



## Bachelorarbeit

# Braucht es Psychologinnen und Psychologen bei der Begleitung Erwachsener am Lebensende?

**Aline Rousselot**

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. phil. Agnes von Wyl

St.Gallen, Juni 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

# Inhaltsverzeichnis

## Anstelle eines Vorwortes

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Herleitung der Fragestellung.....	1
1.2 Fragestellung .....	2
1.3 Aufbau der Arbeit .....	2
1.4 Abgrenzungen .....	3
<b>2. Lebensende und Sterben im Erwachsenenalter</b> .....	<b>4</b>
2.1 Definition Lebensende, Sterben, Sterbeprozess.....	4
2.2 Bedürfnisse von Menschen am Lebensende.....	6
2.3 ‚Gutes Sterben‘ – Erwartungen ans Lebensende .....	9
2.4 Umgang mit Sterbenden - ein gesellschaftliches, politisches und persönliches Thema .....	11
2.4.1 International.....	11
2.4.2 Schweiz .....	12
<b>3. Begleitung am Lebensende - Sterbebegleitung</b> .....	<b>13</b>
3.1 Sterbebegleitung .....	13
3.2 Psychosoziale Begleitung Sterbender.....	13
3.2.1 Einflüsse auf die psychosoziale Begleitung von Sterbenden .....	14
3.2.2 Ist- und Soll-Situation in der Schweiz.....	15
<b>4. Psychosoziale Begleitung – eine interdisziplinäre Aufgabe</b> .....	<b>16</b>
4.1 Anforderungen an begleitende Personen .....	16
4.2 Beteiligte und ihre Aufgaben .....	17
4.2.1 Allgemein .....	17
4.2.2 Angehörige .....	19
4.3 Spezifische Themen und Inhalte der Sterbebegleitung.....	20
4.3.1 Kommunikation mit Sterbenden .....	20
4.3.2 Umgang mit Schmerzen .....	21
4.3.3 Spiritualität und Religiosität.....	22
4.3.4 Rituale .....	22
4.4 Palliative Care.....	23
4.4.1 Geschichte und Blick in die Zukunft.....	23
4.4.2 Palliative Care in der Schweiz.....	24
4.4.3 Probleme und Grenzen von Palliative Care .....	24
<b>5. Wo sterben Menschen in der Schweiz heute?</b> .....	<b>25</b>
5.1 Versorgungsstrukturen in der Schweiz .....	25
5.2 Sterben zu Hause .....	26
5.3 Sterben in einer Institution.....	26
5.3.1 Alters- und Pflegeheime .....	27
5.3.2 Spitäler.....	27
5.3.3 Stationäre Hospize.....	27
5.4 Alternative Modelle .....	28

<b>6. Empirischer Teil.....</b>	<b>28</b>
<b>6.1 Fragestellungen .....</b>	<b>29</b>
<b>6.2 Art der Untersuchung .....</b>	<b>30</b>
<b>6.3 Datenerhebung.....</b>	<b>30</b>
6.3.1 Stichprobe.....	30
6.3.2 Fragebogen: Erstellung, Durchführung, Auswertung .....	32
6.3.3 Leitfadenterview: Erstellung, Durchführung, Auswertung .....	33
<b>6.4 Ergebnisse.....</b>	<b>35</b>
6.4.1 „Wo, unter welchen Umständen und zu welchen Bedingungen arbeiten Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung?“ .....	35
6.4.2 „Was beinhaltet die Arbeit von Psychologen und Psychologinnen im Bereich der Sterbebegleitung?“ .....	41
<b>7. Diskussion .....</b>	<b>55</b>
7.1 Zusammenfassung .....	55
7.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse .....	56
7.3 Fazit.....	62
7.4 Methodenkritik .....	62
7.5 Weiterführende Überlegungen .....	63
<b>8. Abstract .....</b>	<b>64</b>
<b>9. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>65</b>
<b>10. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>72</b>
<b>11. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>73</b>
<b>12. Anhang .....</b>	<b>74</b>

# Anstelle eines Vorwortes

So viele Worte, die folgen werden.

Worte

gewählt, nach den Regeln der Wissenschaft,  
geschrieben in einer Sprache,  
die mir vor zwei Jahren noch fremd war,  
die ich jetzt zwar verstehe,  
die das Eigentliche auf merkwürdige Weise verhüllen.

