Probleme beinhaltet. Während um 1900 Infektionskrankheiten (mit einem relativ schnellen Sterben) die Haupttodesursache darstellten, überwiegen heute langwierige chronische und degenerative Leiden, wie z.B. Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. So machten diese Erkrankungen laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2007 in Deutschland knapp 70% aller Sterbefälle aus: Herz-Kreislauferkrankungen 43,4% und Krebserkrankungen 26,3%. (Statistisches Bundesamt, 2009b, 2.1.3). Diese letzte Lebensphase kann – je nach Gestaltung – eine große Last oder auch eine Erfüllung sein. Auf jeden Fall ist sie ein Teil des Lebens.

Laut Student u.a., (2007, 13f) *„... ist es für ein gelingendes Leben wichtig, sich* (mit Gedanken an den eigenen Tod) *auseinander zu setzen* (und) *unterscheidet das Bewusstsein von der eigenen Sterblichkeit den Menschen vom Tier...".* Darüber hinaus macht es *„...einen Teil der menschlichen Würde aus (...), in dieser Erkenntnis zu handeln"*. Das Sterben als letzte Wegstrecke des Lebens *„... gehört (...) zur Fülle des menschlichen Lebens"* . Die Befindlichkeit in dieser Phase ist mitunter von begrenzt gestaltbaren bio-psycho-sozialen Faktoren abhängig.

> *„Das Verdrängen des Todes im doppelten Sinne, lebensweltlich in Institute und mental in einer Abwehrhaltung, wirkt sich zwangsläufig auch auf den Prozess aus, der zum Tod führt, also das Sterben und sogar auf die Zurückbleibenden und ihre Trauer. Sterben, Tod und Trauer betreffen als die vielleicht letzten Tabus der Moderne aber Menschen, die gerade in diesen Grenzsituationen ganz besondere Unterstützung brauchen. Dies ist eine Aufgabe, (...) mit der auch die berufliche Soziale Arbeit konfrontiert ist"* (Student u.a., 2007, 13).

Auch die Trauer wurde gemäß Student u.a. (2007, 135) im 20. Jahrhundert abgeschafft. Die Gesellschaft ruft Hinterbliebene baldmöglichst wieder in die so genannte Normalität zurück. Trauer ist im Alltag nicht mehr sichtbar. *„Wo das Sterben und der Sterbende keinen Raum mehr haben, hat auch die Trauer ihren Platz verloren"*.

Demgegenüber ist laut Gerd Göckenjan, Professor für Gesundheitspolitik an der Universität Kassel, die Verdrängung und Tabuisierung von Sterben und Tod in unserer modernen Gesellschaft *„... eine ältere, noch weit verbreitete Sichtweise..."* und *„... eine zweifelhafte Diagnose"*. Seiner Meinung nach ist es richtiger, *„... dass Sterben und Tod heute stärker als in der Vergangenheit private Ereignisse sind, die nach den Anstandsregeln der Privatheit kommuniziert werden und keinen öffentlichen Pflichten unterliegen.*" Er gibt an, dass zum Thema Sterben in unserer Gesellschaft sehr viel gesagt wird, und dass dieses Thema ein *„... weithin besprochenes: ein öffentliches Thema"* sei (Göckenjan, 2008, 7f).

Meines Erachtens ist durch die Hospiz- und Palliativbewegung in Deutschland das Thema Tod und Sterben tatsächlich zum öffentlichen Thema geworden. Jedoch habe ich den persönlichen Eindruck, dass es hierbei immer um das Sterben 'von anderen' geht, weniger um die eigene Auseinandersetzung mit der Thematik, denn oft herrscht vor Ort in betroffe-

nen Familien weiterhin eine große Sprachlosigkeit und Unsicherheit. So habe ich mich z.B. erst vor Kurzem mit einem Witwer unterhalten, welcher seiner krebskranken Ehefrau bis zum Schluss versicherte, dass sie wieder gesund werden würde, obwohl die Ärzte ihm keine Hoffnungen mehr machten. Ich empfand das so schade, denn ich bin überzeugt, jeder der beiden Ehepartner, die sich liebten und auf ein langes gemeinsames Leben zurückblicken konnten, ahnte bzw. wusste, dass der Tod unausweichlich bevorsteht. Jeder litt allein im Stillen für sich, aber keiner fand diesbezüglich den Zugang zum Anderen, um sich offen mitzuteilen. Hier, meine ich, kann Soziale Arbeit gute Dienste erweisen, um Familienangehörige miteinander ins Gespräch zu bringen und Blockaden aufzuheben. Auf diesen Sachverhalt werde ich in Kapitel 7.2 näher eingehen.

Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht.
Das ist das Geheimnis der Fürsorge.
Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu denken,
wir könnten anderen Menschen helfen. Jemandem zu helfen impliziert,
dass wir mehr verstehen als er, aber wir müssen zunächst verstehen, was er versteht.
(Søren Kierkegaard)

3. Was brauchen Menschen, wenn sie sterben ?

Die meisten Menschen wünschen sich, gesund alt zu werden und in Frieden zu Hause sterben zu können. Doch leider ist vielen die Erfüllung dieses Wunsches nicht gewährt, denn die gestiegene Lebenserwartung geht oft einher mit einer Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen. Es entstehen langwierige Sterbeverläufe und die Übergänge zwischen Behandelbarkeit und Sterbeprozess sind nicht mehr klar abzugrenzen. Mittels Intensivmedizin wird Leben maximal verlängert. Hier verwundert es nicht, dass den modernen Menschen die Angst vor dem Sterben mehr zu bedrängen scheint, als der Gedanke an den Tod. Sterbephasen können qualvoll verlaufen oder auch eine Erfüllung sein. Laut Student u.a. (2007, 14) ist dies abhängig von den jeweiligen Umständen, welche begrenzt beeinflussbar sind. Um ein erfülltes Sterben zu ermöglichen, ist es nötig, die jeweiligen Umstände bestmöglich zu gestalten. So müssten z.B. den psychosozialen Bedürfnissen der sterbenden Menschen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, vor allem, wenn Apparatemedizin menschliche Nähe und Zuwendung immer mehr verdrängt und einsames Sterben zu Folge hat.

Gemäß Student u.a. (2007, 14) ist menschenwürdiges Sterben sowohl von der Person des Sterbenden, als auch von gesellschaftlichen und fachlichen Voraussetzungen abhängig. In der Bundesrepublik Deutschland stirbt jährlich ca. 1% der Bevölkerung, das sind 827.155 Todesfälle (Statistisches Bundesamt, 2009a, 54). Jeder Mensch wird früher oder später in seinem Leben mit Tod und Sterben konfrontiert. Um die Voraussetzungen für menschenwürdiges Sterben schaffen zu können, ist es von großer Wichtigkeit, die Bedürfnisse von Sterbenden in Erfahrung zu bringen.

Allgemein

Sterbende Menschen haben oft ein langes körperliches und seelisches Leiden durch eine Krankheit hinter sich (z.B. Krebs- und Herz-Kreislauferkrankungen). Meist ging dieses Leiden mit Unmündigkeit einher, da Abläufe und Entscheidungen weitgehend von Außen bestimmt wurden: Institutionen wie Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken oder Pflegeheime regeln den Tagesablauf, Ärzte bestimmen als Experten Behandlung und Therapieabläufe und Angehörige kümmern sich um die Versorgung zu Hause. Im Sterben verändern sich jedoch Wünsche an das Leben und damit auch an die Helfer/-innen. In dieser Situation gilt es, diese Wünsche wahrzunehmen und auch ernst zu nehmen. Sterbende möchten so sterben, wie jeder gerne auch leben möchte: Selbstbestimmt. Deshalb sollten die Wünsche Sterbender die entscheidende Richtschnur für eine Sterbebegleitung sein.

Christoph Student beschreibt vier Gruppen von Wünschen Sterbender, welche den vier Dimensionen des Lebens (soziale, körperliche, psychische und spirituelle) entsprechen (vgl. Student, 2005, 1f):

1. Der wichtigste Wunsch entspricht der sozialen Dimension unseres Seins: „Ich möchte nicht alleine sterben“. Sterbende möchten nicht isoliert, sondern von nahestehenden Menschen umgeben sein.
2. Die zweite Gruppe der Wünsche lautet: „Ich möchte ohne Schmerzen sterben“ und entspricht der körperlichen Dimension unserer Existenz.
3. „Ich möchte Dinge noch zu Ende bringen dürfen“ wird als dritthäufigster Wunsch angegeben, welcher sich auf die psychische Dimension bezieht. Sterbende Menschen möchten genügend Zeit haben, um noch unerledigte Dinge regeln und klären zu können.
4. In der spirituellen Dimension wird letztendlich die Sinnfrage gestellt. Eine mögliche Formulierung dieses Wunsches könnte folgendermaßen lauten: „Ich brauche Menschen, die es aushalten, wenn ich jetzt alles infrage stelle“. Sterbende Menschen brauchen zuhörende Begleiter, die offene Fragen aushalten können, keine schnellen Antworten geben und nicht davon laufen.

Der Arzt Christoph Hufeland (1762-1836) stellte bereits Anfang des 19. Jahrhunderts die Bedürfnisse Sterbender sehr treffend dar: *'Es ist die vornehmste Pflicht des Arztes, die Kardinalsymptome des Leidens: Schmerz, Angst, Unruhe und Durst prompt und dauerhaft zu lindern und den Sterbenden Trost, Erleichterung und Erhebung des Gemütes zu verleihen'* (Andreae u.a. 2006, 127). So sind die wichtigsten Bedürfnisse Sterbender damals wie heute :

- Linderung körperlicher Beschwerden
- Nähe und Unterstützung durch Freunde und Angehörige
- religiöse bzw. spirituelle Handlungen

Darüber hinaus möchten, Umfragen zufolge, etwa 90 % der befragten Menschen daheim in der vertrauten Umgebung sterben, wobei dies in den Städten kaum mehr als 10 % vergönnt ist (vgl. Lützenkirchen 2003, 20 in Student u.a., 2007, 26).

Speziell

Bedürfnisse von sterbenden Menschen unterscheiden sich in vielfältiger Art und Weise. So macht es einen großen Unterschied, in welchem Alter ein Mensch stirbt. Ist jemand alt, gebrechlich und lebenssatt oder noch jung, gar noch ein Kind, welches sein Leben noch vor sich hätte. Steht jemand mitten im Leben, hat neben Beruf noch Haushalt und Kinder zu versorgen oder ist jemand frühpensioniert und alleinstehend. Weiter macht es einen Unterschied, welcher Kultur ein Mensch angehört, in welcher Lebenslage er sich befindet oder ob er behindert oder demenzerkrankt ist. Letztendlich unterscheiden sich auch Männer und Frauen in ihren Bedürfnissen. Wer im Krankenhaus mit sterbenden Menschen zusammenarbeitet, wird einer großen Vielfalt von Bedürfnissen gegenüberstehen.

So haben ältere Menschen (geriatrische Patienten) besondere Bedürfnisse im Zusammenhang mit Nebenerkrankungen und Medikamentenunverträglichkeiten.

Kinder mit lebensbedrohlichen Erkrankungen haben neben dem Anrecht auf Erziehung und Spiel ebenfalls spezifische Bedürfnisse. Sie wachsen ununterbrochen: Physisch, emotional und intellektuell. Dabei wachsen auch ihre Kommunikationsfähigkeiten und die Auffassungsgabe für Gesundheit und Sterben/Tod. Hier wird eine altersgerechte Unterstützung benötigt. Sozialpädagogische Methoden erleichtern den Zugang zu Kindern und Jugendlichen und die Zusammenarbeit mit ihnen.

Inzwischen wird auch vermehrt auf die Bedürfnisse von sterbenden Menschen mit Migrationshintergrund geachtet. Laut Statistischem Bundesamt (2009a, 7) betrug im Jahr 2007 die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland 15,4 Millionen. Das sind 18,7% der Bevölkerung. Dieser Bevölkerungsanteil stellt allerdings keine homogene Gruppe dar, sondern eine multikulturelle, in welcher unterschiedliche Kulturen, Religionen und Glaubensrichtungen gelebt werden. Um diesen Bevölkerungsgruppen gerecht zu werden, wäre es sinnvoll, wenn Berufsgruppen, welche mit sterbenden Menschen arbeiten, ein Grundwissen über die unterschiedlichen Aspekte der jeweiligen Glaubensrichtungen, Traditionen und Sterberituale hätten. Die evangelische Kirche im Rheinland hat das Handbuch *„Die wichtigsten Religionen und Weltanschauungen. Ein Leitfaden für Mitarbeitende im Krankenhaus, in Einrichtungen der Altenhilfe und Hospiz“* zum kostenlosen Download ins Internet gestellt (www.ekir.de/ekir/559_41450.php /23.07.09), welches eine Orientierungshilfe bieten kann. Auch ein multikulturelles Versorgungsteam wäre denkbar.

Frauen und Männer zeigen aufgrund ihrer jeweiligen Sozialisation ein unterschiedliches Rollen- und Gesundheitsverhalten. Gibt es auch ein unterschiedliches Sterbeverhalten?

Auch wenn diese Frage zu kurz greift, wirken laut Sigrid Beyer gesellschaftliche Konstrukte von Weiblichkeit und Männlichkeit bis in den Tod. Sigrid Beyer geht dieser Genderfrage sowohl in ihrem Buch *„Frauen im Sterben. Gender und Palliative Care“* (2008) nach, als auch in ihrem, in der Fachzeitschrift *„Dr. med. Mabuse“* veröffentlichten Artikel *„Frauen im Sterben. Die Kategorie Geschlecht in der Sterbebegleitung“*, welcher im Mai 2009 erschien.

Darüber hinaus haben sterbende Menschen mit Behinderungen oder mit Demenzerkrankungen und noch viele weitere spezielle Gruppen von sterbenden Menschen besondere Bedürfnisse und offene Problemstellungen, die es zu untersuchen gäbe, was jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Letztendlich bin ich der Meinung, dass die Bedürfnisse sterbender Menschen genauso vielfältig sind, wie die Bedürfnisse von Menschen, die mitten im Leben stehen, und dass es gilt, diese individuellen Bedürfnisse achtsam wahrzunehmen, darauf einzugehen und möglichst zeitnah zu befriedigen.

Sterben stellt in erster Linie eine Lebensphase dar, *„... die die menschliche Existenz charakterisiert. Lebensphasen wie Schwangerschaft und Geburt, Kindheit und Heranwachsen, Altern und Sterben sind krisenhafte Zeiten, oftmals schmerzhafte Zeiten; es sind aber auch Zeiten, die Reifung und inneres Wachstum ermöglichen – kurz gesagt, Entwicklungsschritte im Leben“* (Christensen/Harding, 1985 in: Student u.a., 2007, 36). Da, wie bereits in Kapitel zwei genannt, in unserer modernen Zeit hilfreiche Rituale zur Bewältigung dieser Krisenzeiten verloren gegangen sind, wird vermehrt eine ganzheitliche Unterstützung benötigt, die weit über medizinische Bereiche hinausgeht und den ganzen Menschen im Blick haben muss, denn Sterben ist *„... ein höchst persönlicher und (...) sozialer Prozess, der Raum, Zeit und sensible Begegnung braucht“* (Student u.a., 2007, 14).

Angehörige

Die Konfrontation mit der Diagnose einer unheilbaren, zum Tod führenden Erkrankung trifft jedoch nicht nur die jeweiligen Betroffenen, sondern auch deren Angehörige. Wie beim Erkrankten selbst, sind auch ihre Reaktionen geprägt durch ihre Persönlichkeit, ihre Lebensumstände, ihre Eigenart, ihr Alter, ihre Kultur, ihre Biografie, ihr Geschlecht, ihre Sozialschicht und ihren Rollen, welche sie innehaben. Angehörige müssen sich genauso mit der neuen Situation auseinandersetzen wie Betroffene selbst. Sie sind sozusagen indirekt betroffen. Auch sie haben Bedürfnisse und benötigen Unterstützung. Oft stellen sie ihre eigenen Bedürfnisse hinter jene des direkt Betroffenen zurück. Ihre Befindlichkeit korreliert stark mit jener des direkt Betroffenen.

Angehörige und Freunde von Sterbenden sind auf mehreren Ebenen betroffen. Sie leiden mit dem Sterbenden, trauern um den Verlust (bereits auch gedanklich vorweg) und kommen gleichzeitig mit ihrer eigenen Sterblichkeit und den damit verbundenen Unsicherheiten und Ängsten in Berührung. Sie haben als Bezugspersonen besondere Aufgaben und

Anforderungen zu erfüllen, kommen hier jedoch selbst oft an ihre Grenzen und benötigen selbst dringend Unterstützung. Somit sind sie zugleich Helfende, als auch Hilfebedürftige. *„Angehörige, die den nahen Tod eines geliebten Menschen vor Augen haben, werden insbesondere von vier Arten der Angst gequält, die denen der Sterbenden sehr ähnlich sind:“* (Student/Student, 1999, 171ff in Student u.a., 2007, 55).

(1) Angst vor der Ungewissheit

Wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, ist das Sterben heute meist aus dem Alltag ausgegliedert. Daher fehlen Angehörigen meist Alltagskenntnisse und Verhaltensmuster, wenn ein Familienmitglied stirbt. Eine häufige Folge ist, dass das Thema Tod und Sterben von beiden Seiten aus Unsicherheit und vermeintlicher Rücksichtnahme ausgeklammert wird, was zu einer vorzeitigen Trennung führt und beide Seiten in die Isolation treibt.

(2) Angst vor dem Leiden

Meist wird Sterben mit Schmerzen in Zusammenhang gebracht. Angehörige kann es an ihre äußersten Grenzen bringen, hilflos zusehen zu müssen, wie Sterbende an qualvollen Schmerzen leiden. Häufig sehen sie in der Distanzierung zum Sterbenden ihre einzige Möglichkeit, die Situation zu bewältigen.

(3) Angst vor Verlusten

Es ist ein schmerzhafter Verlust, wenn ein Familienmitglied stirbt. Jedoch werden bereits häufig im Sterbeprozess Trennungen und Verluste erlebt; z.B. wenn sich Ärzte von Sterbenden und deren Familien zurückziehen, weil die Patienten 'austherapiert' sind und deshalb nichts mehr für sie getan werden kann.

(4) Angst vor Versagen

Das Gefühl des Versagens gehört zum normalen Trauerprozess und lässt sich nicht rational beseitigen.

4. Mögliche Antworten, wie den Bedürfnissen Sterbender und Angehöriger entsprochen werden kann

Im letzten Kapitel wurde festgestellt, dass die Wünsche Sterbender die entscheidende Richtschnur für eine Sterbebegleitung sein sollte. Selbstbestimmung und Autonomie sollten in der Sterbebegleitung eine prioritäre Rolle spielen. Die von Christoph Student beschriebenen vier Gruppen von Wünschen Sterbender, welche den vier Dimensionen des Lebens entsprechen (soziale, körperliche, psychische und spirituelle) sollten in der Zusammenarbeit mit sterbenden Menschen nicht aus dem Blickfeld geraten.

Elisabeth Kübler-Ross beschreibt in ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“ (1971, 14f) die Einsamkeit von sterbenden Menschen und den mechanisierten und unpersönlichen Umgang mit ihnen. Sie schreibt über einen Patienten: *"Vielleicht sehnt er sich nur danach, daß (sic!) ein einziger Mensch einmal einen Augenblick bei ihm stillhält, damit er ihm eine*

einzige Frage stellen kann - doch ein Dutzend Leute macht sich rund um die Uhr an ihm zu schaffen, kümmert sich um seine Herz- und Pulsfrequenz, um Elektrokardiogramm und Lungenfunktionen, um seine Sekrete und Exkremente - nur nicht um ihn als Persönlichkeit." In diesem Beispiel wird offensichtlich der Schwerpunkt auf die körperliche Dimensionen des Lebens verlagert und sämtliche anderen Dimensionen ausgeklammert.

Jedoch spielen nicht nur die vier Gruppen von Wünschen Sterbender eine Rolle, um deren Bedürfnissen gerecht zu werden. Elisabeth Kübler-Ross setzte sich Mitte der sechziger Jahre an die Betten von sterbenden Menschen, führte Befragungen durch und erkannte ein Fünf-Phasen-Modell des Sterbens, welches dazu beitragen kann, Reaktionen von Sterbenden zu verstehen. Für Begleitende kann dies hilfreich sein, um Verständnis für die jeweiligen Reaktionen von Betroffenen zu entwickeln und entsprechend empathisch darauf einzugehen. So erlangen sie z.B. Einsicht darüber, dass sich aggressive Betroffene, welche ihr Umfeld stark kritisieren und vor den Kopf stoßen, in einer Phase befinden, in der sie Begleitung am dringendsten benötigen. Dieses Wissen kann Begleitern helfen, sich gegenüber verletzender und anklagender Worte Betroffener abzugrenzen. Es kann sie dazu befähigen, dem Betroffenen dennoch weiterhin hilfreich zur Seite zu stehen. Elisabeth Kübler-Ross veröffentlichte ihre Beobachtungen des äußeren Sterbeprozesses in ihrem Bestseller „Interviews mit Sterbenden". Es ist zu beachten, dass die fünf Sterbephasen Modellcharakter haben. Nicht alle Phasen des Sterbeprozesses verlaufen in exakter Abfolge - zum Teil stagnieren sie oder sie wechseln sich gegenseitig ab. Manche Prozesse werden teilweise auch mehrfach durchlaufen. *„Elisabeth Kübler-Ross gilt heute als Pionier der Sterbeforschung. Sie brach das Tabu um Sterben und Tod schon Ende der 60er Jahre weltweit auf"* (Jakoby, 2007, 60). Durch ihre bahnbrechenden Forschungen ist es Elisabeth Kübler-Ross gelungen, das Tabu des Todes als Erste nachhaltig zu brechen. Dies hat vielen Anderen den Mut gegeben, es ihr gleichzutun. Im Folgenden werden die fünf Sterbephasen kurz skizziert:

Fünf Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross (1971, 41ff)

Erste Phase: **Nicht-wahrhaben-Wollen**

Wird ein Mensch mit einer tödlichen Diagnose konfrontiert, löst dies in der Regel einen tiefen Schock bei ihm aus. Er lehnt sich zunächst gegen diese lebensbedrohliche Realität auf und reagiert mit Verleugnung und Verdrängung. Er will nicht wahrhaben, dass er sterben wird. Manche Menschen verlieren den Halt und sind wie gelähmt, während andere den Kopf in den Sand stecken, die Diagnose ignorieren und krampfhaft so weiterleben, als wäre nichts geschehen. Diesen Menschen wird die alltägliche Routine zum einzigen Halt in einer Welt, die von Grund auf ins Wanken geraten ist. Andere Menschen wiederum klammern sich an den Gedanken, dass der Arzt sich irrt und pilgern von Arzt zu Arzt, um diesen Irrtum aufklären zu lassen. Oft sind die Betroffenen Stimmungsschwankungen un-

terworfen. Für Begleitende ist es wichtig, Betroffenen ihre Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Sie sollten Betroffene ihre Meinung äußern lassen, ihnen zuhören - jedoch nicht werten und widersprechen. Allerdings sollten sie Betroffene in ihrer Verleugnung auch nicht bestärken.

Zweite Phase: **Zorn und Auflehnung**

Geben Betroffene das Verdrängen auf, steigen oft gewaltige Gefühle von Zorn, Groll, Wut, Neid und Angst in ihnen auf. Sie fragen sich, warum gerade ihnen dieses Schicksal widerfährt. Unerledigte Dinge des Lebens, die nun nicht mehr realisierbar sind, dringen ins Bewusstsein und gleichzeitig auch die Angst vor dem Tod. Dieses Gefühlschaos lässt Betroffene wütend und zornig werden. Oft kritisieren sie ihr Umfeld, sind unzufrieden und weisen Menschen Schuld zu. Sie sind in ihrem Verhalten unkalkulierbar. Dies ist die schwierigste Phase im Sterbeprozess. Angehörige fühlen sich oft vor den Kopf gestoßen und sind durch die häufig schwankenden Gefühle der Betroffenen verunsichert. Sind Betroffene in der Lage (oder werden sie in die Lage versetzt), sich ihrer Gefühle bewusst zu werden und sie zum Ausdruck zu bringen, wirkt sich dies äußerst positiv aus. Unbewältigter Schmerz, aufgestaute Wut, Hass und Zorn ihres bisher gelebten Lebens treten an die Oberfläche. Dies ist der Versuch, angesichts des nahenden Todes, mit sich selbst ins Reine zu kommen. Für Begleitende ist es in dieser Phase wichtig, Gesagtes nicht persönlich zu nehmen, sich - wissend um diese schwere Phase – abzugrenzen und trotzdem weiterhin Gesprächsbereitschaft und Verständnis zu signalisieren. In dieser schwierigen Zeit brauchen Betroffene die Begleitung am dringendsten.

Dritte Phase: **Verhandeln**

Neigt sich die 'Zorn-Phase' dem Ende zu, versuchen Betroffene, ihren unvermeidlich nahenden Tod durch Verhandeln hinauszuschieben. Sie versuchen, persönliche Dinge zu regeln und Unerledigtes zu Ende zu bringen. Oft sehnen sie sich nach Aussöhnung mit bestimmten Menschen und nach Bereinigung ihrer persönlichen Angelegenheiten. Manche Betroffene sind bereit, mögliche therapeutische Maßnahmen auszuschöpfen, um sich noch eine Lebensspanne abzutrotzen. In dieser Phase sind Betroffene meist kooperativ, aktiv, hoffnungsvoll und umgänglich. Begleitende sollten die Hoffnungen von Betroffenen zulassen, allerdings keine unrealistischen Hoffnungen wecken. Sie sollten weder die Strategien, noch die Inhalte des Verhandelns von Betroffenen werten – auch wenn Betroffene anders handeln, als dies Begleitende für richtig halten.

Vierte Phase: **Depression**

Während dieser Phase erkennen Betroffene, dass sie unabwendbar sterben werden. Diese Erkenntnis verursacht Traurigkeit und Depression. Alle vergangenen Verluste, Versäumnisse und Unterlassungen des Lebens werden betrauert. Sie erkennen, dass ihnen nur noch wenig Zeit bleibt, um Unerledigtes zu bereinigen. Ihnen wird klar, dass sie alles zu-

rücklassen müssen, was ihnen im Leben etwas bedeutet hat und blicken dem unausweichlichen Tod ins Gesicht. Während manche Betroffene verhärten, sehnen sich andere wiederum nach Aussöhnung. Begleitende sollten die Traurigkeit, die Depression und die Tränen der Sterbenden zulassen. Sie sollten nicht versuchen, die Situation zu beschönigen oder die Betroffenen abzulenken. In dieser Phase ist das Verständnis von Begleitenden gefragt. Das Verständnis dafür, dass es unendlich schwer und traurig ist, alles hinter sich lassen zu müssen. Da Verlust- und Abschiedsgefühle von Sterbenden sich leicht auf Begleitende übertragen, ist es für Begleitende wichtig, dass sie sich über ihre diesbezüglichen Gefühle selbst im Klaren sind, um sich abgrenzen zu können. Möchten Sterbende letzte Dinge zu Ende bringen, können Begleitende ihnen Hilfestellung anbieten.

