

Sterbebegleitung im Pflegeheim

Wie können Konzepte der Hospizarbeit im Pflegeheim umgesetzt werden?

© 1998, Johann-Christoph Student¹

Die Angst vor dem Tod

Die Beschäftigung mit dem Tod, insbesondere mit dem eigenen Tod, beunruhigt jeden Menschen zutiefst – ob er sich dies eingesteht oder nicht. Aus einer Vielzahl psychologischer Untersuchungen wissen wir heute, dass die Angst vor dem Tod so etwas wie einen unwandelbaren Konstanten in unserem Seelenleben ist, die auch durch wiederholten Umgang mit Sterbenden und Trauernden nicht verloren geht (Wilkinson & Wilkinson 1986/87; Robbins 1992; Student & Tiffin-Richards 1992; Ochsmann 1993).

Wie lässt sich dies erklären? Auch auf diese Frage halten die Psychologen heute eine Antwort bereit: Angesichts des Todes prallen in uns zwei diametral entgegengesetzte Impulse aufeinander: Einerseits tragen wir – wie jedes Lebewesen – in uns einen sehr vitalen Überlebenswillen. Dieser Instinkt befiehlt uns, alles daranzusetzen, damit wir unser Leben erhalten und retten. Andererseits aber wissen wir – im Unterschied zum Tier – dass wir eines Tages sterben werden, also unser Instinkt der Realität unterliegen wird. Das aufeinanderprallen dieser widersprüchlichen Impulse in uns erzeugt eine abgrundtiefe Angst (Becker 1987; Solomon, Greenberg, Pyszczynski 1991), mit der die Menschen aller Zeiten ihre Mühe hatten.

Auf Bewältigungsstrategien für den Umgang mit der Angst vor dem eigenen Tod beruht anscheinend auch ein erheblicher Teil des kulturellen Schaffens ganzer Epochen (Condrau 1991). Zu den hilfreichen Möglichkeiten der Bewältigung gehörten in früheren Zeiten Rituale, deren wesentliches Element die Öffentlichkeit von Sterben, Tod und Trauer waren (Ariès 1987). In unserem Jahrhundert sind diese Rituale in den westlichen Industriestaaten weitgehend verloren gegangen und damit blieb als letzte Strategie der Angstbewältigung nur noch die *Verdrängung* der Sterblichkeit aus dem Bewusstsein - und mit ihr die Verdrängung von sterbenden und trauernden Menschen aus der Öffentlichkeit.

In der Tat ist das Sterben in unserer Zeit aber auch noch durch zwei weitere Aspekte schwieriger geworden:

- Zum einen hat die Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dazu geführt, dass wir in der Regel nur noch an lang hingezogene Erkrankungen sterben. Dies bedeutet aber zugleich ein Sterben in Verbindung mit langem Siechtum.
- Zugleich aber suggeriert der Fortschritt der Medizin, dass Gesundheit „machbar“ geworden sei. Damit wird der Sterbende zu so etwas wie einem „Misserfolg“ der Medizin, einer „Panne“, die es eigentlich gar nicht geben darf.

Die ängstigende Bedrohung, die vom Tode ausgeht und der Verlust von Bewältigungsstrategien im Umgang mit dieser Ängstigung – das ist der Stoff, aus dem jene „Verwilderung“ (Ariès) in unserem Umgang mit Sterbenden entstanden ist, die Sterben zu einem nahezu unerträglichen Prozess gemacht hat.

¹ Professor Dr. med. Johann-Christoph Student, Arbeitsgruppe „Zu Hause sterben“, Ev. Fachhochschulen Freiburg und Hannover, Bugginger Str. 38, 79114 Freiburg i. Br.

Folgen der „Verwilderung“ zeigen sich u. a. in der Veränderung des Sterbeortes: Starben noch im Anfang des 20. Jahrhundert die meisten Menschen (ca. 80%) zu Hause, so sind es am Ende des Jahrhunderts nur noch etwa 20%. Denn über 50% der Menschen in den westlichen Industriestaaten sterben im Krankenhaus und weitere 30 % im Pflegeheim Und dies, obgleich sich die meisten Menschen (Umfragen sprechen von 80 – 90 %) nach wie vor ein Sterben zu Hause wünschen.