Die wirken, als ob nicht ich sie geschrieben hätte,  
die der Form angepasst  
neutralisieren.

Doch.

Niemand stirbt objektiv.

Niemand begleitet objektiv.

Sterben bewegt, berührt  
zutiefst und persönlich.

Begleiten bewegt, berührt  
zutiefst und persönlich.

Deshalb

anstelle eines Vorwortes,

Mit-Worte, Mit-Gefühle,

die berühren und bewegen

mich

vielleicht auch dich

zutiefst.

Heute, 07:30. Das wollte Herr S. schon immer tun. Und wie vieles, das er eigentlich tun wollte, hat er es auf später verschoben. Auf dann, wenn er Zeit habe. Aber seine Zeit ist begrenzt. Jetzt. Eigentlich schon immer. Aber jetzt ist es auf einmal so klar. Deshalb geht er jetzt. Das möchte er noch machen.

Heute, 08:02. Pflegeheim. *(Laut) Guten Morgen Frau W!* Ein weiterer Tag. Wie lange soll das noch gehen? Ich möchte sterben. Frau W. schaut die Pflegerin an. Sprechen geht schon seit einem halben Jahr nicht mehr so richtig. Seit zwei Jahren liege ich in diesem Bett, diesem Zimmer. *(Laut) Frau W. ich schliesse jetzt die Nahrungssonde an. En Guete!*

Heute, 09:16. Akutspital, bei Herrn G. Das ist so schön, dass sie neben mir sitzen. Jemand der Zeit hat. Vielen Dank, dass ich ihnen das erzählen durfte. Jetzt geht es mir irgendwie ein bisschen besser.

Heute, 10:24. Zu Hause beim Grossvater. Er schläft. Endlich. Diese Nacht war viel los. Heftige Schmerzen, sollen wir mehr Morphium geben? Die Geschwister waren sich unsicher. Erbrechen. Erschöpfung. Stille Tränen, keine Worte. Warten. Worauf?

Heute, 13:45. Hospiz, Zimmer 413. Herr K. strahlt. Fünf Pflegende singen Happy Birthday. Sie bringen einen Kuchen mit Kerzen. Alles Gute zum Geburtstag, Herr K.

Heute, 11:23. Frau M. sitzt im Büro von Doktor S. Seine Worte erreichen sie nicht. Sie fühlt und hört nichts mehr, sitzt einfach da. Keine Gedanken sind mehr da, nicht an ihre zwei Kinder, an ihren Mann, an ihre Arbeit, an.. Nein, das kann nicht sein! Da muss ein Fehler vorliegen! Sie und .. ? Nein. Nein!

Heute, 12:56. Tagblatt. Völlig unerwartet ist meine geliebte Frau, unsere Grossmutter, Mutter, Freundin nach geduldig ertragener Krankheit von uns gegangen. Wir vermissen dich! Die Beisetzung findet im engsten Familienkreis statt.

Heute, 14:50. Erster Tag in der Palliativstation für Frau E. Eintrittsgespräch mit der leitenden Ärztin. Ihre beiden Töchter sitzen neben ihr. Ihr Mann schaut regungslos aus dem Fenster. *Was können wir für sie tun? Was wünschen sie sich?* Beklemmende Stille. Gesund werden möchte sie, noch lange leben. Ihre Enkelkinder aufwachsen sehen. Sie würde auch Schmerzen dafür in Kauf nehmen. Tränen. Beklemmende Stille. Die Diagnose ist klar, die Prognose zu ernüchternd. *Gibt es etwas, das wir jetzt für sie tun können? Haben sie Schmerzen? Ihr Lieblingsessen? Wollen sie Zeichnen?*

Heute, 15:34. Herr L. breitet das Hemd vor sich aus. Er will es sehen, das Hemd, das er als letztes tragen wird. Er will noch ein paar Gedanken draufschreiben. Herr L. ist ruhig. Er wird bald sterben. Für ihn ist das gut so.

Heute, 16:08. Zeitungsbericht. Da wurde einer gefunden. In seiner Wohnung. Tot. Es sei von einem natürlichen Tod auszugehen. Er läge schon zwei Wochen dort! Die Nachbarn hätten die Polizei angerufen – wegen dem Gestank. Angehörige oder Bekannte werden gesucht.