Fünfte Phase: **Zustimmung**
In dieser Phase haben Sterbende in ihr Schicksal eingewilligt. Sie nehmen ihren Tod an und betrachten ihn teilweise als Erlösung. Nachdem man ihnen gestattet hat, ihren Emotionen Raum zu geben, stellen sich nun Ruhe und Zufriedenheit ein. Darüber hinaus sind sie in der Regel in dieser Phase psychisch und physisch sehr ermattet und schlafen viel. Während dieser Zeit benötigen Angehörige oft mehr Unterstützung als Betroffene selbst. Begleitende sollten jetzt – kurz vor dem Tod – einfach nur da sein und, wenn der Sterbende es wünscht, seine Hand halten, damit er sich nicht alleine fühlt. Wichtig ist es jetzt, Sterbenden zu vermitteln, dass sie gehen dürfen.

Dieses wohl populärste Modell, das als Krisenmodell auch die Trauermodelle beeinflusste, wurde inzwischen vielfach kritisiert: So wird z.B. bemängelt, dass das Sterbephasen-Modell zu pauschal sei, da Menschen sehr individuelle Bewältigungsstile zeigten. Weiter bestände die Gefahr, dass die Phasen unterschwellig als Vorschriften und als Fahrplan des Sterbens missverstanden werden und Betroffene deshalb unter Druck geraten könnten. Diese Einwände sind begründet. Sicherlich zeigen Menschen je nach Kultur, Alter, Geschlecht, Erkrankung usw. unterschiedliche Bewältigungsstile. Sieht man das Modell jedoch nicht als exakte Verlaufskurve und minutiösen Fahrplan an, sondern als grobe Orientierungshilfe, kann es - meiner Meinung nach - sowohl für Begleitende, als auch für Betroffene, trotz unterschiedlicher Bewältigungsstile und differenzierender Verläufe, ein hilfreiches Raster zum Verstehen und Einordnen von Reaktionen und Gefühlen darstellen.

Laut Jakoby (2007, 60) kann heute nicht mehr jeder Sterbende die verschiedenen Phasen durchlaufen, da zunehmend häufig künstlich in den Sterbeprozess eingegriffen und der natürliche Verlauf des Sterbens aufgehalten wird. Deshalb bleiben, seiner Meinung nach, viele Betroffene in der ersten Phase des Nicht-wahr-haben-Wollens stecken.

Palliative Care

Eine weitere Antwort, wie den Bedürfnissen sterbender Menschen entsprochen werden kann, ist Palliative Care. Die englische Sozialarbeiterin, Krankenschwester und Ärztin

Cicely Saunders eröffnete im Jahr 1967 in einem Londoner Vorort nach jahrzehntelanger Vorbereitung ein konkretes Haus für sterbende Menschen, welches sie 'Hospice' nannte und brachte somit die 'Hospice Care'-Bewegung auf den Weg, welche sich weltweit ausbreitete. Sie hatte immer den gesamten Menschen und sein soziales Umfeld im Blick.
Im Laufe der Zeit entwickelte sich 'Hospice Care' zu 'Palliative Care': Erstmalig verwandte Belfour Mount, der Gründer des Palliative Care Service am Royal Victoria Hospital in Montreal, das Wort 'palliative'. Er wollte in Kanada einführen, was er bei Cicely Saunders in England gesehen hatte. Allerdings war der Begriff 'hospice' in Kanada in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts bereits belegt: Es war der Begriff für ein Alters- und Pflegeheim. Deshalb entschied er sich für den Begriff 'palliative', welcher sich schließlich weltweit durchsetzte (vgl. Medicus, Elisabeth unter www.hospiz.at/ 23.10.09). Laut Student u.a. (2007, 32) können *„... 'Hospizarbeit' und 'Palliative Care' (...) mittlerweile fast synonym verwendet werden“.* Verschiedene Definitionen, eine genaue Beschreibung und die historische Entwicklung von Palliative Care, sowie die Darstellung vorhandener Palliative Care-Angebote in Deutschland erfolgen in Kapitel 5.

Rechte Sterbender

In der vom Bundesjustiz- und Bundesgesundheitsministerium herausgegebenen Broschüre 'Patientenrechte in Deutschland' sind auch die Rechte Sterbender festgehalten. So haben Ärzte, gemäß den Ausführungen auf Seite 9, auch *„... bei der Behandlung Sterbender (...) das Selbstbestimmungsrecht und die menschliche Würde des Patienten zu berücksichtigen. Patienten im Sterben haben das Recht auf eine angemessene Betreuung, insbesondere auf schmerzlindernde Behandlung. Sie können über Art und Ausmaß diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen selbst entscheiden.“* Hierdurch kann dem Bedürfnis von Selbstbestimmung und Autonomie sterbender Menschen entsprochen werden.

Sterbende sind in ihrer ganzen bio-psycho-sozialen Existenz bedroht. Hierauf müssen Begleitende eingestellt sein. Begleitung von Sterbenden und Entsprechung ihrer Bedürfnisse beinhaltet vieles: So z.B. die Behandlung von Schmerzen, Therapie von panischen Ängsten, Beistand, Pflege, Betreuung (auch rechtlich), Vermittlung von Nähe, Herstellung von Kontakt, Wiederherstellung und Sicherung von Lebensqualität, Autonomie des Sterbenden sichern, Entlastung, Anwesenheit und noch viel mehr. Bedürfnisse von Sterbenden sind so vielfältig wie das Leben selbst.

Wichtig für eine Begleitung ist eine kommunikative Flexibilität, um immer wieder neu auf hohe Unterschiedlichkeiten reagieren zu können und um die individuellen Bedürfnisse Betroffener zu erfahren und ihnen gerecht werden zu können.

Letztendlich ist es wichtig, über die eigene Einstellung zum Thema Tod und Sterben Bescheid zu wissen, die eigenen Ängste zu kennen und sich über die eigenen Verluste im Klaren zu sein, damit Sterbende adäquat unterstützt werden können. *„Das ist der*

Schlüssel, um auf andere Menschen zugehen zu können, ihnen in ihrer Not, ihren Verlusterfahrungen, ihren Krankheitsängsten zu helfen" (Uhling/Wolf, 2006, 29). Allerdings bedeutet auf sich selber schauen auch immer, ein Stück in Schmerzen zu gehen.

In Anbetracht dessen, dass - wie in Kapitel 3 erwähnt - etwa 90% der Menschen daheim in der vertrauten Umgebung sterben möchten und dies in den Städten kaum mehr als 10% vergönnt ist, erfolgt im Moment ein starker Auf- und Ausbau der ambulanten Palliative Care-Versorgung. Da ich mich jedoch in meiner Arbeit auf Palliative Care in der Institution Krankenhaus beziehe, werde ich auf den ambulanten Auf- und Ausbau der Palliative Care-Versorgung nicht näher eingehen.

Angehörige

Um den Bedürfnissen Angehöriger gerecht werden zu können, ist es als Begleiter wichtig, deren Verhalten einordnen zu können. Verena Kast beschreibt in ihrem Buch *„Trauern – Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*" (1999, 71ff) vier Phasen von Trauerreaktionen. Diese Phasen verlaufen nicht immer linear und dauern unterschiedlich lange:

- die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens wird von Empfindungslosigkeit gekennzeichnet
- die Phase der aufbrechenden Emotionen wie Wut, Zorn, Trauer, Angst ist auch gepaart mit Ruhelosigkeit
- die Phase des Suchens und Sich-Trennens meint den Versuch, das, was der Tote für den Hinterbliebenen bedeutet hat, ins neu entstehende Lebensgefüge mit einzubringen
- die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs: In dieser Phase ist der Verstorbene für den Trauernden zu einer 'inneren Figur' geworden. Der Trauernde findet mehr und mehr in seine neuen Rollen hinein.

Ein aktuelles Trauerbegleit-Modell ist das, von der niederländischen Erziehungswissenschaftlerin Ruthmarijke Smeding entwickelte, Modell 'Trauer erschließen'. Hier werden vier Gezeiten der Trauer beschrieben, welche sich rhythmisch wie die Gezeiten verhalten, jedoch nicht in linearer Abfolge, sondern eher spiralförmig und zyklisch. Nur die erste Zeit bis zur Beerdigung des Verstorbenen (Schleusenzeit) ist eine einmalige, nicht wiederkehrende Zeit:

- die Schleusenzeit (die erste Zeit bis zur Beerdigung – einmalig)
- die Januszeit
- die Labyrinthzeit und
- die Regenbogenzeit

Eine eingehende Beschreibung dieser Trauerbegleit-Modelle von Verena Kast und Ruthmarijke Smeding wäre an dieser Stelle sicherlich aufschlussreich, würde jedoch – in Anbetracht dessen, dass ein Palliative Care-Team im Krankenhaus meines Erachtens i.d.R. zeitlich zu sehr ausgelastet ist, um sich nach dem Tod eines Patienten zeitintensiv und langfristig um trauernde Angehörige zu kümmern - den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

5. Palliative Care berücksichtigt Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger

5.1 Definition und Beschreibung

Palliativ

Das Wort *„palliativ"* leitet sich laut Duden aus dem Lateinischen ab (palliare: mit einem Mantel bedecken oder umhüllen, einen Mantel umlegen, pallium: der Mantel).

Das Wort *„care"* kommt aus dem Englischen und bedeutet: Sorge, Fürsorge

Gemäß der **WHO**-Definition aus dem Jahr 2002 ist Palliative Care ...

„... ein Handlungsansatz, der die Lebensqualität jener Kranken und ihrer Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie lebensbedrohliche Erkrankungen mit sich bringen. Dies geschieht durch die Verhütung und Linderung von Leidenszuständen. Dabei werden Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) frühzeitig entdeckt und exakt bestimmt."
(Übersetzung aus Student/Napwotzky, 2007, 10).

Auch die im Jahr 1989 gegründete **European Association for Palliative Care** (EAPC) hat eine Definition entwickelt. Sie lautet ähnlich wie die der WHO:

„Palliative Care ist die aktive ganzheitliche Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen. Die Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen und von sozialen, psychischen und spirituellen Problemen ist von größter Bedeutung.
Palliative Care ist ein interdisziplinärer Ansatz, welcher sowohl die Patienten, als auch ihre Familien und ihr ganzes Umfeld mit einbezieht. Im gewissen Sinne ist Palliative Care das Basiskonzept eines Fürsorge-Angebots, welches auf die Bedürfnisse der Patienten eingeht, wo immer diese auch versorgt werden, in Heimen oder im Krankenhaus.
Palliative Care bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen normalen Prozess an. Der Tod wird weder beschleunigt, noch verzögert. Es zielt darauf ab, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu bewahren."
(Eigene Übersetzung aus dem Englischen – Originaltext siehe Anhang 1.)

Die im Jahr 1994 gegründete **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)** verwendet die Definition der WHO von 2002, fügt jedoch noch folgende Ergänzung hinzu:

„Palliative Care ist der international übliche Fachausdruck. Als deutsche Übertragungen werden verwendet: Palliativmedizin, Palliativbetreuung oder Palliativversorgung. Die Begriffe Palliativpflege und Hospizarbeit beinhalten wichtige Teilaspekte von Palliative Care".
(DGP, 2009 unter: www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN 31031 DGP-Definitionen.pdf /22.10.09)

In der Palliative Care geht es also darum, jemanden mit einer unheilbar lebensbedrohlichen Erkrankung zu begleiten und ihm ein weitgehend erträgliches Leben zu ermöglichen. Dies bedeutet, die betroffene Person und ihre Bedürfnisse wahrzunehmen. Weiter geht es darum, Angehörige zu unterstützen, den Tagen 'mehr Leben zu geben' – egal ob eine tatsächliche Hinzufügung von Tagen zum Leben möglich ist, oder nicht. Palliative Care ist mehr als eine reine Schmerzversorgung oder ein symptombezogenes Krankheitsmangement, obwohl dies zur Palliative Care-Versorgung dazugehört. Es geht vielmehr um eine ganzheitliche Betreuung des Patienten, welche die sozialen, die körperlichen, die psychi-

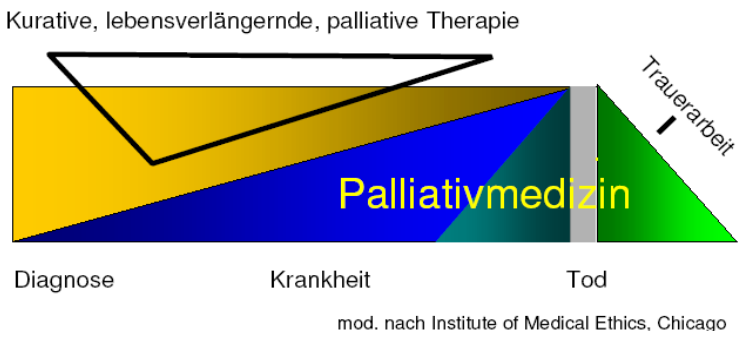
schen und die spirituellen Dimensionen unseres Seins einschließt. Die Ausrichtung auf die individuellen Bedürfnisse des jeweils Betroffenen steht im Vordergrund – auch unter Beachtung kultureller Verschiedenheiten.

Palliative Care zeichnet sich durch **vier Schwerpunkte** aus: Die **psychosoziale Begleitung** umfasst die emotionale Unterstützung der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Sie hilft bei der Verarbeitung der Gefühle, die bei der Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod auftreten. Sie unterstützt alle Betroffenen bei der Bewältigung unerledigter Probleme. Durch **spirituelle Begleitung** haben Sterbende die Möglichkeit, in ihrem gelebten Leben und im Sterben Sinn zu finden. Am Lebensende stellt sich oft die Sinnfrage. Verstehen kann man den Tod zwar nicht, man kann aber versuchen, diese Lebenserfahrung zu bestehen. Zur Sterbebegleitung gehört im notwendigen Umfang auch die **Trauerbegleitung**. Die Aufgabe der **palliativen Medizin und** der palliativen **Pflege** ist es, Schmerzen und andere Beschwerden, die in der letzten Lebensphase auftreten können, zu behandeln und zu lindern und dadurch die Lebensqualität sterbender Menschen zu verbessern. Zu Hause zu sterben ist der Wunsch der meisten Menschen. Dies zu ermöglichen ist das vorrangige Ziel von Palliative Care.

Im Gegensatz zur Kuration, die für eine heilende Therapie steht, versteht man unter Palliation die Linderung von Leid und Beschwerden, wenn eine Therapie nicht mehr möglich ist. Im Idealfall werden die sterbenskranken Patienten mit Beginn der Diagnose durch Palliative Care versorgt und nicht erst in den letzten Tagen ihres Lebens. Die folgende Abbildung stellt Beginn und Ende einer idealen Palliative Care-Begleitung dar:

Palliativmedizin im Krankheitsverlauf

Abbildung 1



Quelle:
Schindler, 2008, 6

Palliative Care beginnt idealerweise mit der Diagnose einer unheilbar lebensbedrohlichen Erkrankung. Die Intensität der Begleitung nimmt mit fortschreitendem Verlauf der Erkrankung zu. Sowohl die Betroffenen selbst, als auch die Angehörigen und das soziale Umfeld erfährt Unterstützung und Begleitung. Palliative Care endet nicht mit dem Tod des Betroffenen, sondern begleitet hinterbliebene Angehörige in ihrer Trauer.

Palliative Care ist ein interdisziplinäres (berufsgruppenübergreifendes) Konzept zur Behandlung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender und beinhaltet medizinische, pflegerische, psychosoziale, und seelsorgerische Betreuung.

Gemäß der „Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten“ zur Strukturierung der Palliative Care-Versorgung, welche im November 2003 durch das Ministerkomitee des Europarates verabschiedet wurde und sich an die Regierungen der Mitgliedsstaaten wendet, um den Aufbau von Palliative Care-Angebotsstrukturen in den nationalen Gesundheitssystemen zu forcieren, beinhaltet Palliative Care die Kerndimensionen Symptomkontrolle, psychologische, spirituelle und emotionale Unterstützung, Unterstützung der Familie und Trauerbegleitung (Europarat, 2003, 7).

Palliative Care konzentriert sich nicht nur auf krankheitsverursachende (pathogenetische) Aspekte, sondern ebenso auf gesundheitsfördernde (salutogenetische), da ein Mensch mit einer unheilbaren Erkrankung immer auch gesunde Anteile hat, die es zu erkennen, fördern und schützen gilt (vgl. Knipping, 2007, 32).

Das Erreichen und der Erhalt einer optimalen Schmerz- und Symptomkontrolle sollen einen hohen Stellenwert besitzen. Die Lebensqualität von Betroffenen soll erhöht werden. Palliative Care sollte das Leben bejahen und das Sterben als einen natürlichen Prozess betrachten, wobei der Tod weder beschleunigt, noch hinausgezögert werden soll.

Patienten sollen befähigt werden, bis zu ihrem Tod so aktiv wie möglich zu leben. Auch Angehörige sollen dabei unterstützt werden, die Krankheits- und Sterbephasen der Betroffenen selbst und auch ihre eigenen Trauerphasen zu bewältigen, wobei Trauerbegleitung nicht erst nach dem Sterben von Patienten stattfindet. Trauer ist eine besonders krankheitsbelastete Phase des Lebens. Gute Trauerbegleitung kann dieses gesundheitliche Risiko mindern und dazu beitragen, dass Hinterbliebene ohne zusätzliche körperliche und seelische Schäden die Zeit des Sterbens und auch nach dem Tod eines Menschen überstehen. Patienten und Angehörige bilden sozusagen eine Betreuungseinheit.

Palliative Care bezieht sich nicht auf eine bestimmte Krankheit oder eine bestimmte Art von Erkrankungen und ist bei Patienten jeden Alters anwendbar. In der Regel wird keine Einzelperson oder Einzeldisziplin der gesamten Bandbreite und Komplexität an Fragestellungen und Anforderungen während einer Palliative Care-Begleitung zureichend begegnen können. Deshalb ist ein Team von Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen für die Aufgabe vorgesehen. Oftmals kann ein Kernteam, bestehend aus den Berufsgruppen Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit die notwendige Versorgung leisten, welches sich bei Bedarf Unterstützung weiterer palliative care-involvierter Berufsgruppen einholt (vgl. Europarat, 2003, 32ff).

In Kapitel 3 der Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates wird die Forderung erhoben, dass Palliative Care ein integraler Bestandteil des Gesundheitssystems sein muss, und dass der jeweilige Angebotsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen zu analysieren ist, um eine umfassende nationale Strategie für Palliative Care-Angebotsstrukturen auf allen Ebenen der Versorgung zu entwickeln. Weiter sind Zugangsbarrieren zur

Palliative Care-Versorgung zu identifizieren und zu beseitigen. Es wird auch gefordert, dass ein Anspruch für eine gerechte Honorierung für Palliative Care-Leistungen besteht (Europarat, 2003, 10f).

Das Ministerkomitee beschreibt in seiner Empfehlung **drei Ebenen der Palliative Care-Versorgung** (Europarat, 2003, 35):

- Zum einen sollen alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte mit grundlegenden Palliative Care-Prinzipien vertraut und auch in der Lage sein, diese angemessen in die Praxis umzusetzen (**grundlegender Ansatz**).
- Weiter sollten einige im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte Fortbildungen absolviert und Kenntnisse im Palliative Care-Bereich haben, auch wenn sie in diesem Bereich nicht explizit tätig sind. Diese qualifizierten Fachkräfte decken die **Allgemeine Palliativversorgung** ab.
- Darüber hinaus machen Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliative Care-Angeboten besteht, die **Spezialisierte Palliativversorgung** aus. Sie betreuen Patienten mit komplexen und schwierigen Problemstellungen. Daher benötigen Sie ein höheres Maß an Ausbildung, Personal und anderen Ressourcen.

Ziel ist es, dass Palliative Care-Angebote allen Patienten auf allen Ebenen zu jeder Zeit in jeder Situation zugänglich sind. Dabei sollen bestehende Strukturen nicht verdrängt, sondern vorhandene Angebote ergänzt werden, so dass Betroffene und ihre Angehörigen optimal unterstützt werden können.

Palliative Care kann durch **fünf inhaltliche Kennzeichen** beschrieben werden (vgl. Student u.a., 2007, 27ff):

Erstes Kennzeichen: **Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Mittelpunkt.** Die Kontrolle der Situation liegt ganz bei den Betroffenen. Das ist ein zentraler Unterschied zu den herkömmlichen Institutionen des Gesundheitswesens, die ihr Handeln eher nach abstrakten Theoriekonzepten und Krankheitsvorstellungen ausrichten. Genauso ungewöhnlich für unser Gesundheitswesen ist, dass Angehörige (im weitesten Sinne) in gleicher Weise mit bedacht werden, da sie oftmals mehr leiden als die Sterbenden. Wenn sie Entlastung erfahren, können sie wieder für die Sterbenden da sein. Auch für die Sterbenden ist es eine große Entlastung, wenn sie merken, dass für ihre Angehörigen gesorgt ist.

Zweites Kennzeichen: **Den Betroffenen steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung.** Dieses besteht nicht nur aus medizinischem Personal, wie Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, sondern bezieht weitere Berufsgruppen, insbesondere Sozialarbeiter/-innen und Seelsorger/-innen ein, denn Sterben ist keine Krankheit, sondern eine kritische Lebensphase, die allerdings oftmals mit Krankheit verbunden ist. Hieraus entstehen vielfälti-

ge Lebensbedürfnisse, welchen nur durch ein Team begegnet werden kann, das hierfür ausgerüstet ist. Die Teammitglieder haben aber nicht nur Aufgaben gegenüber Betroffenen und Angehörigen, sondern sie helfen sich auch untereinander. Sie sollen sich gegenseitig so unterstützen, dass sie inneres Wachstum aller Teammitglieder fördern und auf diese Weise dem Burn out entgegenwirken können.

Drittes Kennzeichen: **Die Einbeziehung freiwilliger Helferinnen und Helfer.**
Die Ehrenamtlichen werden in der Palliative Care nicht als Lückenbüßer missbraucht. Die freiwilligen Helfer/-innen haben ganz eigenständige Aufgaben, indem sie zwar Alltägliches tun, wie kochen, einkaufen, Kinder hüten, am Bett sitzen, reden, sich zur Verfügung stellen. Aber sie tun dies alles unter dem Aspekt des bevorstehenden Todes. Sie machen Sterbebegleitung zu einem Teil alltäglicher mitmenschlicher Begegnung und ermöglichen damit Sterbenden und Trauernden wieder die Teilhabe an der Gesellschaft.

Viertes Kennzeichen: **Gute Kenntnisse in der Symptomkontrolle.**
Hier geht es insbesondere (aber nicht nur) um die Schmerztherapie. Auf dem Gebiet der Schmerztherapie hat die Palliative Care-Bewegung in den Jahrzehnten ihres Bestehens Bemerkenswertes geleistet und erhebliche Verbesserungen herbeigeführt. Sie hat damit der Tatsache Rechnung getragen, dass es zu den größten Ängsten sterbender Menschen gehört, unter Schmerzen, Atemnot und Verdauungsstörungen leiden zu müssen.
Dabei geht es keineswegs nur um medikamentöse Therapien, sondern neben der körperlichen Dimension werden ebenso die psychische, soziale und spirituelle Dimension der menschlichen Existenz berücksichtigt.

Fünftes Kennzeichen: **Kontinuität in der Fürsorge für Betroffene.**
Dies bedeutet vor allem, dass ein Palliative Care-Dienst rund um die Uhr erreichbar sein muss. Leider geschieht es heute immer wieder, dass Menschen kurz vor ihrem Tode noch in die Klinik eingewiesen werden, weil fürsorgende Hilfe fehlt. Krisen im körperlichen und seelischen Bereich sind nicht an Dienstzeiten gebunden.

Diese beschriebenen Kennzeichen sind „... die wichtigsten Anknüpfungspunkte und Zugangswege der Sozialen Arbeit...“ (Student u.a., 2007, 29) zu Palliative Care.

Student u.a. beschreiben **vier Aufgaben von Palliative Care** (2007, 37f):

- Versorgungsaufgaben (psychosoziale Betreuung / lindernde Pflege und Therapie)
- Beratung von Betroffenen, Familien und Trauernden
- Bildungsarbeit durch Wissenstransfer (Aus- und Weiterbildung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern)
- Forschung und Erkenntnisgewinnung – Systematisierung von Praxiserfahrungen, was das Leben von Sterbenden angenehmer gestaltet und das Leben der Helfenden bereichert

„Palliative Care ist eine im deutschsprachigen Raum sich langsam etablierende Praxis und Theorie, eine neue Grenz-Wissenschaft, eine Wissenschaft an der Grenze von Krankheit und Gesundheit, von Leben und Tod. (...) Die Grenzen von Gesundheit und Krankheit, von Leben und Tod bedürfen Grenzüberschreitungen der Disziplinen, der Professionen, der Organisationen, Kulturen und Religionen“ (Fässler-Weiberl u.a., 1999, 203).

Im Mittelpunkt von Palliative Care stehen sterbende Menschen und deren Angehörige mit ihren Bedürfnissen und Rechten. Sie zielt vor allem auf Schmerztherapie, lindernde Pflege und Zuwendung ab. Diese lebensbejahende Grundidee schließt aktive Sterbehilfe aus.

Insgesamt betrachtet ist Palliative Care ein starkes Hoffnungszeichen für Patienten und ihre Angehörigen. Mitunter auch wegen des zugrunde liegenden Menschenbildes, das den Menschen in seiner bio-psycho-sozialen, spirituellen und kulturellen Ebene wahrnimmt. Derek Doyle, Gründungsmitglied und Berater der Internationalen Vereinigung für Hospiz und Palliative Care (IAHPC) und einer der Vordenker der Hospiz- und Palliativarbeit, sagt, dass Palliative Care zu 90% aus Haltung und zu 10% aus Wissen und Technik besteht (vgl. Schmid, 2007, 153). Palliative Care gelingt aufgrund der Multiprofessionalität der Akteure, den Grundsätzen der Interdisziplinarität und der Kommunikation zwischen allen Beteiligten: Pflege, Medizin, Soziale Arbeit, Psychologie, Seelsorge und Ehrenamtliche. Darüber hinaus trägt auch die Einbeziehung und Begleitung von Angehörigen während der Krankheit und nach dem Tod von Betroffenen zum Gelingen von Palliative Care bei. Die große zukünftige gesellschaftliche Herausforderung ist es, Palliative Care in sämtliche Institutionen des Gesundheitswesens zu implementieren, um damit einer Verinselung entgegenzuwirken.