Fassen wir die Situation also zusammen, so zeigt sich, dass das Sterben heute ein besonders ängstigender Prozess ist, weil wir *in hohem Maße Sicherheiten verloren* haben: Weder stehen uns *hilfreich Rituale* zur Verfügung noch können wir damit rechnen, an einem für uns „*sicheren*“ Ort unser Leben zu beenden. Um dieser Verunsicherung zu entgehen, haben wir das Sterben heute weitgehend den Blicken der Öffentlichkeit entzogen, es verdrängt. Ist die Verdrängung nicht mehr möglich, weil wir selbst unmittelbar betroffen sind, werden wir von unserer Angst gewissermaßen hinterrücks überfallen, fühlen uns ihr hilflos ausgeliefert. Manch einer tritt in dieser Situation dann die Flucht nach vorne an und sucht sein Heil in der Selbsttötung. Wen mag es da verwundern, wenn Euthanasie auf dem besten Weg ist, die Lösungsstrategie des Sterbedilemmas unserer Zeit zu werden.

Gewissermaßen als eine Art Gegenkultur hat sich seit der Mitte des 20. Jahrhunderts eine ganz andere Bewegung aufgemacht, längst verschollen gewähnte Qualitäten der Sterbebegleitung wiederzuentdecken und für die Menschen unserer Zeit fruchtbar zu machen. Gemeint ist die **Hospizbewegung**.

Wenn wir in Deutschland von Hospiz sprechen, so löst dies oftmals die Assoziation an ein *Haus für Sterbende* aus. Und tatsächlich ist ja jenes erste Hospiz im Londoner Vorort Sydenham, das der ganzen Bewegung seinen Namen gab im Grunde genommen ein noch recht klinisch anmutende Einrichtung gewesen. Mittlerweile aber ist über ein viertel Jahrhundert vergangen und die Hospizbewegung hat viel dazugelernt. Ihre Lehrmeister sind die sterbenden Menschen und deren Angehörigen gewesen. Von Ihnen hat diese Bewegung erfahren, dass die Menschen eben auch heute noch am liebsten

- zu Hause in vertrauter Umgebung, also umgeben von denen, die sie lieben, sterben möchten.
- Sie möchten ohne Schmerzen sterben und
- sie möchten auf eine Weise ihr Leben beenden, die es ihnen noch möglich macht, letzte Dinge („unerledigte Geschäfte“, wie Elisabeth Kübler-Ross es nennt) zu Ende zu bringen.
- Und schließlich möchten sie sich mit der Frage des Sinnes auseinander setzen (dem Sinn des Lebens ebenso wie dem des Sterbens).

Sterben im Pflegeheim

Stellen wir unter diesem Aspekt die Frage danach, ob oder gar wie sich ein menschenwürdiges Sterben im Pflegeheim realisieren lässt, möchte man frustriert abwinken. Ist das Pflegeheim nicht am ehesten der „Gegenort“ zu dem Bild, das sich Menschen von einem guten Sterben machen? Denken wir an des Leben und Sterben in Pflegeheimen, dann tauchen da in unserer Fantasie oftmals wahre **Schreckensbilder** auf:

- Einsam dahinvegetierende, ihrer Sinne nicht mehr mächtige Alte.
- Uniforme Räume, bar jeder Individualität, fern von Orten menschlicher Gemeinschaft.
- Abgehetzte Pflegekräfte, oftmals nur wenig auf diese Tätigkeit vorbereitet.
- Kaum Zeit für zwischenmenschliche Begegnung.

Isolierter, vergessener scheint ein Sterben heute kaum möglich. Dabei kommt es nicht darauf an, ob diese Bilder der Realität entsprechen, ihre Existenz in der Fantasie genügt.

Aber es kann nicht darum gehen, in unserer Vorstellung Schreckens-Szenarien zu kultivieren. Was Not tut ist dies: genau und kritisch hinzuschauen, ohne Beschönigungen – und dann sich auf den Weg zu neuen Ufern zu machen.

Die Lehren der Hospizbewegung

Wenn wir nun sehen, was sich aus dem Fundus der Hospiz-Bewegung für die Umsetzung in Pflegeheimen eignet, dann haben wir es heute im Grunde genommen gar nicht so schwer. Denn Hospiz, das meint heute nicht mehr eine bestimmte Institution. Unter Hospiz wird weltweit v. a. ein *Konzept* verstanden. Ein Konzept zur menschenwürdigen Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Was die Hospizbewegung heute kennzeichnet, das sind in erster Linie Qualitätskriterien einer guten Sterbebegleitung – unabhängig von dem Ort, an dem diese sich verwirklichen.