Heute, 17:54. Frau C. möchte einen Pfarrer sehen. Einen katholischen! Sie will beichten, die letzte Beichte. Die letzte Ölung empfangen. *Durch diese heilige Salbung helfe dir der Herr in seinem reichen Erbarmen, er stehe dir bei mit der Kraft des Heiligen Geistes: Der Herr, der dich von Sünden befreit, rette dich, in seiner Gnade richte er dich auf.*

Heute, 18:00. F. steht vor dem Sarg. Sie schaut ihren Grossvater an. Sie darf eine Rose hineinlegen. Mama schluchzt im Hintergrund. Der Grossvater ist ganz kalt. Er sieht so friedlich aus. Mama, ich glaube es geht ihm jetzt gut. Schau doch, er lächelt.

Heute, 19:17. Herr B. ist seit 12 Stunden nicht mehr ansprechbar. Seine Füsse und Hände sind bereits kalt. Beim Atmen rasselt es. Ab und zu fällt ein Atemzug aus. Die Sterbebegleiterin übernimmt seinen Atemrhythmus. Bis es nicht mehr geht. Die Pause ist zu lang. Sie schnappt nach Luft. Herr B. atmet nicht .. nicht .. noch immer nicht .. Die Begleiterin hat zu ihrem eigenen Atemrhythmus zurückgefunden. Ist er ..? Nach gefühlter Ewigkeit, ein weiteres, tiefes Einatmen. Nein, er ist noch nicht.

Heute, 20:30. Hört auf zu weinen. Mama. Papa. Wenn ich sterbe wird ein Engel kommen und ich werde den lieben Gott fragen, ob ich auch ein Engel werden darf. Ein besonderer Engel, ein Schutzengel! Für euch. Dann kann ich fliegen!

Damals. Schweigen. Stilles Mit-sein. Da-sein. Aufgehoben sein. Sein. In Gedenken. In Trauer. In Dankbarkeit. In Liebe. Heute.

# 1. Einleitung

## 1.1 Herleitung der Fragestellung

Die Begleitung von Menschen am Lebensende unterliegt seit Mitte des 20. Jahrhunderts einigen Veränderungen. Medizinische Fortschritte führten zu einer Institutionalisierung des Sterbens. Die Begleitung von Menschen am Lebensende wurde zunehmend von Professionellen übernommen. Durch gesellschaftliche Veränderungen und zunehmende Individualisierung hat die Unterstützung von Sterbenden und Begleitenden durch eine Dorf- und Familiengemeinschaft abgenommen. Vielen Menschen fehlen Erfahrungen im Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen. Engste Familienangehörige sind vermehrt auf sich selbst gestellt mit der herausfordernden Aufgabe, Sterbende zu begleiten.

Die heutige Gesellschaft fordert einen Umgang mit Sterbenden, der die Würde des Menschen ins Zentrum rückt. Ein ganzheitlicher Betreuungsansatz soll gewährleisten, dass individuelle somatische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt werden.

Doch, wer und wo sind heute Ansprechpersonen für psychische, soziale und spirituelle Anliegen für Sterbende und ihre Angehörigen? An wen richten sich Menschen, die keinen seelsorgerischen oder geistlichen Beistand und trotzdem einen Austausch mit einer Fachperson suchen? Sind Psychologen und Psychologinnen mögliche Ansprechpersonen für psychische und soziale Anliegen? Gibt es Psychologinnen und Psychologen, die mit Sterbenden arbeiten? Falls ja, was sind ihre Aufgaben und wo arbeiten sie? Inwiefern stellt die Begleitung von Sterbenden ein Berufsfeld für Psychologinnen und Psychologen dar?

Nachstehend wird aufgezeigt, weshalb das Thema Begleitung von Sterbenden in der Schweiz ein aktuelles Thema ist. Die Angaben stammen aus der ‚Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012‘, welche vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) erarbeitet und 2009 verabschiedet wurde.

Hierzulande sterben 90% der Menschen keinen plötzlichen und unerwarteten Tod. Bis 2050 werden jährlich 50% mehr Todesfälle erwartet als heute. Diese Menschen werden über kurze oder längere Zeit auf Betreuung angewiesen sein. Zukünftig wird die letzte Lebensphase länger dauern, und es werden mehr junge und alte Menschen von

multimorbiden Diagnosen betroffen sein. Es wurde festgestellt, dass die Betreuung von Menschen am Lebensende in der Schweiz Mängel aufweist.