5.2 Historische Entwicklung

Wenn nichts mehr zu machen ist,
kann man noch sehr viel tun!
(Cicely Saunders)

5.2.1 Wie alles begann - Cicely Saunders (1918-2005)

Eine der wichtigsten Persönlichkeiten der Palliative Care-Bewegung war Cicely Saunders. Als junge Krankenschwester und Sozialarbeiterin lernte sie David Tasma kennen, der unheilbar an Krebs erkrankte. Gemeinsam entwickelten sie Pläne, wie ein besseres, menschenwürdigeres und behütetes Sterben ermöglicht werden könnte. Später studiert Cicely Saunders Medizin. Nachdem sie einige Jahre im St. Joseph’s Hospice im Londoner Stadtteil Hackney gearbeitet hatte, eröffnete sie im Jahr 1967 nach jahrzehntelanger Vorbereitung in einem Londoner Vorort ein konkretes Haus für sterbende Menschen und ihre Angehörigen: Das St. Christopher's Hospice, die erste moderne Einrichtung, die sterbende Menschen ganzheitlich versorgte. Den Ausdruck Hozpiz wählte sie anknüpfend an die mittelalterliche Bezeichnung für Herbergen an den Pilgerwegen. Damit hatte sie eine Institution geschaffen, die auch nach außen zeigte, dass Menschen das Recht haben, in unserer Gesellschaft Raum einzunehmen. Den sterbenden Menschen wurden zwei Ver-

sprechen gemacht: *„Sie werden niemals allein gelassen werden – es sei denn, Sie wünschen es“* und *„Wir werden alles daran setzen, um Ihnen Ihre Schmerzen und andere belastende Beschwerden zu nehmen“* (Saunders 1993, 23 in Student u.a., 2007, 140). Bald wurde ein schmerztherapeutischer Forschungsbereich im Hospiz eingerichtet, welcher sehr erfolgreich arbeitete und sich Anerkennung in Großbritanniens etablierter Medizin sicherte. Bereits im Jahr 1987 war 'Palliative Care' als Fachdisziplin an Großbritanniens medizinischen Fakultäten anerkannt.

Cicely Saunders stellte bereits kurze Zeit später fest, dass Menschen es bevorzugten, zu Hause zu sterben und entwickelte deshalb einen flächendeckenden Aufbau ambulanter Dienste. Im Laufe der Zeit entwickelten sich weitere unterschiedlich strukturierte Unterstützungsangebote für sterbende Menschen und ihre Angehörigen. Gemäß den Angaben der EAPC gab es im Jahr 2006 in Großbritannien 63 Palliativstationen in Krankenhäusern, 158 Hospize, 305 Konsiliarteams in Krankenhäusern, 356 ambulante Hospize und 257 Tageshospize. Hinzu kommen 34 Kinderhospize, 112 Konsiliarteams in Kinderkrankenhäusern und 112 ambulante Kinderhospize (siehe Anhang 2). Im Vergleich hierzu gab es in Deutschland im Jahr 2006 116 Palliativstationen in Krankenhäusern, 129 Hospize, 56 Konsiliarteams in Krankenhäusern, 30 ambulante Hospize und 11 Tageshospize. Daneben gab es 1 Palliativstation im Kinderkrankenhaus, 8 Kinderhospize und 7 Konsiliarteams in Kinderkrankenhäusern (siehe Anhang 3).

Im St. Christopher's Hospice setzte Cicely Saunders ihre Erkenntnisse, was Sterbende benötigen, um. Darüber hinaus entwickelte sie einen ganzheitlichen Ansatz, der kompetente Medizin, hochqualifizierte Pflege, fundierte Sozialarbeit und auch ehrenamtliche Tätigkeit mit einbezog – das Konzept der Palliative Care. Im angelsächsischen Raum bestand das Palliative Care-Kernteam von Anfang an aus Ärzt/-innen, Pflegekräften, Sozialarbeiter/-innen und Seelsorger/-innen.

Die Idee des St. Christopher's Hospice erregte im Gesundheitswesen weltweit Aufsehen. Palliative Care Fachkräfte aus allen Kontinenten haben am St. Christopher’s Hospice gelernt und ihre neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in ihre eigenen Länder getragen. So wurde im Jahr 1974 das weltweit erste Hospital-Support-Team (Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienst) im St. Louis Hospital in New York eingerichtet. Kurz darauf, im Jahr 1975, etablierte sich die weltweit erste Palliativstation am Royal Victoria Hospital in Montreal (Kanada). Wie in Kapitel 4 erwähnt, verwandte Belfour Mount, der Gründer dieser Station, erstmalig den Begriff 'palliative' (vgl. Husebo/Klaschik, 2009, 4). Auch in Europa setzt sich das von der WHO definierte Konzept Palliative Care gegenwärtig durch. In fast allen Ländern gibt es nationale und regionale Gesetze zur Palliativversorgung und zunehmend auch eine geregelte Finanzierung (vom Staat oder von Krankenkassen geleistet). Mehr und mehr tritt Palliative Care damit aus dem Bereich der Initiative, des per-

sönlichen Engagements und der Spenden heraus und wird zu einer staatlichen Angelegenheit, bzw. zu einer Angelegenheit europäischer Instanzen. Davon zeugt die *„Empfehlung Rec 2003 (24) des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten“* des Europarates zu Palliative Care, die sich an die Regierungen der Mitgliedsstaaten wendet und den Aufbau, die Entwicklung bzw. die Verankerung von Palliative Care-Angebotsstrukturen in den nationalen Gesundheitssystemen fordert. Die im November 2003 veröffentlichte englische Originalversion wurde im Laufe des Jahres 2004 in 16 weitere europäische Sprachen (auch ins Deutsche) übersetzt und zusammen mit einem erklärenden Memorandum im Oktober 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese Entwicklung bringt auch einen Professionalisierungsschub mit sich, der von Universitätsaus- und fortbildung in Palliative Care bis zu Vorbereitungskursen für Freiwillige reicht. Das verändert die ökonomische, soziale und ethische Situation nachdrücklich: Palliative Care wird zu einer Disziplin.

In einer bemerkenswert kurzen Zeitspanne hat sich dieses Gebiet des Gesundheitswesens nachhaltig verändert. Cicely Saunders deckte erschreckende Defizite in der Versorgung und Begleitung von sterbenden Patienten und deren Angehörigen auf und setzte sich für deren Bedürfnisse ein. Darüber hinaus hat sie die Notwendigkeit von interdisziplinärer Teamarbeit verdeutlicht, da bei der Betreuung von Palliativpatienten grundsätzlich medizinische, soziale und pflegerische Themen eine zentrale Rolle spielen und untrennbar miteinander verwoben sind. Aufgrund der fortgeschrittenen Spezialisierung der Professionen ist es heute unvorstellbar, dass eine Person alle drei Berufe in sich vereint. Gleichwohl hat sich am grundlegenden Bedarf nichts geändert: Schwere Erkrankungen betreffen immer den ganzen Menschen und auch sein soziales Umfeld.

Die Begrifflichkeiten haben sich im Laufe der Zeit entwickelt und mehrfach gewandelt. Während Cicely Saunders zunächst von 'Terminal Care' sprach, gebrauchte sie später den Begriff 'Hospice Care'. Heute hat sich weltweit der Begriff 'Palliative Care' durchgesetzt, den auch die WHO im Jahr 1990 aufgegriffen hat. Ich persönlich finde es schade, dass in Deutschland vielfach der verkürzte Begriff 'Palliativmedizin' verwandt wird.

In Deutschland stand man der Palliative Care-Idee zunächst ablehnend gegenüber und sah in diesen Einrichtungen lediglich Sterbekliniken.

5.2.2 Entwicklung in Deutschland

In Deutschland wurde das Hospizkonzept zunächst abgelehnt, obwohl es schon in den 60er Jahren erste Kontakte deutscher Ärzte und Theologen zur englischen Hospizbewegung gab. Es traten Befürchtungen auf, dass Sterbekliniken sich zu Ghettos für Sterbende entwickeln und somit Sterbende noch mehr isoliert werden könnten. Durch den Dokumentarfilm (*„Noch 16 Tage..... eine Sterbeklinik in London“*) von Pater Reinhold Iblacher wurde der englische Hospizgedanke und das St. Christophers Hospice erstmals 1971 einer breiten Öffentlichkeit in Deutschland bekannt. Doch führte die unglückliche Wahl des Filmtitels

zunächst zu keiner großen Akzeptanz.

Erst im Jahr 1983 eröffnete - mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe - an der Kölner Chirurgischen Universitätsklinik die erste deutsche „*Station für Palliative Therapie*“. Bei der Planung der ursprünglich 5 Betten umfassenden Station wurde ausdrücklich auf Erfahrungen des St. Christophers Hospice in London Bezug genommen. Zunehmend engagierten sich auch Vereine und Initiativen im ambulanten Bereich und sorgten so dafür, dass die Hospiz- und Palliative Care-Idee eine immer größere Verbreitung und auch Akzeptanz fand. Im Jahr 1991 wurden Palliativstationen vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des *„Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker - Palliativeinheiten“* erstmalig sechs Jahre lang unterstützt. Damit sollten Möglichkeiten gefunden werden, um die Versorgung terminaler Krebspatienten zu verbessern. Diese Förderung führte zu einem Anstieg des Angebots von Palliativstationen. Nach dem Auslaufen der Förderung konnten die meisten Einrichtungen mit unterschiedlichen Finanzierungskonzepten weitergeführt werden.

Assoziierte man Palliative Care zunächst noch mit stationären Einrichtungen, wurde allmählich deutlich, dass Palliative Care in erster Linie Konzept und nicht Institution bedeutet.

5.3 Palliative Care-Angebote in Deutschland

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes unterscheidet folgende ambulante, teilstationäre und stationäre Palliative Care-Angebote (Robert Koch-Institut, 2002, 23ff), welche ich hier kurz vorstellen möchte:

5.3.1 Ambulante Palliative Care-Angebote

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert-Koch-Institut, 2002, 23) umfasst das Angebotsspektrum ambulanter Dienste sowohl die ambulante Hospizarbeit (Hospizinitiativen, -gruppen, -dienste), als auch ambulante Palliative Care-Dienste.

> *„Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz unterscheidet vier Stufen ambulanter Hospizarbeit. Das Aufgabensprektrum reicht von Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit und/ oder psychosozialer Begleitung durch geschulte ehrenamtliche Hospizhelfer/-innen (Stufe 1) bis ambulanten Hospiz- und Palliativpflegediensten (Stufe 4), welche die palliativ-pflegerische Versorgung in enger Abstimmung mit den behandelnden Ärzten übernehmen und 24 Stunden Einsatzbereitschaft haben“* (Robert-Koch-Institut, 2002, 24).

Anmerkung: Seit dem 09.10.2007 nennt sich die *„Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz*“ *„Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V“*.

Die Finanzierung dieser Dienste ist in § 39a SGB V geregelt. Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen ambulanten Dienste (Stufe 1 bis 4) würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, da diese Arbeit schwerpunktmäßig die stationären Palliative Care-Versorgung im Krankenhaus behandelt.

5.3.2 Stationäre Palliative Care-Angebote

Stationäre Palliative Care-Angebote kommen immer dann in Frage, wenn die Versorgung zu Hause nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Je besser ambulante Angebote ausgebaut sind, umso geringer ist der Bedarf an stationären Einrichtungen.

Stationäre Hospize

Stationäre Hospize sind meist reine Betteneinheiten mit sechs bis zwölf Betten in einer gemütlich-familiären Atmosphäre und einem Personalschlüssel, der rund um die Uhr eine pflegerische Versorgung gewährleistet. Das Mitarbeiter/-innen-Team besteht aus Pflegekräften, welche in Palliative Care geschult sind, und wird ergänzt durch Praktikant/-innen, Zivildienstleistende und freiwillige Helfer/-innen. Stationäre Hospize sind nicht an eine größere Institution angelehnt und deshalb an keine, von einer Organisation vorgegebenen, Strukturen gebunden (wie z.B. im Pflegeheim oder im Krankenhaus). So können sie sich ausschließlich an den Bedürfnissen und Gewohnheiten der schwer kranken Bewohner orientieren (z.B. bei Mahlzeiten, Körperpflege usw.). Stationäre Hospize organisieren sich selbst, d.h. sie sorgen selbst für Einkäufe, Mahlzeiten und die Sauberkeit im Haus. Angehörige sind jederzeit willkommen, und haben zum Teil durch die Bereitstellung von Gästezimmern die Möglichkeit, mitzuleben. Hausärzte mit speziellen palliativen Kompetenzen übernehmen die medizinische Betreuung der schwerkranken Bewohner. Die Finanzierung der stationären Hospize erfolgt vorwiegend über die Kranken- und Pflegeversicherung (§39a SGB V und SGB XI). Bis Juli 2009 mussten zehn Prozent der Kosten vom Hospiz aufgebracht werden (lt. Student/Napiwotzky, 2007, 16 *„eine sinnvolle Maßnahme, um profitorientierte Anbieter vom Markt fernzuhalten“*). Seit dem 1. August 2009 erhalten Hospize mehr Geld von den Kassen. Dies hat zur Folge, dass sterbenskranke Menschen nicht mehr für ihren Aufenthalt in einem der 154 deutschen Hospize (Anhang 4) zahlen müssen. Bisher mussten diese täglich bis zu 90 € Eigenanteil erbringen (Ärzte Zeitung, 03. 08.09 unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/560693/hospize-sterbende-ab-sofort-kostenfrei.html?sh=1&h=1213600464 / 14.11.09). Aufgenommen werden nur diejenigen Menschen, deren Krankheit unaufhaltsam fortschreitet, innerhalb einer absehbaren Zeit zum Tode führen wird und *„... bei denen eine Krankenhausbehandlung nicht (mehr) erforderlich ist und die weder zu Hause noch im Pflegeheim angemessen betreut werden können“* (Student/Napiwotzky, 2007, 17). Meist leben die Bewohner bis zu ihrem Tod im Hospiz, allerdings gibt es auch Fälle, dass Betroffene so lange im Hospiz bleiben, bis ihre Beschwerden so weit gelindert sind, dass eine Versorgung zu Hause wieder möglich wird. Gemäß Student/Napiwotzky (2007, 16) beträgt die durchschnittliche Verweildauer in Deutschland ca. 15 bis 25 Tage. Neben den Hospizen für Erwachsene gibt es noch spezielle Kinder-Hospize, die ich der Vollständigkeit halber hier erwähnen möchte, deren Beschreibung jedoch den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde.

Tageshospize

Tageshospize nehmen schwerkranke Menschen an einem oder mehreren Tagen in der Woche tagsüber auf. Angehörige und Kranke werden hierdurch entlastet. Dies kann ein möglichst langes Leben zu Hause ermöglichen. Das (ebenfalls in Großbritannien entwikkelte) Konzept der Tageshospize deckt den Bereich zwischen ambulanten und stationären Hospizangeboten ab, konnte sich jedoch bisher in Deutschland noch nicht etablieren.

Krankenhaus

Das Krankenhaus bietet zweierlei Möglichkeiten der Palliative Care-Versorgung, welche ich im Folgenden kurz vorstellen und in Kapitel 6 eingehend beschreiben werde:

Palliativstationen

Palliativstationen sind Hospizstationen, die fest in eine Klinik eingebunden sind und dieselben - von der Klinik vorgegebenen - Strukturen aufweist, wie alle anderen Stationen. Dies gewährleistet neben der rund-um-die-Uhr-Pflege eine ständige ärztliche Präsenz, eine interdisziplinäre ärztliche Zusammenarbeit und ein vielfältiges diagnostisches und therapeutisches Angebot. Palliativstationen werden über die Krankenkassen finanziert. Dies hat zur Folge, dass die Patienten entlassen werden müssen, wenn keine Krankenhausbehandlung gemäß SGB V mehr erforderlich ist. Die Entwicklung von Palliativstationen in Deutschland seit der Eröffnung der ersten deutschen Palliativstation an der Kölner Universitätsklinik im Jahr 1983 zeigt folgende Übersicht (vgl. Husebo/Klaschik, 2009, 6):

Jahr	1983	1986	1990	1993	1996	1999	2002	2004	2005	2008
Palliativstationen	1	1	3	18	28	55	74	106	116	159

Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienste

Der Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienst betreut schwerstkranke Patienten aller Stationen einer Klinik. Das besondere an dieser Art von Versorgung ist, dass alle Stationen eines Krankenhauses auf das professionelle Wissen des Palliative Care-Teams zugreifen können, nicht nur die Patienten der Palliativstation, welche eine begrenzte Bettenzahl hat und häufig belegt ist. So ist für alle betroffenen Patienten der Zugang zur palliativen Versorgung geöffnet. Die Mitglieder der Palliative Care-Teams im Krankenhaus beraten hausintern. Es wird sozusagen Hilfe zur Selbsthilfe geleistet, denn die Kolleg/-innen auf den Stationen lernen mit der Zeit, die Methoden der Palliative Care selbständig anzuwenden. Dies führt letztendlich dazu, dass Palliative Care in der gesamten Einrichtung immer mehr angewandt und letztendlich in alltäglichen Abläufen verankert wird.

Laut Schindler/Jaspers (2005, 288) wurde am St. Thomas Hospital in London im Jahr 1976 das erste britische Krankenhaus-Konsiliarteam eingerichtet. Im Jahr 1990 wurden dort 40 solcher Teams gezählt und im Jahr 1999 bereits 336 und im Jahr 2006 gemäß EAPC (Anhang 2) 417 Teams. Für die Entwicklung in Deutschland fehlen hierüber historische Daten. Während bisher dieses Angebot in Deutschlands Krankenhäusern noch sehr

gering verbreitet war, boomt im Moment die Installierung dieser Dienste in den Krankenhäusern. So wurde z.B. im Jahr 2008 der Palliativmedizinische Konsiliardienst im Klinikum Stuttgart eingerichtet und im Juli 2009 erhielt die Caritas Klinik St. Theresia in Saarbrücken den Friederike-Fliedner-Pflegepreis des Saarlandes, weil sie einen multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienst implementiert hat.

Wie bei den stationären Hospizen gibt es auch im Krankenhausbereich neben den Erwachsenenangeboten spezielle Einrichtungen für Kinder. Diese möchte ich der Vollständigkeit halber hier erwähnen, jedoch nicht näher darauf eingehen, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Pflegeheime

Palliative Care kommt zunehmend auch in den Einrichtungen der stationären Pflege zum Tragen. Dies vollzieht sich durch Kooperationen mit ambulanten Diensten, aber auch durch die Entwicklungen und Implementierung von eigenen Konzepten zur Begleitung von Sterbenden in den Einrichtungen. Deshalb können inzwischen auch Pflegeheime als stationäre Palliative Care-Angebote angesehen werden.

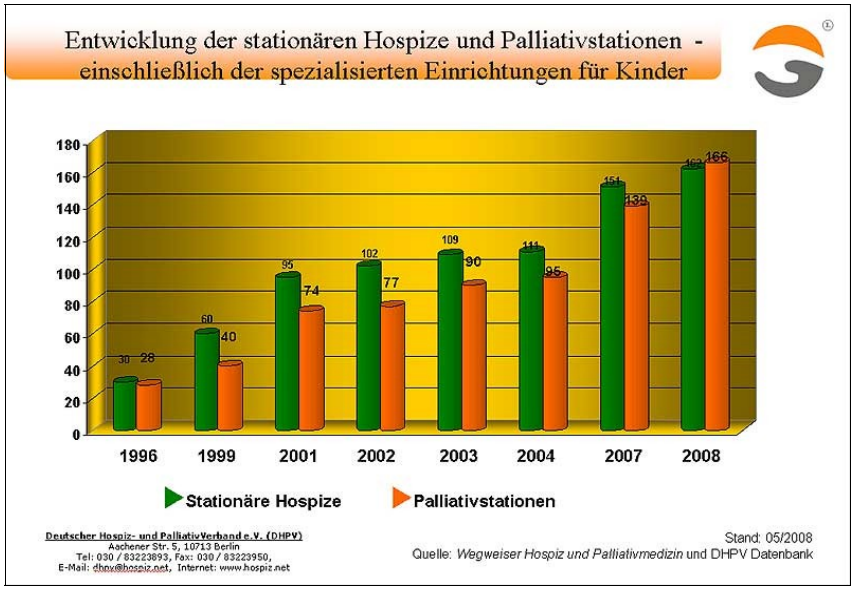
Die folgende Abbildung 2 zeigt die Entwicklung stationärer Palliative Care-Angebote in Deutschland seit dem Jahr 1996. Allerdings ist hier weder das Angebot der Tageshospize zu finden (da dies sich bisher in Deutschland noch nicht etabliert hat), noch sind Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienste aufgeführt, da diese erst seit Kurzem in deutsche Kliniken implementiert werden, ebenso wie Palliative Care-Angebote in Pflegeheimen.

Abbildung 2:

Quelle:
Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (DHPV) unter:

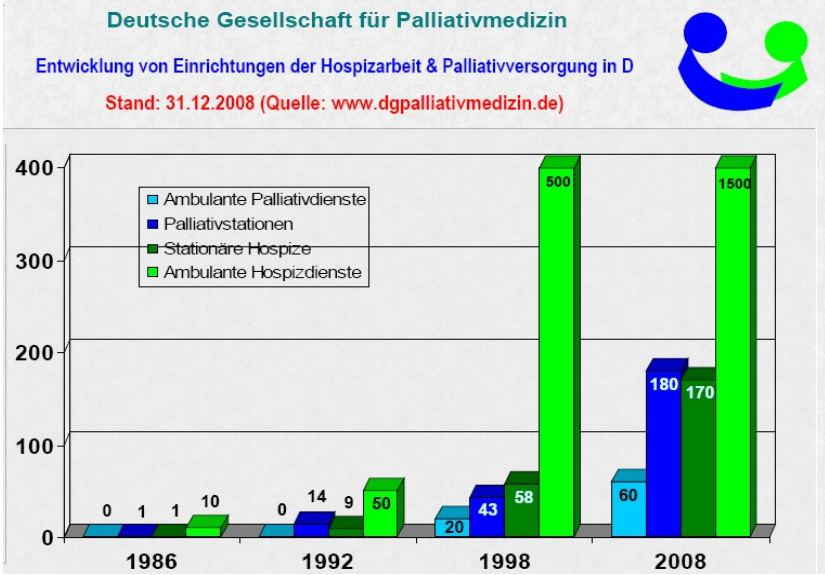
www.hospiz.net/presse/img/hospiz_stationaer_2008.jpg

vom 23.07.2009



Insgesamt betrachtet verlief die Entwicklung von Palliative Care in Deutschland lange Zeit sehr zögerlich. Wie aus folgender Abbildung 3 der DGP zu ersehen ist, hat sie allerdings in den letzten Jahren eine bemerkenswerte Dynamik angenommen.

Abbildung 3:



Trotzdem ist Deutschland noch immer ein Entwicklungsland in diesem Bereich. Gemäß der DGP standen Mitte 2009 in Deutschland 17 Palliativbetten (Palliativstationen) pro eine Million Einwohner zur Verfügung (siehe Anhang 4). Der Bedarf laut Enquete-Kommission *"Ethik und Recht der modernen Medizin"* des Deutschen Bundestages (Deutscher Bundestag, 2005, 16) liegt zwischen 27,7 bis 35,9 Palliativbetten pro eine Million Einwohner. Des weiteren stehen 18 Hospizbetten pro eine Million Einwohner zur Verfügung, bei einem Bedarf von 25 bis 30 Hospizbetten pro eine Million Einwohner (siehe Anhang 4).

Laut HPCV-Studie der Deutschen Hospiz-Stiftung (März 2009, 2) wurden von den im vergangenen Jahr verstorbenen 830.000 Menschen nur 12,5% hospizlich oder palliativ begleitet – wobei ca. 60% aller Sterbenden diese Begleitung benötigt hätten. Das heißt, dass im Jahr 2008 nur 21% aller Bedarfsfälle versorgt wurden und somit eine Versorgungslücke von 79% bestand. Dies entsprach einer Anzahl von 393.000 Menschen, welche ohne bedarfsgerechte Begleitung sterben mussten.

Damit Palliative Care-Angebote Menschen in Deutschland erreichen, sollten sie dort angeboten werden, wo die meisten Menschen sterben. Obwohl die Mehrzahl der Menschen sich wünschen, zu Hause zu sterben, so sterben im Moment in Deutschland noch 70 bis 90% der Menschen in Institutionen wie Pflegeheimen und Krankenhäusern. Etwa die Hälfte aller Menschen in Deutschland (ca. 50 bis 58%) sterben im Krankenhaus. Im nächsten Kapitel werde ich das Palliative Care-Angebot im Krankenhaus näher beschreiben.

6. Palliative Care im Krankenhaus

Palliative Care ist dem Gesundheitswesen zugeordnet. Wegen der zunehmenden Brisanz um die hohen und ständig steigenden Kosten unseres Gesundheitssystems und das immer nötiger werdende Legitimieren von Leistungen Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, werde ausführlich auf die Finanzierungsgrundlagen von Palliative Care im Krankenhaus eingehen.

6.1 Krankenhaus - Rahmenbedingungen

Krankenhäuser sind gemäß § 107, Absatz I Nummer 3f SGB V *„... Einrichtungen, die mithilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingestellt sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und in denen die Patienten untergebracht und verpflegt werden können."*

Im Krankenhaus wird also ursprünglich kurative Medizin ausgeübt, welche eine Heilung der Patienten anstrebt. Demgegenüber wird Palliative Care erst dann tätig, wenn Heilung nicht mehr zu erwarten ist. Hierauf werde ich in Kapitel 6.3 näher eingehen.

Laut Krankenhausfinanzierungsgesetz sind die Bundesländer verpflichtet, Krankenhauspläne zu erstellen, welche angeben, wie viele Krankenhäuser und Krankenhausbetten zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind.

Finanziert werden Krankenhäuser auf der Grundlage der 'Dualen Finanzierung'. Unter der Voraussetzung, dass das jeweilige Krankenhaus im Krankenhausplan verzeichnet ist, werden Investitionskosten durch die einzelnen Bundesländer bezuschusst, und die Behandlungskosten werden gemäß § 108 SGB V von den jeweiligen Krankenkassen der einzelnen Patienten für diejenigen Krankenhäuser übernommen (vgl. Ansen u.a., 2004, 54).

Krankenhäuser lassen sich nach Indikationsspektrum (Fachkrankenhäuser), Trägerschaft (öffentliche, frei-gemeinnützige oder private Träger) und Versorgungsauftrag (Grund-, Regel-, Maximalversorgung) unterscheiden. So bieten Krankenhäuser der Maximalversorgung, welche man in Ballungszentren mit großen Einzugsbereichen findet, umfassende medizinische Behandlung an, während Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung vorwiegend in kleinen Städten anzutreffen sind und ein eingeschränktes Leistungsangebot vorhalten (vgl. Ansen u.a., 2004, 22).

Bei den somatischen Krankenhäusern wird gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz nach fallpauschalierten Entgelten, den DRGs, abgerechnet. Das am 23. April 2002 verabschiedete Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems (Fallpauschalengesetz) für Krankenhäuser zielte darauf ab, den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern durch gleiche Preise für gleiche Leistungen anzuregen. Darüber hinaus sollte die Kostenstruktur transparenter gestaltet werden. Der Fallpauschalen-Katalog wurde durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellt. Dieses Institut wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Jahr 2001 gegründet, um die Vertragspartner bei der Einführung und Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems zu unterstützen. Der Fallpauschalen-Katalog wird jährlich aufgrund der erhobenen Behandlungs- und Kostendaten weiterentwickelt. Hierzu erarbeitet das InEK jährlich einen Ent-

wurf, der von den Vertragspartnern überprüft und gegebenenfalls verabschiedet wird.

Die Umstellung der Finanzierung auf das Fallpauschalensystem bedeutete für die Krankenhäuser einen dramatischen Einschnitt. Während sie zuvor kostendeckende pauschale Tagespflegesätze mit ihren Trägern abrechnen konnten, waren sie nun gezwungen, ihre Leistungen einem vorgegebenen Budget anzupassen. Im Jahr 2003 konnte noch freiwillig auf das neue Vergütungssystem umgestellt werden. Zum 1. Januar 2004 erfolgte die verpflichtende Einführung für alle Krankenhäuser mit Ausnahme psychiatrischer und psychosomatischer Abteilungen, sowie anderer besonderer Einrichtungen (für deren Vergütung die Bundespflegesatzverordnung gilt). Bis Ende des Jahres 2008 galt eine Übergangszeit. Seit Anfang des Jahres 2009 kommt das neue Vergütungssystem in vollem Umfang zum Tragen.