Diese **fünf Qualitätskriterien** (Student 1999) sollen im Folgenden genauer angeschaut und sie auf ihre Tauglichkeit für die Umsetzung in einem Pflegeheim hin abgetastet werden:

1. Das erste Qualitätsmerkmal heißt: **Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes.** Dies bedeutet, dass die Kontrolle über die Situation ganz bei den Betroffenen liegt.

Zunächst mag dies recht harmlos, eigentlich ganz selbstverständlich klingen. Ist es nicht einfach das, was wir uns alle wünschen, spätestens am Ende des Lebens? – Tatsächlich aber bedeutet es eine wahre **Revolution** für jegliche Institution – auch und gerade für das Pflegeheim. Fast jede stationäre Einrichtung des Gesundheitswesens orientiert sich in erster Linie an Konzepten, Prinzipien oder Plänen – jedenfalls abstrakten Konstrukten und eher wenig an dem konkreten, betroffenen, einzelnen Menschen.

Für die Helfenden bedeutet die Orientierung an dem ersten Qualitätsmerkmal eines Hospizangebotes in erster Linie, **Macht abzugeben.** Nicht sie, sondern die sterbenden Menschen sind es, die den Ton angeben, die bestimmen, was zu geschehen hat.

Dies bedeutet das Ende manch liebgewordener Vorstellungen. Es bedeutet z. B. auch das Ende der Vorstellung einer „Sonderstation für Sterbende“. Auch im Pflegeheim ist davon auszugehen, dass Menschen am Lebensende nicht noch einmal „verschoben“ werden möchten. Eine Sonderstation würde letztlich nur den gesellschaftlichen Ausgliederungsprozess Sterbender in der Institution wiederholen. Zudem: jede Verlegung innerhalb oder zwischen Institutionen, dies wissen wir heute aus soziologischen Studien sehr genau, trägt dazu bei, das Leben eines Menschen aktiv zu verkürzen (Wolfensberger 1991). Und Hospize haben das Ziel und die Aufgabe, das Leben weder zu verlängern, noch es zu verkürzen, sondern das Sterben seinem natürlichen Verlauf zu überlassen. **Integration eines Hospizkonzeptes in ein Pflegeheim bedeute also, dem Hospizgedanken im ganzen Hause Raum zu geben!**

Nicht weniger wichtig ist jedoch (und auch dies ist ungewöhnlich für unser Gesundheitswesen), dass die Angehörigen in gleicher Weise mit bedacht werden – in dem Wissen, dass sie oftmals mehr leiden als die sterbenden Menschen selbst. – Aber gilt dies auch für Pflegeheim? Ist es dort nicht eher so, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Recht darüber

klagen, wie wenig sie sich in ihrer Arbeit durch Angehörige unterstützt fühlen? Warten nicht viele der Angehörigen nur darauf, dass endlich das Erbe „frei“ wird oder der lästige Kostenverursacher das Zeitliche segnet? Das mag hier und da auch so sein. Dennoch gibt es keinen Grund sich damit abzufinden. Vor allem auch deshalb nicht, weil selbst die „bösen Angehörigen“ unter dem Verlust des Verstorbenen leiden. Trauer ist nicht davon abhängig, ob wir einen Menschen geliebt haben. Wir müssen auch den Unbeliebten betrauern und diese Trauer ist womöglich schmerzhafter und kränkender als die um einen geliebten Menschen.

Hospiz-Arbeit heißt also immer auch gute Angehörigenarbeit und diese muss lange vor dem Beginn des Sterbens einsetzen, wenn sie am Lebensende gelingen soll.

2. Zweites Qualitätsmerkmal: **Der Gruppe der Betroffenen steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung.**

Dieses Team besteht nicht nur aus medizinischem Personal, wie Ärztin bzw. Arzt und Pflegekräften, sondern bezieht weitere Berufsgruppen, insbesondere Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Seelsorgerinnen/Seelsorger ein. **Denn Sterben ist keine Krankheit**, sondern eine kritische Lebensphase, die allerdings oftmals mit Krankheit verbunden ist. Hieraus entstehen vielfältige Lebensbedürfnisse, denen nur durch ein Team begegnet werden kann, das hierfür ausgerüstet ist. - Die Teammitglieder haben aber nicht nur Aufgaben gegenüber der betroffenen Gruppe, sondern auch untereinander. Sie sollen sich gegenseitig so unterstützen, dass sie inneres Wachstum aller Teammitglieder fördern und auf diese Weise dem *burn out* entgegenwirken.