Diese Fakten provozieren Handlungsbedarf auf gesundheitspolitischer Ebene. Bund und Kantone begegnen den Schwierigkeiten durch die Förderung von Palliative Care. Ziel ist, dass Palliative Care für alle in der Schweiz lebenden Menschen gleichermaßen zugänglich wird. Es wird betont, dass psychosoziale Unterstützung für Menschen, die an einer unheilbaren Krankheiten leiden, ebenso gewährleistet sein soll wie die Betreuung somatischer Leiden (BAG & GDK, 2009, S. 1-4).

## **1.2 Fragestellung**

Aus den oben beschriebenen Überlegungen ergab sich folgende Forschungsfrage:

### **Braucht es Psychologinnen bei der Begleitung Erwachsener am Lebensende?**

Diese spezifische Thematik wurde in der Forschung bislang nur lückenhaft aufbereitet. Die Bearbeitung der Forschungsfrage wird folglich von folgenden zwei Unterfragen geleitet:

- 1. Wo, unter welchen Umständen und zu welchen Bedingungen arbeiten Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung?**
- 2. Was beinhaltet die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung?**

## **1.3 Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit ist in drei Hauptteile gegliedert: in den theoretischen und den empirischen Teil. Die Diskussion bildet den dritten Hauptteil.

### **Theorieteil**

Im Kapitel 2 werden die Begriffe Sterben und Lebensende definiert. Sterbebegleitung soll sich an den Bedürfnissen von Sterbenden orientieren. Deshalb werden die Theorien von den international bekannten Autorinnen Elisabeth Kübler-Ross und Monika Renz sowie weitere empirische Befunde zum Thema Bedürfnisse von Sterbenden dargelegt. Es wird ausgeführt, wie Erwartungen an ‚gutes Sterben‘ sowie die Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensende auf gesellschaftlicher, politischer und persönlicher Ebene, den Umgang mit Sterbenden beeinflussen. Dabei wird insbesondere die aktuelle und zukünftige gesellschaftliche und politische Situation in der Schweiz beschrieben.



Im Kapitel 3 wird der Begriff Sterbebegleitung definiert. Da psychosoziale Aspekte der Begleitung von Menschen am Lebensende im Zentrum der vorliegenden Arbeit stehen, wird vertieft darauf eingegangen. Zusätzlich werden aktuelle und zukünftige Einflüsse sowie Trends auf die psychosoziale Betreuung von Menschen am Lebensende aufgezeigt und insbesondere die Ist- und Soll-Situation in der Schweiz beschrieben.

Im Kapitel 4 werden die an der Begleitung beteiligten Personen, verschiedene Aufgabenfelder sowie spezifische Themen und Inhalte der Arbeit mit Sterbenden thematisiert. Als Abschluss des Kapitels wird das international und national bedeutungsvolle Konzept ‚Palliative Care‘ beschrieben und kritisch betrachtet.

Im Kapitel 5 wird aufgezeigt, wo Menschen in der Schweiz heute sterben. Verschiedene Institutionen wie Alters- und Pflegeheime, Spitäler und Hospize werden vorgestellt und mit der Möglichkeit verglichen, zu Hause zu sterben.

### **Empirischer Teil**

Das Kapitel 7 beinhaltet den empirischen Teil. Als erstes werden das methodische Vorgehen sowie die Stichprobenauswahl erläutert. Anschliessend werden die Ergebnisse in der Reihenfolge der beiden Unterfragen dargelegt. Für die Beantwortung der ersten Unterfrage dienen hauptsächlich die quantitativ erhobenen Daten von 34 Psychologinnen und Psychologen mittels Fragebogen. Zur Illustration der Fragebogenergebnisse werden einige Themen mit Ergebnissen aus der qualitativen Erhebung ergänzt. Diese Erhebung gründet auf sechs Leitfadeninterviews mit Psychologinnen und Psychologen, die bereits mit Menschen am Lebensende arbeiten und bildet die Grundlage für die Beantwortung der zweiten Unterfrage.

### **Diskussion**

Im Kapitel 8 wird die Arbeit zusammengefasst. Ergebnisse werden interpretiert und besprochen, Befunde mit den theoretischen Grundlagen verknüpft und diskutiert. Weiterführende Gedanken runden die Diskussion ab.