Bei der Einführung der DRGs orientierte man sich am australischen System. DRGs bilden ein Patientenklassifikations-System, mit dem einzelne stationäre Behandlungsfälle auf Grundlage bestimmter Kriterien (Diagnose nach dem ICD-Schlüssel des ICD 10, Schweregrad der Erkrankung, Alter des Patienten, Komplikationen...) zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Je mehr Kriterien einer Fallgruppe zugrunde gelegt werden und je mehr Fallgruppen ein System beinhaltet, desto differenzierter können die einzelnen Behandlungsfälle eines Krankenhauses verglichen werden. Werden alle Behandlungsfälle über Diagnosen in Fallgruppen erfasst, ermöglichen DRGs Vergleiche zwischen den Krankenhäusern bezüglich Fallzahlen und Fallstrukturen und ermöglichen so die Grundlage einer Vergütung über leistungsgerechte Preise.

6.2 Soziale Arbeit im Krankenhaus

Die soziale Betreuung und Beratung von Krankenversicherten in Krankenhäusern ist in §112 Absatz II, Satz 4 SGB V geregelt. Allerdings fällt hier auf, dass die Soziale Arbeit als eigener Berufsstand nicht erwähnt ist; d.h., die im Gesetz erwähnte *„soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus“* könnte somit z.B. auch von Pflegekräften oder anderen Berufsgruppen ausgeführt werden. Auch das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg regelt in §31 den sozialen Krankenhausdienst, welcher vom Krankenhaus sichergestellt werden muss. Gemäß §31 hat der Krankenhausdienst Patienten und deren Angehörige sozial zu beraten und zu betreuen. Er hat weiter dafür zu sorgen, dass Maßnahmen eingeleitet werden, die nach der Entlassung des Patienten zu seiner Pflege, Nachsorge und Rehabilitation notwendig sind. Aber auch hier ist der Berufsstand der Sozialen Arbeit nicht explizit erwähnt.

Die Soziale Arbeit stellt die kleinste Berufsgruppe im Krankenhaus dar. In der Regel ist ihre Arbeitssituation von institutionellen Vorgaben geprägt.

Klinische Sozialarbeit ist eine gesundheitsspezifische Sozialarbeit. Sie hat die Einbezie-

hung von sozialen und psychosozialen Aspekten in die Beratung zum Ziel. Weiter zielt sie auf sozialtherapeutische Behandlung und psychopädagogische Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und vorübergehend oder dauerhaft behinderten Menschen ab. Ihr Fokus ist die 'Person in ihrer Welt' (person-in-environment) im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. *„Sie wirkt einer Verengung der Gesundheitsarbeit auf ausschließlich somatische (Medizin) und psychische Aspekte (Psychotherapie) ebenso entgegen wie einer Verengung bzw. Reduzierung der Sozialarbeit bei klinischen Aufgabenstellungen auf organisatorische, rechtliche, disziplinarische und/oder rein erzieherische Maßnahmen“* (Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, 2005, 4).

Wie bereits erwähnt, werden die Kosten der Krankenhausbehandlung durch die genannten Behandlungspauschalen abgedeckt. Deshalb erfolgt keine eigenständige Abrechnung der erbrachten Leistungen der Sozialen Arbeit. Aufgrund des hohen Kostendrucks steht Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (und damit auch im Krankenhaus) immer mehr unter Legitimationsdruck. Sie muss ihre beruflichen Leistungen zunehmend transparent machen und ihre Wirksamkeit dokumentieren, wobei dies im Krankenhaus, das von medizinischen und administrativen Fragen dominiert wird, keine leichte Aufgabe ist. Darüber hinaus muss sie *„...eine Gratwanderung zwischen Beiträgen zur Verkürzung der Liegezeiten und der Aufrechterhaltung ihrer fachlichen Standards bewältigen“* (Ansen u.a., 2004, 21).

6.3 Palliative Care-Angebote im Krankenhaus

Gemäß Strohscheer u.a. (2005, 113f) leiden ca. 5-23 % aller stationär betreuten Krankenhauspatienten an fortgeschrittenen Erkrankungen und hiervon wiederum besteht bei bis zu 60% der Patienten ein Palliative Care-Bedarf. Im Krankenhaus gibt es sowohl Palliativstationen, als auch Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienste, welche beide der spezialisierten Palliativversorgung zugerechnet werden.

6.3.1 Palliativstationen

Wie bereits in Kapitel 5.3.2 beschrieben, sind Palliativstationen *„...Hospizstationen, die fest in eine Klinik eingebunden sind und nach demselben Organisationsmodell geführt werden...“* (Student/Napiwotzky, 2007, 17). Sie werden von den Krankenkassen voll finanziert und verfügen über ständige ärztliche Präsenz. Allerdings muss, wenn keine Krankenhausbehandlung nach SGB V mehr erforderlich ist, die Entlassung des Erkrankten erfolgen. Palliativstationen sind also Abteilungen in oder an Krankenhäusern. Sie sind spezialisiert auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatienten, die einer Krankenhausbehandlung in einer spezialisierten Abteilung bedürfen, bei denen eine Heilung aber nicht mehr möglich ist. Die Behandlung besteht darin, die aufgetretenen Beschwerden zu kontrollieren und das Befinden zu stabilisieren. Palliativstationen sind ärztlich geleitet. Sie sind keine Pflegeeinrichtungen und gehören zur akutstationären Patien-

tenversorgung. Sie arbeiten interdisziplinär und multiprofessionell. Das multiprofessionelle Team setzt sich zusammen aus hierfür qualifizierten Medizinern, Pflegekräften, Sozialarbeiter/-innen / Sozialpädagog/-innen, Seelsorger/-innen, Psycholog/-innen und weiteren Therapeut/-innen, ergänzt durch ehrenamtliche Helfer/-innen. Medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Probleme können wechselnde Priorität haben, weshalb Kommunikation und Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team von besonderer Bedeutung sind. Ziel ist es, krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und, wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation von Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden können.

Da, wie bereits in Kapitel 5.3.2 erwähnt, in keiner Region Deutschlands der Bedarf an Palliativbetten ausreichend abgedeckt ist, besteht laut Zwischenbericht *„Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“* der Enquete-Kommission *"Ethik und Recht der modernen Medizin“* des Deutschen Bundestages (BT-Drs. 15/ 5858) ein enormer Nachholbedarf (Deutscher Bundestag, 2005, 16). Die Enquete-Kommission gab einen Bedarf an, der zwischen 27,7 bis 35,9 Betten pro eine Million Einwohner liegt. Demgegenüber stand bei der damaligen Erhebung im Jahr 2005 eine Ist-Zahl von 9,1 Palliativbetten pro eine Million Einwohner und aktuell eine Ist-Zahl von 17 Betten für eine Million Einwohner in Deutschland zur Verfügung (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2009, siehe Anhang 4).

Eine bedarfsgerechte und fachlich abgesicherte stationäre Palliativversorgung ist nur möglich, wenn die Finanzierung der Patientenbehandlung solide abgesichert ist. Durch die Vergütung nach dem in Kapitel 6.1 beschriebenen DRG-System sind Palliativstationen im stationären Sektor vielerorts in eine finanziell bedrohliche Lage geraten, da eine Abbildung der auf Palliativstationen geleisteten Arbeit in der DRG-Systematik nur eingeschränkt möglich ist. Im Jahr 2005 wurde die neue Leistung *'Palliativmedizinische Komplexbehandlung'* (8-982) im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodierbar gemacht. Allerdings war es fraglich, ob diese den Aufwand von Palliativstationen angemessen berücksichtigte, da dort ein hoher Personalschlüssel und viele 'weiche' Leistungen erforderlich sind. Darüber hinaus konnten Palliativstationen seit dem Jahr 2005 als *'Besondere Einrichtung'* (BE) anerkannt und damit die Vergütung über tagesbezogene Entgelte abgerechnet werden (Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen VBE §§ 1 Absatz III und 3 Absatz I).

Alternativ hierzu wurde im Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2007 durch das zuständige Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Zusatzentgelt (ZE 60) in Höhe von 1.101,46 € für die Behandlung von Patienten eingeführt, bei denen eine palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-982) durchgeführt und kodiert wird. Dieses Zusatzentgelt wurde im Jahr 2008 leicht angehoben auf 1.365,89 €, jedoch im Jahr 2009 wieder-

um abgesenkt auf 1.347,43 € (Fallpauschalenkataloge 2008, 122 und 2009, 117).

Da diese Lösungen offensichtlich keinen ökonomischen Vorteil einbrachten, nutzten bisher laut Thomas Schindler (2008, 15) nur ca. 25-30% aller Krankenhäuser mit Palliativstationen diese Möglichkeiten. Dies könnte sich nun ändern.
Ab dem Jahr 2010 wird das ZE 60 differenziert nach Behandlungstagen. So erhält ein Krankenhaus laut Fallpauschalenkatalog 2010 (141) neben der entsprechenden DRG ein Zusatzentgelt für Patienten mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung für die Dauer von

- mind. 7 bis max. 13 Behandlungstagen in Höhe von 1.321,76 € (ZE 60.01)
- mind. 14 bis max. 20 Behandlungstagen in Höhe von 2.108,98 € (ZE 60.02)
- mind. 21 Behandlungstage in Höhe von 3.354,27 € (ZE 60.03)

Die Leistungsdefinition des OPS-Katalogs beinhaltet jedoch keine Strukturqualität. Deshalb sind einzeln erbrachte Leistungen nicht sachgerecht abbildbar.

Ich gehe hier so ausführlich auf die Kostensituation ein, da ich der Meinung bin, dass - neben den medizinischen und pflegerischen Leistungen - auch die Leistungen der Sozialen Arbeit adäquat ermittelt und dargestellt werden müssen. Nur durch das Transparent machen und das Standardisieren ihrer Leistungen kann Soziale Arbeit dazu beitragen, dass den Leistungsträgern reelles Datenmaterial für die Verhandlungen mit den Kostenträgern zur Verfügung steht. Nur wer in der Lage ist, Leistungen zu definieren, fachlich zu begründen und zu dokumentieren, kann angemessen über deren Vergütung verhandeln. Ich habe den Eindruck, dass im Moment hauptsächlich die Medizin die Verhandlungen mit den Kostenträgern führt. Wäre es nicht hilfreich, wenn sich auch die Soziale Arbeit zumindest für ihren Bereich bei diesen Verhandlungen stark machen würde?

Zusätzlich zu den Palliativstationen ist der Aufbau von Palliative Care-Beratungsdiensten in Krankenhäusern zu fördern, damit Patienten nicht nur auf Palliativstationen angemessene Palliative Care-Behandlung erhalten, sondern auch auf anderen Stationen von einem Palliative Care-Fachteam betreut werden können.

6.3.2 Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienste

Wie in Kapitel 5.3.2 beschrieben, übernimmt ein Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsteam in einem allgemeinen Krankenhaus beratende und unterstützende Funktion und setzt so die Erfahrungen von Palliative Care auf allen Stationen des Krankenhauses um. Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienste bieten schwer kranken und sterbenden Patienten auf allen Stationen im Krankenhaus Symptom- und Leidenslinderung an. Sie arbeiten – wie Palliativstationen - interdisziplinär und multiprofessionell und sind idealerweise zusammengesetzt aus Palliative Care-qualifizierter Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit. Im Bedarfsfall wird Seelsorge oder eine weitere Therapierichtung hinzugezogen. Anzustreben wäre eine Integration von ehrenamtlichen Palliative Care-Helfern.

Der Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienst wird aufgrund einer Anforderung durch eine bestimmte Fachabteilung tätig. Er arbeitet mit anderen Spezialisten im Krankenhaus zusammen. Die Betreuung der Patienten bleibt in der Hauptverantwortung des/der behandelnden Stationsarztes/-ärztin. Ein Hinzuziehen des Dienstes kann sowohl auf Initiative des/der zuständigen Arztes/Ärztin ausgehen, als auch auf Vorschlag der beteiligten Pflegekräfte oder auch der Sozialen Arbeit sowie des Patienten selbst oder seiner Angehörigen. Untersuchungen an der Universitätsklinik Graz haben ergeben, dass Pflegende wesentlich mehr 'Palliative Care-Patienten' identifizieren können als andere Berufsgruppen (Strohscheer u.a., 2005, 115), was mir persönlich einleuchtet, da meines Erachtens Pflegepersonal den meisten persönlichen Kontakt zu Patienten pflegt.

Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienste können laut Strohscheer u.a. (2005, 113) folgendermaßen zur Verbesserung der Patientenbetreuung beitragen:

- indem sie sowohl körperliche Symptome, als auch soziale, psychologische und spirituelle Bedürfnisse von Patienten einschätzen und managen
- indem sie die zu erwartende Prognose einschätzen und dies entsprechend kommunizieren
- indem sie Patienten bei der Umsetzung persönlicher Ziele für die Betreuung in der Terminalphase unterstützen
- und indem sie das Betreuungsnetz von Patienten evaluieren.

Ziel ist es auch hier, eine weitgehende Symptom- oder Leidenslinderung zu erreichen, um den Patienten wieder nach Hause zu entlassen, bzw. um ihm ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Das Modell Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienst soll die Grundzüge von Palliative Care im Krankenhaus verbreiten (vgl. Europarat, 2003, 48) und hat somit eine gewisse Ausbildungsfunktion. Außerdem könnte eine Verbindung zu lokalen Palliative Care-Netzwerken hergestellt werden, um die Betreuung vor Ort zu verbessern und den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu erleichtern.

Ein Vorteil der Etablierung eines Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienstes ist, dass die Versorgung der Patienten in der vertrauten Primärstation verbleiben kann, wenn nicht komplexe Symptome auftreten, für welche die Primärstation nicht genügend Ressourcen bereitstellen kann, so dass Patienten auf Palliativstationen verlegt werden müssen. Ebenso von Vorteil ist, dass der Zugang zur weiteren Palliative Care-Versorgung erleichtert wird und somit der Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienst eine Art Brückenfunktion einnimmt (vgl. Strohscheer u.a., 2005, 115). Darüber hinaus können Palliativpatienten bereits zu einem frühen Zeitpunkt, der weit vor der Finalphase liegen kann, erreicht werden.

Finanziert werden Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienste über die in Kapitel 6.3.1 beschriebenen Zusatzentgelte (ZE 60.01/02/03).

Interessant finde ich das 'Fachprogramm Palliativversorgung in Krankenhäusern' des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit, das darauf abzielt, durch Palliative Care die stationäre Versorgung Schwerkranker und Sterbender zu verbessern und eine bedarfsgerechte Versorgung sowohl in den Ballungsgebieten als auch im ländlichen Raum zu erreichen (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit unter www.stmugv.bayern.de/krankenhaus/palliativstationen/pall_fachp.htm / 29.10.09).
Es beschreibt jeweils die Funktion von Palliativstationen und Palliative Care Konsiliar- oder Beratungsdiensten und legt jeweilige Qualitätsanforderungen fest, welche sehr übersichtlich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dargestellt sind (erstellt vom Expertenkreis „Palliativmedizin und Hospizarbeit", in dem Vertreter aller Verbände und Organisationen vertreten sind, die mit Palliative Care-Versorgung im ambulanten und stationären Bereich befasst sind). Wegen der bemerkenswert übersichtlichen und klaren Strukturierung dieser Qualitätsmerkmale füge ich diese in Anhang 5 und 6 bei.
Ebenfalls sehr übersichtlich und klar strukturiert dargestellt sind diese Dienste in der Studie *„Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich*" des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen ÖBIG (2004, 21-22, 26-28), welche unter der Internetadresse www.hospiz.at/pdf_dl/oebig_studie.pdf (31.10.09) zu finden ist. Diese Studie stellt ein Konzept für ein abgestuftes Hospiz- und Palliativversorgungssystem dar und beinhaltet Leitlinien für dessen schrittweisen Auf- und Ausbau.

6.4 Berufsgruppen im Palliative Care-Team im Krankenhaus

Wie bereits oben erwähnt, kann aufgrund der Bandbreite und der Komplexität der Fragen, welche während einer Palliative Care-Versorgung auftreten, i.d.R. keine Einzelperson und keine Einzeldisziplin diesen umfassend begegnen. Deshalb wendet sich Palliative Care mittels eines interdisziplinären Teams den Bedürfnissen von Patienten und deren Angehörigen zu, *„...das in der Lage ist, physische, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung zu bieten, und das über eine Mischung an Kompetenzen verfügt, die über interdisziplinäre und vernetzte Teamarbeit zum Tragen kommen sollen"* (Europarat, 2003, 72).

Team

Das Wort „Team" kommt aus dem Englischen und bedeutet „Gruppe" bzw. „Arbeitsgruppe". Bei uns wurde es zunächst hauptsächlich im Zusammenhang mit Sport verwandt, drang aber bald auch in andere Lebensbereiche wie Wirtschaft, Verwaltung, Kunst und Forschung ein (vgl. Schmandt, 1997, 947). Ein Team ist eine konstruktiv zusammenarbeitende Gruppe von mindestens zwei Individuen, die wechselseitig voneinander abhängig und gemeinsam verantwortlich sind für die Entwicklung eines Projektes, die Klärung einer Problemlage oder das Erreichen spezifischer Ziele. Bildlich kann man sich Teammitglieder als einzelne Puzzleteile vorstellen, die gemeinsam ein Ganzes ergeben. Jedes dieser Teile hat seinen speziellen Platz im Gesamtgefüge. So hat auch jedes Teammitglied eine be-

stimmte Rolle auszufüllen und damit auch unterschiedliche Zuständigkeiten. Diese Rollen und Aufgaben sollten klar definiert sein. Hilfreich ist hier ein offener Austausch über die eigenen und gegenseitigen Rollenverständnisse (oder auch -missverständnisse) und einer Klärung derselben. Gellert/Nowak (2002, 21) beschreiben in ihrem Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams „Teamarbeit – Teamentwicklung – Teamberatung“ die Teamarbeit als *„... kooperative, zielorientierte Arbeit von Fachleuten, die gemeinsam an einer definierten komplexen Aufgabe, in einem Projekt, oder an einem Problem arbeiten, bei Integration unterschiedlichen Fachwissens, und nach bestimmten gemeinsam festgelegten Regeln“*. Wichtig ist dabei für jedes Teammitglied, dass es sich seiner eigenen Kompetenzen bewusst ist und diese Kompetenzen anderen gegenüber auch effektiv darstellen kann. Darüber hinaus sollte jedes Teammitglied auch fähig sein, die Leistungen der anderen anzuerkennen, ohne sich selbst dabei abzuwerten.

Die Qualifikation zur Teamarbeit wird nur in wenigen Berufsausbildungen vermittelt. Teamarbeit funktioniert allerdings auch nicht von selbst (vgl. Schmandt, 1997, 950). Klaus Lumma beschreibt in seinem Buch „Die Team-Fibel“ fünf unabdingbare Voraussetzungen für die Teamentwicklung (2000, 13):

1. *„Akzeptanz partnerschaftlicher Kollegialität“*, d.h. kein Machtstreben im Team
2. *„Akzeptanz von Leitung und Rollenzuschreibungen“*, d.h. keine Abwertungen
3. *„Akzeptanz von Konfrontation und Feedback“,* d.h. Konflikte offen ansprechen
4. *„Akzeptanz von Verbindlichkeit und Verabredungen“*, d.h. keine Manipulation
5. *„Akzeptanz des Paradigmas lebenslangen Lernens“*, d.h. immer offen bleiben

Gelingt es, die einzelnen Tätigkeiten von Teammitgliedern gut aufeinander abzustimmen, kann die Konstruktivität und Effizienz des Gesamtteams weit über der Summe individueller Abstimmungsqualitäten liegen (vgl. Lumma, 2000, 13).

Zu Teamkultur, Formen der Teamarbeit, Teamphasen, Kommunikation im Team usw. könnte an dieser Stelle noch ausgiebig eingegangen werden, würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Gemäß den Empfehlungen des Europäischen Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der Palliative Care-Versorgung (Europarat, 2003, 71) wird

> *„...oft unterschieden zwischen interdisziplinären und multidisziplinären Teams. Die Ersteren messen berufsmäßigen Abgrenzungen weniger Bedeutung zu als die Letzteren - im Wesentlichen übernimmt das ganze Team die Betreuung, sodass Aufgaben nicht unbedingt je nach Berufsstand verteilt werden. Die Führung des interdisziplinären Teams hängt von den jeweils anstehenden Aufgaben und nicht von der professionellen Hierarchie ab, wie das bei multidisziplinären Teams der Fall ist. Manche Autoren ziehen interdisziplinäre Teams deutlich den multidisziplinären vor. Das Komitee hat keine grundsätzliche Präferenz und ist der Meinung, dass über die Art des Teams anhand der lokalen Situation und des anliegenden Problems entschieden werden soll.“*

Karl Kälble beschreibt den Begriff 'interdisziplinär' als *„... Interaktion zwischen zwei oder mehreren wissenschaftlichen Disziplinen, die von einfacher Kommunikation bis zu wech-*

selseitiger Integration sowohl in den kognitiven Strukturen als auch den sozialen Organisationen von Forschung und Lehre reichen kann" und dessen Schwerpunkt dabei *„die Interaktion zwischen den Disziplinen oder Fächern* (ist)*, die sich an einem gemeinsamen Dritten orientiert"* (Kaba-Schönstein/Kälble, 2004, 38). Demgegenüber beschreibt er Multidisziplinariät als die schwächste Form der Kooperation, in der keine nähere Beziehung zwischen den Disziplinen hergestellt wird. Aufgrund dieser Beschreibung präferiere ich persönlich die Bezeichnung 'interdisziplinär', da dieser Begriff den höchsten Grad an Zusammenarbeit beschreibt, der meines Erachtens im Palliative Care-Team unerlässlich ist.

Das Palliative Care-Team, das aus Personen unterschiedlicher Professionen besteht, bildet die Kerneinheit der palliativen Versorgung. Hier beziehen sich unterschiedliche Berufsgruppen partnerschaftlich und kollegial aufeinander. *„Ein Team ist mehr als eine Ansammlung von Menschen, die zufällig auf einer Station einer Klinik arbeiten. Damit sich Personen zielgerichtet einer gemeinsamen Aufgabe widmen können, braucht es Investitionen in den Aufbau von Kommunikation, in Teamstrukturen, Vereinbarungen und Regeln"*. (Heller u.a., 1999, 17f). Heller gibt als ein mögliches Instrument die 'psychosoziale Sitzung' an, in der alle am Patienten arbeitenden Berufe sich regelmäßig wöchentlich treffen, um ihre Erfahrungen auszutauschen.

Die Probleme Schwerstkranker betreffen physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte, die sich zusätzlich gegenseitig verstärken können. Eine umfassende Betreuung sollte deswegen auf die Expertise verschiedener Berufsgruppen zurückgreifen können. Ein multiprofessionelles Team in der Palliativversorgung setzt sich aus speziell geschulten Ärzt/-innen, Pflegekräften, Sozialpädagog/-innen, Psycholog/-innen, Therapeut/-innen (Krankengymnast/-innen, Masseur/-innen), Seelsorger/-innen und Ehrenamtlichen zusammen, die bei der Behandlung des Patienten kooperieren. Dieser multiprofessionelle Ansatz bildet die Basis, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten und alle Informationen untereinander austauschen. Die gemeinsamen Ziele und die Identität des Teams sind wichtiger als Ziele der einzelnen Berufsgruppen und die Hierarchie der Teammitglieder. Andreas Heller (1999, 14) sieht Palliative Care als Dach

> *„... unter dem sich verschiedene Disziplinen und Professionen unterschiedlicher Versorgungskontexte Laien und Professionelle versammeln. Um der ganzheitlichen Betreuung der Menschen willen, wird die Ergänzungsbedürftigkeit der eigenen Sichtweise zum Ausgangspunkt des Denkens und Handelns. Die Dominanz der Medizin und ihrer Behandlungslogik ist zugunsten neuer systemischer Kooperationsformen und Kommunikationen zwischen den Disziplinen, Professionen und Organisationen zu relativieren."*

Die Zusammensetzung des interdisziplinären Palliative Care-Teams

Während sich das interdisziplinäre Palliative Care-Team im Ausland standardmäßig aus Medizin, Pflege, Sozialer Arbeit und Seelsorge zusammensetzt, dominieren in Deutschland die Berufsgruppen Medizin und Pflege.

So ist in der 'Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)' zu lesen, dass die interdisziplinär und multiprofessionell arbeitende Palliativmedizin *„... auf der Kooperation der Ärzte verschiedener Disziplinen, des Krankenpflegepersonals und anderer Berufsgruppen, die mit der ambulanten und stationären Betreuung unheilbar Kranker befasst sind“* basiert (2002, Art. 2, Satz 3). Die *„Kooperation mit allen in der Palliativmedizin engagierten Berufsgruppen*“ steht in der Satzung der DGP an erster Stelle der von ihr zu fördernden Aktivitäten (2002, Art. 3, Satz 1). Im Folgenden beschreibe ich kurz die Berufsgruppen im idealen Palliative Care-Team:

Pflege

Laut der **Tätigkeitsbeschreibung der Bundesagentur für Arbeit** im 'Berufenet' betreuen und versorgen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen eigenverantwortlich kranke und pflegebedürftige Menschen, führen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen durch, assistieren bei Untersuchungen und Behandlungen und dokumentieren Patientendaten.

Die **Berufsordnung des Landespflegerates Baden-Württemberg** vom 14. Juli 2006 (§1 Absatz II) beschreibt *„...Professionelle Pflege* (als) *die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von allen Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen...“* Sie schließt darüber hinaus *„... die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versor*gung und B*etreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (und) Förderung einer sicheren Umgebung“*.

Die Berufsaufgaben von Pflegenden sind in §2 zu finden. So zählt zu den eigenverantwortlichen Aufgaben professioneller Pflege z.B. *„... die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege, Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege, Beratung, Anleitung und Unterstützung von Pflegeempfängern und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit (und) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes“*. Auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und die Entwicklung von multidisziplinären und berufsübergreifenden Lösungen von Gesundheitsproblemen ist hier bereits vorgesehen.

Gemäß den Empfehlungen des Europäischen Ministerkomitees wird vom ausgebildeten Personal in spezialisierten Palliative Care-Einrichtungen ein höheres Niveau an Fachkenntnis verlangt (Europarat, 2003, 45). Bereits die *„Rahmenvereinbarung nach §39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, in der Fassung vom 09.02.99“* zwischen den Spitzenverbän-

den der Krankenkassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und den Bundesverbänden verschiedener freier Träger (AWO, DPWV, DRK, Diakonie) regelten in §4 Abs. 4b die Voraussetzungen für verantwortliche Krankenpflegefachkräfte. Dort ist in Nr. 3 bestimmt, dass diese über den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden verfügen müssen (siehe https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Rahmenvereinbarung_statHo_443.pdf /06.11.09). Auch das *„Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care“,* das im Mai 2009 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens integriert in die Broschüre *„Qualifikation in der Sterbebegleitung. Curricula für ärztliche, pflegende, psychosoziale, physiotherapeutische und seelsorgerische Berufsgruppen“* herausgegeben wurde, sieht eine Weiterbildung von 160 Unterrichtseinheiten vor (Kern u.a., 2009, 38). Darüber hinausgehend empfiehlt die Enquete-Kommission 'Ethik und Recht der modernen Medizin', die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) dahingehend zu verändern, dass Palliativpflege mit definierten Stundenvorgaben in den theoretischen und praktischen Anteilen der grundständigen Ausbildung berücksichtigt werden (Deutscher Bundestag, 2005, 10). Dies wurde allerdings noch nicht realisiert.

