

Sterben, Trauer und soziale Arbeit

Hermann Müller

Inhalt

Sterben, Trauer und soziale Arbeit.....	1
Einleitung.....	1
Palliative Behandlung.....	2
Suizid	7
Moral und Ethik zum Suizid.....	7
„Sterbehilfe“	8
Sterbefasten	9
Moralische und ethische Fragen	10
Rechtliche Lage.....	11
Vorsorge: Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht, Testament, Regelungen zur Bestattung	11
Gesellschaftliche Organisation des Sterbens und politische Ökonomie.....	12
Trauer	13
Sterben Tod und Trauer in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik	16
Literatur.....	18

Einleitung

Trauer, Verlust, Sterben und Tod sind in der Wissenschaft, in den Medien und der politischen Diskussion aktuelle Themen geworden. Die Hospizbewegung hat sich weiterentwickelt, die Palliativmedizin hat sich etabliert. Es entstanden Palliativstationen in Krankenhäusern und zahlreiche stationäre Hospize, auch die ambulante Sterbebegleitung der Hospizvereine wird über die Krankenkassen gefördert. In Deutschland wurde kontrovers über den assistierten Suizid diskutiert. Es wurde die Behandlung, Pflege und Begleitung Sterbender gesellschaftlich reglementiert. So gibt zum Beispiel viele Männer und Frauen, die wahrscheinlich bald sterben werden, aber die strengen Kriterien für die Aufnahme in ein Hospiz oder eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nicht erfüllen. Im Unterschied zu früher gibt es heute mehr technische und medizinische Möglichkeiten, Leben aber auch Sterben zu verlängern. Selbstbestimmung und Lebensqualität werden daher zu wichtigen Themen. Sterbende in Pflegeheimen werden selten in ein Hospiz verlegt. Einige sprechen sogar von „Sterben zweiter Klasse“ (Ärztezeitung 2015)

Die Themen Sterben und Trauern können Menschen in jedem Alter beschäftigen. Aber mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit der direkten Betroffenheit. „Drei von vier Todesfällen traten im Alter jenseits von 65 Jahren auf.“ (Lübbe 2014, 30) Daher ist auch das Trauern um den verstorbenen Ehepartner ein häufiger biographischer Prozess im Alter. Er kann aber auch jüngere Menschen treffen.

In vielen Fällen kommt das Sterben nicht plötzlich und unvorbereitet. „Es wird geschätzt, dass sich der Tod eines Menschen in über 70 Prozent aller Fälle durch eine vorangehende Krankheit und entsprechende Symptome ankündigt“ (Lübbe 2014, 30). In diesen Fällen ist das Sterben ein individueller und zugleich ein familiengeschichtlicher Prozess. Dieser Prozess ist wiederum Teil einer biographischen Entwicklung und einer Familiengeschichte.

Die meisten Frauen im mittleren Lebensalter stehen vor dem Problem, dass die Mutter oder Schwiegermutter pflegebedürftig wird und dann stirbt. Viele Frauen übernehmen die Pflege selbst (vgl. Maly 2002, Steinert, Müller 2017). Dass Väter und Schwiegerväter von ihren Kindern gepflegt werden müssen ist seltener, weil häufig die Ehefrauen diese Pflege noch übernehmen können. Ein weiteres einschneidendes biographisches Ereignis ist der Tod des Ehegatten (vgl. Steinert, Müller 2017). Da Frauen im Durchschnitt länger leben und häufig auch etwas älter sind als ihre Männer, erleben mehr Frauen als Männer dieses Ereignis.

Sterbeverläufe wiederum können Teil eines längeren Krankheitsverlaufs sein. Er kann zum Beispiel mit einer Krebserkrankung beginnen, wobei eine kurative Therapie noch möglich erscheint.¹ Es besteht dann die Hoffnung, die Krankheit zu überleben. Aber: „es bleibt nach der Therapie eine lebenslange Unsicherheit, und noch immer stirbt die Hälfte der Erkrankten daran“ (Lübbe 2014 S. 11). „Nahezu alle Krebspatienten eint das Schicksal, dass sich nach Bekanntwerden der Diagnose alles nur noch um Krankenhaus, Blutwerte, um Röntgenkontrollen und Tumormarker dreht“ (Thöns, 2016, S. 42/43). Bereits mit der Diagnose einer Krebserkrankung kommt es häufig zu einer existenziellen Krise. Da nicht sicher ist, dass die Patientin oder der Patient noch geheilt werden kann, muss er bzw. sie damit rechnen, die nächsten Jahre nicht zu überleben. Bei jeder Nachuntersuchung kann festgestellt gestellt werden, dass die Krebserkrankung zurück gekommen ist. Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu sterben ist hoch. „Trotz aller Heilungserfolge bei einzelnen Tumorerkrankungen liegt die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu sterben, unverändert bei 20 % für Frauen und 26 % für Männer“(Reuther 2017, S. 12). Wenn eine stark lebensverkürzende Krankheit (z.B. Krebs oder ALS) festgestellt wird, kann eine palliative Behandlung eingeleitet werden. Es gibt aber auch Erkrankungen und Krankheitsverläufe, die nicht sicher lebensverkürzend sind, die aber tödlich verlaufen können . Auf einen schweren Schlaganfall kann zum Beispiel ein zweiter folgen. Ob jemand einen schweren Schlaganfall überlebt, ist ungewiss. Ein Patient kann sehr alt und multimorbide sein, so dass man mit einem baldigen Tod rechnen muss, ohne das eine entsprechende Prognose möglich ist. Die Kriterien für eine palliative Behandlung und die Aufnahme in ein Hospiz sind dann meist nicht erfüllt.

Palliative Behandlung

In einigen Fällen wird bereits bei der ersten Diagnose festgestellt, dass die Krankheit tödlich verlaufen wird. In den anderen Fällen wird dagegen mit einer kurativen Behandlung mit dem Ziel der Heilung begonnen. Es kann dann irgendwann der Wechsel der Therapieziele eingeleitet werden, wenn eine Heilung nicht mehr erwartet wird. Die Notwendigkeit eines solchen Wechsels kann auch unter Medizinern strittig sein. Es gibt Mediziner, die mit massiven Eingriffen das Leben solcher Patienten retten wollen, während ihre Kolleginnen und Kollegen dies nicht mehr für sinnvoll halten. Auch Patienten und Angehörige können entsprechende Entscheidungen bezweifeln und nach Alternativen suchen. Thöns (2016) kritisiert die Übertherapie am Lebensende. „Der prominente Palliativmediziner Gian Domenico Borasio schreibt: ‘Bis zur Hälfte aller Sterbenskranken erhalten

¹ Kurative Therapie hat meist das Ziel der Heilung, zumindest aber der Besserung und Stabilisierung. Palliative Therapie beginnt, wenn eine Heilung nicht mehr möglich erscheint und die Krankheit voraussichtlich tödlich endet

Behandlungen wie zum Beispiel Chemotherapie, Bestrahlung, künstliche Ernährung oder Antibiotika, die ihnen nichts bringen“ (Thöns, 2016, S. 16) Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Frage der Wirksamkeit bestimmter Therapien innerhalb der Medizin öfters strittig ist und einige Patientinnen und Patienten weitere Behandlungen wünschen. Auch wenn bei einer Therapie die Indikation fraglich ist, können Patienten diesen Weg wählen. In diesen Fällen können Heilungserfolge nicht ausgeschlossen werden, sind aber nicht wahrscheinlich. Auch wenn keine Heilung mehr erwartet wird, kann eine Behandlung, die die Lebenszeit verlängern könnte, sinnvoll sein. Aber einige dieser Behandlungen können Nebenwirkungen haben, die die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Dann wäre Gespräche zwischen Arzt, dem Patienten und eventuell den Angehörigen sinnvoll, um zwischen Lebensverlängerung und Lebensqualität abzuwägen. Dies geschieht nicht immer Thöns (2016) berichtet von Fällen, in denen der Patientenwille übergangen wurde. „Schuld an dieser Diskrepanz sind die Zustände in allzu vielen deutschen Kliniken, wo operiert, katheterisiert, infundiert, bestrahlt, geröntgt und beatmet wird, was die Gebührenordnung für Ärzte an Heilbehandlungspositionen hergibt“ (Thöns 2016, S. 18).

Die Palliativmedizin handelt von Menschen die an einer Krankheit oder mehreren Krankheiten sterben werden. Das Fach umfasst biologisch-körperliche, soziale, psychische und spirituelle Aspekte des Sterben. „Wie lehrt man ein Fach, das zugleich eine Naturwissenschaft und eine Geisteswissenschaft ist?“ (Lübbe 2014, S. 35) Neben Pflegekräften, Ärzten und ehrenamtlichen Sterbebegleitern sind Sozialarbeiterinnen eine wichtige Gruppe für die psycho-soziale Arbeit mit Sterbenden und ihren Angehörigen. Bei einigen Krankheiten (z.B. Krebs) beginnen entsprechende biographischen Prozesse bereits, wenn noch unklar ist, ob eine kurative Behandlung noch erfolgreich sein könnte.

Hospizarbeit, Palliativmedizin und Palliativ-Care befassen sich mit sterbende Patienten und ihren Angehörigen. Als Kriterien werden häufig genannt: nicht heilbar, fortschreitend und weit fortgeschritten (vgl. z.B. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007, § 2 und § 3) Weit fortgeschritten bedeutet dabei, dass nur noch eine Lebenszeit von wenigen Wochen oder Monaten prognostiziert wird. Diese Kriterien sind nur bei einem Teil der Sterbenden gegeben. Dann kann die Organisation des Sterbens u.a. durch den ambulanten spezialisierten Palliativdienst, in Stationären Hospizen oder auf Palliativstationen erfolgen. Eine palliative Behandlung kann aber schon vorher beginnen, wenn die tödlich verlaufenden fortschreitende Erkrankung diagnostiziert ist, aber der Patient durchaus noch ein Jahr leben könnte.

Die Berufsgruppen und Ehrenamtlichen sind dabei in verschiedenen Institutionen tätig. Die **ambulante Hospizarbeit** bietet Begleitung für Patienten und Angehörige an, wenn die Patientinnen und Patienten zuhause oder in einem Pflegeheim leben. Die Begleitung übernehmen besonders geschulte ehrenamtliche Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleiter. Die Weiterbildung umfasst mindestens 100 Unterrichtsstunden und ein Praktikum. Die Sterbebegleiterinnen erhalten Supervision, ihre Arbeit wird von hauptamtlichen Koordinatoren (Sozialarbeiterinnen oder Pflegekräfte aus der Palliativpflege) mit einer besonderen Weiterbildung initiiert und angeleitet. Teilfinanziert werden die Hospizvereine von den Krankenkassen, aber die Ehrenamtlichen arbeiten unentgeltlich.