Die Interdisziplinarität im genannten Sinne bedeutet nicht, dass eine Einrichtung, die sich menschenwürdiger Sterbebegleitung widmen will, über eine breite Palette hauptamtlicher Fachleute verfügen muss. Vielmehr geht es darum und das versuchen die meisten der deutschen Hospize ja bereits erfolgreich zu praktizieren, z. B. den Hausarzt der Heim-Bewohner in dieses Konzept der ganzheitlichen Betreuung einzubeziehen, den Seelsorger nicht als Todesengel zu diffamieren, den Sozialdienst in die tägliche Arbeit einzubeziehen usw.

3. Drittes Qualitätsmerkmal: **Die Einbeziehung freiwilliger Helferinnen und Helfer:**

Diese „Ehrenamtlichen“ werden im Hospiz nicht als Lückenbüßer missbraucht. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer haben ganz eigenständige Aufgaben, indem sie alltägliches tun: wie kochen, einkaufen, Kinder hüten, am Bett sitzen, reden, sich zur Verfügung stellen. Ihr Ziel ist es, Sterbebegleitung zu einem Teil alltäglicher mitmenschlicher Begegnungen zu machen und damit der Integration des Sterbens in den Alltag zu dienen.

Im Pflegeheim wird die Tätigkeit freiwilliger Helferinnen und Helfer eher reduziert sein auf eine besondere Art des Besuchsdienstes. Zugleich aber hat die Einbeziehung Ehrenamtlicher noch einen ganz besonderen, zusätzlichen Akzent: Sehr viele Pflegeheime in Deutschland (wie in anderen westlichen Industriestaaten) sind im Grunde genommen hermetisch abgeschlossene Gebilde. Wer nicht hinein muss, hütet sich, einen Fuß über die Pflegeheimschwelle zu setzen. Dies ist nicht unverständlich. Erinnert doch kaum ein Ort in unserer gesundheitsstüchtigen Machergesellschaft mehr daran, dass allem menschlich Machbaren Grenzen gesetzt sind.

Diese Meidung des Pflegeheimes durch nicht unmittelbar Betroffene, lässt aber nicht nur dessen Bewohner sondern auch die dort beruflich Tätigen in einer gefährlichen Situation. Gerade die Abkoppelung des Handelns im Pflegeheim von der öffentlichen Aufmerksamkeit ist es, die die Gefahr der Misshandlung und auch der Euthanasie besonders heraufbeschwört. Insofern ist die Einbeziehung der Freiwilligen nicht nur eine Wohltat für Sterbende im Pflegeheim, sondern zugleich für alle dort Lebenden und Arbeitenden.

4. Viertes Qualitätsmerkmal: **Gute Kenntnisse in der Symptomkontrolle. Hier geht es insbesondere um die Schmerztherapie.**

Auf dem Gebiet der Schmerztherapie hat die Hospizbewegung 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 leiden zu müssen. Tatsächlich ist es so, dass bis zu 80% aller kranken Menschen in der allerletzten Lebensphase mehr oder minder stark ausgeprägte Schmerzen empfinden. Hierbei handelt es sich allerdings um besonders gut behandelbare Schmerzen. In etwa 95% aller Fälle können die Schmerzen sterbender Menschen mit den Methoden der modernen Schmerztherapie erfolgreich behandelt werden. Nach wie vor das wichtigste Medikament auf diesem Gebiet ist das über den Mund gegebene Morphin („Morphium“). Der Morphinverbrauch eines Landes ist damit zugleich ein Indikator für die Qualität der Schmerztherapie in dem betreffenden Land. Vergleicht man den Morphinverbrauch der europäischen Staaten, dann zeigt sich, dass die Bundesrepublik hier eine deutliche Schlusslichtposition einnimmt. Dies verweist auf besonders schwerwiegende Defizite der Sterbebegleitung in der Bundesrepublik. Das zeigt sich daran, dass etwa 70 bis 80% aller schmerzkranken Patienten hier zu Lande nach wie vor unzureichend behandelt werden.