Medizin

Im **Genfer Gelöbnis** geloben Ärzt/-innen bei ihrer Aufnahme in den Berufsstand, dass sie ihr Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen und ihren Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben werden. Oberstes Gebot ihres Handelns soll die Gesundheit ihrer Patienten sein. Die Tätigkeit ist im 'Berufenet' der **Bundesagentur für Arbeit** folgendermaßen beschrieben: *„Ärzte und Ärztinnen untersuchen Patienten, erheben Befunde und diagnostizieren Krankheiten. Sie legen Maßnahmen zur Therapie fest, führen medizinische Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen durch und dokumentieren die Diagnosen sowie Behandlungsverläufe. Außerdem beraten sie Patienten über Möglichkeiten, Erkrankungen bzw. Schädigungen vorzubeugen*.“

Sowohl der Europarat (2003, 12), als auch die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ (Deutscher Bundestag, 2005, 9) forderten die Einführung von Palliativmedizin als Pflichtfach in die ärztliche Ausbildung. Dies ist nun realisiert: Im Juli 2009 erfolgte eine Änderung der Approbationsordnung durch den Bundestag und Bundesrat, so dass spätestens ab dem Jahr 2014 Medizinstudent/-innen einen Leistungsnachweis in Palliativmedizin erbringen müssen (Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. unter www.hospiz.net/presse/archiv/presse_20090810.pdf /01.10.09 und Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 BGBl. I S. 2495; Geltung ab 05.08.2009 unter: www.buzer.de/gesetz/8953/index.htm /31.10.09).

Aufgrund gesellschaftlicher Faktoren wie Umstrukturierungen im Gesundheitswesen so-

wie zunehmenden Kostendrucks und Technisierung wird von Seiten der Ärzteschaft eine Kooperation der Berufsgruppen angestrebt, mit dem Ziel der Kostenreduktion und einer verbesserten Patientenversorgung (vgl. Lecher u.a., 2002, 6). Abgesehen davon hat *„...die Technisierung der Medizin („Apparatemedizin“) (...) einen lange verdeckten psychosozialen Handlungsbedarf erzeugt, der nur durch wachsende Kooperationsbereitschaft und Kooperationskompetenz der beteiligten Berufsgruppen gedeckt werden kann. Eine gelingende und effiziente Zusammenarbeit der Berufsgruppen beinhaltet auch die Chance, Medikalisierung und ineffizienten Ressourcenverbrauch diagnostischer und therapeutischer Mittel zu vermeiden“* (Kaba-Schönstein/Kälble, 2004, 13).

Mediziner informieren das interdisziplinäre Team über Diagnose, Zustand und Prognose von Patienten. Sie sind für die Linderung der körperlichen Beschwerden zuständig, führen hierzu Symptomkontrollen durch und leiten ggf. eine medikamentöse Therapie ein.

Gemäß Lecher u.a. (vgl. 2002, 6) wird im Bereich der Arzt-Pflege-Kooperation generell der unzureichende Informationsfluss zwischen den Professionen bemängelt. So stellen beide Professionen spezifische Erwartungen an die andere Berufsgruppe, die aufgrund unterschiedlicher Zugänge zu Patienten und Aufgabenbereichen entstehen. Um eine patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten, ist es jedoch notwendig, diese divergierenden Perspektiven in den Arbeitsabläufen kooperativ zu verknüpfen.

Soziale Arbeit

Die **Bundesagentur für Arbeit** beschreibt das Tätigkeitsfeld von Ausübenden der Sozialen Arbeit folgendermaßen: Sie *„... befassen sich mit der Prävention, Bewältigung und Lösung sozialer Probleme. Sie beraten und betreuen einzelne Personen, Familien oder bestimmte Personengruppen in schwierigen Situationen. Darüber hinaus erstellen sie Konzepte für die Erziehungs- und Bildungsarbeit und begleiten deren Umsetzung.“* Soziale Arbeit ist in vielfältigen Arbeitsfeldern anzutreffen – ca. 20 % aller diplomierten Sozialarbeiter/-innen arbeiten im Gesundheitswesen (vgl. Ortmann/Waller, 2005, 3).

Sozialarbeiter/-innen, welche partnerschaftlich orientiert sind und gelernt haben sollten, ihre Rolle zu verdeutlichen, geraten im Palliative Care-Team in ein Feld, das ihnen von der Ausbildung zwar kaum vertraut ist für dessen Aufgabenbewältigung sie jedoch ideale Voraussetzungen mitbringen. Die Teammitglieder müssen lernen, sich selbst und anderen ihre Rolle zu verdeutlichen. Hierbei kommt der Sozialen Arbeit besonders die Aufgabe des Bindeglieds zu, da Kommunikations-, Kooperations-, Team- und Konfliktfähigkeit Schlüsselkompetenzen von Sozialarbeiter/-innen sind. Auf das Berufsprofil der Sozialen Arbeit werde ich in Kapitel 7 ausführlich eingehen. Laut Ortmann/Waller ist *„... in der Konkurrenz durch die sich stark professionalisierenden und akademisierenden Pflegeberufe...“* eine große Herausforderung für die Soziale Arbeit zu sehen (2005, 3).

„Wenngleich oftmals ein Kernteam, bestehend aus einem Arzt, einer Pflegeperson und einem Sozialarbeiter, die notwendige Versorgung leisten kann, so ist es doch häufig der Fall, dass der Beitrag eines weiteren Spektrums (...) notwendig wird“ (Europarat,2003,33).

Seelsorge

Seelsorger/-innen kümmern sich um das geistig-seelische Wohl von Menschen. Hierbei geht es in erster Linie darum, bedürftigen Menschen in schwierigen Lebenslagen geistigen Beistand zu leisten und Verständnis für sie aufzubringen. Oft wird diese Tätigkeit von Theologen ausgeübt.

Psychologie

Psychologen und Psychologinnen unterstützen Menschen bei der Bewältigung persönlicher Probleme und helfen Patienten mit psychischen Störungen. Sie beobachten und analysieren das Verhalten von Individuen oder Gruppen und nutzen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen zur psychologischen Behandlung oder zur Beratung (Bundesagentur für Arbeit, 'Berufenet').

Ehrenamtliche

Gemäß den Empfehlungen des Europäischen Ministerkomitees (Europarat, 2003, 74f) können Ehrenamtliche den Patienten die Bereitschaft bieten, ihnen zuzuhören, da sie keine hauptamtlichen Verpflichtungen haben und sich somit ganz den Patienten widmen können. Sie spielen für die Fachkräfte eine wichtige Rolle, da sie sowohl als unterstützende Verbindungsglieder wirken, als auch den Fachkräften die nötige Zeit verschaffen können, ihre hauptamtliche Arbeit zu verrichten.
Es ist wichtig zu wissen, dass Ehrenamtliche im interdisziplinären Team niemanden ersetzen, sondern die Arbeit der Hauptamtlichen ergänzen. Deshalb sollten die Aufgaben von Ehrenamtlichen klar definiert sein.

Angehörige oder Betroffene selbst sind im Palliative Care-Team nicht vorgesehen.

Abgesehen von den Ehrenamtlichen verfügt jede dieser Berufsgruppen über ihr eigenes Fachwissen, ihre Berufssozialisation und ihre Berufspolitik. Dementsprechend stehen jeweils die eigenen Standards und Qualitätsvorstellungen des ausgeübten Berufs im Vordergrund. Dies kann zu einem Spannungsverhältnis zwischen den jeweiligen Berufsgruppen führen, in dem oft um Status, Position und Anerkennung gerungen wird.

Allerdings besteht im Krankenhausbereich eher die Gefahr der hierarchischen Unterordnung unter die dominante Medizin und Ärzteschaft und der damit verbundenen Tendenz zur Fremdbestimmung des beruflichen Handlungsauftrags, da Berufe wie Krankenpflege und Soziale Arbeit meist in ihrer Tätigkeit abhängig sind von der ärztlichen Profession und von dieser kontrolliert werden. Waller (vgl. 2007, 91) verwendet hier den von Freidson (1979, 43) eingeführten Begriff 'paramedizinisch'. So haben paramedizinische Berufe

i.d.R. eine untergeordnete Stellung, da ihre Arbeit meist auf Verordnung von Ärzt/-innen ausgeführt und auch häufig überwacht wird.

Auch die auf Seite 39 dieser Arbeit zitierte Aussage von Andreas Heller benennt die Dominanz der Medizin im Palliative Care-Team. Er schlägt vor, diese zugunsten neuer systemischer Kooperationsformen zu relativieren.

Während *„... im Ausland zumindest Sozialarbeiterin, Arzt, Krankenschwester und Seelsorger zusammenwirken müssen (Cowles 2000; Loewy/Springer-Loewy 2000), dominiert in Deutschland noch immer das biomedizinische Modell mit Medizin und Pflege, das zudem extrem hierarchisch strukturiert ist“* (Student u.a., 2007, 41).

Diese biomedizinische Dominanz im Palliative Care-Team ist auch auf Seite 40 dieser Arbeit im zitierten Artikel 2 Satz 3 der Satzung der DGP versteckt zu erkennen. Dort werden Medizin und Pflege explizit erwähnt, Soziale Arbeit verschwindet unter den 'anderen Berufsgruppen'. Zwar sollen laut Satzung alle Berufsgruppen miteinander kooperieren – jedoch frage ich mich, wie dies funktionieren soll, wenn bestimmte Berufsgruppen schlichtweg nicht erwähnt sind. Diese undefinierten 'anderen Berufsgruppen' verschwinden, meiner Meinung nach, mitsamt ihren Kompetenzen, Fähigkeiten, Aufgaben, Rollen und Zuständigkeiten in einer verschwommenen, vagen und nichtssagenden Anonymität. Wie kann ich mit jemandem kooperieren, der nicht konkret beschrieben ist? Wo finde ich Anknüpfungspunkte? Kenne ich dessen Kompetenzen und Fähigkeiten?

Auf Seite 37 dieser Arbeit ist beschrieben, dass ein Team *„...eine konstruktiv zusammenarbeitende Gruppe von mindestens zwei Individuen ist, welche wechselseitig voneinander abhängig und gemeinsam verantwortlich sind...“* für das Klären komplexer Problemlagen und das Erreichen spezifischer Ziele. Da bestimmte Berufsgruppen des Teams jedoch unbenannt sind, habe ich nicht den Eindruck, dass hier von einer partnerschaftlichen, kollegialen und gleichberechtigten Zusammenarbeit ausgegangen wird, in der die Berufsgruppen wechselseitig voneinander abhängen.

Weiter hat jedes Teammitglied eine bestimmte Rolle im Gesamtgefüge auszufüllen und hat damit unterschiedliche Zuständigkeiten, welche klar definiert sein sollten. Wenn bestimmte Berufsgruppen jedoch bereits in der Satzung nicht benannt sind, frage ich mich, wie ich erkennen kann, wo deren konkreter Platz im Gesamtgefüge sein soll, welche Rollen diese unbenannten Berufsgruppen ausfüllen sollen und welche Zuständigkeiten sie haben. Ich persönlich habe nicht den Eindruck, dass diese unbenannten Berufsgruppen - und hier meine ich besonders die Soziale Arbeit - gleichberechtigt neben Medizin und Pflege platziert sind.

In seinen Ursprüngen bestand das Palliative Care-Team aus drei Berufsgruppen: Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit. Offensichtlich genügen in Deutschland im Moment großteils noch Medizin und Pflege einander. Anscheinend ist auch bekannt, dass hin und wieder auf die Kompetenzen 'anderer Berufsgruppen', wie z.B. die der Sozialen Arbeit zurückge-

griffen werden kann. Meist geht es hierbei um die Klärung und Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche, oder um die Organisation von Hilfen im häuslichen Umfeld. Dies ist jedoch nur ein Bruchteil dessen, was Soziale Arbeit tatsächlich leisten kann. Ich frage mich, ob denn die Gesamtpalette der Kompetenzen Sozialer Arbeit überhaupt bekannt ist? Da nur ein Bruchteil von Fähigkeiten abgerufen wird, gehe ich davon aus, dass die restlichen Fähigkeiten unbekannt sind. Deshalb ist es mir - wie bereits in der Einleitung erwähnt - ein Anliegen, mit dieser Bachelor-Arbeit ein wenig zum Bekanntmachen derselben beitragen zu können, damit Soziale Arbeit in ihrer Kompetenz-Vielfalt wahrgenommen wird. Hierzu werde ich im folgenden Kapitel 7 die Kompetenzen der Sozialen Arbeit vorstellen und die möglichen Aufgabenfelder von Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team beschreiben.

Wird die Kompetenzvielfalt Sozialer Arbeit allgemein bekannt, besteht die Chance, dass die Übereinstimmung dieser Fähigkeiten auf die Anforderungen im Palliative Care-Team erkannt wird. Dies könnte zur Folge haben, dass Soziale Arbeit auch in Deutschland ihren festen Platz im Palliative Care-Team bekommt und entsprechend ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten eingesetzt wird – so wie z.B. auch in Österreich, wo laut Dachverband 'Hospiz Österreich' die Mitarbeit von Sozialarbeiter/-innen im palliativen Akutbereich zwingend vorgeschrieben ist. Möglicherweise wird die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit dann auch in der DGP-Satzung namentlich erwähnt.

Was immer in den letzten Stunden geschieht, kann viele Wunden heilen, aber auch in unerträglicher Erinnerung verbleiben...

(Cicely Saunders)

7. Soziale Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Palliative Care-Versorgung im Krankenhaus ist gemäß Student u.a. (2007, 11) *„...klärungsbedürftiger als dies in 'klassischen' Gesundheitsfeldern der Fall ist...“*, da diese Versorgungsform zwar zum Gesundheitswesen zählt, Sterben und Tod jedoch *„... kaum mit Gesundheit assoziiert...“* werden.
Da Gesundheitswissenschaften Gesundheit als *„...Lebensdimension relativen Wohlbefindens, die in allen Phasen und Stadien des menschlichen Lebens bedeutsam ist“* (Student u.a., 2007, 11) definieren, kann davon ausgegangen werden, dass *'alle menschlichen Lebensphasen'* auch Sterbe- und Trauerphasen beinhalten. Weiter sterben 80-90% der Menschen in Einrichtungen des Gesundheitswesens (vgl. Student u.a., 2007, 9) und ist Soziale Arbeit auch aus diesem Grund in diesem Bereich involviert. Darüber hinaus sind Sterbende und Trauernde ein klassisches Aufgabenfeld für die Soziale Arbeit, da diese von der Gesellschaft *„... ins Abseits gedrängt, verdrängt und vernachlässigt“* werden (Student u.a., 2007, 10). Soziale Arbeit in der Palliative Care-Versorgung ist auch deshalb wichtig, weil schwere Erkrankungen immer den ganzen Menschen und auch sein soziales Umfeld betreffen. Aus diesem Grund sah das Palliative Care-Konzept bereits in seinen Ursprün-

gen Medizin, Pflege und Soziale Arbeit vor. Letztlich ist Soziale Arbeit für die Palliative Care-Versorgung wichtig, weil das Selbstverständnis und die Kompetenzen Sozialer Arbeit beinahe auf die Bedürfnisse von sterbenden und trauernden Menschen zugeschnitten zu sein scheinen, wie ich im Folgenden (Kapitel 7.1) aufzeigen werde.

7.1 Kompetenzen der Sozialen Arbeit

Das Kompetenzprofil Sozialer Arbeit ist sehr komplex und nicht in wenigen Sätzen zu erklären. Deshalb möchte ich, bevor ich beginne, einzelne Kompetenzen der Sozialen Arbeit aufzuzählen und zu erläutern, zunächst mittels einer indischen Parabel die Funktion Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team veranschaulichen:

Fünf Blinde hatten den Auftrag, einen Elefanten zu beschreiben.

Der erste ergriff den Rüssel und sagte: „Ein Elefant ist ein langer Arm!“

Der zweite fasste ein Ohr und sagte: „Ein Elefant ist ein großer Fächer“

Der Dritte umarmte ein Bein und sagte: „Ein Elefant ist eine feste Säule.“

Der Vierte ertastete den Bauch und meinte: „Ein Elefant ist eine dicke Kugel.“

Der Fünfte schließlich nahm den Schwanz des Elefanten und sagte:

„Ein Elefant ist eine dünne Schnur mit einem Büschel Haare am Ende.“

(Verfasser unbekannt)

In der oben zitierten indischen Parabel hat ein Team von fünf blinden Menschen die Aufgabe, einen Elefanten zu beschreiben. Aufgrund der Tatsache, dass keiner von ihnen das Beschreibungsobjekt in seiner Gesamtheit vor Augen hat, kann jeder von ihnen nur den Teilbereich des Ganzen beschreiben, den er von seinem Standort aus innerhalb seiner Möglichkeiten erfasst.

Wie in der Parabel, haben unterschiedliche Teammitglieder des Palliative Care-Teams unterschiedliche Zugänge zur gemeinsamen Aufgabenstellung. Nun sind diese Teammitglieder keineswegs blind, jedoch haben sie einen jeweils berufsspezifischen Standort, von dem aus sie ihre Aufgabe betrachten. Deshalb nehmen sie i.d.R. nur einen ganz bestimmten Ausschnitt des Gesamten wahr. So sieht die Medizin hauptsächlich den medizinischen Teilaspekt, die Pflege nimmt vorwiegend pflegespezifische Bereiche wahr, Psychologie sieht den psychischen Ausschnitt und Theologie den spirituellen. Soziale Arbeit hat hier einen etwas anderen Zugang: Sie ist nicht an einen einzigen Standort gebunden, sondern sie umrundet das gesamte Beschreibungsobjekt sozusagen und kann so eine Gesamtheit von groben Umrissen erfassen und diese kombinieren. Detaillierte Einzelwahrnehmungen erhält sie von den jeweils spezifischen Berufsgruppen. Im Bild der Parabel gesprochen umrundet sie den gesamten Elefanten und kann grob erfassen, dass dieser ein sehr großes Lebewesen, mit verschiedenartigen Körperteilen ist, die zusammengehören und miteinander in Beziehung stehen. Die exakte Länge des Rüssels, den Umfang der Beine und die Dicke der Ohren ermitteln die jeweiligen Spezialisten. Weiter nimmt sie den

Lebensraum (Wald oder Steppe) und die Lebensbedingungen des Elefanten wahr.

Soziale Arbeit nimmt also aufgrund ihrer interdisziplinären Ausbildung nicht nur die psychosoziale Dimension wahr - wie oft angenommen wird - sondern sie erfasst sozusagen eine 'person-in-environment'-Dimension. Sie agiert im 'Dazwischen' – zwischen den Berufsgruppen und auch zwischen Person und Umwelt, bzw. zwischen System und Lebenswelt. Sie bildet sozusagen den 'Kitt' zwischen den einzelnen Dimensionen. Sie fungiert als Moderator zwischen den einzelnen Teammitgliedern und ihre Hauptaufgabe ist die Koordination und Kooperation und Vermittlung. Dieser generalistische Ansatz macht letztendlich ihre besondere Qualität aus.

Auch Sepp Raischl verwendet ein Bild zur Veranschaulichung der Funktion Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team. Er vergleicht die Rolle Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team mit der Rolle eines Coaches auf einem Spielfeld, welches für ein besonderes Abschiedsspiel eines bestimmten Spielers genutzt wird. Bei diesem Abschiedsspiel wird nach besonderen Regeln gespielt, denn es geht nicht darum, dass eine Seite gewinnt, sondern darum, dass der Abschiedsspieler sich gut verabschieden kann. Hierzu soll er gut ins Spiel kommen können. Mitspielen sollten alle, die für ihn in seiner Karriere wichtig geworden sind. Der Coach hat die Aufgabe, im individuellen Spielfeld alle nötigen Ressourcen zu erschließen und zur Verfügung zu stellen, damit sich ein gelingendes Spiel entfalten kann (vgl. Raischl, 2009, 36f). Auch dieses Bild stellt Kompetenzen und Aufgaben Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team, meiner Meinung nach, sehr anschaulich dar.

Nachdem mittels zweier Bilder ein erster Eindruck von den Kompetenzen und den daraus resultierenden Aufgaben Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus vermittelt wurde, möchte ich nun konkreter werden. Im Folgenden werde ich Ausbildungsinhalte Sozialer Arbeit kurz vorstellen und die damit erworbenen Kompetenzen beschreiben.

Ausbildungsinhalte

Das Studium der Sozialen Arbeit ist interdisziplinär. Es werden Inhalte aus den Disziplinen Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Recht, Sozialer Arbeit und auch aus der Sozialmedizin vermittelt. Deshalb sind Sozialarbeiter/-innen von ihrem Studium her Generalisten und bringen dementsprechend zu ihren sozialarbeitswissenschaftlichen noch weitere sozialwissenschaftliche Kenntnisse, wie psychologische, soziologische, pädagogische, erziehungswissenschaftliche, wirtschaftswissenschaftliche, sozialmedizinische und rechtliche Kenntnisse mit, welche jeweils auf spezifische Arbeitsfelder adaptiert werden.

Soziale Arbeit hat im Laufe des Studiums Fachkompetenzen erworben, die sie befähigen, ihre beruflichen Leistungen wissenschaftsorientiert zu analysieren, nachprüfbar und begründet zu planen, praxisbezogen und sachgerecht auszuführen und diese erbrachten Leistungen zu reflektieren und evaluieren, um sie damit weiterzuentwickeln. Soziale Arbeit kennt gesellschaftliche Rahmenbedingungen und sieht ihre Adressaten als Handelnde

und Gestalter ihrer Lebenswelt. Da das Handeln Sozialer Arbeit innerhalb von Organisationen stattfindet, kennt sie die spezifischen Organisationsformen. Darüber hinaus verfügt sie über verschiedene Kommunikations- und Gesprächsführungstechniken.

Kompetenzen

Friedrich Maus u.a. stellen in ihrem Buch *„Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik“*, welches vom Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) herausgegeben wurde, die wichtigsten Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit sehr übersichtlich dar und beschreiben diese. Sie beinhalten neben sozialprofessioneller Beratungskompetenz auch berufsethische Kompetenz, personale und kommunikative Kompetenzen, sozialadministrative, sozialrechtliche und sozialpädagogische Kompetenzen, Methodenkompetenz, strategische Kompetenz, sowie Praxisforschung und Evaluationskompetenz (Maus u.a., 2008, 12). Diese werde ich im Folgenden kurz vorstellen:

- **Sozialprofessionelle Beratungskompetenz** ist die Grundlage für spezialisierte Beratungsformen. Dabei ist Beratung eine genuine Form und eine Kernaufgabe sozialprofessionellen Handelns. Sie ist wertorientiert und bezieht sich auf berufseigene Normen. Weiter basiert sie auf theoretischem Wissen. Darüber hinaus ist sie eigenständig, d.h. von anderen Beratungsberufen unterscheidbar und deshalb eine Praxis, welche sich an professionellen Prinzipien orientiert. Beratung arbeitet lebensweltbezogen, ressourcen- und netzwerkorientiert und ist deshalb mehr als eine „Problem-Lösungs-Beratung“. Sie arbeitet in verschiedenen Beratungsformen (z.B. Gesundheitsbereich, Gemeinwesen, Allgemeine Sozialberatung) und in spezialisierten Bereichen (z.B. Schuldner-, Erziehungsberatung).

  > *„Sozialprofessionelle Beratung ist eine subjektangepasste, biographiebezogene, situationsadäquate, kommunikativ vermittelte und vereinbarte Unterstützungshandlung zur Verbesserung der Einsichts-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit von Einzelnen, Gruppen und Institutionen“* (Fromann u.a. in Maus, 2008, 97).

  Sie unterscheidet sich vom alltäglichen und gelegentlichen Beraten in der Dauer, der Gründlichkeit, der Eindringlichkeit und i.d.R. im größeren Gegenstandsbereich. Sie orientiert sich an der Lebenswelt von Adressaten und sucht nach dessen Entwicklungsmöglichkeiten (Empowerment) (vgl. Maus u.a., 2008, 95ff).

- **Berufsethische Kompetenz** ist die Fähigkeit, sein professionelles Handeln auf der Grundlage fundierter wissenschaftlicher Theorien erklären und berufsethisch begründen zu können. Es ist die Aufgabe eines jeden Einzelnen, sich seiner eigenen ethischen Grundeinstellung bewusst zu werden. Allerdings sollten für die Profession insgesamt die Ethikcodes des IFSW und die berufsethischen Prinzipien des DBSH gelten. Der 'Code of Ethics' fundiert auf einem breiten Einverständnis, da er als Grundsatzpapier auf dem Weltkongress der International Federation of Social Workers IFSW

1994 verabschiedet worden ist. Im Wesentlichen beinhaltet er allgemeine Grundsätze beruflichen Handelns, Verhalten gegenüber Klientel, Berufskolleg/-innen, Angehörigen anderer Berufe, Arbeitgeber und Organisationen, Verhalten in der Öffentlichkeit und Verfahrensregeln. (vgl. Maus u.a., 2008, 88ff).

– **Personale und kommunikative Kompetenz:** (vgl. Maus u.a., 2008, 78ff)

  Personale Kompetenz meint die Fähigkeit mit und an der eigenen Person, in Bezug auf die Interaktion mit anderen Menschen, zu arbeiten. Sie umfasst Selbstmanagement, die Fähigkeit zum Aufbau von zwischenmenschlichen Kontakten durch professionelle Haltung und Wertschätzung (besonders zu Menschen in schwierigen Lebenssituationen), Angebot von Hilfe und Unterstützung, Aufbau und Gestaltung von Arbeitsbeziehungen, Empowerment, Ermutigung und Empathie als Haltung und Methode. Daneben umfasst sie die Fähigkeit zur notwendigen Balance zwischen Nähe und Distanz und zur Selbstreflexion eigener Persönlichkeitsanteile. Sie beinhaltet auch die Fähigkeit zur Teamarbeit, die bewusste Gestaltung von Team- bzw. Kooperationsprozessen, mit dem Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen bzw. Hilfestrukturen und Sicherheit im Umgang mit Krisen in der Arbeit mit Klienten und im eigenen Leben.

  Kommunikative Kompetenz stellt die Kenntnis und die Beherrschung der nonverbalen, verbalen und symbolischen Regeln der Kommunikation dar und auch die Diskussionsfähigkeit, welche in Respekt und Achtung der Autonomie des Gegenübers und seiner Bewältigungspraxis verstanden wird. Sie bedeutet auch, die Fähigkeit beziehungsstiftend wirken zu können und die Kommunikationsgrundlagen zu kennen.

– **Sozialadministrative Kompetenz** ist die Fähigkeit, mit der öffentlichen Verwaltung adäquat kommunizieren zu können, d.h. die rechtlichen Grundlagen zu kennen, den Sprachstil und das Handeln von Verwaltung verstehen zu können und auch die formellen Wege innerhalb der Verwaltung zu kennen. Ziel ist es, Klientenrechte zu wahren und einzufordern (vgl. Maus u.a., 2008, 73ff).