## **1.4 Abgrenzungen**

Der Umgang mit Sterben und Sterbenden ist kulturell unterschiedlich. Die vorliegende Studie bezieht sich auf die Schweiz. Vergleiche mit anderen Kulturen wären äusserst interessant. Dieses Thema würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Ebenso wird nicht auf die Begleitung von sterbenden Kindern eingegangen. Diese erfordert gemäss Wittkowski und Schröder (2008, S. 20) einen anderen Umgang als mit Erwachsenen.

In dieser Arbeit werden erwachsene Menschen am Lebensende als eine Gesamtgruppe betrachtet. Es wird nicht zwischen Menschen des frühen, mittleren und hohen Erwachsenenalters unterschieden, denn Kruse (2007) widerlegt die These, dass der Tod im hohen Alter infolge einer reduzierten Restlebenszeit gegenwärtiger ist und schreibt:

Unabhängig vom erreichten Lebensalter erscheint die Nachricht vom baldigen Tod wie das Aussetzen eines Flugzeugmotors mitten am Himmel, also als ein überraschendes, vorzeitiges Ende (S. 109).

Thanatologie ist die Wissenschaft von Sterben und Tod. Auf psychiatrisch-thanatologische Forschungsergebnisse, welche Zusammenhänge über das Lebensende und psychiatrischen Krankheiten thematisiert, wird nicht eingegangen. Da in dieser Arbeit das Was und nicht das Wie im Vordergrund steht, wird auf eine Beschreibung von thanato-psychotherapeutischen Ansätzen verzichtet.

## 2. Lebensende und Sterben im Erwachsenenalter

In diesem Kapitel werden die Begriffe Lebensende und Sterben definiert. Themen wie Bedürfnisse Sterbender, gesellschaftliche Einflüsse und Haltungen, sowie die Vorstellung darüber, was heute als gutes Sterben bewertet wird, werden thematisiert, da sie die Basis für die psychosoziale Begleitung Sterbender bilden.

### 2.1 Definition Lebensende, Sterben, Sterbeprozess

Die Frage, unter welchen Umständen und Bedingungen man einen Menschen als Sterbenden bezeichnen soll, wird unterschiedlich beantwortet. Dabei sind der Beginn und die Dauer des Sterbens, das im Folgenden als Synonym für Lebensende und Sterbeprozess verwendet wird, je nach Perspektive sehr unterschiedlich.

Kastenbaum (1989, S. 103; zit. nach Wittkowski & Schröder, 2008, S. 10-11) zählt sechs Möglichkeiten auf, um den Beginn des Sterbens zu definieren: wenn ein Mensch gezeugt wird, eine tödliche Krankheit beginnt, ein Arzt erkennt, dass eine todbringende Krankheit vorhanden ist, wenn der Patient von seiner tödlichen Krankheit erfährt, die Tatsache seiner todbringenden Erkrankung erkennt und akzeptiert oder wenn zur

Wiederherstellung der Gesundheit und Erhaltung des Lebens nichts mehr getan werden kann.

In der öffentlichen Diskussion wird Sterben als eine relativ kurze Spanne der Veränderung vor dem Übergang von Leben zum Tod verstanden, der mit dem Verlust der Vitalfunktionen einhergeht. Zuvor wird ein Mensch über lange Zeit als unheilbar krank betrachtet. Dies ermöglicht, eine ‚Hoffnung bis zuletzt‘ aufrecht zu erhalten.

Auch in traditionellen, kurativ ausgerichteten medizinischen Richtungen wird Sterben als kurze Phase vor dem Eintritt des Todes betrachtet. Sterbende sind Kranke oder Verletzte mit einer irreversiblen Schädigung einer oder mehrer Vitalfunktionen (Wittkowski & Schröder, 2008, S. 3-10). Für Baust (1983, S.29; zit. nach Wittkowski & Schröder, 2008, S. 5) beginnt das Sterben mit dem Herz- oder Atmungsstillstand. Mitzdorf (1994, S. 40; zit. nach Wittkowski & Schröder, S. 6) wiederum stellt Sterben als Hirnfunktionsregression dar. Sterbebegleitung würde gemäss diesen Auffassungen erst spät beginnen, nämlich dann, wenn der Sterbende oft zu keiner verbalen Kommunikation mehr fähig ist.