Dies hat gerade im Pflegeheim Folgen. Hier ist die Situation ähnlich wie auch sonst im ambulanten Bereich. Wie miserabel die Schmerztherapie hier ist erhellt schon aus der Tatsache, dass nur ein verschwindend kleiner Bruchteil der niedergelassenen Ärzte (nicht einmal 20%) es überhaupt für nötig hält, die erforderlichen speziellen Rezeptformulare vorrätig zu halten. Dies alles, obgleich Juristen immer wieder darauf hinweisen, dass unzureichende Schmerztherapie juristisch als „Körperverletzung“ geahndet werden kann.

Hier im Pflegeheim eine Änderung herbeizuführen ist nicht einfach. Es fordert den unermüdlichen Einsatz der Pflegekräfte, um eine entsprechende Motivation bei den Ärzten zu erzeugen. Dies setzt ausreichende Kenntnisse in Sachen Schmerztherapie bei Pflegenden voraus. Aus England, dem Mutterland der Hospizbewegung kommt hier das Konzept der Palliativschwester, deren Zusatzschulung gerade das Gebiet der Schmerztherapie mit umfasst. Solche speziell geschulte Schwester sollt jedem Pflegeheim zur Verfügung stehen. Sie kann ihre Kenntnisse am einfachsten dadurch erwerben, dass sie eine entsprechende Fortbildung in einem Kurs für *Palliative Care* durchläuft, wie er an verschiedensten Stellen in Deutschland (z. B. auch durch das HOSPIZ STUTTGART) angeboten wird. Günstig ist es, wenn darüber hinaus noch eine Praxisphase in einer der deutschen Palliativstationen oder stationären Hospize absolviert wird.

Über all diesen medikamentösen Überlegungen darf jedoch nicht vergessen werden, dass Schmerz stets den ganzen Menschen betrifft und deshalb Schmerztherapie auch alle vier Dimensionen unserer menschlichen Existenz berücksichtigen muss (Student 1993). Berücksichtigung der *körperlichen Dimension* des Schmerzes heißt insbesondere: Sorgsamer Umgang mit dem geschundenen Körper des Kranken. Dies verweist auf die hohe Bedeutung der Pflege

im Umgang mit sterbenden Menschen, Pflege, die auch immer gleichzeitig liebevolle Berührung sein sollte. Die *soziale Dimension* des Schmerzes wird berücksichtigt, wenn Pflegeheim die schmerzsteigernde Isolation, die Sterbende oft betrifft, aufzulösen trachten. Ängste können Schmerzen verstärken. Deshalb muss gute Schmerztherapie auch diesen *seelischen Sektor* einbeziehen, indem sie die Ängste Betroffener lindert. Aber auch die ungelöste Beziehung zu „letzten Dingen“, zu *religiösen Fragen* kann Schmerzen verstärken und hier zeigt sich, dass auch Seelsorge neben ihren anderen vielfältigen Aufgaben einen schmerzlindernden Effekt erzielen kann.

5. Fünftes Qualitätsmerkmal eines Hospizkonzeptes ist **die Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe.**

Dies bedeutet vor allem, dass ein Hospizdienst rund um die Uhr erreichbar sein muss. Eine Bedingung, die Pflegeheime mühelos erfüllen können. Allerdings geht es bei diesem Qualitätsmerkmal nicht nur um physische Präsenz, sondern auch um die Möglichkeit der Helfenden, wirklich und *ganz* anwesend zu sein, damit niemand alleine sterben muss. – Oftmals wird hier auf den knapp bemessenen Personalschlüssel verwiesen. Tatsächlich ist aber keineswegs immer die Präsenz einer fachlich geschulten Pflegekraft am Sterbebett erforderlich. (Wo nötig muss allerdings auch dies gewährleistet sein.) Sinnvolle Entlastung bietet hier wiederum die Einbeziehung Freiwilliger Helferinnen und Helfer. Ein gutes Modell bietet in diesem Zusammenhang das **Stuttgarter Sitzwachenmodell** der Diakonin Ursula Lesny (1999).