– **Sozialrechtliche Kompetenz** erkennt die rechtlichen Seiten von Problemstellungen und bietet im Hilfeprozess entsprechende Lösungsangebote an. Sie beinhaltet auch die Anwendung verschiedener Rechtsbereiche. Klienten wird in allen Teilen des Sozialrechts zu ihrem Recht verholfen (vgl. Maus u.a., 2008, 65f).

– **Sozialpädagogische Kompetenz** beinhaltet Erziehung und Bildung von und Lernen mit Kindern und Jugendlichen und auch Elternarbeit (vgl. Maus u.a., 2008, 60f).

– **Methodenkompetenz** befähigt zum planmäßigen, reflektierten und systematischen Handeln. Sie beinhaltet den selbstreflektierten Gebrauch verschiedener Methoden hinsichtlich ihrer Passung, bezogen auf den verantwortlichen und bewussten Einsatz der eigenen Person in Beziehung zu einer Person (oder Gruppe). Die Methoden

selbst beinhalten vielerlei Techniken, welche auf unterschiedlichen sozialarbeiterischen Konzepten und Schulen gründen (z.B. Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit, Case-Management, personenzentrierte oder systemische Beratung (vgl. Maus u.a., 2008, 50ff).

- **Strategische Kompetenz** ist die Fähigkeit Sozialer Arbeit, überlegt, geplant, und auf klare Wirkungen hin zu handeln, unter Berücksichtigung der Ressourcen des Klienten. Darüber hinaus ist Soziale Arbeit fähig, Problemstellungen zu analysieren und zu diagnostizieren, diese dann mit den Handlungskompetenzen der Klienten zu verknüpfen und daraus Lösungs- und Handlungsstrategien zu entwickeln, welche der Situation angepasst sind. So ist Strategische Kompetenz sozusagen das Bindeglied zwischen allen anderen Kompetenzen. (vgl. Maus u.a., 2008, 44f).

- **Praxisforschung und Evaluationskompetenz** (vgl.Maus u.a., 2008, 111ff)

  Die Praxisforschung oder anwendungsorientierte Forschung soll Erkenntnisse liefern, die bei konkreten Ereignissen im Praxisalltag herangezogen werden können. Dabei steht die Anwendbarkeit von Ergebnissen auf einen aktuellen Fall oder für gleichartige Fälle im Vordergrund. Hier kann Assessmentforschung betrieben werden, welche eine systematische Erfassung von Faktoren beinhaltet, die für eine soziale Diagnose oder für die Entwicklung geeigneter Einschätzungs- bzw. Diagnoseverfahren benötigt werden. Weiter kann Interventionsforschung betrieben werden, welche in Ergänzung zur Assessmentforschung die Effekte von Interventionen Sozialer Arbeit beobachtet und beschreibt. Sie untersucht damit deren Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten und belegt die Wirkung des Handelns von Sozialer Arbeit. Die Evaluationsforschung nimmt sich der Erforschung des gesamten Handlungsfelds an, in welchem die soziale Hilfe stattfindet. Sie untersucht die jeweiligen Prozesse und Strukturen und beschreibt einen Gesamtrahmen. Dabei dient sie besonders zur Legitimierung von Hilfen Sozialer Arbeit gegenüber Kosten- und Leistungsträgern und auch der Politik. Praxisforschung dient somit insgesamt der Weiterentwicklung der Praxis. Sie nimmt wissenschaftliche Erkenntnis zu Hilfe und stellt eine Reflexionshilfe dar. Anhand deren Erkenntnisse ist soziale Praxis in der Lage, sich selbst zu professionalisieren. Soziale Arbeit erlangt durch ihre praktische Arbeit mit den Klienten und die damit gegebene Nähe zu deren Problemen und Lebenswelten sehr schnell einen empirischen Zugang. Gleichzeitig kennt sie die Probleme ihres Arbeitsfeldes und ist deshalb in der Lage, dementsprechende Fragestellungen und Forschungsansätze zu entwickeln.

Allerdings erschöpft sich Soziale Arbeit nicht im Beherrschen einzelner Kompetenzen, sondern verknüpft diese Kompetenzen im Hilfeprozess für den Klienten miteinander zur umfassenden, ganzheitlichen und sozialprofessionellen Unterstützung. Die Gesamtheit aller erworbenen Kompetenzen und die Fähigkeit zur Verknüpfung derselben zu einem

generalistischen Ganzen macht die Breite der professionellen Sozialen Arbeit aus.

Darüber hinaus beschreiben Maus u.a. (2008, 22f) die Soziale Arbeit als Profession, die im 'Dazwischen' agiert: Zwischen System und Lebenswelt, zwischen Umwelt und Person. Sie fungiert sozusagen als sozialer Kitt zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene. Durch ihren generalistischen Ansatz gewährleistet sie ihre besondere Qualität. So wird der Mensch in der Sozialen Arbeit ganzheitlich gesehen, d.h. im Kontext seiner alltäglichen Lebenszusammenhänge in seiner entsprechenden Lebenswelt. Dieser Blickwinkel wird in entsprechende Handlungskonzepte integriert. Sozialarbeiter/-innen *„... erkennen die Unterschiedlichkeit von Menschen (...), akzeptieren sie und gehen mit ihnen wertschätzend um..."* und sind fähig, ihr berufliches Handeln so zu gestalten, *„... dass Unterschiedlichkeit als produktive Erweiterung im Umgang miteinander (...) erfahren werden kann"* (Maus u.a., 2008, 36).

Daneben hat Soziale Arbeit die Funktion des Moderators zwischen Gruppen und Institutionen und ist darüber hinaus auch Vermittler und Übersetzer (vgl. Maus u.a., 2008, 25). So kann man sie als helfende Dienstleistung für Einzelne, Gruppen oder Gemeinwesen bezeichnen. *„Ausgangspunkt für das Handeln Sozialer Arbeit ist jeweils eine Differenz zwischen gegebener und von Klientel und/oder Gesellschaft erwünschter Situation"* (Maus u.a., 2008, 28).

Charakteristisch für die Aufgaben der Sozialen Arbeit ist es, dass mehrere parallel auftretende beeinträchtigende Faktoren und psychosoziale Probleme zu bewältigen sind. Soziale Arbeit wird, im Gegensatz zu Spezialisten (die bei einzeln beeinträchtigenden Faktoren tätig werden), generalistisch tätig. Sie kann als Querschnittsaufgabe gesehen werden, welche bei ihrer Aufgabenbewältigung immer gleichzeitig einzelne Personen und die gesamte Gesellschaft im Blick hat, d.h. immer versucht, Einfluss auf das individuelle Verhalten und auch auf die Verhältnisse zu nehmen. Wegen des zunehmend breiten Spektrums der Aufgabenfelder ist es oftmals schwierig, das Selbstverständnis der Profession zu bestimmen und eine eindeutige Berufsidentität herzustellen (vgl. Student u.a., 2007, 17f).

Soziale Arbeit erstreckt sich auf verschiedene Handlungsebenen: Sowohl auf die Arbeit mit Individuen, Gruppen, Gemeinschaften, Gemeinwesen, Institutionen und Organisationen, als auch auf die Ebene der politischen Intervention. Weiter verfügt Soziale Arbeit über professionelle Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, Gesprächsführung, Krisenintervention und auch über die Fähigkeiten, prozessorientiert zu begleiten, zu aktivieren, zu befähigen und zu vernetzen. Sie ist jedoch auch fähig zu einer „strukturierten Offenheit" (Thiersch, 1993, 11-28), d.h. sie berücksichtigt den Eigensinn ihrer Klienten und arbeitet gleichzeitig auch prozessorientiert.

Gemäß dem Konzept der Lebensweltorientierung von Hans Thiersch werden Sinn- und Deutungsmuster von Adressaten als Grundlage sozialarbeiterischer Problemintervention akzeptiert und genutzt. Fachliches Handeln beinhaltet die Sensibilität, welche prüft, was in

der jeweiligen Situation angemessen ist, um nur da einzugreifen, wo es notwendig scheint, um einen gelingenderen Alltag zu ermöglichen (vgl. Thiersch, 2009, 39). Soziale Arbeit möchte Menschen in ihrem Alltag erreichen, welcher durch gesellschaftliche Strukturen ebenso mitbestimmt wird, wie durch das Individuum selbst und durch dessen konkrete Lebenssituation. Ziel ist es, einen gelingenderen Alltag zu ermöglichen und auf sozialstrukturelle Problembereiche aufmerksam zu machen. Daher wird Soziale Arbeit prophylaktisch oder subsidiär tätig, d.h. sie sorgt für Strukturen, die einen gelingenderen Alltag ermöglichen oder sie wird dann tätig, wenn die Ressourcen von Angehörigen, Freunden, Nachbarn usw. nicht mehr ausreichen, wenn also wichtige Angelegenheiten nicht mehr privat geregelt werden können. Zum gelingenderen Alltag gehört sowohl gelingenderes Leben, als auch gelingenderes Sterben (vgl. Student u.a., 2007, 23), wobei jedoch gelingenderes Leben und Sterben sowohl individuell, als auch kulturell völlig unterschiedlich empfunden werden können.

Meist bewegt sich Soziale Arbeit in Krisenfeldern – sie ist im Kern Krisenarbeit und zeigt ihre Qualität darin, dass sie Betroffene zu einem angemessenen Umgang mit psychosozialen Krisen (kritische Lebensereignisse, chronische Belastungen oder schwierige Lebensübergänge) befähigt. Ein Großteil der Krisen sind Verlustkrisen, wie z.B. der Verlust

- der kindlichen Geborgenheit in der Adoleszenz
- von Unabhängigkeit durch Ehe und Kinder im Erwachsenenalter
- von Ausgeglichenheit und innerer Ruhe durch Überbelastung
- der eigenen Gesundheit
- des Arbeitsplatzes
- von sozialen Rollen
- von erworbenen Fähigkeiten im Alter
- der eigenen Autonomie
- von wichtigen Bezugspersonen
- oder gar des eigenen Lebens...

Darüber hinaus weiß Soziale Arbeit um den Zusammenhang zwischen akuten und chronischen Stressreaktionen aufgrund psychosozialer Belastungen, welche in Wechselwirkung mit der Lebensweise zu körperlichen, seelischen oder psychosozialen Risiken führen und sich dann in Krankheiten umsetzen können (Badura 1983 in Waller, 2006, 67 / Waller 2007, 37 / Franzkowiak, 2006, 20). Auf der Grundlage dieses Wissens kann sie dazu beitragen, dass Menschen ein 'psychosoziales Immunsystem' entwickeln, indem sie gefährdete Menschen im Rahmen sozialer Unterstützung zu konstruktiven Bewältigungsstilen gegenüber psychosozialen Belastungen befähigt. Sie ermutigt und befähigt Menschen, Probleme und Alltagsbelastungen eigenständig zu bewältigen, indem sie z.B. Empowermentarbeit leistet, d.h. indem sie persönliche Kompetenzen von Menschen fördert und erweitert (individuelle Bewältigung) und soziale Unterstützungs-Netzwerke aufbaut und intensiviert (kollektive Bewältigung). In der Palliative Care ist dieses Wissen und Können

sowohl in der Arbeit mit Betroffenen, als auch in der Angehörigenbegleitung wichtig.

Besonders im Gesundheitswesen ist die Grundlage der Sozialen Arbeit *„... ein bio-psycho-soziales und sozialökologisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit und deren Determinanten/Einflussfaktoren, sowie die Person-in-environment-Perspektive...“* (Kaba-Schönstein, 2002, 2). Diese ganzheitliche, bio-psycho-soziale Perspektive beruflicher Sozialer Arbeit und die multiple Arbeitsweise (wie z.B. Case-Management oder systemische Arbeit), welche die ganze Person in ihrer Lebenswelt und Lebenssituation berücksichtigt, entsprechen den Prinzipien von Palliative Care im besonderen Maße.

Aufgrund ihres bio-psycho-sozialen und sozialökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit nimmt Soziale Arbeit eine ganzheitliche Sichtweise ein – während Arzt und Pflege sich oft noch gemäß dem bio-medizinischen Modell auf die körperlichen Bedürfnisse, Psychologen auf die psychischen und Seelsorger auf die spirituellen Bedürfnisse von Patienten beschränken. Weil sich Soziale Arbeit nicht im Beherrschen einzelner Kompetenzen erschöpft, sondern weil sie die Fähigkeit hat, Kompetenzen im Hilfeprozess für Patienten und Angehörige miteinander zu verknüpfen, ist Soziale Arbeit im multiprofessionellen Palliative Care-Team unentbehrlich. Laut Student u.a. (2007, 42) *„...macht genau dieses 'spezialisierte Generalistentum' für Alltagsprobleme...“* die Fachkompetenz der Sozialen Arbeit aus. *„Keine andere Profession hat diese Breite der fachlichen Ausbildung und diese Querschnittskompetenz“* (Student u.a., 2007, 42).

Soziale Arbeit entspricht in ihrem ganzheitlichen Verständnis und in ihrem Arbeitsansatz der 'Ottawa-Charta' der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und setzt sich für Gesundheitsförderung auf politischer, kommunaler, institutioneller, lebensweltlicher und persönlicher Ebene ein. Dabei ist *„Gesundheitsförderung (...) ein Prozess, der Einzelne, Gruppen und Organisationen dabei unterstützt, für ihre Lebensweisen und Lebensbedingungen den größtmöglichen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Sie orientiert sich an dem Prinzip der 'Salutogenese', das auf den Schutzfaktoren für Gesundheit basiert“* (Landesgesundheitsamt Baden Württemberg, 2001, 22). Auch Palliative Care beinhaltet gesundheitsfördernde (salutogenetische) Aspekte, da sterbenskranke Menschen neben den kranken (pathogenen) immer auch gesunde Anteile haben, die es zu erkennen, zu fördern und zu schützen gilt (vgl. Knipping, 2007, 32).

> *„Soziale Arbeit im Gesundheitswesen umfasst, in je nach Arbeitsfeld unterschiedlicher Gewichtung, die gesamte Palette methodischen Handelns und beruflicher Rollen: informieren, beraten, begleiten, betreuen, unterstützen, behandeln, vermitteln, organisieren, planen, evaluieren, kooperieren und koordinieren, moderieren, Krisenintervention, Gesprächsführung, Soziotherapie, Öffentlichkeitsarbeit. Gegenüber klassischer Einzelfallhilfe nimmt die Bedeutung von Case Management, interprofessioneller Teamfähigkeit, von planenden, moderierenden und koordinierenden Fähigkeiten und Rollen zu“* (Kaba-Schönstein, 2002, 2).

Darüber hinaus umfasst Soziale Arbeit ressourcenerschließende, partizipationsfördernde, sozial vernetzende Aktivitäten.

Student u.a. (2007, 22) nennen folgende, für den Hospiz- und Palliative Care-Bereich nützliche, theoretisch fundierte Ansätze der Sozialen Arbeit:

- *Exklusionsvermeidung/Inklusionsförderung als Grundfunktion (Bommes/Scherr 2000)*
- *Empowerment als Leitperspektive (Herriger 2006)*
- *Lebensbewältigung und Sozialintegration als biografische Aufgabe (Böhnisch 2005)*
- *Lebensübergänge als Problemzonen im Life-Model (Germain/Gitterman 1999)*
- *Gesundheitsförderung als Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1997; Waller 2006)*
- *Bearbeitung von Ausstattungs-, Austausch-, Machtproblemen (Staub-Bernasconi 2007)*
- *Lebensführung als Arbeit (Feth 2003, Sahle 2002)*

Dabei haben sich Empowerment und Case-Management zu wichtigen Arbeitsformen in der Sozialen Arbeit entwickelt (neben Einzelfall-, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit). **Empowerment** bedeutet Selbstbefähigung und ist auf die Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen in ihrer jeweiligen Lebenslage - auch in Krisenzeiten - ausgerichtet. Diese Arbeitsmethode stellt eine Gegenbewegung zur allgemeinen Defizitorientierung der helfenden Berufe im Gesundheitswesen dar und richtet den Blick auf vorhandene Ressourcen. Dies gilt auch in der Arbeit mit sterbenden und trauernden Menschen.

Case-Management ist eine Verfahrensweise im Sozial- und Gesundheitswesen, mit der im Einzelfall die notwendige Unterstützung, Behandlung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt werden soll. Es ist angezeigt bei einer komplexen Problematik mit einer Vielzahl von Beteiligten in vernetzten Bezügen. So wird ein planloses, unkoordiniertes Nebeneinander von Hilfen vermieden und eine effektive, effiziente und kontinuierliche Unterstützungsleistung garantiert.

Soziale Arbeit bindet beteiligte Menschen in ein Netz befriedigender und hilfreicher Beziehungen ein. Damit fördert sie die Selbsthilfe und Selbstorganisationspotenziale bei allen Beteiligten. Sie bemüht sich dabei um die Haltung, nichts für Klient/-innen zu tun, was diese nicht selbst für sich tun können. Darüber hinaus verfügt Soziale Arbeit über die fachlichen Kompetenzen, um bei organisatorischen und politischen Aktivitäten eine wichtige Rolle zu spielen.

Laut **Wiener Deklaration** von 1994, einem trinationalem Dokument der Berufsverbände DBSH (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.), ÖBDS (Österreichischer Berufsverband Diplomierter Sozialarbeiter/-innen) und NVMW (Nederlandse Vereniging von Maatschappelijk Werkers) ist Sozialarbeit eine ...

> *„...Profession, die einzelne Menschen und Gruppen befähigt, ihr Leben und Zusammenleben zunehmend mehr selbst zu bestimmen und in solidarischen Beziehungen zu bewältigen. Sozialarbeit fördert die persönliche und soziale Kompetenz sowie das soziale Umfeld. Der Ansatz von Sozialarbeit ist ganzheitlich. Bedürfnisse von einzelnen Menschen, Gruppen und dem Gemeinwesen werden in ihrer Gesamtheit erfaßt (sic!)“*
> (DBSH www.dbsh.de/html/wasistsozialarbeit.html 07.11.09).

Gemäß dem vom **DBSH** (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit) entwickelten Berufsbild für Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagog/-innen mit den Abschlüssen Diplom, Bachelor und Master Stand Januar 2009 treten Sozialarbeiter/-innen dann in Aktion, ...

> *„...wenn die Betroffenen ihre Probleme aus eigener Kraft nicht bewältigen können und die Gesellschaft entsprechende institutionelle bzw. rechtliche Bewältigungshilfen bietet. (...) Charakteristisch für die Sozialarbeit ist die ganzheitliche Sicht des Menschen in seiner individuellen Eigenart und Entwicklung, seinem soziokulturellen Lebensraum und seiner ökonomischen Situation. Leitziel professioneller Sozialarbeit ist es, dass Menschen (...) ihr Leben und Zusammenleben im Sinne des Grundgesetzes und der Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen zunehmend mehr selbst bestimmen und in solidarischen Beziehungen bewältigen können. (...) Sozialarbeit achtet im Besonderen auf die Wahrung und den Schutz des Lebens, auf die Würde des Menschen, die Selbstbestimmung der Einzelnen und die solidarische Unterstützung durch Gemeinschaften. Sie hat eine Werteorientierung, die auf die positive Veränderbarkeit politischer, sozialer und individueller Verhältnisse vertraut. Dabei vertraut sie in die Kraft und den Willen von Menschen, belastende Lebensverhältnisse bei geeigneter Unterstützung selbst zu verändern.“*

Die Internationale Vereinigung von Sozialarbeiter/-innen **IFSW** (International Federation of Social Workers) definierte Sozialarbeit im Jahr 2000 in Montreal wie folgt:

> *„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift Soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“*
> (DBSH www.dbsh.de/html/wasistsozialarbeit.html 07.11.09).

So sieht Soziale Arbeit ihre Aufgabe unter anderem darin, Menschen zu befähigen, ihre gesamten Potenziale und Möglichkeiten zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und Dysfunktionen vorzubeugen. Sie arbeitet vor allem auf Problemlösung und Veränderung hin und hat gemäß ihrem beruflichen Selbstverständnis immer gesellschaftliche Rahmenbedingungen und subjektive Bedeutungsinhalte ihrer Klienten im Blick.

Leider werden diese Qualitäten und auch andere fachliche Kompetenzen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und damit auch im Palliative Care-Team im Krankenhaus noch kaum wahrgenommen. Bisher wird Soziale Arbeit vorwiegend zur Sicherung und Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche herangezogen.

7.2 Aufgaben der Sozialen Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus

Bereits in Kapitel 5.3 wurde erwähnt, dass es im Krankenhausbereich neben den Erwachsenenangeboten spezielle Einrichtungen für Kinder gibt. Die Aufgaben Sozialer Arbeit unterscheiden sich hier teilweise von denen des Erwachsenenbereichs. Eine differenzierte Aufgabenbeschreibung Sozialer Arbeit sowohl in der Arbeit mit Kindern, als auch in der Arbeit mit Erwachsenen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, deshalb begrenze ich mich hier auf den Erwachsenenbereich.

Um sich einer gestellten Aufgabe bewusst zuwenden zu können, ist es für gewöhnlich wichtig, sich die Problemstellung zu vergegenwärtigen, sich ein Konzept der Herangehensweise zu überlegen, sich darüber im Klaren zu sein, welche Ziele erreicht werden sollen und zu wissen, welche Mittel für die Bearbeitung zur Verfügung stehen. Auch die Rahmenbedingungen sollten dabei nicht außer Acht gelassen werden.

Das Problem der Isolierung und Tabuisierung von Sterben und Tod wurde in Kapitel 2 geschildert. Kapitel 3 untersucht den Problembereich und arbeitet offene Bedürfnisse von Sterbenden und deren Angehörigen heraus. Mögliche Antworten, wie diesen Bedürfnissen entsprochen werden kann, stellt Kapitel 4 zur Verfügung. Kapitel 5 beschreibt Palliative Care als umfassendes Konzept der Herangehensweise. Die Mittel, welche Sozialer Arbeit zur Verfügung stehen, um das Konzept Palliative Care umzusetzen und um den Bedürfnissen von Sterbenden und Angehörigen zu begegnen, sind die in Kapitel 7.1 beschriebenen Kompetenzen und deren Verknüpfung. Die Rahmenbedingungen von Palliative Care im Krankenhaus sind in Kapitel 6 dargestellt.

Hauptaufgabe von Palliative Care ist, gesellschaftliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sterbenskranken Menschen ein 'gelingenderes Sterben' und deren Angehörigen eine 'gelingendere Begleitung' ihrer sterbenden Familienangehörigen und auch eine 'gelingendere Trauer' ermöglicht wird. Daneben ist dieses Ziel des 'gelingenderen Sterbens, Begleitens und Trauerns' auch in der praktischen Arbeit mit Sterbenden zu verfolgen. Soziale Arbeit hat bei ihrer Aufgabenbewältigung immer gleichzeitig einzelne Personen und die gesamte Gesellschaft im Blick und versucht, Einfluss auf das individuelle Verhalten und auch auf die Verhältnisse zu nehmen; d.h, diese Kompetenz Sozialer Arbeit ist identisch mit den Anforderungen von Palliative Care.

In der Palliative Care wird nach unterschiedlichen Aufenthaltsorten von Sterbenden unterschieden. Diese Abschlussarbeit untersucht den Aufenthaltsort Krankenhaus. Idealerweise beginnt Palliative Care mit der Diagnose einer unheilbar lebensbedrohlichen Erkrankung. Patienten, welche mit einer solchen Diagnose konfrontiert werden, befinden sich i.d.R. in einer Fachabteilung des Krankenhauses, d.h. noch nicht auf der Palliativstation. In dieser Fachabteilung wird erstmals ein Palliative Care-Konsiliar- oder Beratungsdienst Kontakt zu erkrankten Patienten aufnehmen, wenn es hinzugerufen wird. Die Intensität dieser Begleitung nimmt mit fortschreitendem Verlauf der Erkrankung zu. Reichen die Ressourcen zur Versorgung von Patienten auf der Primärstation nicht mehr aus, werden diese auf die speziell ausgestattete Palliativstation verlegt.

Damit Soziale Arbeit im jeweiligen Palliative Care-Team (Konsiliarteam oder Team auf Palliativstation) begleitend unterstützen kann, muss in Erfahrung gebracht werden, wo Patienten und deren Angehörige stehen und welche Bedürfnisse sie haben. In Kapitel 3 dieser Arbeit werden die Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger beschrieben.

Sie sind wichtig, weil Sie eben sind.
Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig!
Wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben,
sondern auch bis zuletzt leben können.

(Cicely Saunders)

7.2.1 Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Betroffenen

In Kapitel 3 wurde zunächst festgestellt, dass sterbende Menschen ihre Selbstbestimmung behalten möchten. Soziale Arbeit berücksichtigt den Eigensinn ihrer Klienten und arbeitet nach dem Empowerment-Ansatz, welcher auf die Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen ausgerichtet ist.

Weiter wurde festgestellt, dass Sterbende nicht, wie in Kapitel 2 beschrieben, isoliert und tabuisiert werden möchten, sondern dass sie sich Begleitung wünschen. Dabei sollte diese Begleitung sowohl offene und nicht beantwortbare Fragen, als auch Stimmungsschwankungen von Sterbenden aushalten können. Der Aufbau von Unterstützungs-Netzwerken auf allen Ebenen und deren Intensivierung ist eine der Kernkompetenzen Sozialer Arbeit. Soziale Arbeit aktiviert Ressourcen von Sterbenden (Angehörige, Freunde und Nachbarn) und vernetzt Hilfen und Helfende. Darüber hinaus kann Soziale Arbeit aufgrund ihrer kommunikativen und sozialprofessionellen Kompetenzen dazu beitragen, die Kommunikation aller Beteiligten in Gang zu bringen und gegenseitige Empathie zu fördern. Die personale Kompetenz Sozialer Arbeit umfasst Empathie als Haltung und Methode. Indem Soziale Arbeit dazu beiträgt, dass Gefühle zugelassen und ausgedrückt werden, können sich alle Beteiligten gemeinsam innerlich auf das Sterben vorbereiten.

Sterbende benötigen auf allen Ebenen des Lebens Begleitung: körperlich, sozial, psychisch und spirituell. Aufgrund ihres bio-psycho-sozialen und sozialökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit nimmt Soziale Arbeit eine ganzheitliche Sichtweise ein. Diese ganzheitliche Perspektive Sozialer Arbeit, welche alle Lebensebenen ihrer Adressaten in deren Lebenswelt und Lebenssituation berücksichtigt, entspricht diesem Bedürfnis von Sterbenden im besonderen Maße.

Die Sorge um abhängige Familienmitglieder (Kinder, Jugendliche, behinderte Menschen usw.) kann enorme Ängste und Befürchtungen hinsichtlich finanzieller, rechtlicher und existenzieller Belange auslösen. Information und Beratung über soziale, finanzielle und existenzielle Absicherung, rechtliche Rahmenbedingungen und Ressourcen im Gemeinwesen kann diese Befürchtungen oft verringern. Dazu bietet Soziale Arbeit Unterstützung bei der Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche an.

Daneben schafft Soziale Arbeit Zeit und Raum für innerpsychische Auseinandersetzung. Betroffene können Gefühle äußern und diese reflektieren. Sie können ihre Biografie aufarbeiten und dadurch Reifungsprozesse ermöglichen. Dies kann dazu beitragen, dass

Sterbende im schweren Prozess eine Sinnhaftigkeit erfahren.