Gemäss den medizinisch-ethischen Richtlinien der schweizerischen Akademie medizinischer Wissenschaften (SAMW, 2004, S. 3-7) sind Menschen, die aufgrund einer Krankheit, welche innert Tagen oder Wochen zum Tode führt, Sterbende. So gilt ein Mensch früher als Sterbender als bei der oben genannten Definition. Zu kritisieren ist jedoch, dass Menschen, die von einer unheilbaren, progressiv verlaufenden Krankheit betroffen sind, nicht als Menschen am Lebensende betrachtet werden. Van Oorschot und Anselm (2007, S. 172) kritisieren an dieser Definition, dass an die Betroffenen dieselben Erwartungen gerichtet werden wie an heilbare oder chronisch kranke Menschen.

Das BAG definiert das Lebensende als einen Zeitraum von höchstens zwei Jahren vor dem Tod (BAG&GDK, 2009, S. 69). Für Vertreter und Vertreterinnen der Palliativmedizin greift auch diese Definition zu kurz. Sie unterscheiden im Falle einer unheilbaren, tödlichen Krankheit zwischen einer Rehabilitations-, Terminal- und Finalphase. Erstere kann Jahre dauern, wobei ein weitgehend normales und aktives Leben möglich ist. In der Terminalphase ist die Aktivität zunehmend eingeschränkt, sie kann Wochen bis Monate dauern. Die eigentliche Finalphase umfasst die letzten 72 Stunden des Lebens (Nauck, 2001, S. 362; zit. nach Wittkowski & Schröder, 2008, S. 7).

Aus medizinischer Sicht werden für die Definition von Sterben vor allem physiologische Aspekte berücksichtigt. Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Perspektiven ergänzen diese um psychosoziale Aspekte. Sie betonen, dass die Sterbephase keiner zeitlichen

Begrenzung unterliegen soll. Dies ist wichtig, damit Menschen am Lebensende frühzeitig Unterstützung beanspruchen können. Zum Beispiel ermöglicht dieses Verständnis, dass Menschen bereits vor der terminalen Phase in ein Hospiz aufgenommen werden können und eine Beziehung zu den Menschen aufbauen, die sie am Ende begleiten werden (Wittkowski & Schröder, 2008, S. 9-11).

Für die vorliegende Arbeit, bei der psychosoziale Prozesse im Vordergrund stehen, reicht die klassische medizinische Definition nicht aus. Basierend auf dem Modell nach Wittkowski und Schröder (2008, S. 12-18), das den Übergang von gesund, krank und sterbend beschreibt, wird der Beginn des Sterbeprozesses folgendermassen definiert: Ein Mensch gilt dann als Sterbender, wenn objektive Fakten und subjektive Faktoren gemeinsam gegeben sind. Objektive Faktoren können beispielsweise die Diagnose einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit sein. Subjektive Faktoren beinhalten, dass diese Situation vom Betroffenen wahrgenommen ist und sein Erleben und Verhalten beeinflussen. Wittkowski und Schröder teilen den Sterbeprozess in folgende fünf Phasen ein, wobei nicht jeder Sterbende alle diese Phasen bewusst erlebt und einzelne oder mehrere Phasen übersprungen werden können (vgl. Kapitel 6.3.2).

- 1. Medizinische und technische Befunderhebungen, Unsicherheit
- 2. Vorliegen von Diagnose/Prognose, Information des Patienten, Übergangsphase: Rollenunsicherheit auf beiden Seiten
- 3. Diverse Bewältigungsstrategien, Befindlichkeitsschwankungen, Sterbephase
- 4. Physischer und psychischer Verfall
- 5. Eintritt des Todes

## **2.2 Bedürfnisse von Menschen am Lebensende**

Sterbebegleitung soll sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen richten. Doch - was erleben und benötigen Sterbende? Diesen Fragen wird im folgenden Kapitel nachgegangen und mögliche Bedürfnisse Sterbender zusammengetragen.