Kontinuität der Fürsorge hat aber noch einen weiteren Aspekt: Sie bedeutet, dass die Begleitung einer Familie nicht mit dem Tod eines Angehörigen beendet wird. Gerade diejenige Person des Teams, die besonders enge Kontakte zur Familie hatte, sollte den Hinterbliebenen auch in der Zeit der Trauer weiterhin zur Verfügung stehen. Trauer ist ohnedies eine besonders krankheitsbelastete Phase des Lebens (Joraschky und Köhle 1981). Gute Trauerbegleitung kann diese gesundheitlichen Risiken mindern und dazu beitragen, dass die Hinterbliebenen ohne zusätzliche körperliche und seelische Schäden die Zeit nach dem Tod eines Menschen überstehen (Cameron u. Parkes 1983). **Aber wie sieht dies in der Realität des Pflegeheimes aus?** Hier stoßen wir erneut an die Problematik, die bereits im ersten Qualitätsmerkmal angesprochen wurde – mit all den bereits formulierten Fragen. Zugleich aber wird hier deutlich, wie wichtig eine derartige Öffnung des Pflegeheims auch im Sinne der Gesundheitsförderung im Gemeinwesen ist.

Organisationsentwicklung als Lösungsstrategie

Es lässt sich kein „patentes“ Rezept nennen, **wie** sich ein solches Konzept in die Realität der jeweiligen Institution umsetzen lässt. Aber ein befriedigendes Umsetzungskonzept kann im Grunde niemand Redliches anbieten. Denn die Umsetzung solcher Konzepte (nicht nur des Hospizkonzeptes) ist immer Sache der vor Ort Handelnden. Es handelt sich dabei stets um einen Prozess. Einen Prozess, der heute mit „**Organisationsentwicklung**“ bezeichnet wird. Hierfür gibt es immerhin Grundmuster, die helfen können, sich die schwierige Aufgabe der Umsetzung zu erleichtern. Dies soll an dieser Stelle kurz skizziert werden und folge dabei den Überlegungen des Bochumer Organisationsentwicklungs-Fachmannes Sievers (1993) gefolgt werden:

1. **Erfolgreiche Organisationsentwicklung muss eine Perspektive haben, die von möglichst vielen in einem gemeinsamen Prozess entwickelt wird.** So verstanden ist Organi-

sationsentwicklung ein demokratischer Prozess. Er trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Institution nicht besser sein kann, als die, die sie tragen.

Dies bedeute in erster Linie: Die Veränderung muss überhaupt gewollt werden – sowohl von der Organisation als auch von den Mitarbeitenden. Dies ist vorab und ganz entscheidend zu klären. Es setzt einen gründlichen Gesprächsprozess unter allen Beteiligten voraus, in den auch die Heimbewohner einzubeziehen sind. Alle Beteiligten müssen verstehen, weshalb und wozu die Hospiz-Idee in das Pflegeheim eingeführt werden soll und es erfordert einen intensiven Prozess des Werbens, um das Einverständnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dabei gilt es, die „natürliche“ Angst vor Sterben, Tod und Trauer zu berücksichtigen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen erkennen können, dass dieses neue Konzept auch für sie selbst Vorteile hat und dass sie in ihrer Tätigkeit nicht alleine gelassen werden.

2. Erfolgreiche Organisationsentwicklung beruht auf der Lernfähigkeit und der Lernbereitschaft sowohl der Mitarbeiter als auch der Organisation. Sie setzt Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit voraus und nutzt so die vorhandenen Ressourcen.

Gerade bei dem Thema Sterben stehen einem Veränderungsprozess erhebliche Widerstände entgegen. Schauen wir noch einmal auf den Anfang meiner Ausführungen zurück: Angst vor Sterben, Tod und Trauer beherrschen uns Menschen des 20. Jahrhunderts in einem nie zuvor gekannten Ausmaß. Die Hilflosigkeit, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angesichts ihrer Ängste erleben, muss zunächst bewältigt werden, damit Organisationsentwicklung zu einer bessern Sterbekultur im Pflegeheim führen kann.

Deshalb ist wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Hospiz-Gedankens in einem Pflegeheim, dass die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein intensives Trainingsangebot erhalten, um sich mit den eigenen Ängsten vor Sterben, Tod und Trauer angemessen auseinander setzen zu können und Wege zu entwickeln, im Bewusstsein dieser Ängste zu leben und zu arbeiten.

Darüber hinaus ist es erforderlich, pflegerische und kommunikative Techniken und Methoden zu vermitteln, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im täglichen Umgang mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen sicherer machen. Als hilfreich hat es sich erwiesen, diesen Prozess durch intensive Supervisionsangebote zu unterstützen.