Sterbende Menschen erleiden oft Schmerzen. Diese werden nicht nur empfunden, wenn im Körper etwas in Unordnung geraten ist, sondern auch dann, wenn im sozialen Gefüge etwas in Unordnung geraten ist. So kann z.B. die Trennung von einem geliebten Menschen schmerzen. Mit dem Sterben erfahren Menschen stets solche Trennungen. Beispielsweise wenn Sterbende spüren, dass Pflegekräfte und Ärzte sich geängstigt von Ihnen zurückziehen. Sie spüren es auch, wenn Angehörige nicht den Mut aufbringen oder unsicher sind, ob sie mit ihnen ein ehrliches Gespräch führen können, oder sie besser schonen sollten und ehrliche Gespräche vermeiden. Auch das Sterben in isolierter Umgebung bedeutet Trennung, die Schmerzen bereiten kann. Hier kann Soziale Arbeit Vernetzung und Kommunikation herbeiführen. Wenn es schwer fällt, über schmerzhafte Dinge, wie Kränkungen, Vernachlässigungen, Ungerechtigkeiten usw. zu reden, kann Soziale Arbeit von Berufs wegen Kommunikationsblockaden lösen. Ungelöste Konflikte können zu einem guten Ende gebracht werden. Nach zugelassener und durchlittener Aussprache können neue Prozesse in Gang kommen und die ganze gegenseitige Liebe, die oft unter Schuld-, Scham- und Wutgefühlen verschüttet war, zum Vorschein kommen.

Sterbende und deren Angehörige machen Verlusterfahrungen. Sterbende erleben den Verlust ihrer Gesundheit, ihrer Lebensperspektive und des Lebens selbst. Angehörige verlieren eine geliebte Person. Dies sind existenzielle Krisen. Soziale Arbeit bewegt sich meist in Krisenfeldern und ist im Grunde genommen Krisenarbeit. Sie befähigt zu einem angemessenen Umgang mit psychosozialen Krisen. Dabei ist sie bestrebt, dass Betroffene Vertrauen in ihre eigene Handlungsfähigkeit und ihre eigenen Ressourcen erlangen.

Soziale Arbeit nimmt eine Brückenfunktion ein, zwischen Patient und Angehörigen, Patient und Professionen im Palliative Care-Team und Patient und Institutionen.

Die Anliegen von Sterbenden sind eng verwoben mit denen ihrer Angehörigen. Leidet der Sterbende stark, verzweifeln seine Angehörigen. Fühlen sich die Angehörigen schlecht, leidet auch der Sterbende – jedoch meist jeweils für sich allein (vgl.Student u.a., 2007, 55).

Den eigenen Tod, den stirbt man,
doch mit dem Tod der andern muss man leben.

7.2.2 Aufgaben Sozialer Arbeit in der Arbeit mit Angehörigen

Angehörige fühlen sich oft überfordert. Sie haben Angst vor der Ungewissheit, vor dem Leiden, vor Verlusten und vor dem eigenen Versagen. Oft stellen sie ihre eigenen Bedürfnisse hinter jene des direkt Betroffenen zurück. Soziale Arbeit kann einen Ort schaffen, an dem diese Ängste zum Ausdruck gebracht werden dürfen. Durch Information und Aufrechterhalten der Kommunikation zwischen Sterbenden und Angehörigen kann Soziale Arbeit diesen Ängsten entgegenwirken. In Kapitel 3 wurden diese konkreten Äng-

ste Angehöriger beschrieben. Im Folgenden wird dargelegt, wie Soziale Arbeit diesen Ängsten begegnen kann:

(1) Angst vor der Ungewissheit

Dieser Unsicherheit kann von Seiten der Sozialen Arbeit mit klaren Informationen begegnet werden. Hier ist es wichtig, Angehörige mit den Sterbenden über den unabwendbaren bevorstehenden Tod in ein aufklärendes Gespräch zu bringen um den Teufelskreis der beiderseitigen Isolation zu durchbrechen und die verbleibende Lebensspanne mit mehr Gemeinsamkeit zu füllen. Hilfreich wäre es meines Erachtens sicherlich auch, gemeinsame Rituale zu entwickeln um Sicherheit aufzubauen. Auch wichtig wäre, sich nach Bestattungswünschen von Betroffenen zu erkundigen, damit Hinterbliebene nach dem Versterben des Betroffenen die Gewissheit haben, im Sinne des Verstorbenen zu handeln. Auch dies schafft Sicherheit.

(2) Angst vor dem Leiden

Angehörige kann es an ihre äußersten Grenzen bringen, hilflos zusehen zu müssen, wie Sterbende an qualvollen Schmerzen leiden und sehen häufig in der Distanzierung zum Sterbenden ihre einzige Möglichkeit, die Situation zu bewältigen. Hier kann das Wissen um die Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie sehr entlastend sein und Angehörige dazu ermutigen, dem Sterbenden nahe zu bleiben. Soziale Arbeit hat in dieser Situation die Aufgabe, über die palliativen Möglichkeiten aufzuklären und die Verbindung zwischen Angehörigen und Sterbenden aufrecht zu erhalten. Sie kooperiert mit Palliativpflege und -medizin bezüglich der Einleitung der Schmerztherapie. Die Befreiung von körperlichen Schmerzen macht darüber hinaus frei für die Bewältigung anderer schmerzlicher Dimensionen, wie der psychischen, sozialen und spirituellen Dimension. Auch hier kann Soziale Arbeit beratend und begleitend tätig werden.

(3) Angst vor Verlusten

Bereits im Sterbeprozess werden Trennungen und Verluste erlebt; z.B. wenn sich Ärzte von Sterbenden und deren Familien zurückziehen, weil die Patienten 'austherapiert' sind und nichts mehr für sie getan werden kann. Gerade in diesen Situationen brauchen Angehörige dringend eine vertrauensvolle Atmosphäre und das Gefühl, die Situation beeinflussen und sich nützlich einbringen zu können. Hier hat Soziale Arbeit die Aufgabe, die Kommunikation aller Beteiligten in Gang zu bringen und gegenseitige Empathie zu fördern. Auch indem Gefühle zugelassen und ausgedrückt werden, damit sich alle Beteiligten gemeinsam innerlich auf das Sterben vorbereiten können, kann Soziale Arbeit dazu beitragen, dass Verlustängste gemildert werden.

(4) Angst vor dem Versagen

Diese Angst kann sich dadurch mildern lassen, indem die Ursachen der Trauer selbst abgeschwächt werden, wenn z.B. den Angehörigen ermöglicht wird, angemessen Abschied

zu nehmen. Allerdings setzt dies voraus, dass Angehörige erkennen und annehmen, *„...dass es nur noch eine begrenzte Chance gibt, letzte Dinge zu erledigen und ungelöste Konflikte zu einem guten Ende zu bringen, über Kränkungen und Ungerechtigkeiten zu sprechen oder Zuneigung auszudrücken, die vielleicht ein Leben lang unterdrückt oder unter Bergen von Schuld-, Scham- und Wutgefühlen verschüttet war“* (Student u.a., 2007, 57). Soziale Arbeit kann aufgrund ihrer Methodenkompetenz – allerdings nur in aktiver Zusammenarbeit mit den dazu bereiten Angehörigen - die Bedingungen so gestalten, dass letzte Dinge erledigt, letzte Gespräche geführt und verschüttete Gefühle zum Ausdruck gebracht werden können und so angemessen Abschied genommen werden kann.

Methodisch geschulte soziale Gruppenarbeit ist eine der Kernkompetenzen Sozialer Arbeit. Deshalb könnte ein Aufgabenbereich Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus die Begleitung einer Gruppe pflegender Angehöriger sein. Allerdings ist diese Begleitung - wie der Aufenthalt Betroffener im Krankenhaus – zeitlich begrenzt. Deshalb wäre es wichtig, hier Kontakte zu bestehenden Gruppen pflegender Angehöriger auf kommunaler Ebene herzustellen.

Darüber hinaus kümmert sich Soziale Arbeit auch um die Nachsorge von Angehörigen. Aufgrund ihrer sozialadministrativen Kompetenzen kann sie zunächst bezüglich der nächsten Schritte informierend und beratend tätig werden. Weiter müssen Angehörige die Endgültigkeit des Abschieds von ihren verstorbenen Familienmitgliedern psychisch verarbeiten. Soziale Arbeit kann in der Nachsorge den Aufbau von Gruppen für trauernde Angehörige initiieren und diese begleiten. Die Arbeit mit Gruppen ist eine der Kernkompetenzen Sozialer Arbeit. Wie bereits in Kapitel 4 erwähnt, gehe ich davon aus, dass Soziale Arbeit im Krankenhaus zeitlich zu sehr ausgelastet ist, um Angehörige nach dem Tod von Patienten zeitintensiv und langfristig zu begleiten, obwohl sie die Kompetenzen dazu bereitstellen würde. Realistisch umzusetzen ist, meiner Meinung nach, ein Abschlussgespräch mit Hinterbliebenen, in dem über nächste Schritte informiert wird und Kontakte zu bestehenden Trauergruppen vermittelt werden, damit eine Begleitungskontinuität sichergestellt wird. Ideal wäre, meiner Ansicht nach, das Hinzukommen einer Kontaktperson einer Trauergruppe, z.B. im letzten Drittel des Gesprächs, um einen ersten persönlichen Kontakt herzustellen und somit Zugangsbarrieren so gering als möglich zu halten.

In Kapitel 3 wird festgestellt, dass neben allgemeinen Bedürfnissen auch spezielle Bedürfnisse vorhanden sind, welche sich entsprechend des Alters, der Rolle und der Biografie usw. von Angehörigen ergeben. Aufgrund ihrer sozialpädagogischen Kompetenzen bietet Soziale Arbeit Kindern und Jugendlichen altersgerechte Unterstützung an, damit Abschiedssituationen bewältigt werden können. Soziale Arbeit begleitet Kinder und Jugendliche entsprechend ihres Entwicklungsstands und sucht innerhalb des Systems nach Vertrauenspersonen bzw. Ansprechpartnern.

Eltern erleben den Abschied von ihrem Kind wie das Sterben eines Teils ihrer selbst. Sie befinden sich im Ausnahmezustand, sind meist überfordert und leiden an massiven Schuldgefühlen. Soziale Arbeit kann hier empathisch zur Seite stehen, das Leiden und den Schmerz der Eltern aushalten und mittragen und eventuell bei Bedarf die Berufsgruppen Seelsorge oder Psychotherapie aus dem Palliative Care-Team einschalten.

Weiter weiß Soziale Arbeit um die Zusammenhänge zwischen Lebensbewältigung und Biografie und kann deshalb destruktive Bewältigungsstrategien von Angehörigen aufgreifen und zur Disposition stellen, um gemeinsam mit den jeweiligen Angehörigen neue konstruktive Möglichkeiten der Bewältigung zu entwickeln. Auch hier kann bei Bedarf auf psychotherapeutische Unterstützung zurückgegriffen werden.

Bei drohender Überforderung entwickelt Soziale Arbeit in Zusammenarbeit mit überforderten Angehörigen Entlastungsstrategien, indem sie Ressourcen von weiteren Angehörigen, Freunden und Nachbarn erschließt und so die Überforderten in Netzwerke hilfreicher und befriedigender Beziehungen einbindet.

7.2.3 Aufgaben Sozialer Arbeit im interdisziplinären Team

Kapitel 6.4 dieser Arbeit beschreibt die einzelnen Berufsgruppen im Palliative Care-Team. Jede Berufsgruppe verfügt über ihr eigenes Fachwissen. Wie dieses Fachwissen innerhalb des Teams konstruktiv koordiniert und vernetzt werden kann, wird mittels einer Parabel in Kapitel 7.1 veranschaulicht. Koordinations- und Vernetzungstätigkeiten gehören zu den Kernkompetenzen Sozialer Arbeit.

Soziale Arbeit ist das Bindeglied im Palliative Care-Team, da Kommunikations-, Kooperations-, Team- und Konfliktfähigkeit mitunter Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit sind. Sie versteht sich besonders darauf, Verbindungen herzustellen, Zusammenhalt zu fördern und Aktivitäten zu bündeln. Hierdurch kann die Team-Zusammenarbeit im Interesse aller Beteiligten und zum Wohle der Betroffenen optimiert und dementsprechend auch das Arbeitsklima und die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst werden.

Weiter können unterschiedliches Fachwissen, unterschiedliche Berufssozialisation und jeweils eigene Qualitätsvorstellungen zu einem Spannungsverhältnis im Team führen. Hier kann Soziale Arbeit zur Konfliktbewältigung beitragen und Konflikte zu einem guten Ende bringen.

Da Soziale Arbeit die Fähigkeit hat, Kompetenzen im Hilfeprozess für Patienten und Angehörige miteinander zu verknüpfen, ist sie im multiprofessionellen Palliative Care-Team unentbehrlich. *„Keine andere Profession hat diese Breite der fachlichen Ausbildung und diese Querschnittskompetenz.“* Daher ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Palliative Care-Team *„... andere Berufe ebenso wie ehrenamtliche Mitarbeiter auf die 'sterbende Person in ihrer Situation' vorzubereiten, die Aktivitäten der Experten zu koordinieren und Hilfeangebote zu vernetzen...“* (Student u.a., 2007, 42).

Soziale Arbeit hat die Aufgabe, dem Palliative Care-Team die psychosoziale Dimension in der Behandlung und Betreuung von Betroffenen aufzuzeigen und entsprechende Lösungsansätze zu entwickeln. Deshalb wirkt sie bei der Erstellung von Behandlungs- und Betreuungsplänen mit.

Vor allem im Umgang mit schwierigen Patienten oder Angehörigen kann Soziale Arbeit das Team unterstützen und entlasten, indem sie Kommunikationsblockaden löst und systemische Zusammenhänge aufzeigt.

Auch bei der Reflexion aktueller Problemstellungen kann Soziale Arbeit Ansprechpartner für Teammitglieder sein.

Das Palliative Care-Konzept sieht auch die Mitarbeit von ehrenamtlichen Begleitern vor. Sozialpädagogische Kompetenz befähigt Soziale Arbeit auch zur Bildungsarbeit. Daneben ist Gruppenarbeit eine Kernaufgabe Sozialer Arbeit. Methodisch geschulte soziale Gruppenarbeit prädestiniert Soziale Arbeit geradezu für die Begleitung von Gruppen. Da die Anzahl von ehrenamtlich Tätigen im Palliative Care-Bereich zunimmt, wäre auch die Schulung, Unterstützung und Koordination ehrenamtlicher Begleiter eine lohnende Aufgabe für die Soziale Arbeit.

Auch hinsichtlich der Qualitätsentwicklung hat Soziale Arbeit die Kompetenz, klare evaluierbare Prozesse zu definieren.

7.2.4 Sonstige Aufgaben

Eine Hauptaufgabe von Palliative Care ist es, gesellschaftliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sterbenskranken Menschen ein 'gelingenderes Sterben' und deren Angehörigen sowohl eine 'gelingendere Begleitung' ihrer sterbenden Familienangehörigen, als auch eine 'gelingendere Trauer' ermöglicht wird. Soziale Arbeit hat bei ihrer Aufgabenbewältigung immer gleichzeitig einzelne Personen und die gesamte Gesellschaft im Blick und versucht, Einfluss auf das individuelle Verhalten und auch auf die Verhältnisse zu nehmen. Da Sterben wieder in das alltägliche Leben integriert werden soll, ist eine Vernetzung von Gesellschaft und Sterbenden - bzw. deren Angehörigen - vonnöten. Dies kann z.B. mithilfe ehrenamtlicher Arbeit geschehen. Um ehrenamtliche Mitarbeiter zu erreichen und zu gewinnen, bedarf es der Information und der Aufklärung. Dies kann durch kommunale Aktivitäten erfolgen. Da Bildungsarbeit ein genuines Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit ist, könnte sie z.B. Informationsveranstaltungen initiieren und gestalten, die sowohl über Palliative Care informieren, als auch kommunale Palliative Care-Einrichtungen vorstellen. Darüber hinaus kann sie mittels Medien, wie Zeitung, Rundfunk oder Fernsehen über die Thematik Tod und Sterben aufklären und die Öffentlichkeit bezüglich Palliative Care und der Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger informieren und sensibilisieren.

Neben der Öffentlichkeitsarbeit könnte Soziale Arbeit auf kommunaler Ebene auch politische Arbeit und Netzwerkarbeit betreiben. So könnte sie z.B. in verschiedenen kommunalen Gremien mitwirken, Initiativen entwickeln und initiieren und daneben verschiedene Palliative Care-Anbieter miteinander vernetzen und koordinieren. Durch eine aktive Mitarbeit in diesen Bereichen kann Soziale Arbeit zu einer menschenwürdigeren Sterbekultur beitragen.

Auch Organisationstätigkeiten sind ein wichtiges Aufgabenfeld für Soziale Arbeit, so z.B. in der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Durch die Veröffentlichung entsprechender Artikel in der Fachzeitschrift *„Forum Sozialarbeit und Gesundheit“* kann sie hier über den Beitrag Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen und speziell in Palliative Care informieren und aufklären. Auch eine Mitarbeit im Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) wäre denkbar.

Sehr wichtig wäre meines Erachtens aber auch eine aktive Mitarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) oder in regionalen oder überregionalen Verbänden im Palliative Care-Bereich, wie z.B. ALPHA in Nordrhein-Westfalen, IGSL (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V.), OMEGA e.V., T.A.B.E.A. oder in den Landesarbeitsgemeinschaften, den Hospiz- und Palliativverbänden, welche im Dachverband Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. zusammengeschlossen sind (Anlaufstellen dieser Vereinigungen sind auf der Homepage des Dachverbands unter www.hospiz.net/org/index.html /14.11.09 zu finden). Darüber hinaus kann Soziale Arbeit an Fachtagungen teilnehmen oder diese mitgestalten.

Zusammenfassung Aufgaben

Die Fülle der Aufgaben Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus werden im Folgenden in einige zentrale Aufgaben zusammengefasst:

- Um mögliche soziale Problemstellungen und bestehende Ressourcen identifizieren und Lösungsschritte planen und einleiten zu können, bedarf es eines entsprechenden Assessments, d.h. einer Informationsgewinnung und deren Einschätzung.
- Sterbenskranke Menschen und deren Angehörige informieren, um Ängste und Befürchtungen zu verringern (Aufklärung über rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen, Ressourcen im Gemeinwesen).
- Kommunikation von Betroffenen und Angehörigen unterstützen, um Gespräche in Gang zu setzen. Hier kann Soziale Arbeit gegenseitige Befangenheiten und Anliegen zur Sprache bringen und einen offenen Umgang mit Gefühlen fördern, da dies Voraussetzungen für einen gelingenderen Sterbeprozess sind. Dies kann auch eventuelle Ressourcen der Familie freisetzen und die Ausschöpfung derselben ermöglichen.
- Autonomie von Betroffenen und Angehörigen stärken und das Recht auf Selbstbestim-

mung auch im Sterbeprozess aufrecht erhalten. Nach langer medizinischer Behandlung und pflegerischer Fürsorge müssen Betroffene wieder Vertrauen in ihre eigene Handlungsfähigkeit und ihre eigenen Ressourcen im Umgang mit Krisen erlangen. Soziale Arbeit respektiert den Eigensinn von Betroffenen. Sie nimmt deren Wünsche und Bedürfnisse ernst und stärkt deren Selbstwertgefühl. Aus diesem Grund muss ...

- ... Handlungsfähigkeit hergestellt werden, d.h. der Zugang zu externen Unterstützungsmöglichkeiten muss (an)gebahnt werden. Soziale Arbeit kennt die administrativen und sozialen Strukturen auf kommunaler Ebene. Sie kann hierüber informieren und Kontakte ermöglichen.
- Sterbeorte auf allen Ebenen freundlich gestalten in Orte, die Leben und Entwicklung ermöglichen und in denen Begegnung möglich ist. Sterbebedingungen gestalten, in denen Trauer und Freude in Gemeinschaft gelebt werden können und in denen Krisen und Aneigungsprozesse möglich sind.
- Trauernachsorge betreiben: Wenn der/die Patient/-in verstorben ist und sich bisher vertraute Dienste zurückziehen, gilt es nun, die Angehörigen - auch hinsichtlich ihrer erhöhten Vulnerabilität - mit praktischen Alltagshilfen zu unterstützen und den erlittenen Verlust mit ihnen zu verarbeiten und neue Lebensperspektiven zu entwickeln.
- Netzwerkarbeit: Sozialer Arbeit kennt die Strukturen auf Landkreisebene. Daher koordiniert Soziale Arbeit stationäre und ambulante Dienste und nutzt somit Synergieeffekte und stellt eine Betreuungskontinuität her.
- Soziale Arbeit hat auch die Möglichkeit, die Interessen von Sterbenden und ihren Angehörigen durch Bildungsarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Kontakte zum Gemeinwesen nach außen zu vertreten und so die Thematik ins öffentliche Bewusstsein zu rücken, um einer Stigmatisierung entgegen zu wirken. Vor allem die Mobilisierung sozialer Ressourcen wirkt drohender Isolation und Ausgrenzung entgegen.

Das **Nordrhein-westfälische Qualitätskonzept** *„Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich“* beschreibt im Tätigkeitsprofil für Hospiz- und Palliativsozialarbeit folgende Aufgaben (ALPHA, 2006, 14-22):

- *Psychosoziale Begleitung der Patienten*
- *Psychosoziale Begleitung der Angehörigen*
- *Sozialrechtliche Information und Beratung*
- *Koordination, Befähigung und Anleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter*
- *Trauerbegleitung*
- *Gremienarbeit, Vernetzung und Fortbildung*
- *Öffentlichkeitsarbeit*
- *Dokumentation und Evaluation*

Gemäß dem Konzept aus dem Jahr 2006, das der Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen entwickelt hat, ist Soziale Ar-

beit *„... mittlerweile neben vielen anderen Berufsgruppen und dem Ehrenamt ein unabdingbarer Bestandteil der professionellen Begleitung von Schwerstkranken, Sterbenden, ihren Angehörigen und Trauernden“* (2006, 7). Sozialarbeiter sind hier bereits seit Jahren fester Bestandteil von Palliative Care-Teams, da sie *„... mit ihren spezifischen Kenntnissen zur ganzheitlichen Wahrnehmung der Bedürfnisse sterbender und trauernder Menschen das Begleitungsangebot in der interdisziplinären Arbeit erweitern“* (2006, 13).

Demgegenüber beschreibt die **Standardvorgabe des Dachverbands Hospiz Österreich** *„Sozialarbeit im Bereich Palliative Care“* folgende Schwerpunkte sozialarbeiterischen Handelns in Palliative Care (Dachverband Hospiz Österreich, 2003, 2):

- Beratung, Information und psychosoziale Begleitung von Patient/-innen und Angehörigen
- Ressourcenmanagement und Empowerment (Stärkung der Handlungsfähigkeit der Betroffenen)
- Netzwerkarbeit und Case-Management (inkl. Schnittstellenfunktion)
- Förderung der Kommunikation unter allen Beteiligten (Patient/-innen, Angehörige sowie beruflich Handelnde)
- Krisenintervention und Unterstützung bei der Konfliktbewältigung
- Unterstützungsangebote für Trauernde
- Vermittlungs- und Koordinationstätigkeiten
- Koordination von ehrenamtlichen Diensten

Die komplette Standardvorgabe „Sozialarbeit im Bereich Palliative Care“ des Dachverbands Hospiz Österreich füge ich im Anhang 7 bei.

Wie beschrieben, sind die verschiedenen Problembereiche von Sterbenden und Angehörigen meist in all ihren Facetten relevante Aufgaben für die Soziale Arbeit. Angesichts dessen, dass Soziale Arbeit bei der Entstehung und Entwicklung von Hospiz und Palliative Care eine wichtige Rolle spielte und auch angesichts der großen Übereinstimmung der Problemsituationen von sterbenden und trauernden Menschen und dem beruflichen Auftrag Sozialer Arbeit ist es sehr erstaunlich, dass Soziale Arbeit im Palliative Care-Bereich so wenig präsent ist.

7.3 Perspektiven Sozialer Arbeit im Palliative Care-Team im Krankenhaus

Aufgrund der zunehmend dynamischen Entwicklung von Palliative Care in Deutschland ist eine spezifische Qualifizierung psychosozialer Berufsgruppen in Palliative Care (wie bei den Berufsgruppen Medizin und Pflege, siehe Kapitel 6.4) eine notwendige Folge. Das Europäische Ministerkomitee weist in seiner Empfehlung an die Mitgliedsstaaten bezüglich Aus-, Fort- und Weiterbildung von Palliative Care-Fachkräften darauf hin, dass die *„...Ausbildung von Fachkräften (...) allerorten ausschlaggebend für die Entwicklung der Palliativmedizin“* ist (Europarat, 2003, 63). Dementsprechend bedingen sich die Qualifizierung von Fachkräften und die Entwicklung und der Ausbau von Palliative Care einander.

Die *„Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom*

03.09.02 i.d.F. vom 17.01.2006" zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und den Bundesverbänden freier Träger (AWO, Caritas, DRK, DPWV, Diakonie) schreibt in den personellen Mindestvoraussetzungen § 5 Abs. 2c unter anderem vor, dass andere Personen (außer Krankenpflege) fachliche Verantwortung übernehmen können, wenn sie eine abgeschlossene Universitäts- oder Fachhochschulausbildung im Bereich Pflege, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit haben und zusätzlich eine Weiterbildungsmaßnahme für nicht Pflegende absolvieren. Hierbei bezieht sich die Rahmenvereinbarung auf das „Basiscurriculum Palliative Care" von Kern, Müller und Aurnhammer. Dessen aktuelle Fassung das *„Curricula für ärztliche, pflegende, psychosoziale, physiotherapeutische und seelsorgerische Berufsgruppen"* vom Mai 2009, sieht im Basiscurriculum für die Fortbildung psychosozialer Berufsgruppen eine Weiterbildungsmaßnahme für nicht Pflegende im Umfang von 120 Stunden vor (Kern u.a., 2009, 82). Da ich trotz umfangreicher Recherchen keine speziellen Bedingungen für die Palliative Care-Weiterbildung Sozialer Arbeit im Krankenhaus finden konnte, gehe ich davon aus, dass die 120 Stunden für den ambulanten und auch den stationären Bereich gelten.

Diese Weiterbildung vermittelt unter anderem Wissen bezüglich Erkrankungen und der damit verbundenen Symptome von Patienten. Auch die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen des Palliative Care-Teams soll durch ein vertieftes Verständnis für deren Arbeit optimiert werden. Darüber hinaus findet eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod statt.

In Deutschland wird erst seit wenigen Jahren im Bereich Palliative Care eine spezielle Weiterbildung auf akademischem Niveau angeboten. Seit dem Jahr 2002 bietet z.B. das Institut für Weiterbildung (IfW) der Evangelischen Fachhochschule Freiburg den Kontaktstudiengang Palliative Care an, welcher in Zusammenarbeit mit dem Hospiz Stuttgart und dem Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Graz und Wien unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. jur. Thomas Klie und Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christoph Student durchgeführt wird. Die Ausbildung orientiert sich sowohl an den in Deutschland entwickelten Qualitätskriterien, als auch an angelsächsischen Vorbildern und schließt mit einem Fachhochschulzertifikat ab.