Medizinisch werden die Palliativpatienten, die zuhause oder in Pflegeheimen leben häufig versorgt vom **Spezialisierten ambulanten Palliativdienst**, in dem Ärzte, Pflegekräfte und Apotheker arbeiten. Die Versorgung über diesen Dienst wird von einem Arzt verordnet und muss dann von der Krankenkasse genehmigt worden sein.. Der Dienst soll jederzeit telefonisch erreichbar sein, so dass qualifizierte ärztliche Behandlung und Pflege auch im Notfall erreichbar ist. Die ambulante palliative

Versorgung von Patienten, die zuhause leben, ist sehr wichtig, sie setzt aber voraus, dass die Familienangehörigen körperlich und psychisch dazu in der Lage sind. Für die Ehefrau eines Patienten kann dies manchmal eine 24-Stunden-Bereitschaft über einen längeren Zeitraum bedeuten, wenn sie nicht durch andere Familienmitglieder entlastet werden kann. (vgl. z.B. *Steinert, Müller* 2007, S 120 ff und S.226 ff.)

Wenn Krisen auftreten können die Patientinnen und Patienten auf **Palliativstationen** von Palliativmedizinern und besonders ausgebildeten Pflegepersonal behandelt werden. Ein im Vergleich zu anderen Krankenstationen besserer Personalschlüssel ermöglicht mehr Zuwendung für Patienten und Angehörige. Im Unterschied zu stationären Hospizen ist ein Verbleiben des Patienten auf der Palliativstation bis zum Tode jedoch nicht vorgesehen. Die Patienten werden häufig nach der Behandlung nach Hause, in eine stationäres Hospiz oder ein Pflegeheim entlassen. Borasio (2014, S. 167) kritisiert: „Auf Palliativstationen jedoch verstirbt etwa die Hälfte der Patienten. Hier erzeugt das Ziel der Verkürzung der Liegedauer auf Krankenhäuser und Ärzte einen ethisch inakzeptablen Druck hin zum Fallpauschen-verträglichen Frühableben der Schwerstkranken.“

In **stationären Hospizen** können Sterbende bis zu ihrem Tod bleiben. Aufenthalte in stationären Hospizen werden zum größten von den Kranken- und Pflegekassen und zu einem sehr kleinen Teil über Spenden finanziert. Für die Bewohner ist der Aufenthalt kostenlos. Die Aufnahme von „anspruchsberechtigten Versicherten“ ist an strenge Kriterien gebunden. Hierzu gehört eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen oder Monaten. Insassen von Pflegeheimen können nur in Ausnahmefällen nach einem besonderen Genehmigungsverfahren in ein Hospiz aufgenommen werden. Die Pflege übernehmen auf Palliativpflege spezialisierte Pflegekräfte. Der gute Personalschlüssel ermöglicht ausführliche Gespräche mit den „Gästen“ und ihren Angehörigen. Zusätzlich helfen häufig noch Ehrenamtliche. Angehörige haben häufig die Möglichkeit im Zimmer des Gastes auf einer Couch oder in einen Aufenthaltsraum zu übernachten. Die medizinische Versorgung übernehmen niedergelassene Ärzte.

In Einzelfällen erfolgen auch Überweisungen vom Spezialisierten Ambulanten Palliativdienst auf eine Palliativstation, wo die Patienten dann auch sterben können. Krankenhäuser selbst stehen eher unter dem Druck, auch „austherapierte“ Sterbende nach kurzem Krankenhausaufenthalt nach Hause oder in ein Pflegeheim zu entlassen (vgl. Borasio 2016, 167) Dies gilt auch für Palliativstationen. Dort können Patienten auch sterben, aber viele Patientinnen und Patienten werden nach einigen Wochen entlassen.

Die Ehrenamtlichen sind in der Regel schlechter ausgebildet als die Palliativmediziner und die Palliativ-Pflegekräfte. Da ihre Arbeit nicht bezahlt wird, sind sie weniger stark als die beruflichen Mitarbeiter betriebswirtschaftlichen und anderen Organisationszwängen ausgesetzt, also unabhängiger. Reimer Gronemeyer (2018, S.18) meint: „Die Ehrenamtlichen sind – so könnte man sagen – das dritte Auge der Gesellschaft, mit dem gesehen wird, was sonst übersehen würde.“ Dies könnte etwas zu optimistisch sein. Der kritische Blick und die Meinung der Ehrenamtlichen ist, zum Beispiel Pflegeeinrichtungen, nicht immer erwünscht (vgl. Xyländer, Sauer 2019) Es kann dann zu Spannungen zwischen den Ehrenamtlichen und der Heimleitung bzw. Pflegenden kommen.

Wer in ein stationäres Hospiz kommt, bleibt meist auch dort zum Tod² In anderen Fällen kann es zu Wechseln der Organisationen und Zuständigkeiten kommen. Zum Beispiel: ein Patient lebt zuhause.

² Ich habe eine Ausnahme erlebt. Der Patient wollte es noch einmal mit einer Strahlentherapie versuchen und zog in ein Pflegeheim. Von dort wurde er täglich in ein Krankenhaus gefahren. Er starb wenige Tage später.

Er wird von seiner Frau betreut außerdem ist der spezialisierte ambulante Palliativdienst aktiv und ein ehrenamtliche Sterbebegleiter. Weil sich der Zustand des Patienten verschlechtert kommt er ins Krankenhaus auf eine Palliativstation. Von dort aus kommt er in ein Pflegeheim. Es soll dann wieder ins Krankenhaus weil ein Stunt gewechselt werden soll, stirbt aber vorher. Es kommt auch vor, dass Sterbende vom Krankenhaus in eine Pflegeheim entlassen werden, weil gerade kein Platz in einem stationären Hospiz frei ist. Solche Verläufe können dazu führen, dass keine stabilen persönlichen Beziehungen zwischen dem Patienten einerseits und den beruflichen Helfern und Ehrenamtlichen andererseits entstehen.

Lebensqualität und Selbstbestimmung sind in der Palliativmedizin und Hospizbewegung wichtige Werte. „Die Palliativmedizin und Palliativpflege ist für viele Menschen eine echter Erleichterung und Qualitätsverbesserung in schwerer Krankheit und im Sterbeprozess“ (Domdey 2018, S. 25) Das System der Palliativversorgung und Hospizarbeit sorgt aber auch dafür, dass nur ein Teil der Betroffenen von diesen dieser Verbesserung profitieren können. Ausgeschlossen sind die Schwerkranken, die voraussichtlich bald sterben werden aber unter keiner Krankheit leiden, die die Kriterien „fortschreitende Krankheit“ und „fortgeschrittenes Stadium“ erfüllen. Auch Pflegeheimbewohner, die unter einer „passenden“ Krankheit leiden, bleiben meist ausgeschlossen, wenn sie in Pflegeheimen leben. Die medizinische und pflegerische Versorgung und psycho-soziale Begleitung schwerkranker Pflegeheimbewohner (vgl. Xyländer und Sauer 2019) kann keineswegs als gleichwertig angesehen werden. Auch ambulante Hospizdienste können dies nicht ausgleichen, wenn sie überhaupt von den Heimen einbezogen werden. Domdey (2018, S. 29) stellt fest, dass die Vereine jeweils im Schnitt für 10 Pflegeeinrichtungen zuständig wären, wenn sie überall dort Begleitungen machen würden. Aber auch dann wäre die Palliativversorgung noch nicht abgedeckt, sondern nur eine psycho-soziale Begleitung.

Ein weiteres Problem ist die Odyssee am Lebensende, wenn der Sterbende zwischen verschiedenen Organisationen und Institutionen hin und her geschoben wird. Es braucht häufiger etwas Zeit, vertraute und persönliche Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Betroffenheitsrhetorik reicht da nicht aus. Hier kann sich auch die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung negativ auswirken. So ist zum Beispiel eine Krankenschwester auf eine Palliativstation nicht mehr zuständig, wenn der Patient entlassen wird, auch wenn sie zum Patienten eine vertrauensvolle Beziehung hatte. Hier kann sich die strenge Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung negativ auswirken.

Aus der Perspektive der Palliativmedizin kritisiert Borasio (2013) Entwicklungen wie Ökonomisierung der Medizin und administrative Kontrolle von Medizinern. Die Kritik des Autors ist zum Teil scharf, zum Beispiel, wenn Fallpauschalen der Krankenkassen für Palliativstationen als Anreiz für „pauschalen-verträgliches Frühableben“ gesehen werden (S. 167). Aber generell ist die Frage des Autors berechtigt, inwieweit Gewinnstreben Fehlanreize schafft, die zwar zu höheren Kosten im Gesundheitswesen, aber nicht zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung führen oder auch Kliniken veranlasst, aus finanziellen Gründen Patienten zu entlassen, die ansonsten weiterbehandelt werden könnten. Berücksichtigen sollte man auch, dass es unterschiedliche Fraktionen in der Medizin gibt, zum Beispiel zur Frage der Heilbarkeit bestimmter Krebserkrankungen. Was für eine Fraktion realistisch ist, kann für eine andere fatalistisch sein. Der Autor (Borasio 2013, S.178) fordert eine hörende Medizin.

Das System der palliativen Versorgung hat also einig Mängel und Lücken. Schwerkranken Patienten, die wahrscheinlich bald sterben werden, aber keine lebensverkürzende Krankheit haben, werden

nicht berücksichtigt. Palliativpatienten sollen nicht zu lange auf Palliativstationen bleiben. Sie müssen manchmal zwischen ambulanter Versorgung und verschiedenen stationären Einrichtungen hin und her wandern. Dadurch wechseln auch wichtige berufliche Begleitpersonen. Die Länge der Begleitungen ist unterschiedlich. In einigen Fällen sind es nur wenige Stunden und man kennt den Patienten oder die Patientin kaum. In anderen Fällen können es mehrere Monate, bei ehrenamtlicher Begleitung auch mehr als ein Jahr sein.

Unterschieden werden verschiedene Dimensionen des Sterbens sozial, körperlich, psychisch, spirituell (vgl. Student u.a. 2007, S.25/26) Viele Patienten möchten nicht allein sterben, sondern in Kontakt mit Angehörigen stehen und in einer vertrauten Umgebung bleiben. Sie wünschen die Behandlung von Schmerzen und anderer Symptome (z.B. Übelkeit) Sie wünschen häufig genügend Zeit zu haben, um letzte Dinge zu erledigen und Beziehungen zu klären. „Unter spirituellen Schmerzen sind Schmerzen zu verstehen, die sich an der Sinnfrage entzünden, der Frage nach dem Sinn des Lebens und dem Sinn des Sterbens“ (Student u.a. 2007, S 40). Dabei kann es sich um religiöse Fragen handeln, aber auch um nicht-religiöse.