Aber es kommt in dieser Phase auch darauf an, die Qualitäten und Fähigkeiten (gerade auch die „privaten“) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neu zu entdecken. Diese Arbeit fordert Neues von ihnen und es ist mehr als wahrscheinlich, dass viele von ihnen in sich neue Handlungsmöglichkeiten entdecken, die zuvor brach gelegen hatten: wie z. B. Musikalität, Geduld, Belesenheit, Kreativität usw. – Das Neue muss aus der Mitte der im Pflegeheim Tätigen als gemeinsamer Gestaltungsprozess entstehen.

3. Erfolgreiche Organisationsentwicklung setzt voraus, dass sowohl die Organisation als auch die darin tätigen Menschen davon profitieren.

Organisationsentwicklung entsteht in der Regel aus Nützlichkeitsüberlegungen der Organisation und der sie Beherrschenden. Solche Überlegungen sind durchaus sinnvoll und not-

wendig. Gerade in Zeiten knapper werdender materieller Ressourcen ist es erforderlich, durch Verbesserung der Qualität auch den Marktwert der eigenen Institution zu verbessern. Dies darf aber nicht auf Kosten der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen. Deshalb muss auch die Einführung von Hospiz-Prinzipien in ein Pflegeheim für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erkennbar und spürbar machen, dass ihnen diese Veränderung nützt. Wenn im ersten Schritt der Organisationsentwicklung (s. o.) die Nützlichkeit eines solchen Vorhabens für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Versprechen erkennbar geworden ist, geht es in diesem Schritt darum, das Versprechen einzulösen.

Woran aber ist solche eine positive Veränderung für die Mitarbeiterschaft erkennbar? Kann man sich im Angesicht des Todes „wohl fühlen“? Ist das nicht regelrecht makaber? – Es gilt an dieser Stelle wahrzunehmen, dass im Pflegeheim „ohnedies gestorben wird“. Der Tod ist hier allgegenwärtig. Es geht also nicht darum, „mehr Sterben“ zu ermöglichen, sondern dem Prozess des Sterbens, der ohnedies täglich dort geschieht, eine andere Gestalt zu geben.

Die Erfahrung der stationären Hospize zeigt, dass dort Fluktuation und Krankenstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Regel deutlich unter dem Durchschnitt anderer stationärer Einrichtungen liegt. Die Menschen dort spüren, dass es eine Arbeit ist, die ihre Fähigkeiten lockt, sie als ganze Menschen fordert. Dadurch hilft sie ihnen auch, sich selbst als ganze Menschen wahrzunehmen und dadurch bekommt diese Tätigkeit einen selbstbelohnenden Charakter.

Eine solche Arbeit gibt den Menschen ein tiefes Gefühl für den Sinn ihres Tuns. Gerade angesichts des Todes wird es uns in besonderem Maße möglich, die Einmaligkeit und Kostbarkeit unserer irdischen Existenz wahrzunehmen.

Wenn auf diese Weise die Einführung von Hospiz-Konzepten in ein Pflegeheim gelingt, setzt dies Kreativität und Arbeitsfreude frei und lässt alle Beteiligten hiervon profitieren. Letztlich kann also solch eine Form der Organisationsentwicklung ein Gesundungsprozess für die gesamte Institution sein.

Literatur

- Ariès, Ph.: Geschichte des Todes. Deutscher Taschenbuch Verlag, München 1987
Becker, E.: Die Überwindung der Todesfurcht - Dynamik des Todes. Goldmann, Berlin 1987
Boulay, S. du: Cicely Saunders - Ein Leben für Sterbende. Tyrola, Innsbruck / Wien 1987
Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1997
Cameron, J., Parkes, C.M.: Terminal Care: Evaluation of Effects on Surviving Family of Care Before and After Bereavement. Postgrad. Med. J., 59 (1983), S. 73
Condrau, G.: Der Mensch und Sein Tod. certa moriendi condicio. 2. Auflage, Kreuz Verlag, Zürich 1991
Deutsche Hospiz Stiftung: Wie wünschen sich die Menschen in Deutschland ihr eigenes Sterben – ein Tabu wird deutlich (Manuskript) 1996
Elias, N.: Über die Einsamkeit der Sterbenden. Suhrkamp Verlag, Frankfurt / Main 1982
Joraschky, P., Köhle, K.: Partnerverlust als Beispiel für psychosoziale Krankheitsentstehung. In: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, hrsg. von Th. v. Uexküll. München 1981, Seite 193 ff
Kutzer, K.: Das Recht auf den eigenen Tod. In: Das Recht auf den eigenen Tod, hrsg. von J.-C. Student. Patmos, Düsseldorf 1996, Seite 66 - 89