Besonders interessierte Studenten haben die Möglichkeit, ihr Studium im Institut für Interdisziplinäre Forschung (IFF) Klagenfurt, Graz und Wien fortzusetzen und mit dem Mastergrad abzuschließen.

Weitere Fort- und Weiterbildungsangebote für Palliative Care kann man heute in verschiedenen Zentren in Deutschland finden, z.B. in Dresden, Berlin, Dornstadt, Essen, München und Würzburg (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Website).

In seinen Empfehlungen bezüglich Aus-, Fort- und Weiterbildung von Palliative Care-Fachkräften beschreibt das Europäische Ministerkomitee Aspekte, welche im Lehrplan

enthalten sein sollten: So sollte dieser sowohl Kenntnisse über das Gesundheitswesen und die verfügbaren Dienste, als auch das Wissen um gesetzliche Vorgaben beinhalten. Daneben auch ein Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen von Teamwork. Hierbei sollten besonders Curricula für das Studium alle genannten Aspekte umfassen (vgl. Europarat, 2003, 65). Darüber hinaus sind *„soziale Aspekte, wie die Lebensbedingungen und Wohnverhältnisse des Patienten und dessen Angehörigen, sowie das Vorhandensein oder Fehlen von sozialer und praktischer Unterstützung (...) wichtige Themen in der Ausbildung"* (Europarat, 2003, 64).

All diese erforderlichen Kenntnisse werden im Studium der Sozialen Arbeit vermittelt. *„Sozialarbeiterinnen (sic!) erwerben in der Ausbildung schon fast alle Kompetenzen, die in der Hospizarbeit gebraucht werden (ausgenommen die selbstreflexive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, die eigens zu erarbeiten ist)"* (Student u.a., 2007, 151).

Aus diesem Grund - und auch aufgrund der dynamischen Entwicklung von Palliative Care in Deutschland - wäre es meines Erachtens wichtig und dringend erforderlich, den Studiengang Soziale Arbeit um den Bereich Palliative Care zu erweitern. Die Katholische Stiftungsfachhochschule München (KSFH) hat dies erkannt. Laut Presseinformation vom 03.11.08 hat Frau Prof. Dr. Maria Wasner die neue Stiftungsprofessur *„Soziale Arbeit in Palliative Care"* an der dortigen Hochschule übernommen, um Palliative Care als eigenständiges Fach im universitären Kontext zu verankern. Damit bietet die KSFH die Möglichkeit einer universitären Qualifizierung im Bereich Palliative Care (KSFH unter: www.ksfh.de/presse_oea/pressemitt/pressemitteilungen-2008-der-ksfh/pm-ksfh-momento-mori-bedenke-dass-du-sterben-musst/PM%20KSFH%20Neue%20Stiftungsprofessur%20Palliative%20Care%20November%202008.doc/view 08.11.09).

Somit hat die KSFH München als einzige Fachhochschule bundesweit eine Professur für Soziale Arbeit in Palliative Care. Die Professur besteht seit einem Jahr. Das Konzept der Professur sieht laut Auskunft von Frau Prof. Dr. Maria Wasner vor, dass sie je zur Hälfte an der KSFH lehrt und am Klinikum Großhadern in diesem Bereich forscht. Bis jetzt ist Palliative Care kein eigenständiges Fach, sondern es werden Grundkenntnisse im Studiengang Soziale Arbeit und auch in den Studiengängen Pflegemanagement und Pflegepädagogik implementiert. Es ist daran gedacht, einen Vertiefungsbereich Palliative Care und mittelfristig einen postgraduierten interdisziplinären Masterstudiengang einzurichten.

In Österreich schreiben die Kriterien zur Strukturqualität im palliativen Akutbereich die Mitarbeit von Sozialer Arbeit zwingend vor. Während Österreich bereits ein *„Berufsprofil für die Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliative Care"* mit vorgegebenen Standards für das sozialarbeiterische Handeln erarbeitet hat (siehe Anhang 7), existiert in Deutschland noch kein verbindliches Berufsprofil der Sozialen Arbeit im Palliative Care-Bereich.

Soziale Arbeit sollte, meiner Meinung nach, den Anschluss an das wichtige Aufgabenfeld im Palliative Care-Bereich, welcher momentan so konsequent ausgebaut wird, keinesfalls versäumen. Da Soziale Arbeit in der Ausbildung bereits fast alle Kompetenzen erwirbt, welche in der Palliative Care-Arbeit benötigt werden, sollte das Studium der Sozialen Arbeit inhaltlich dringend um das Palliative Care-Konzept und um eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod erweitert werden. Dies könnte vielleicht im Wahlbereich Gesundheit implementiert werden. Eventuell könnten interdisziplinäre Studiengänge für Soziale Arbeit und Pflege in Palliative Care eingerichtet werden.

8. Fazit

Immer mehr hat sich Palliative Care in den letzten Jahren in Deutschland durchgesetzt. Diese dynamische Entwicklung sollte noch lange nicht abgeschlossen sein. Wie in Kapitel 5.3.2 beschrieben, ist der Bedarf von 27,7 bis 35,9 Palliativbetten pro eine Million Einwohner bei weitem nicht gedeckt. Die demografische Entwicklung lässt einen zunehmenden Bedarf erwarten. Während 'Social Work' in der internationalen Palliative Care-Bewegung weiterhin eine unbestrittene Bedeutung hat, nimmt Soziale Arbeit - welche bei der Entstehung und Entwicklung von Palliative Care eine wichtige Rolle spielte - in der bisherigen deutschen Erfolgsgeschichte keine klare Rolle ein. Auftrag und Selbstverständnis von Sozialer Arbeit scheinen auf die Bedürfnisse von sterbenden und trauernden Menschen und ihren besonderen Lebenslagen ausgerichtet zu sein. Trotzdem beteiligt sich Soziale Arbeit beruflich sehr schwach im deutschen Palliative Care-Bereich und zeigt kaum Präsenz. Angesichts der großen Übereinstimmung von Problemstellung und beruflichem Auftrag ist dies sehr verwunderlich. Deshalb werde ich im Folgenden anhand dreier Thesen die geringe Präsenz Sozialer Arbeit im Palliative Care-Bereich begründen und diskutieren:

1. <u>Soziale Arbeit zeigt aus mangelndem Interesse am Palliative Care-Bereich kaum Präsenz.</u>

   Dies kann ich mir aufgrund der Passung zwischen Problemstellung von Palliative Care und dem beruflichen Selbstverständnis Sozialer Arbeit kaum vorstellen. Eventuell überträgt sich die in Kapitel 2 beschriebene gesellschaftliche Tabuisierung von Tod und Sterben auf die Soziale Arbeit und spiegelt sich in deren Handlungsfelder wider. Allerdings zeichnet sich Soziale Arbeit eigentlich gerade dadurch aus, dass sie gesellschaftliche Randthemen aufgreift und öffentlich macht.

2. <u>Soziale Arbeit ist nicht ausreichend über Palliative Care informiert und sieht deshalb in diesem Bereich kein Arbeitsfeld.</u>

   Möglicherweise könnte dies eine von mehreren Antworten sein. Hier müsste von Seiten der Hochschulen auf diesen expandierenden Bereich als mögliches Arbeitsfeld hingewiesen und darüber gelehrt werden. Allerdings hat sich im Studium der Sozialen Arbeit

der Bereich Palliative Care noch nicht etabliert. Trotz einer erfreulich erweiterten Auswahl an Fort- und Weiterbildungsangeboten in Palliative Care fehlt im Studium eine Wissensvermittlung hierüber. Deutsche Hochschulen verhalten sich diesbezüglich äußerst zögerlich. Wie in Kapitel 7.3 beschrieben, ist die Katholische Stiftungsfachhochschule München die einzige Hochschule, die Palliative Care in das Studium Sozialer Arbeit implementiert hat. Wer einen Masterabschluss in Palliative Care erreichen will, hat im Moment in Deutschland keine Möglichkeiten.

Die Medizin geht hier bedeutend zielstrebiger vor. Im Oktober 2008 gab es laut Dr. Thomas Schindler an fünf deutschen Universitäten Lehrstühle für Palliativmedizin. Darüber hinaus haben, nach seinen Angaben, bis dato mehr als 2.000 Ärzt/-innen (und mehr als 7.000 Pflegekräfte!) eine Qualifizierung in Palliative Care erworben (vgl. Schindler, 2008, 7). Im Sommer 2009 erfolgte die Einführung von Palliativmedizin als Pflichtfach in die ärztliche Ausbildung, so dass Studierende der Medizin ab dem Jahr 2014 einen Leistungsnachweis in Palliativmedizin erbringen müssen.

Sicherlich wäre es übertrieben, von jedem Studierenden der Sozialen Arbeit einen Leistungsnachweis in Palliative Care zu fordern, jedoch könnte meines Erachtens Palliative Care in den Wahlbereich Gesundheit intergriert werden. Weiter wäre Forschung im Bereich Palliative Care unerlässlich um neue Erkenntnisse zu gewinnen und die Ausbildungsqualität zu sichern.

3. <u>Soziale Arbeit hat kein Interesse, in einem weiteren medizin- und pflegedominierten Arbeitsfeld tätig zu werden und ist deshalb so wenig im Palliative Care-Bereich präsent.</u>

Da Palliative Care in Deutschland dem Gesundheitswesen zugerechnet wird, erfolgt dessen Finanzierung über das Gesundheitssystem, in welchem Medizin und Pflege dominieren. Bereits bei der Literaturrecherche zu dieser Abschlussarbeit war auffällig, dass sehr viel Literatur zu Palliative Care von Medizin und Pflege verfasst ist und nur äußerst spärlich von Sozialer Arbeit.

In Kapitel 1 wird erwähnt, dass Soziale Arbeit im Palliative Care-Bereich in Gefahr schwebt, von anderen Berufsgruppen verdrängt zu werden. Dazu nennen Student u.a. (2007, 155) das in Deutschland gepflegte Vorurteil, *„... Sozialarbeit hätte nichts mit Patienten zu tun, und die fatale Folgerung, Krankenpflege* (könne) *'nebenher' auch psychosozial arbeiten, Sozialarbeit aber nicht 'nebenbei' pflegen, weshalb es (...) Grenzüberschreitungen der Pflege in das psychosoziale Aufgabengebiet gebe...“.*

In der deutschen Übersetzung der *'Empfehlung des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung'* wird der ursprüngliche Begriff 'Palliative Care' mit 'Palliativmedizin' und 'Palliativpflege' übersetzt, worauf in der Einleitung dieser Abschlussarbeit bereits

hingewiesen wurde. Obwohl der englische Begriff 'care' übersetzt 'Sorge' oder 'Fürsorge' bedeutet und damit - wie im angelsächsischen Raum üblich - Soziale Arbeit (welche sich ursprünglich als Fürsorge bezeichnete) einbezieht, wird dies in der deutschen Übersetzung völlig ausgeklammert. Hier findet genau dies statt, was Soziale Arbeit bei ihrem Klientel vermeiden will: Exklusion.

Wie in Kapitel 6.4 erwähnt, beschreibt die Satzung der 'Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin' (DGP), dass die interdisziplinär und multiprofessionell arbeitende Palliativmedizin *„... auf der Kooperation der Ärzte verschiedener Disziplinen, des Krankenpflegepersonals und anderer Berufsgruppen...“* basiert. Auch hier wird Soziale Arbeit nicht erwähnt. Laut Mitgliedsstruktur der DGP, Stand 30. Juni 2009, sind 60% der Mitglieder Ärzte. Weitere 28% der Mitglieder kommen aus der Pflege und nur 11% der Mitglieder kommen aus anderen Berufsgruppen (Apotheker/-innen, Physiotherapeut/-innen, Psycholog/-innen, Seelsorger/-innen, Sozialarbeiter/-innen und weitere Therapeut/-innen und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe). Innerhalb dieser 'anderen Berufsgruppen' machen die Psycholog/-innen einen Anteil von 23% aus, Seelsorger/-innen und Sozialarbeiter/-innen jeweils einen Anteil von 20%. Dies bedeutet, dass nur 2,2% aller Mitglieder der DGP aus der Sozialen Arbeit kommen! Ubi es Soziale Arbeit?

Auch Student u.a. stellen fest, dass Soziale Arbeit in der Organisations- und politischen Arbeit aufgrund ihrer fachlichen Kompetenzen zwar eine wichtige Rolle spielen könnte, dass tätige Organisationen und Zusammenschlüsse (wie z.B. ALPHA, oder Einrichtungen der Caritas, der Diakonie usw.) jedoch meist von der Pflege, unter gelegentlicher Mitwirkung der Theologie, getragen werden (vgl. Student, 2007, 147), bzw. die DGP von der Medizin getragen wird. So bilden z.B. Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger den Vorstand des Dachverbands „Deutscher Hospiz und Palliativ Verband e.V“ (siehe: www.hospiz.net/bag/index.html / 13.11.09). An leitender Stelle und in Schlüsselpositionen ist professionelle Sozialarbeit laut Student u.a. jedoch kaum zu finden, obwohl sie beruflich in Palliativstationen, Konsiliar- oder Beratungsdiensten und auch stationären Hospizen tätig ist (vgl. Student u.a., 2007, 148). Ubi es Soziale Arbeit? Ohne institutionelle und organisatorische Einbindung überlässt Soziale Arbeit ihre entsprechenden Aufgaben anderen Professionen und Berufsgruppen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die verschiedenen Sichtweisen im multiprofessionellen Team, welches auch Laien einschließt, sind gerade das Besondere und Einzigartige am Palliative Care-Gedanken. Genau dieser Ansatz gewährleistet eine ganzheitliche Versorgung von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen. Deshalb sollte hier laut Andreas Heller die *„... Dominanz der Medizin (...) zugunsten neuer systemischer Kooperationsformen und Kommunikationen zwischen den Disziplinen, Professionen und Organisationen ...“* (Heller, 1999, 14) relativiert werden. Im Grunde

hat auch die Medizin erkannt, dass aufgrund der Bandbreite und der Komplexität der Fragen in der Palliative Care-Versorgung eine interdisziplinäre Herangehensweise vonnöten ist, sie beschreibt dies ja auch in der Satzung der DGP. Auch aufgrund des Kostendrucks wird von Seiten der Medizin eine Kooperation der Berufsgruppen angestrebt (vgl. Lecher u.a., 2002, 6), um vorhandene Ressourcen effizient zu nutzen. Allerdings betritt die Medizin im interdisziplinären Team Neuland und muss ihre Rolle im Team erst neu definieren und finden.
Dabei kann und muss Soziale Arbeit eine wichtige Rolle spielen. Sie sollte deshalb die bisherige Entwicklung von Palliative Care in Deutschland und ihre Exklusionserfahrung in diesem Bereich nicht als Bedrohung sehen und den Kopf in den Sand stecken, sondern als Chance und Herausforderung, ihre vorhandenen Kompetenzen deutlich zu zeigen, ihr eigenes Berufsprofil zu entwickeln und eigene Standards zu definieren, um sich damit in diesem Bereich zu 'legalisieren' und etablieren.

Soziale Arbeit erwirbt in ihrer Ausbildung einen Großteil der Kompetenzen, welche in der Palliative Care-Arbeit benötigt werden. Sie hat ihre Stärke in der Verbindung von Person und Umfeld. Beziehungsarbeit und psychosoziale Kompetenz gehören zu ihrer Berufsidentität. Soziale Arbeit fragt nach, hört hin, hält aus und befähigt. Sie leistet Hilfe zur Selbsthilfe. Darüber hinaus hat sie administrative und organisatorische Fähigkeiten. Medizinorientierte Berufsgruppen, welche die Soziale Arbeit gerne auf administrative und rechtliche Aufgaben reduzieren, haben diese Kompetenzen deutlich weniger ausgebildet. Deshalb muss sich Soziale Arbeit ihrer eigenen Kompetenzen bewusst werden und diese auch effektiv darstellen können. Sie sollte sich um eine eindeutige Profilbildung und um die Entwicklung eigener Standards bemühen, was auch zu einer Stärkung ihres Selbstbildes führen kann, was wiederum - meiner Meinung nach - sehr vonnöten ist.

Jedoch nicht nur aus berufspolitischem Interesse wäre es wichtig, dass sich Soziale Arbeit mit einem konkreten Profil und verlässlichen Standards im Palliative Care-Bereich besser repräsentiert, sondern auch, um eine Optimierung der Palliative Care-Versorgung zu erreichen.

Um Standards entwickeln und auch weiterentwickeln zu können bedarf es der Forschung und Evaluation. Auf die Praxisforschung und Evaluationskompetenz als Schlüsselkompetenz Sozialer Arbeit bin ich in Kapitel 7.1 vertieft eingegangen, da ich diese für unverzichtbar halte, um Leistungen Sozialer Arbeit gegenüber Kosten- und Leistungsträgern und auch der Politik zu legitimieren. Darüber hinaus dient die Praxisforschung der Erkenntnisgewinnung und der Qualitätssicherung.

Berufsgruppen, die im Palliative Care-Bereich gemeinsam arbeiten, müssen in der Lage sein, eine fächerübergreifende Sprache zu sprechen, um sich verständigen zu kön-

nen. Deshalb sollte es Orte geben, an denen interdisziplinäres Lehren, Lernen und auch Entwickeln stattfindet, denn neu gewonnene Erkenntnisse nutzen allen Berufsgruppen im Palliative Care-Team.

Die in den Thesen genannten Hürden, welche Soziale Arbeit eventuell daran hindern könnten, mehr Präsenz im Palliative Care-Bereich zu zeigen, sind nicht unüberwindbar. Manches ist in Ansätzen bereits auf den Weg gebracht, wie z.B. die universitäre Ausbildung Sozialer Arbeit in Palliative Care verbunden mit Forschung, wie sie die Katholische Stiftungsfachhochschule München anbietet, oder z.B. auch das Nordrhein-westfälische Qualitätskonzept *„Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich",* welches verschiedene Qualitätsmerkmale beinhaltet, die in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgegliedert sind. Diese Ansätze müssen sich nun noch in die Breite entwickeln. Weiter sollten einheitliche Standards – so wie in Österreich – formuliert werden.

Dass Soziale Arbeit im Palliative Care-Bereich im Krankenhaus zur Zeit noch medizindominiert wird, ist eine gegebene Tatsache. Jedoch steuert der Palliative Care-Ansatz diesem Zustand entgegen und Soziale Arbeit darf hier keinesfalls weiterhin ihr Licht unter den Scheffel stellen. Jetzt ist die Zeit reif, dass Soziale Arbeit sich ihrer eigenen Kompetenzen bewusst wird, diese effektiv darstellt und ihr eigenes Berufsprofil entwickelt. Sie sollte dies keinesfalls versäumen.

Abgesehen davon, dass Soziale Arbeit ihr Können und ihre beruflichen Leistungen deshalb transparent machen muss, weil sie sich im Palliative Care-Bereich (wie im Gesundheitswesen insgesamt) im Druck befindet, ihre eigene Position in Konkurrenz zu anderen Professionen behaupten zu müssen, muss sie ihre Leistungen auch deshalb transparent machen, weil diese zunehmend nach den Gesetzen des Marktes finanziert werden (Ökonomisierung). Aus diesem Grund muss sich Soziale Arbeit stärker als bisher mit den ökonomischen Grundlagen auseinandersetzen. Sie muss sich also auch diesbezüglich defininieren, Transparenz zeigen und legitimieren. Sie muss ihre Ziele beschreiben und aufzeigen, wie sie diese Ziele erreichen will. Sie sollte sich darüber im Klaren sein, welche Bedingungen für ein erfolgreiches Arbeiten notwendig sind. Dabei muss sie sowohl die Effizienz der eingesetzten Mittel, als auch deren Effektivität im Auge behalten.

Diese wirkungsorientierte Leistungsdefinierung befähigt Soziale Arbeit wiederum dazu, sich im - momentan noch - medizinisch dominierten Palliative Care-Bereich im Krankenhaus (wie auch im Gesundheitswesen allgemein) in die Kosten- und Leistungsdiskussion und die Entgeltverhandlungen mit den Kostenträgern einzumischen und sich als Partner der Medizin bei den Kostenverhandlungen zu verstehen.

Der Problematik, dass professionelle Sozialarbeit an leitenden Stellen und in Schlüsselpositionen der Organisations- und politischen Arbeit kaum zu finden ist, obwohl sie aufgrund

ihrer fachlichen Kompetenzen dort eine wichtige Rolle spielen könnte, lässt sich dadurch abhelfen, indem Soziale Arbeit ihren Platz in unterschiedlichen Organisationen einnimmt und sich dort engagiert. Obwohl sich Soziale Arbeit im Krankenhaus in der *„Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen“* bereits organisiert hat und die Fachzeitschrift dieser Vereinigung *„Forum Sozialarbeit und Gesundheit“* die Thematik Soziale Arbeit in der Palliative Care immer wieder aufgreift, wäre es - meiner Ansicht nach - wünschenswert, dass Soziale Arbeit in weiteren Organisationen und Vereinigungen Präsenz zeigt, z.B. in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin oder im Deutschen Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (in den Landesverbänden oder im Dachverband). Möglicherweise könnte dies zu mehr Vernetzung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in der Palliative Care und auch zwischen Sozialarbeiter/-innen in und außerhalb des Krankenhauses beitragen und damit auch zu einer Solidarisierung aller Sozialarbeiter/-innen im gesamten Palliative Care-Bereich. Kooperation, Koordination und Netzwerkarbeit sind Schwerpunkte Sozialer Arbeit. Hier könnte sie zu ihren eigenen Gunsten tätig werden und neue Netzwerke und Verbindungen knüpfen.

Diese - alle Ebenen von Palliative Care - umfassende Netzwerkarbeit, wäre auch unter einem weiteren Gesichtspunkt wichtig: Während meiner Recherchen gewann ich den Eindruck, dass sich in Deutschland – im Unterschied zu anderen europäischen Staaten – Palliative Care im Krankenhaus und die Hospizbewegung weitgehend unabhängig voneinander entwickelt haben. Ein Zusammenwachsen dieser Bereiche, würde meines Erachtens nicht nur Synergieeffekte für alle Mitarbeitenden bringen, sondern auch dem Wohle der Patienten dienen.

Isoliert arbeitende Palliative Care-Teams in Krankenhäusern und ambulante Palliativdienste kämpfen mit vielen organisatorischen, operativen und finanziellen Schwierigkeiten (Schnittstellenproblematik), wie mehrere Studien belegen (vgl. Europarat, 2003, 50). Deshalb ist es äußerst wichtig, diese Dienste miteinander zu vernetzen und zu verbinden, um sowohl eine bessere Betreuungskontinuität der Patientenversorgung zu erreichen, als auch die Umgehung der o.g. Schwierigkeiten. Eine Koordinierung aller bestehenden Angebote einer Region verbessert zum einen den Zugang zu Palliative Care und erhöht zum anderen die Qualität und Kontinuität der Betreuung.

Sterbenskranke Menschen wechseln häufig Institutionen und Aufenthaltsorte: Sie werden von Krankenhäusern in Rehabilitationskliniken, Pflegeheime oder Hospize verlegt oder in die eigene Wohnung entlassen und dort ambulant versorgt. Dies bedeutet, dass es im Versorgungsverlauf zu immer wieder zu Beziehungsabbrüchen kommt und neue vertrauensvolle Beziehungen mühsam aufgebaut werden müssen. Meiner Meinung nach sind diese dauernden Beziehungswechsel und das wiederholte Einstellen auf neue, in der jeweiligen Versorgung tätige, Menschen äußerst anstrengend für Palliative Care-Patienten

und auch für deren Angehörige.

Weiter würde mir persönlich Biografiearbeit mit Palliative Care-Patienten sehr sinnvoll erscheinen. Um Menschen erreichen zu können, ist es unendlich wichtig, sich in ihr Leben einzufühlen, wichtige Phasen ihres Lebenslaufes in ihrer Bedeutung zu verstehen, ihre Prägung, ihr Denken und letztendlich ihre Bedürfnisse erfassen zu können. Es erleichtert die Begleitung von Menschen ungemein, wenn biografische Informationen vorhanden sind. Dies wurde mir während meiner in Kapitel 1 erwähnten ehrenamtlichen Tätigkeit in der Hospizgruppe eines Pflegeheims klar. Mittels Biografiearbeit können auch Lebensereignisse von Betroffenen oder Angehörigen aufgearbeitet und in einen größeren Sinnzusammenhang gebracht werden. Auch dies kann zu einem gelingenderen Sterben, Begleiten und Trauern beitragen. Allerdings erscheint es mir fraglich, ob sich diese Arbeit im Palliative Care-Bereich im Krankenhaus umsetzen lässt, denn wie in Kapitel 6.3 beschrieben, sind die Entgelte von Palliative Care-Leistungen im Krankenhaus äußerst knapp bemessen, und eine begonnene Arbeit lässt sich dann, wenn der Patient entlassen wird, i.d.R. nicht mehr fortführen, da die Zuständigkeiten nach der Entlassung wechseln.

Hier würde ich mir wünschen, dass das Palliative Care-Team nicht nur innerhalb des Krankenhauses tätig wäre, sondern regional; d.h. das Team würde sowohl im Krankenhaus tätig, als auch ambulant, in Pflegeheimen oder im Hospiz. Dies würde dauerhafte Beziehungen zwischen allen Beteiligten ermöglichen und Patienten und Angehörige würden weniger Beziehungsabbrüche in ihrer schwierigen Lebensphase erleben. Eine Betreuungskontinuität wäre dadurch gewährleistet. Weiter könnte z.B. eine begonnene Biografiearbeit fortgesetzt und ein dadurch tieferes Verständnis zwischen Begleiteten und Begleitern ermöglicht werden. Daneben würde dies die o.g. Schnittstellenproblematik lösen. Darüber hinaus könnten knappe Ressourcen gebündelt und Synergien genutzt werden. Mir ist durchaus bewusst, dass diesem Wunsch viele Hürden entgegenstehen. Allein der gesetzliche Rahmen ist im Krankenhaus (Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausentgeltgesetz, landeseigene Krankenhausgesetze, SGB V) ein anderer als im Pflegeheim (Heimgesetz, SGB XI) oder ambulant (SGB V, SGB XI). Trotzdem würde dieser Gedanke meines Erachtens dem Palliative Care-Konzept entsprechen. Vielleicht ließen sich hier kommunale Dienste installieren.

Wie oben in Kapitel 6.4 festgestellt, sind Angehörige oder Betroffene selbst im Palliative Care-Team nicht vorgesehen. Möglicherweise wäre es sinnvoll, diese als Teammitglieder zu betrachten, da jegliche Intervention von Professionellen auf einer Koproduktion mit Betroffenen bzw. Angehörigen beruht. Angehörige sind in der besonderen Rolle als Begleiter und Begleitende. Meiner Meinung nach kann die hochqualifizierteste professionelle Hilfe eine jahrzehntelang vertraute Bezugsperson nicht ersetzen. Deshalb finde ich es wichtig und ist es mir – wie in der Einleitung erwähnt – ein besonderes Anliegen, Ange-

hörige und auch Betroffene derart zu unterstützen, dass Beziehungen neu ermöglicht, vertieft und aufrechterhalten werden können, um Trennendes aufzuarbeiten und dadurch eine Atmosphäre von zärtlich-liebevoller Nähe innerhalb der Familie entstehen kann.

... und meine Seele spannte weit ihre Flügel aus, flog durch die stillen Lande, als flöge sie nach Haus.

(Joseph v. Eichendorff)