Lebensdauer und Lebensqualität sind wichtige Themen in der Palliativmedizin. Zum Beispiel kann sich bei Wachkoma-Patienten die Frage stellen „ob die bloße Aufrechterhaltung der biologischen Existenz tatsächlich ein Therapieziel sein kann“ (Borasio 2013, 39) Bestimmte Therapien können die Lebenszeit verlängern, aber mit massiven negativen Nebenwirkungen verbunden sein. Die Frage ist dann, inwieweit ein Patient dies in Kauf nehmen will. Was aber ist Lebenssinn und Lebensqualität. Lübke (2016, 19) fordert, „dass nur die Betroffenen selbst festlegen können, was der Sinn des Lebens und was Lebensqualität ist“ Es geht um die Selbstbestimmung des Sterbenden (vgl. Borasio 2013) Ohne Zustimmung des Patienten darf kein Mediziner eine Therapie durchführen. Was er möchte oder nicht möchte, kann der Patient in der **Patientenverfügung** für den Fall regeln, dass er in der Situation nicht mehr entscheiden kann. Aber die Selbstbestimmung hat auch Grenzen. So können zum Beispiel Ärzte einen Therapiewunsch ablehnen, wenn die Therapie nicht indiziert ist. Die Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten sind auch Gegenstand ethischer, juristischer und politischer Diskussionen. In dieser Diskussion hatten die Kirchen großen Einfluss genommen. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland strafbar. Dieser Wunsch würde also abgelehnt. Strittig ist der „assistierte Suizid“, also die Hilfe zum Suizid. Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen muss der Patient den letzten Schritt selbst tun, zum Beispiel das Gift trinken. Dies ist in Deutschland nicht generell strafbar, wenn es nicht „geschäftsmäßig“ erfolgt.³ Thöns (2016,175) lehnt eine Kriminalisierung der Assistenz zum Suizid durch den § 217 StGB ab. Zwar würden nur selten Leidenszustände auftreten, die von der Palliativmedizin nicht beherrschbar seien. Aber in diesen Fällen sollte nicht „der gruselige Suizid mit harten Methoden als einziger Ausweg bleiben“ (Thöns 2016, S. 175). Selbstbestimmung kann, so Borasio (2013), auch bedeuten, dass der Patient die Verantwortung an einen Angehörigen und/oder einen Arzt abgibt. Es gebe unterschiedliche Mischungsverhältnisse von Fürsorge und Selbstbestimmung, die sich auch im Verlauf der Krankheit ändern können. Auf die Veränderungen der Haltung müsse der Arzt jeweils neu reagieren. Thöns (2016) kritisiert, dass viele Patientinnen und Patienten am Lebensende von Ärzten zu einer Übertherapie gedrängt würden. Diesen Ärzten wird vorgeworfen, ein Geschäft mit dem Lebensende zu betreiben. Es kann aber auch vorkommen, dass die Patienten nach solchen Behandlungen mit fraglicher Indikation suchen, weil sie hoffen, dann länger zu leben. Es wäre daher sinnvoll, jeden

³ Was aber nach dem neuen § 217 StGB unter „geschäftsmäßig“ zu verstehen ist unbestimmt. (vgl. de Ridder, Michael, 2017, S. 66 ff.)

Einzelfall zu betrachten. Wurden dem Patienten von ärztlicher Seite Hoffnungen gemacht, die unrealistisch sind, oder klammert er sich an die letzten Möglichkeiten, sein Leben zu verlängern?

Die Selbstbestimmung wird auch von den spezifischen religiösen und weltanschaulichen Vorstellungen des Betroffenen und seiner Familie bestimmt. Einige Religionen verbieten den Suizid und jede Handlung, die auf eine Verkürzung des Lebens hinauslaufen könnte. (zum Beispiel der Abbruch der künstlichen Beatmung). Schüle fordert die Selbstbestimmung über das Leben: „Eine Gesellschaft auf der Höhe ihres Humanismus muss ihre Mitglieder nicht nur sterben lassen können, sondern auch dem Einzelnen die Entscheidung überlassen, wann und wie er sterben will. Offensichtlich wird der Begriff der Selbstbestimmung ernst und ernster als je zuvor genommen. Wenn Todeswunsch und Assistenz auf freier Entscheidung basieren – was sollte dagegen einzuwenden sein, außer der christlich getönten Trauer, man komme der Natur, also Gott zuvor“ (zitiert nach Mihm, Bopp 2017, S. 209)

Suizid

Für einen Suizid kann es unterschiedliche Gründe geben. Wir konzentrieren uns hier auf Selbsttötungen am Lebensende. Menschen, die an einer fortschreitenden Krankheit leiden, die zum Tode führen wird, können ihr Leben vorzeitig beenden wollen. Aber auch Männer und Frauen, die aufgrund schwerer körperlicher Behinderungen in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind, können diesen Wunsch haben. So schrieb Hans Küng: „Ich bin nicht lebensmüde, doch lebenssatt. Ein Gelehrter, der nicht mehr schreiben und lesen kann? Was dann? (...). Ich will nicht als Schatten meiner Selbst weiter existieren. (...) Der Mensch hat ein Recht zu sterben, wenn er keine Hoffnung mehr sieht auf ein nach seinem ureigenen Verständnis humanen Weiterlebens“ (zitiert nach Mihm 2017, S. 208) Das Zitat verweist auch auf individuelle Werte, die bedeutsam werden. In diesem Fall hat Schreiben und Lesen eine große Bedeutung. Bei anderen Betroffenen kann es auch das Aussehen sein, das Gefühl nützlich zu sein oder nicht angewiesen zu sein auf fremde Hilfe. Ein Einschnitt kann der Übergang in ein Pflegeheim sein. „Heimeintritt heißt für viele, dass sie Selbstständigkeit aufgeben müssen, dass es jetzt nur noch darum geht, zu warten, bis sie ganz gehen können“ (Giger-Büttler, 2018 S. 142) Suizide in Pflegeheimen sind relativ selten. „Zu denken, dass auf natürliche Weise bald alles einmal ein Ende haben wird, macht vieles einfacher – und motiviert kaum jemanden, mit eigenen Händen zu seinem Ende beizutragen (Giger-Büttler 2018, S.134). Der Suizid widerspricht auch den christlichen Wertvorstellungen in vielen Einrichtungen und schadet auch deren Image. Dennoch gibt es solche Suizide und dafür gibt es unterschiedliche Motive. Schwere körperliche Krankheiten und Behinderungen können ein Grund sein. Die geringe Lebensqualität in einem Pflegeheim und die fehlende Aussicht, dass sich an der Lebenssituation etwas positiv verändern wird, können weitere Gründe sein. Giger-Büttler (2018, A 135) fragt: „Was aber ist so falsch daran, wenn ein alter Mensch findet, dass er sein Leben gelebt hat, dass für ihn der Zeitpunkt gekommen ist, zu gehen und ihn das, was noch kommen mag, nicht mehr interessiert und ihn auch nicht im Leben zurückhalten vermag?“

Moral und Ethik zum Suizid

Der Suizid ist in Deutschland nicht strafbar, er wurde aber im christlichen Abendland als Sünde stigmatisiert. Eine andere Position vertritt Jaspers. „*Daß der Mensch, nur der Mensch sich das Leben nehmen kann in hellem, reinen Entschluß, ohne Trübung durch Affekt, vielmehr sich selber treu, darin liegt seine Würde.*“ (Karl Jaspers 1963, 474))

Es geht hier zunächst um die Fähigkeit, sich zu töten. Diese Fähigkeit macht frei, unabhängig davon, ob man von dieser Möglichkeit Gebrauch macht. Ein Gegenargument ist, dass Gott uns das Leben

schenke und entscheide, wie lange es dauere. Auch wenn man annimmt, dass Gott existiert, kann man daran zweifeln, dass er mir das Leben schenkte. Es gibt zwar Berichte von Wundern, aber auch viele Hinweise darauf, dass Gott sehr selten in das Weltgeschehen eingreift. Dass er in meine Zeugung und meine weitere Entwicklung eingegriffen hat, ist daher unwahrscheinlich. Wünsche bezogen auf das Diesseits in Gebeten sind daher eher Meditationsübungen.

Giger-Bütler (2018, S. 32) vertritt folgende Position: „Ich bin überzeugt, dass Gott die Menschen liebt, dass diese Liebe den Menschen aber frei und für sich selbst verantwortlich macht. Ich glaube ebenso, dass Gott die Willensfreiheit als zum Menschen gehörig betrachtet und diese nicht als eine Anmaßung ihm gegenüber empfindet.“

Ein weiteres Gegenargument ist, dass der Mensch soziale Pflichten hat gegenüber der Familie, Freunden etc. Das ist richtig. Der Mensch hat Verantwortung für andere. Aber das ist abhängig von meiner Lebenssituation und Lebensphase. Ein berufstätiger Familienvater hat gegenüber vielen Menschen eine Verantwortung. Anders kann es bei einem alleinstehenden alten Mann aussehen, der keine Kinder hat oder dessen Kinder erwachsen sind und eigene Familien haben. Auch kann ein Mensch in einen körperlichen oder geistigen Zustand geraten, in dem er Verantwortung für andere nicht mehr übernehmen kann. Der Entschluss, das Leben zu beenden, kann dann durchaus zu verantworten sein.

Es gibt Organisationen, die dem Menschen dieses Recht auf sein eigenes Leben absprechen. *„Alle Despotien, alle Kirchen, alle Gewalt, die von Menschen über Menschen ausging, den Anspruch erheben auch auf ihre Seele, haben den Selbstmord perhorresziert: hier bezeugte sich die Freiheit des Einzelnen, des Menschen als Menschen, der sich der Unterdrückung und dem vernichtenden Leiden entzieht. Die Bereitschaft zum Selbstmord macht frei.“* (Jaspers 1963, 474) Ähnlich argumentiert Giger-Bütler (2018, S. 131) „Und bei dieser persönlichsten und privaten Entscheidung zeigt sich, wie ernst man in der Gesellschaft die Selbstbestimmung und die Integrität des Menschen und nicht zuletzt die des alten Menschen nimmt.“ (S. 131)

Wenn sich jemand tötet, kann dies aber auch bedeuten, dass er mit seiner Lebensqualität, zum Beispiel in einem Pflegeheim, sehr unzufrieden ist. Indirekt ist das dann ein sozialer Protest.