- Ochsmann, R.: Angst vor Tod und Sterben. Beiträge zur Thanato-Psychologie. Hogrefe Verlag f. Psychologie, Göttingen usw. 1993
- Robbins, R.A.: Death competency: A study of hospice volunteers. Special Issue: Death attitudes. *Death Studies*. 16 (1992) 6, Seite 557-569
- Schied, H.W.: Sterben in der Klinik oder zu Hause. *Z. f. Allgemeinmedizin* 55 (1979), Seite 1270
- Sievers, B.: Theorie und Praxis der Gesundheitsentwicklung. In: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, herausg. von Pelikan, J., Demmer, H., Hurrelmann, K. Juventa Verlag, Weinheim und München 1993, Seite 34 - 42
- Solomon, S., Greenberg, J., Pyszczynski, T.: A terror management theory of social behaviour: The psychological functions of self esteem and cultural worldviews. In: M. P. Zanna (Hrsg.) *Advances in experimental social psychology*. Vol. 24. Academic Press, New York 1991, Seiten 93 - 159
- Sorge, J., Zenz, M.: Analyse des Verschreibungsverhaltens niedergelassener Ärzte für BtM-Analgetika. *Der Schmerz* (1990) 4, Seite 151 - 156
- Stroebe, M.S., Stroebe, W.: The Mortality of Bereavement: A Review. In: *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*, herausg. von Stroebe, M.S., Stroebe, W., Hansson, R.O. Cambridge University Press, Cambridge 1993, Seite 175 - 195
- Student, J.-C.: Von der Schwierigkeit der Ärzte im Umgang mit sterbenden Menschen. *Forum Gesundheitswissenschaften. Supplementband S 1, 2* (1991) Seite 102 - 114
- Student, J.-C. (Hrsg.): *Das Hospiz-Buch*. 3. Auflage, Lambertus, Freiburg 1994
- Student, J.-C. (Hrsg.): *Das Recht auf den eigenen Tod*. 2. Auflage, Patmos, Düsseldorf 1996
- Student, J.-C.: 10 Jahre Hospiz-Bewegung in Deutschland. *Hospiz-Bewegung* (1996a) 4 + 5, Seite 1 ff.
- Student, J.-C.: Die Rolle Ehrenamtlicher in der Hospiz-Arbeit. *Hospiz-Bewegung* (1996b) 6, Seite 13 – 15
- Student, J.-C.: Sterbebegleitung im Pflegeheim – Können Konzepte der Hospizbewegung im Pflegeheim umgesetzt werden? *Altenpflege-Forum* 6 (1998) 4, Seite 19 – 27
- Student, J.-C., Tiffin-Richards, M.C.: Beratung und Hilfen für Menschen mit AIDS. Zur Konzeption und Evaluation eines berufsbegleitenden Studienganges. In: Holthaus, E., Berndt, H., Elkeles, T., Frank, M., Zillich, N. (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Soziale Medizin*. FHSS, Berlin 1992, Seite 190 - 214
- Student, J.-C., Tiffin-Richards, M.C.: *Ohne Schmerzen sterben - die orale Morphin-Therapie in der Hand des Hausarztes*. 2. Auflage, Ev. Fachhochschule, Hannover 1995
- Student, J.-C., Zippel, S.: AIDS und Sterben. In: *AIDS - psychosoziale Betreuung von AIDS- und AIDS-Vorfeldpatienten*, herausg. v. H. Jäger, Thieme, Stuttgart 1987, S.213
- Tausch, D.: Die Stuttgarter Untersuchung . Ergebnisse und Konsequenzen. In: *Hospiz, Beiträge zur Diakonie*, Heft 4, herausg. von der Ev. Gesellschaft Stuttgart e.V., Stuttgart 1988
- Twycross, R., Zenz, M.: Die Anwendung von oralem Morphin bei inkurablen Schmerzen. *Anaesthesist* 32 (1983), S. 279 - 283
- Wilkinson, H.J., Wilkinson, J.W.: Evaluation of a hospice volunteer training program. *Omega - Journal of Death & Dying*. 17 (1986-87) 3, Seite 263-275
- Wolfensberger, W.: *Der neue Genozid an den Benachteiligten, Alten und Behinderten*. Verlag Jakob von Hoddis, Gütersloh 1991