„Sterbehilfe“

Den Begriff Sterbehilfe kann man enger fassen oder sehr weit fassen. Bei Schwendemann u. a. (2018²) ist er sehr weit gefasst. „Sterbehilfe bedeutet im heutigen Sprachgebrauch den Tod eines Menschen durch fachkundige Behandlungen herbeizuführen oder zu erleichtern oder nicht aufzuhalten“ (S. 8) Dementsprechend unterscheiden sie vier Formen von Sterbehilfe.

Durch **„aktive Sterbehilfe“** bzw. die Tötung auf Verlangen wird durch einen Eingriff das Leben eines Menschen gezielt verkürzt. Dies geschieht auf Wunsch des Patienten. Häufig wird dem Sterbewilligen intravenös eine Medikamentendosis zugeführt, an der der Patient verstirbt.

Anders ist dies bei der **„passiven Sterbehilfe“**. Hier werden lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung oder künstliche Ernährung unterlassen. „Die Behandelnden verhalten sich lediglich in Bezug auf die Therapie der bestehenden Grunderkrankung passiv“ (Schwendemann u.a. 2018², S.8)

Bei der **„indirekten Sterbehilfe“** bekommt der Patient in der letzten Phase einer tödlichen Erkrankung schmerzlindernde oder beruhigende Medikamente, die das Leben verkürzen könnten. Hier „liegt die Intension nicht darin, den Tod des Menschen schneller herbeizuführen, sondern sein Leiden bis zum unvermeidlichen Todeseintritt zu lindern“ (Schwendemann u.a. 2018², S. 9)

Im Unterschied zur aktiven Sterbehilfe nimmt beim „**assistierten Suizid**“ selbst das tödliche Gift ein. Die Mittel, die ihn töten werden für ihn bereitgestellt. Es handelt sich um eine Beihilfe zur Selbsttötung

Die „aktive Sterbehilfe“ oder die Tötung auf Verlangen und den assistierten Suizid kann man zweifellos als Sterbehilfe charakterisieren. Aber von passiver Sterbehilfe und Indirekter Sterbehilfe zu sprechen, ist problematisch. Ist es Sterbehilfe, wenn ein Arzt auf therapeutischen Maßnahmen verzichtet, die vielleicht ein Leben ein wenig verlängern könnten, aber zu größeren Leiden des Patienten führen? Die Indikation für diese Maßnahmen kann auch fraglich sein. Ob Schmerzmittel bei Sterbenden das Leben verkürzen ist strittig. Starke Schmerzen können zu Stress führen, der auch lebensverkürzend sein kann. „Hier wissen wir durch zahllose Studien, dass sich der Einsatz gerade dieser Substanzen lebensverlängernd auswirkt-Von daher ist die Begrifflichkeit ‚indirekte Sterbehilfe‘ vor diesem Hintergrund endgültig ad absurdum geführt.“ (Gottschling 2016, S. 208) Soll dem Patienten zugemutet werden, Schmerzen zu ertragen, damit er vielleicht ein paar Tage länger lebt? „Der Begriff der „Sterbehilfe“ der seit Jahren die gesamte Diskussion zum Thema der Entscheidungen am Lebensende prägt, ist somit im Grunde unbrauchbar. Er ist mehrdeutig. Emotional und historisch vorbelastet, je nach Blickwinkel euphemistisch verharmlosend oder historisch abschreckend, im juristischen Bereich mehr verwirrend als erhellend – kurzum: Es ist an der Zeit, ihn abzuschaffen.“ (Borasio 2014, S.75)

Sterbefasten

Sterbefasten ist der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um den eigenen Tod gezielt und vorzeitig herbeizuführen. Ein mögliches Vorgehen ist, zunächst für eine Woche auf Nahrung zu verzichten, aber weiterhin zu trinken. Danach wird auch die Flüssigkeitszufuhr eingestellt und nach einer weiteren Woche kommt es zu einem allmählichen Nierenversagen. Michael de Ridder (2018) stellt fest, dass diese Methode in der Ärzteschaft weitgehend akzeptiert wird. Ein assistierter Suizid wird dagegen häufig abgelehnt. Die Rechtslage scheint jedoch heute unklar zu sein. Nach § 217 StGB könne eine ärztliche Beratung eines Sterbefastenden unter Umständen strafbar sein. Gleiches kann für Pflegeeinrichtungen und Hospize gelten, die dem Fastenden einen Raum zur Verfügung stellen. (vgl. Michael de Ridder 2018, S. 13)

Ein Insasse eines Pflegeheims, der sich durch Sterbefasten tötete: „Ich habe das Gefühl, ich muss die Argumente für meinen ‚Selbstmord‘ erläutern. Selbst der kurze Weg aus meinem Balkonstuhl über die Schwelle bis zum Schreibtischstuhl ist beschwerlich und eine Herausforderung. Das ist einfach keine Lebensqualität mehr! Ein nutzloses Bein, eine nutzlose rechte Hand, die nicht einmal mehr greifen kann. Und dann haben auch nach und nach Muskeln abgebaut, nachdem ich einfach keine Lust mehr hatte zu üben. Ich war mir so nutzlos und alt dabei vorgekommen, an meinem Rollator über den Flur zu schlurfen“ „Ich war in meinem ganzen Leben ein aktiver, positiver und fröhlicher Mensch, mit meiner lieben Helga über sechzig Jahre in außergewöhnlicher Liebe verbunden. Nach ihrem Tod vor neun Monaten hat sich meine persönliche Situation vollkommen geändert, durch meinen Gesundheitszustand bin ich auf Hilfe angewiesen und nun mehr ein ‚Fall‘ fürs Pflegeheim. Natürlich bemerkte ich nach meinem Einzug sofort, dass selbst für Patienten der Pflegestufe 2, wie ich bin, die Pflege und Hilfe aufgrund des herrschenden Personalmangels allenfalls als kurzzeitige Hilfe nach Klingeln bezeichnet werden kann.“ (Luckwaldt 2019, S. 51) Sein Leitgedanke war: „hier gibt es genug Menschen, die auf den Tod warten- später. Ich erwarte ihn nicht, ich gehe auf ihn zu – jetzt.“

Noch „nützlich“ zu sein, ist für viele Menschen ein persönlicher Wert. Dies geht verloren, wenn man schwer körperbehindert in einem Heim lebt. In diesem Fall hatte der Mann (88 Jahre) das Sterbefasten angekündigt. Seine Angehörigen konnte ihn auf diesem Weg begleiten. Das ist ein Vorteil für ihn und die Angehörigen, die sich auf den Tod vorbereiten können. Andererseits kann eine solche Ankündigung auch Widerstand hervorrufen. In diesem Fall war es eine Pastorin, die versuchte, ihm das Vorhaben auszureden. Andere Suizide bleiben unbemerkt. „Es gibt viele stille und unbemerkte Suizide, so dass man von einer hohen Dunkelziffer ausgehen kann: das Essen verweigern, lebensnotwendige Medikamente nicht nehmen oder zu viele davon oder bewusst ungesund oder gefährlich leben und so die Gesundheit und das Leben aufs Spiel setzen.“ (Giger-Bütler, 1988, S. 145) Wenn der Lebensmut nachlässt, sinkt auch die Motivation, sich zu aktivieren. Das wiederum führt zu noch größerer Schwäche.

Auf der einen Seite stigmatisieren wichtige gesellschaftliche Gruppe und der Gesetzgeber den Suizid und den assistierten Suizid. Auf der anderen Seite können menschenwürdige Lebensbedingungen nicht gewährleistet werden. „Geschäftsmäßig“ werden auch die Pflegeheime betrieben. „Nur allzu oft ist es ein Graus, in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen seine letzten Lebensjahre, -monate oder -tage verbringen zu müssen Und doch ist genau das der Regelfall: Dort beenden rund drei Viertel der 840 000 Menschen, die hierzulande alljährlich sterben, ihr Leben. Es ist nachvollziehbar, dass bei dem allseits herrschenden Pflegenotstand vielen Menschen der Giftrunk die bessere Alternative zu sein scheint als ein würdeloses Dahinsiechen.“ (Mihm und Bopp 2017, S. 209) Dennoch ist die Anzahl der Suizide in Pflegeheimen relativ gering.

Moralische und ethische Fragen

Gegner des assistierten Suizid befürchten eine gesellschaftliche „Normalisierung“. „Insbesondere alte und kranke Menschen können sich dadurch zu einem Suizid verleiten lassen oder gar direkt oder indirekt dazu gedrängt fühlen“ (Schwendemann u.a. 2018² ,S 13) Ob dies geschehen würde, ist jedoch eine offene Frage. Der Wunsch von schwerkranken Menschen mit einer tödlich verlaufenden Krankheit früher zu sterben, beruht häufig auch auf einer freien und bewussten Entscheidung. Umgekehrt werden auch schwerkranke Patienten zu Therapien mit einer fraglichen Indikation gedrängt. Thöns (2016) spricht von einem „Geschäft mit dem Lebensende“. Von der Verlängerung des Sterbens können auch Krankenhäuser und Pflegeheime in kirchlicher oder weltlicher Trägerschaft profitieren. Auch von dieser Seite könnten Interessen im Spiel sein, wenn es um den assistierten Suizid geht.

Einige Gegner des assistierten Suizids verweisen auf die Autonomie des Arztes.“Schließt die Autonomie des Patienten das Recht ein, den Mediziner wider seiner natürlichen Verpflichtung zu handeln und jemanden sterben zu lassen oder dabei sogar zu unterstützen? Oder ist damit nicht vielmehr die Autonomie des Arztes verletzt“ (Schwendemann u.a. 2018² ,S .7) Betont wird hier die Gewissensfreiheit des Arztes, der nicht zu Handlungen oder zum Unterlassen von Handlungen gezwungen werden darf, wenn dies nach seiner Auffassung falsch oder unmoralisch ist. Andererseits gibt es das Recht des Patienten auf freie Arztwahl. Er muss sich zum Beispiel nicht von einem Arzt behandeln lassen, der sein Leben um jeden Preis verlängern will. Bei Entscheidungen in der Palliativmedizin geht es öfters um das Abwägen zwischen Lebensqualität und Lebenslänge. Dies erfordert das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Nur er (bzw. sie) sollten entscheiden, wie viel Leiden man für eine kurze Lebensverlängerung in Kauf nehmen will, aber nicht ein Arzt oder

Angehöriger. Es kann Sterbende geben, die ein bestimmte Ereignis (etwa die Geburt eines Enkelkinds) noch erleben wolle und deshalb längere Leiden ertragen wollen. Andere wiederum sehen keinen Sinn darin, längeres Leiden zu ertragen.

Rechtliche Lage

Der Deutsche Bundestag hat folgende Änderung des Strafgesetzbuches beschlossen

§ 217

- 1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- 2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten ist oder diesem nahesteht.

Offen bleibt die Frage, was geschäftsmäßig ist. Gemeint sind nicht nur Personen und Organisationen, die einen Gewinn erwirtschaften. Organisationen wie Dignitas und Exit in der Schweiz sind verboten. Handelt aber auch ein Arzt „geschäftsmäßig“, von dem bekannt ist, dass er kein Gegner des assistierten Suizids ist? Hier kann eine rechtliche Grauzone entstehen.

Eine weitere Frage ist die nach den Folgen des Gesetzes. Vielleicht werden einige Palliativpatienten vom Suizid abgehalten. Einige könnte aber einen grausamen und heimlichen Weg ohne medizinische Hilfe wählen. „Wenn Menschen den kalten Weg des Suizids auf ihrem letzten Wegstück im Leben gehen müssen, wirkt das wie eine Art Racheakt einer Gesellschaft, die sonst keinen anderen Weg als diesen zulässt.“ (Giger-Bütler 2018, S. 178)

Vorsorge: Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht, Testament, Regelungen zur Bestattung

Alle Menschen werden sterben. Es lässt sich auch nicht vorhersagen, in welchem Alter, unter welchen Umständen und in welcher Situation man sterben wird. Selbst mit der besten Gesundheitsvorsorge kann man nicht ausschließen, dass man vorzeitig durch einen Unfall oder an einer schweren Krankheit stirbt. Durch Vorsorge kann man also nicht den eigenen Tod verhindern. Man kann aber versuchen zu regeln, wie man nicht sterben möchte und was nach dem Tod geschehen soll.

Die **Patientenverfügung** ist die Anweisung eines Patienten an seinen zukünftigen Arzt. Sie gilt für den Fall, dass man in der Situation selbst nicht mehr entscheiden kann, zum Beispiel weil man bewusstlos oder nicht mehr geschäftsfähig ist. Ansonsten kann der Patient in der Situation entscheiden, welche Behandlungen er ablehnt. In einer Patientenverfügung kann man zum Beispiel künstliche Beatmung oder die Ernährung durch eine Magensonde ablehnen, wenn man sich im Endstadium eine tödlichen Erkrankung befindet. Wenn ein Patient sich in einer entsprechenden Situation befindet und keine Patientenverfügung hat, kann ein Richter den mutmaßlichen Willen des Patienten ermitteln, indem er Zeugen befragt. Dies ist aber unsicherer und kann länger dauern.

Man kann als schwerkranker Patient geschäftsunfähig sein und sich in einer Situation befinden, die man so nicht vorhergesehen hat. Für diese Fälle kann eine **Vorsorgevollmacht** sinnvoll sein. Damit bestimmt man eine Person, die für einen im Bereich Gesundheitsvorsorge und Pflegebedürftigkeit, aber auch in anderen Angelegenheiten entscheiden kann, wenn man nicht mehr geschäftsfähig ist. Das setzt aber voraus, dass eine nahestehende Person gibt, der man vertraut, der man aber auch solche Entscheidungen zumuten kann. Auch sollte diese Person die eigene Haltung zum Thema Sterben und

Tod kennen und respektieren. Man kann aber auch die Gesundheitsvorsorge ausklammern und andere Bereiche wie Haushaltsauflösung und Bestattung regeln. Die Vollmacht kann über den Tod hinaus gelten, solange die Erben sie nicht widerrufen. Wenn keine Vorsorgevollmacht vorliegt, kann das Vormundschaftsgericht einen Betreuer bestellen.

Der Tod kann plötzlich und unerwartet eintreten. Man kann sich auch in einer Situation befinden, in der man aufgrund seiner unheilbaren Krankheit oder seines allgemeinen Gesundheitszustandes mit einem baldigen Tod rechnet. In beiden Fällen ist es nützlich, wenn man ein **Testament** hat. Wenn man sich in einer Situation befindet, in der man mit dem baldigen Tod rechnen muss, kann es emotional belastend sein, ein Testament aufzusetzen. Erben sind auch wichtig, wenn es darum geht, die Angelegenheiten des Verstorbenen zu regeln.

Wichtig sind auch Regelungen zur **Bestattung**. Heute gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der Bestattung wie Grab mit Grabstein, anonyme Bestattung, Seebestattung, Friedwald. Es gibt Menschen, für die die Vorstellung wichtig ist, dass ihr Grab von Angehörigen besucht und gepflegt wird. Einige wollen auch das Grab ihrer Eltern oder ihres Ehepartners regelmäßig besuchen. Anders kann die Situation sein, wenn man keine Angehörigen vor Ort hat, die das Grab pflegen könnten. Dann kann man eine anonyme Bestattung, eine Seebestattung oder den Friedwald wählen. Religiöse Vorstellungen sind für die Bestattungsform auch bedeutsam. Der **Bestattungsvorsorgevertrag** mit einem Beerdigungsunternehmen ist eine Möglichkeit der Regelung. Man kann auch eine Sterbeversicherung abschließen oder Geld für die Bestattung bei einer Treuhandgesellschaft hinterlegen.

Gesellschaftliche Organisation des Sterbens und politische Ökonomie

Von Organisation des Sterbens kann man sprechen, wenn der baldige Tod eines Menschen wahrscheinlich ist. Schon mit dem Eintritt in ein Pflegeheim beginnt häufig ein Prozess der mit dem Tod endet. Die durchschnittliche Verweildauer männlicher Bewohner beträgt ca. 18 Monate (vgl. Techtmann 2015). Schwerkranke und Sterbende sind für Heime lukrativ, weil sie einen hohen Pflegegrad haben. Nicht selten werden auch sterbende Patienten aus den Krankenhäusern in die Kurzzeitpflege eines Pflegeheims geschickt. Die palliative Versorgung in Pflegeheimen ist schlechter als in stationären Hospizen und Palliativstationen.. Längere Liegezeiten auf Krankenstationen sind aufgrund der Fallpauschalen für die Krankenhäuser betriebswirtschaftlich ungünstig. Dagegen können bestimmte therapeutische Handlungen wie Operationen bei Palliativpatienten attraktiv sein (vgl. Thöns 2016). Auf Palliativstationen ist der Spielraum etwas größer, aber auch hier besteht der Druck, Patienten zu verlegen.

In den letzten zwanzig Jahren wurde eine Ökonomisierung des Pflege- und Gesundheitssystems politisch durchgesetzt. Private Pflegeheime und Krankenhäuser müssen Kosten einsparen, um Gewinne zu erwirtschaften. Auch Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft stehen unter dem Druck wirtschaftlich zu arbeiten. Dies geht vor allem auf Kosten der Pflege (vgl. Rieger 2017) mit der Folge, dass in Pflegeheimen und den meisten Krankenstationen das Pflegepersonal für Kommunikation zu wenig Zeit hat. Das Gesundheitssystem setzt Anreize für teure Operationen und Untersuchungen, andererseits wird durch die Fallpauschalen den Krankenhäusern der Anreiz gesetzt, die Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern zu verkürzen. Wie bereits erwähnt, ist die Aufnahme von Sterbenden in ein stationäres Hospiz an strenge Kriterien gebunden. Die Krankenkassen finanzieren nur bei einer relativ kleinen Gruppe Sterbender Aufenthalte in einem Hospiz oder auf einer

Palliativstation. Deutlich wird wie auch das Sterben politisch reglementiert wird. Auf der anderen Seite wird auch durch den Gesetzgeber der assistierte Suizid stigmatisiert.

Trauer

Zwischen Sterbeverläufen und Trauerprozessen sowie zwischen Sterbebegleitung und Trauerbegleitung gibt es einige Überschneidungen und Übereinstimmungen. Auch der Sterbende und manchmal schon der lebensgefährlich Erkrankte trauert. Er erlebt verschiedene Zustände⁴:

Schock/ Nicht wahr haben wollen

Zorn/ Auflehnung

Verhandeln

Depression

Zustimmung

(Trauerphasen des Sterbenden nach Kübler-Ross, vgl. Student u.a. 2007,57) Bei Angehörigen kann man jedoch nicht von „Zustimmung“ sprechen, sondern eher von Akzeptanz. Auch die antizipierende Trauer von Angehörigen kann bereits mit der Diagnose der lebensgefährlichen Erkrankung beginnen. Sterbebegleitung und Trauerbegleitung lässt sich daher nicht strikt trennen. Die Zustände von Sterbenden und Angehörigen können unterschiedlich sein. Eine Sterbende kann zum Beispiel bereits dem Tod zustimmen, während der Ehemann sich dagegen noch auflehnt. Wichtig ist die Interaktion zwischen Sterbenden und Angehörigen. Die Trauerbegleitung ist also bereits Teil der Sterbebegleitung.

Borasio beobachtete Veränderungen in der Orientierung von Sterbenden. „Menschen, die im Angesicht des Todes leben, entdecken die Wichtigkeit des Anderen. Alle untersuchten Patienten zeigten, unabhängig von ihrer Krankheit, ihrem Geschlecht oder ihrer Religion, ein Überwiegen altruistischer gegenüber egoistischer Werte, Ganz anders als die gesunde Allgemeinbevölkerung (Borasio, 2014,135) Aus buddhistischer Perspektive ist das Sterben ein Transformationsprozess. „Ich habe erlebt, wie ganz gewöhnliche Menschen am Ende ihres Lebens tiefe Einsichten entwickelten und in einen kraftvollen Transformationsprozess eintraten, der sie zu jemanden machte, der größer und weiter und viel wirklicher war als das kleine, abgetrennte Ich, als das sie sich selbst vorher verstanden hatten (Ostaseski 2017, S. 29)

Trauer und Trauerbegleitung von Angehörigen. Mit dem Tod des Patienten verändert sich für den Angehörigen noch einmal die Situation. „Der Tod des Nächsten reißt den Zurückbleibenden aus dem Alltags(er)leben heraus und führt ihn in unbekannte Grenzbereiche.“(Brathuhn Adelt 2015, S. 21) Viele Ehepartner haben vorher nicht damit gerechnet, einmal den Partner verlieren zu können.„Obwohl mein Mann älter war als ich und die Statistik einem Überleben seinerseits widersprach, haben wir gelebt, als wären wir von der Ewigkeit geküsst worden ... Und das , obwohl ich seit Jahren sterbende Menschen im Hospiz begleite. Ich stehe morgens auf und weiß nicht, wie es weitergehen soll. Ich kenne mich einfach nicht mehr aus“ (Ingrid 58 Jahre, nach Brathuhn, Adelt 2015, S. 21)

In einer stark differenzierten Gesellschaft wird Trauer in den Privatbereich abgedrängt. Starke Trauer könnte zu Nachteilen am Arbeitsplatz führen. Auch muss man zwischen spezifischen und diffusen Beziehungen trennen. Im Unterschied zu Dorfgesellschaften und Werksiedlungen sind viele

⁴ Der Begriff Trauerphase ist missverständlich, weil er lineare Abfolge nahelegt. Das kann aber auch anders sein. „Der trauernde Mensch unterliegt vielfältigen, häufig chaotischen Gefühlszuständen, die einander ständig ab- oder auslösen (Brathuhn und Adelt 2015, 94).

Beziehungen rollenspezifisch, d.h. private Themen wären erklärungsbedürftig. Die Bindung vieler Menschen an einzelne Konfessionen mit ihren Trauerritualen hat sich gelockert. Die höhere Mobilität führt zu weiteren Veränderungen. Häufiger als früher leben die erwachsenen Kinder nicht mehr am gleichen Ort wie ihre Eltern. Zur Mobilität gehören auch unterschiedliche Kulturen und länderübergreifende Beziehungen.

Zu unterscheiden sind auch unterschiedliche Familienbeziehungen. So macht es einen Unterschied, ob es sich um den Ehepartner, das eigene Kind, die Mutter, den Vater oder einen Freund handelt. Hinzu kommt das Familienmitglieder unterschiedlich trauern können, was zu Differenzen in der Familie führen kann.

Johannes Jungbauer (2013) behandelt in seinem Beitrag psychologische Trauertheorien, die Unterschiede zwischen normaler und komplizierter Trauer und Möglichkeiten der Trauerberatung und Trauertherapie. Die Trauertheorien werden als Anregungen verstanden, um den individuellen Trauerprozess zu verstehen. Gute Theorien müssten praxisrelevant sein (Jungbauer 2013, S.61) Schwierig ist im Einzelfall die Unterscheidung zwischen normaler Trauer und „komplizierter Trauer“, die psychotherapeutische Interventionen erfordert. Stelling und Jungbauer (2013) schlagen vor, komplizierte Trauer erst zu diagnostizieren, wenn das Ereignis mindestens sechs Monate zurückliegt. Es besteht dann aber die Gefahr eine Pathologisierung von Personen, die nicht schnell genug ihre Trauer bewältigen. Bald wieder „normal“ zu sein, ist häufig eine soziale Erwartung, die schnell an Trauernde herangetragen wird. „Mancher Trauerprozess dauert wenige Wochen oder Monate, mancher mehrere Jahre.“ (Brathuhn, Adelt 2015, 55) Natürlich sollen die 6 Monate nur ein Kriterium sein, um die Diagnose „komplizierter Trauerprozess“ nach weniger als 6 Monaten nicht zu stellen. Die Diagnose selbst beinhaltet mehr als die Dauer. Aber die Unterscheidung ist schwierig, da auch in der normalen Trauer Reaktionen beobachtet werden können, die man unter anderen Umständen als pathologisch bezeichnen würde. Behandelt werden im Beitrag von Jungbauer (2013) Möglichkeiten der Trauerberatung in Einzelgesprächen oder in der Gruppe und Ansätze und Methoden der Trauertherapie für die Bearbeitung komplizierter Trauer. Während Trauerberatung als Methode angesehen wird, die auch von entsprechend geschulten Nicht-Psychotherapeuten anwendbar ist, sei Trauertherapie ein längere psychotherapeutischer Prozess. Die Grenzziehung ist schwierig. Psychotherapie dürften nur Ärzte und Psychologen mit einer Fachausbildung durchführen. Es ist aber fraglich, ob es genügend Psychotherapeuten gibt, die Trauerprozesse über einen längeren Zeitraum therapieren wollen und auch dafür speziell ausgebildet sind. Unter Umständen ist eine erfahrene Sozialarbeiterin oder Krankenschwester mit einer besonderen Weiterbildung besser geeignet, als ein Psychotherapeut, der weniger Erfahrung mit Trauerprozessen hat. Psychotherapie für Ältere und Trauernde ist ein relativ neues Praxisfeld.

Kast beschreibt verschiedene Trauerphasen

Nicht –wahrhaben wollen

Aufbrechende Emotionen

Suchen und sich trennen

Neuer Selbst- und Weltbezug

(Trauerphasen nach Kast, vgl. Student u.a. 2007, 57) Auch hier gibt es häufiger keine feste zeitliche Abfolge. Nach dem Tod des Angehörigen kann es zu einer partiellen Affekthemmung als Abwehrmaßnahme (vgl. Jerneizig u.a. 1991, 31) kommen, ähnliche Situationen können aber im Rahmen einer Erinnerung auch sehr viel später auftreten, nachdem der Trauernde bereits einen neuen Selbst- und Weltbezug hat. Die Traueraufgaben nach Worden entsprechen den Zuständen. Wahrnehmung der Realität des Todes mit allen Sinnen

Trauerschmerz durchleben

Neuorientierung in einer Welt, in der der Verstorbene fehlt

Mut zur Entwicklung neuer Beziehungen

(Traueraufgaben nach Worden, vgl. Student u.a. 2007,57) Trauernde können zwischen diesen Zuständen hin und her wechseln, auch gibt es große Unterschiede. „Wie wir sehen werden ist Trauer ein zutiefst persönlicher, widersprüchlicher, chaotischer und unvorhersehbarer Prozess“ (Samuel, 2018, S. 15) Auch hier muss die soziale Situation der Trauernden berücksichtigt werden. Sie kann bei einer 70jährigen Witwe, die vierzig Jahre verheiratet war, anders aussehen als bei einem 30jährigen Mann, dessen Vater gestorben ist. Die Witwe kann vielleicht neue Beziehungen zu Freundinnen und Freunden aufbauen. Ob sie aber einen neuen Ehepartnern finden will und kann, ist fraglich. Ehebeziehungen sind nicht einfach austauschbar. Der 30jährige Mann dürfte ganz andere Ziele und Lebensaufgaben haben.

Der ehrenamtliche Trauerbegleiter ist wie ein Professioneller mit der „widersprüchlichen Einheit von universeller Regelanwendung und Einzelfallverstehen“ befasst. (vgl. Oevermann 1996). Er braucht allgemeine Theorien und Ansätze zum Verständnis der jeweiligen Situation. Diese basieren auf empirischen Untersuchungen und verallgemeinerten Erfahrungen mit Trauerbegleitung. Dennoch ist jede Begleitung einzigartig und muss so verstanden werden. „Unter den vielen unterschiedlichen Untersuchungen über Trauerverläufe herrscht Übereinstimmung darüber, dass jeder Trauernde seine eigenen, ganz individuellen Trauerreaktionen als Bestandteil einer jeweils personenspezifischen Trauerarbeit entwickeln muss“ (Jerneizig u.a. 1991, 27) Die Trauertheorien und Modelle können das Verstehen erleichtern, sie ersetzen aber keine genauere Rekonstruktion der einzelnen Trauersituation und des individuellen Trauerprozesses. Trauerbegleiter sind keine Angehörigen, wie ein Therapeut begegnen sie den Trauernden in einer Rolle. Andererseits sind persönliche Aspekte von großer Bedeutung. „Auf diesem Weg des Trauern sind Begleitende, sind Mitaushaltende gefragt, die dem Grenzenlosen Raum geben, zur gegebenen Zeit auch eingrenzen, die den Verstand als Hilfe nutzen und dem etwas entgegensetzen, was nur und dauerhaft zerstörerisch sein will, die verstehen, dass im Trauerschmerz immer auch der Keim lebt, darin nicht stecken bleiben zu wollen“ (Brathuhn, Adelt 2015 S. 65)

Brathuhn und Adelt (2015) sehen in der Trauer einen Prozess des Wachsens und Werdens, der den Menschen dazu aufrufen, diesen Prozess zu gestalten. Sie sprechen von „Werde-sein“ des Menschen. „Er ist nicht fertig, sondern befindet sich – zu jedem Zeitpunkt seines Lebens – in einem unvollendeten Zustand (S. 15). Sie beschreiben vier „Werdeschritte“ des trauernden Menschen: (a.a.O. S. 30 ff.) Der erste Schritt ist das „Wahrnehmen und Sehenlernen.“ „Stirbt nun ein nahestehender Mensch, ist es Aufgabe des Zurückbleibenden, sowohl das Verlorengegangene als auch sich selbst angesichts des erlittenen Verlustes in den Blick zu nehmen, also wahrzunehmen.“ (S. 32). Auch wenn Trauernde wissen, was geschehen ist, können Reaktionen ein Nicht-wahrhaben wollen ausdrücken. „Denn die Seele kann das Unmögliche nur in ihrem eigenen Tempo möglich werden lassen und sie kann es jederzeit auch wieder für unmöglich erklären“ (Brathuhn, Adelt 2015 S. 34) Es folgt der Schritt des Erkennens und Verstehens. „Der Werdeschritt des Erkennens geht mit einer aktiven Innenschau einher und fordert den Trauernden wieder und wieder dazu auf, zu erkennen, dass sich alles verändert hat und dass er nicht mehr der ist, der er einst in der lebendigen und gelebten Verbindung mit dem Verstorbenen war.“ (Brathuhn, Adelt 2015 S. 40) Der dritte Schritt wird „Annehmen und die Entscheidung zum Ja“ genannt. „Dies ist keineswegs als resignative Lebensverweigerung zu verstehen, sondern als Aufforderung, sich in die Wechsel- und Schicksalhaftigkeit des eigenen Lebens hineinzubegeben: Annehmen bedeutet ein Ja zur gegebenen

– veränderten – Lebenssituation zu sprechen. (Brathuhn, Adelt 2015 S. 44) „Gestalten und Leben ist dann der vierte und letzte Schritt. Dabei geht es um „das Gestalten seiner neuen Identität und seiner Welt“ (Brathuhn, Adelt 2015 S. 51) und das symbolische „Eintreten in ‚ein anderes Leben‘, das sowohl durch einen neuen Selbst- als auch durch einen als sinnvoll erlebten Weltbezug konstituiert wird.“ (Brathuhn, Adelt 2015 S. 52)

Je nach Trauersituation skizzieren sie unterschiedliche Begleitansätze (Teil C.) Der eisagogisch-hinführende Ansatz kann bereits eingesetzt werden, wenn der Angehörige den Tod seines Nächsten erwartet. Vielfach haben Angehörige keine Vorerfahrung mit dem Sterben von Familienmitgliedern. Wichtig werden hier Aufklärung und Information. „Eine gute eisagogisch-hinführende Begleitung nimmt weder den Trauerschmerz vorweg, noch verhindert sie ihn, sondern durch gute Information, durch Dabeisein und In-Beziehung –Bleiben ermöglicht sie es, dass der bevorstehende Trauerweg nicht durch zusätzliche Unsicherheiten und ungute Erfahrungen erschwert wird“ (Brathuhn, Adelt 2015 S.72). Beim konsulatorisch-verstehenden Begleitansatz stehen Trost und Einfühlsamkeit im Vordergrund. Der Begleitende bietet Halt und Schutz an. Er soll den Trauernden in einer Situation „emotionaler Fassungslosigkeit“ (S. 73) „aushalten“ und halten. Der stimulierend-provokative Begleitansatz soll den Trauernden bei der individuellen Sinnsuche unterstützen. Hingewiesen wird darauf, „dass der stimulierend-provokative Begleitansatz erst dann seinen Einsatz finden kann, wenn deutlich wird, dass der Trauernde in der Lage und bereit ist, sich auf den Weg zu machen.“ (a. a. O. S.80). Der reflektierend-verstehende Ansatz soll das kognitive Verstehen des Trauernden unterstützen. Es geht um existenzielle Fragen und Identitätsfindung. Der evaluierend-nachgehende Begleitansatz wird eher am Ende eines Trauerprozesses eingesetzt und soll dem Trauernden helfen, im Blick zurück Zusammenhänge zu erkennen. „Evaluation bedeutet hier, einen Wert zusprechen, es bedeutet Wertfindung zu unterstützen und den Wertprozess mit den Trauernden auch auszuwerten“ (Brathuhn, Adelt 2015 S. 91) Der evaluierend-nachgehende Begleitansatz findet dann Anwendung, wenn der Trauernde Neues wagt und erprobt.“ (Brathuhn, Adelt 2015 S. 91) Diese Ansätze können als biographische Arbeit mit der Trauernden verstanden werden. Sie können auch Teil einer rekonstruktiven sozialen Arbeit (vgl. Völter, Reichmann 2017) sein.

Die Trauer im Alter unterscheidet sich von der Trauer im mittleren Erwachsenenalter oder im jüngeren Erwachsenenalter, weil die lebenszyklische Situation anders ist. Zum Beispiel wird eine 70jährigen Frau, deren Mann gestorben ist in vielen Fällen keine neue Beziehung mehr eingehen. Viele Männer in ihrem Alter sind verheiratet, aber auch die Bereitschaft zu einer neuen Beziehung wird geringer sein. Ältere Männer würden noch eher eine andere Frau finden, aber einige wollen dies auch nicht. Eine Ehe, die im Alter geschlossen wird, hat eine andere Bedeutung als eine Ehe, die im jungen Erwachsenenalter geschlossen wird. Rentnerinnen und Rentner mussten auch Abschied nehmen vom Berufsleben. Auch erleben sie, dass viele Bekannte in ihrem Alter krank sind oder bereits gestorben. Man weiß, dass die eigene Lebenserwartung begrenzt ist und vor dem Tod das abhängige Alter beginnen kann. Das Wissen um den Tod und die eigene Sterblichkeit ist daher öfters präsent. Das bedeutet aber nicht, dass man ständig daran denkt. Sterben und Tod sind zwar heute kein Tabu mehr. Beobachten kann man aber manchmal eine gewisse Kälte bei Personen, die dem Verstorbenen nicht nahe gestanden haben. Sie wechseln dann schnell wieder zu einem anderen Alltagsthema. Das kann zu einer Entfremdung zwischen den Angehörigen und Bekannte führen.

Sterben Tod und Trauer in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik

Student u.a. (2007, S.149) stellen fest: Der guten beruflichen Eignung beruflicher Sozialarbeit stehen die relative Fremdheit und marginale Präsenz in diesem Bereich gegenüber“ Zum Teil kann dies mit

der Ausbildung erklärt werden. „Ohne den hospizlich tätigen Sozialarbeiterinnen unrecht zu tun, deren Engagement und Wirkung hoch zu schätzen sind, muss doch darauf hingewiesen werden, dass weder die aufgabengerechter Ausbildung noch die mentale Vorbereitung noch die berufliche Repräsentanz für diese wichtige Aufgabe zufrieden stellend gesichert sind – von Forschung, Entwicklung und modellhafter Erprobung ganz zu schweigen, die von einer professionellen Berufsgruppe zu erwarten wäre. (Student u.a. 2007, S. 150) Die marginale Bedeutung der Themen in der Ausbildung österreichischer Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen wird auch in der Untersuchung von Hefel (2019) deutlich.

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter arbeiten zusammen mit Ärzten, Pflegekräften, Psychoonkologen und Ehrenamtlichen auf Palliativstationen, stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten. In den Hospiz- und Palliativeinrichtungen wäre eine strikte Trennung zwischen körperlicher Pflege und medizinischer Behandlung einerseits und psycho-sozialer Begleitung andererseits widersinnig. Wichtige Entscheidungen, zum Beispiel zur Schmerztherapie, könnten nur zusammen mit den Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund ihrer individuellen psycho-sozialen Situation und Wünsche getroffen werden. Die Pflegekräfte haben den meisten Kontakt zu den Patienten und Patientinnen. Daher kann keine Berufsgruppe ein exklusives Mandat haben, es ist immer ein multi-professionelles Team zuständig. Alle müssen mit den Betroffenen kommunizieren. Der Stellenwert der Sozialen Arbeit in dieser Teamarbeit wird auch davon abhängen, welchen Stellenwert diese Arbeit in der Ausbildung hat.

Eine Frage ist die nach Professionalisierung der Hospizarbeit. Gronemeyer (2018, S. 17 ff.) weist daraufhin, dass Ehrenamtliche unverzichtbar sind. Er zitiert Frank Ostaseski, einen bedeutenden Vertreter der amerikanischen Hospizarbeit. Wichtig sei: „Das Bewusstsein dafür, dass wir das, was wir für diesen Job brauchen nicht erst lernen müssen, sondern bereits in uns tragen. Für andere zu sorgen ist ein natürlicher Ausdruck unserer Menschlichkeit. In den vergangenen Jahrzehnten haben wir den Prozess des Sterbens unnötig komplex gemacht, überprofessionalisiert und mystifiziert, so dass wir ihn jetzt oft als Bürde, als Pflicht empfinden.“ (S. 17/18) Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleiter müssen keine Experten sein, ein Vorbereitungskurs reicht häufig aus. Sterbebegleiter sollten sich vor dem Hintergrund ihrer Biographie und persönlichem Erleben mit der Thematik auseinandergesetzt haben, was in den Vorbereitungskursen auch geschieht. Sie benötigen aber keine spezifischen Methoden. Aber bestimmte Aufgaben können Ehrenamtliche nicht übernehmen, weil sie zu wenig Zeit haben oder nicht fachlich hinreichend qualifiziert sind. Hierzu gehören: Erstgespräche mit Sterbenden, Auswahl der geeigneten Begleiter, Betreuung der Sterbebegleiter während der Begleitung, Supervision der Ehrenamtlichen, Kooperation mit Organisationen, in denen gestorben wird, Trauertherapie in Fällen komplizierter Trauer (vgl. Jungbauer 2013, Stelling, Jungbauer 2013)⁵ Die Möglichkeiten der Weiterbildung für Ehrenamtliche sind begrenzt, weil viele von ihnen berufstätig sind und/oder Kinder haben. Der Vorbereitungskurs umfasst ca. 100 Unterrichtsstunden und ein Praktikum. Das ist nicht viel, wenn man bedenkt, dass viele Ehrenamtliche vorher keine einschlägige Vorausbildung hatten. Aber viel mehr Vorbereitung wird kaum realisierbar sein, da ein Teil der Teilnehmenden noch berufstätig ist und Familie hat. Der Zeitaufwand für eine Sterbebegleitung kann unterschiedlich sein. Manchmal reicht ein Termin pro Woche, aber in anderen Fällen, zum Beispiel in der Sterbephase sind tägliche Termine von einer

⁵ Die Unterscheidung zwischen Trauerbegleitung und Trauertherapie ist in einzelnen Fällen schwierig und immer abhängig von den Bedürfnissen der Trauernden. „Wir sollten der Versuchung widerstehen, aus jedem Trauerfall einen pathologischen Trauerverlauf zu machen. (Domdey 2108, S. 31)

Stunde sinnvoll. Nicht alle Ehrenamtlichen haben so viel Zeit. Daher sollte man auf den Einsatz von Hauptamtlichen nicht verzichten.

Sterben, Tod und Trauer sind nicht nur wichtige Themen in der Hospizarbeit und Palliativ Care. Trauerbegleitung beginnt häufig erst nach dem Tod von Angehörigen. In der Sterbephase und kurz nach dem Tod sind Angehörige häufiger in einem emotionalen Ausnahmezustand. Es kann dann viele Monate oder ein Jahr dauern, bis sie mit oder ohne Begleitung die Erlebnisse bewältigen können. Die Trauer ist dann aber häufig nicht abgeschlossen, denn sie kann auch später in bestimmten Situationen aktuell werden.

Gestorben wird auch auf Normalstationen und in Pflegeheimen und zuhause, ohne dass Hospizdienste einbezogen werden. Die Themen werden auch dann schon wichtig, wenn eine Krankheit mit dem Tode enden kann, aber eine kurative Therapie noch sinnvoll zu sein scheint (z.B. bei Krebs). Viele Frauen übernehmen die Pflege ihrer schwerkranken Mütter und Schwiegermütter (vgl. Maly 2001) und später den Verlust des Ehepartners (vgl. Steinert/Müller 2007). Pflegeheime sind immer auch Orte des Sterbens (vgl. Xyländer, Sauer 2019). Wenn Elternteile an Krebs erkranken, sind Kinder betroffen.

Es gibt also Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, in deren Arbeit die Themen Sterben und Trauer immer mal wieder wichtig werden können. Man kann sich zum Beispiel ob für das Verständnis der soziale Krise einer Klientin der Tod eines Angehörigen und unbewältigte Trauer bedeutsam sind. Um dies zu erkennen und darauf reagieren zu können, bedarf es einer Qualifikation, die während des Studiums vermittelt werden kann. Es gibt aber auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, die sehr häufig mit diesen Themen befasst sind. Sie arbeiten in Pflegeheimen, in stationären Hospizen, auf Palliativstationen oder onkologischen Stationen in Krankenhäuser oder im ambulanten Hospizdienst. In diesen Fällen ist eine Qualifizierung notwendig, die umfassender und intensiver als die Vorbereitung der Ehrenamtlichen ist. Dies kann in Aufbaustudiengängen und Weiterbildungen erfolgen. Es müssten aber auch die Rahmenbedingungen geschaffen werden um berufliche soziale Arbeit zu ermöglichen. Dazu gehört eine entsprechende Finanzierung ihrer Arbeit ein Hospizen, auf onkologischen Stationen, Pflegeheimen und Palliativstationen. Das wiederum würde zu Mehrkosten für die Krankenkassen und Pflegekassen führen.

Literatur

- Antonovsky, Anton (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen
 Ärzte Zeitung (2015), Patientenschützer beklagen „Zwei-Klassen-Sterben“. 12.6.2015, online verfügbar
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/887970/pflege-patientenschuetzer-beklagen-zwei-klassen-sterben.html
- Becker-Ebel, Jochen (Hrsg.) (2017) Palliativ Care in Pflegeheimen und –diensten, Hannover: Schlütersche Verlagsbuchhandlung,
- Brathuhn, Sylvia, Adelt, Thorsten (1015) Vom Wachsen und Werden im Prozess der Trauer, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Brêzan, Jurij, (1982) , Bild des Vaters, Berlin, Verlag Neues Leben
- Borasio, G. D. (2013), Über das Sterben, München, Deutscher Taschenbuchverlag
- Borasio, G. D. (2014) selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet, was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können, München, Verlag C.H.Beck.
- De Ridder, Michael (2015) Welche Medizin wollen wir? Warum wir den Menschen wieder in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns stellen müssen, Deutsche Verlagsanstalt
- De Ridder, Michael (2017) Abschied vom Leben. Von der Patientenverfügung bis zur Palliativmedizin, München: Pantheon Verlag

- De Ridder, Michael (2018) Vorwort: Sterbefasten ein friedliches Ende, In: Luckwaldt, Frauke (2018) Ich will selbstbestimmt sterben. Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten, München: Reinhardt Verlag S. 8 - 14
- DIE WELT, 12.04.2014, Der Tod zweiter Klasse im Pflegeheim, <http://www.welt.de/politik/deutschland/article139431351/Der-Tod-zweiter-Klasse-im-Pflegeheim.html>
- Dinse, Annemarie (2016), Aber sicher! Die Rente ist alles andere als sicher, deshalb fordert ver.di ein Umsteuern in der Politik in: Report Verdi 3/2016 S. 3
- Dreske, S. (2010, Sterben und Tod in: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit und Alter, VG Verlag für Sozialwissenschaften, S. 385 -389
- Domdey, Ulrich (2018), Wie steht es um die Hospizarbeit in Niedersachsen? in: Monika C.M. Müller (Hrsg.) (2018) Gut gemeint – gut gemacht? Professionalisierung der Sterbebegleitung und Zukunft der Hospizarbeit. 21. Loccumer Hospiztagung 2018, Loccumer Protokolle 25/2018, Rehburg-Loccum, S. 21 - 32
- Döring, Dorothee (2018), Sterbende liebevoll begleiten Kevelaer: Butzen& Bercker
- Francia, Luisa (2016), Wer nicht alt werden will, muss vorher sterben, München: Nymphenburger-Verlag
- Fuchs, Christoph u.a.- (2012) Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Gawande, Atul (2015) Sterblich sein. Was am Ende wirklich zählt, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch
- Gereben, C.a & Kopinitsch-Bergen, S. (1998). *Auf den Spuren der Vergangenheit. Eine Anleitung zur Biographarbeit mit älteren Menschen*. Wien: Maudrich.
- Giger- Bütler, Josef (2018) Wenn Menschen sterben wollen. Mehr Verständnis für einen selbstbestimmten Weg aus dem Leben, Stuttgart: Klett-Cotta
- Goffman, E. (1977). *Asyle. Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- Gottschling, Sven (2016) *Leben bis zuletzt*, Frankfurt am Main: Fischer
- Graz, Margit; Roser, Traugott (2016), *Curriculum Spiritualität für ehrenamtliche Hospizbegleitung*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht
- Gronemeyer, Reimer (2018) *Die Weisheit der Alten*, Freiburg
- Hefel, Johanna (2019) *Verlust, Sterben und Tod über die Lebensspanne. Kernthemen Sozialer Arbeit am Beispiel österreichischer Fachhochschulen*, Opladen, Berlin, Toronto, 2019, Budrich UniPress Ltd.
- Hirt, R., (1999) *Soziale Arbeit in stationären Einrichtungen der Altenhilfe*, in Chassé, Karl August; von Wensierski, Hans-Jürgen (Hrsg.) *Praxisfelder der sozialen Arbeit*, S. 229 -242
- Hummel, Konrad (1991) *Öffnet die Altenheime. Gemeinwesenorientierte, ganzheitliche Sozialarbeit und Alter*, München
- Jaspers, Karl (1963) *Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung*, München
- Jerneizig, Ralf; Langenmayr, Arnold; Schubert, Ulrich (1991) *Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung*, Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht
- Jungbauer, Johannes, Krockauer, Rainer (Hrsg.) (2013) *Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer*, Opladen u. a. O., Verlag Barbara Budrich
- Jungbauer, Johannes (2013) *Trauer und Trauerbewältigung aus psychologischer Perspektive*, in: Jungbauer, Johannes, Krockauer, Rainer (Hrsg.) (2013) *Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer*, Opladen u. a. O., Verlag Barbara Budrich S. 49 - 70
- Kade, S. (2000), *Lernen im Alltag*, in: Becker, S.; Velken, L.; Wallraven, K.D.; *Handbuch Altenbildung*, Opladen S. 234 -246
- Kalanithi, P. (2017) *Bevor ich jetzt gehe. Die letzten Worte eines Arztes an seine Tochter*, München: Penguin englische Originalausgabe: Kalanithi, P. . (2016), *When Breath Becomes Air*, New York, Random House
- Lübbe, A. S., (2014), *Für ein gutes Ende. Von der Kunst, Menschen in ihrem Sterben zu begleiten*, München: Heyne
- Luckwaldt, Frauke (2018) *Ich will selbstbestimmt sterben. Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten*, München: Reinhardt Verlag
- Maly, N. (2001), *Töchter, die ihre Mütter pflegen*, Münster, Lit-Verlag

- Mihm, Dorothea, Bopp, Annette (2017), Die sieben Geheimnisse guten Sterbens, München: Goldmann
- Müller, H. (2016) Professionalisierung von Praxisfeldern der Sozialarbeit, Opladen: Verlag Barbara Budrich
- Müller, H. (2019) Biographie, Altern und soziale Arbeit. Homepage HermannMuellerHildesheim.de
- Müller, M. (Hrsg.) (2018) Gut gemeint – gut gemacht? Professionalisierung der Sterbebegleitung und Zukunft der Hospizarbeit, Rehbürg-Loccum
- Ostaseski, Frank (2017), Die fünf Einladungen. Was wir vom Tod lernen können, um erfüllt zu leben, München: Knauer
- Richmond, Lewis (2016), Die Zeit ist ein großer Lehrer. Gelassen älter werden München: Kösel
- Rieger, Armin (2017) Der Pflegeaufstand. Ein Heimleiter entlarvt unser krankes System, München, Ludwig Verlag
- Rohwetter, Angelika; Böner Zollenkopf, Marlies (2018) Altwerden, wie es mir gefällt., Gießen: Psychosozial-Verlag
- Ryan, T. & Walker, R. (2004). *Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.
- Samuel, Julia (2018) Trauert. Geschichten über das Leben, den Tod und die Kraft zum Weiterleben., Weinheim, Basel: Beltz englischer Originaltitel: „Grief Works. Stories of Life, Death and Surviving.“
- Schmid, Raimund (2017) Wehe Du bist alt und wirst krank. Missstände in der Altersmedizin und was wir dagegen tun können, Weinheim, Basel: Beltz
- Schönberg, F.; Vries, Bodo de (2011): Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* (5), S. 370–375. Online verfügbar unter www.johanneswerk.de/fileadmin/content/Download_JW/3_Fachthemen/a_Menschen_wahrnehmen/Leben_im_Alter/Mortalitaet_Verweildauer_deVries_Schoenberg.pdf, zuletzt geprüft am 22.09.2014.
- Schweppe, C. (2002) Soziale Altenarbeit, in Thole, Werner (Hrsg.), Grundriss der Sozialen Arbeit, Opladen S. 331 – 348
- Schwendemann, Wilhelm; Hagen, Katrin; Theobald, Detlev G. (2018, 2. Auflage) Sterbehilfe und medizinisch-assistierter Suizid, Stuttgart, Calwer Verlag
- Steinert, E.; Müller, H. (2007), Misslungener innerdeutscher Dialog. Biografische Brüche ostdeutscher älterer Frauen in der Nachwendezeit, erscheint 2007 beim Centaurus Verlag Herbolzheim
- Stelling, Kirsten; Jungbauer, Johannes (2013) „Mein Leben darf nie mehr schön werden, weil mein Kind tot ist. Psychotherapie bei komplizierter Trauer“ in Jungbauer, Johannes, Krockauer, Rainer (Hrsg.) (2013) Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer, Opladen u. a. O., Verlag Barbara Budrich S. 166 – 184
- Student, J. C.; Mühlum, Albert; Student, Ute (2007) Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, München und Basel Reinhardt UTB
- Sudnow, D. (1973). Organisiertes Sterben. Frankfurt am Main: Fischer.
- Teichtmann, Gero (2015): Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Verfügbar unter: <http://www.alters-institut.de>
- Thöns, Matthias, (2016⁶), Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende, München, Berlin, Piper
- Wilkening, K.; Wichmann, C. (2010), Soziale Arbeit in der Palliativversorgung, in: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit und Alter, VG Verlag für Sozialwissenschaften, S. 165 – 172
- Winter, M. H. (2008): Pflegeheime auf dem Weg zu Institutionen des Sterbens. In: *GGW* 8, 2008, S. 15–22.
- Zu Salm, Christiane (2016) Weiterleben. Nach dem Verlust eines geliebten Menschen, München: Goldmann
- Xyländer; Margret, Sauer, Peter (2019) Zwischen Gestalten und Aushalten. Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen im urbanen Bereich, Opladen: Verlag Barbara Budrich