Verschiedene Autoren und Autorinnen wie Kübler-Ross, Pattison und Weisman haben Phasenmodelle entwickelt, die das Erleben und Verhalten von Sterbenden beschreiben. Die kritische Auseinandersetzung und Weiterführung von dem bekannten Modell nach Kübler-Ross, welche als Pionierin im Bereich der Sterbebegleitung gilt, wird dargelegt. Ebenso wird das Modell der Sterbebegleiterin Renz, welche aktuell viel über dieses Thema forscht und publiziert sowie weitere empirische Ergebnisse zu psychosozialen Bedürfnissen von Sterbenden dargestellt.

Kübler-Ross hat auf der Grundlage von 200 Interviews mit Menschen, die von einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit betroffen waren, folgende fünf Phasen des Sterbens, welche Hinweise auf die Bedürfnisse von Sterbenden geben können, beschrieben:

In einer ersten Phase (Denial) wollen Betroffene eine tödliche Diagnose, sowie deren Symptome, nicht wahrhaben. Sie suchen andere Ärzte auf, in der Hoffnung, dass diese die Diagnose widerlegen. Danach beginnt die Phase des Zornes und der Auflehnung (Anger). Neid auf gesunde Menschen führt zu Aggressionen, die gegen sich selbst oder andere gerichtet sein können. In der dritten Phase (Bargaining) wird durch Verhandlungen mit Ärzten, Pflegenden oder Gott versucht, das Unvermeidliche hinauszuschieben. Es besteht Hoffnung auf Besserung. Die vierte Phase (Depression) ist geprägt von Trauer und Depression. Kübler-Ross unterscheidet zwischen einer ersten, reaktiven Depression, die durch erlittene Verluste ausgelöst wird und Depressionen, die durch drohende Verluste Sterbende auf eine endgültige Annahme des Schicksals vorbereitet. Die letzte Phase (Acceptance), wird von Kübler-Ross als „letzte Ruhe vor der langen Reise“ beschrieben. Das Schicksal und der Tod sind angenommen. Es gibt keine Ängste und Verzweiflung mehr (Kübler-Ross, 1971, S. 41-119).

Inwiefern sich das Lebensende in solche universelle Phasen einteilen lässt, wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert. Wie Buckmann (1990, S. 40) sind auch Kruse und Schmitz-Scherzer (1995, S. 289-290) der Ansicht, dass Phasenmodelle, wie das von Kübler-Ross, die Individualität des Sterbeprozesses vernachlässigen und nicht verallgemeinert werden dürfen. Kruse (1995, S. 290-295) ist der Ansicht, dass die individuellen Unterschiede der Umgangsformen mit dem eigenen Sterben zu gross sind, um in Phasen subsummiert zu werden. Seiner Ansicht nach sind psychische Sterbeprozesse nicht losgelöst vom historischen und kulturellen Kontext zu betrachten und stark beeinflusst von Entwicklungen im individuellen Lebenslauf. Wie sterbende Menschen die eigene Endlichkeit erleben und damit umgehen, sei von Personenfaktoren, Situations- und Umweltfaktoren abhängig (Kruse, 2007, S. 89). Obwohl Kruse (1995, S. 20-22) anerkennt, dass das Phasenmodell von Kübler-Ross psychische Reaktionen benennt, die bei vielen sterbenden Menschen zu beobachten sind, kritisiert er, dass die Idee vermittelt wird, dass nur das Erreichen der letzten Phase eine gelungene Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod darstellt.

Buckmann (1990, S. 40) kritisiert, dass Kübler-Ross eher Reaktionsmuster als Phasen beschrieben hat. In diesen fehlen seiner Ansicht nach Reaktionen wie Furcht, Angst, Hoffnung und Schuldgefühle.

Renz ist aktuell in der Schweiz eine bekannte Psychologin, die viel zum Thema Sterbebegleitung publiziert. Sie anerkennt die fünf Phasen von Kübler-Ross als immer wiederkehrende Themen bei sterbenden Menschen, beschreibt den Sterbeprozess jedoch als ein spirituelles Geschehen. Anstatt von linearen Sterbephasen spricht sie von verschiedenen Bewusstseinszuständen, die Sterben charakterisieren (Renz, 2010, S. 41-78). Ihrer Auffassung nach zeigt Kübler-Ross die Aussenperspektive des Sterbens auf. Im Unterschied dazu beschreibt Renz das Erleben Sterbender. Sie bezeichnet Sterben als Wandlung, letztes Loslassen und Wahrnehmungsverschiebung. In der Sterbephase finde eine Konzentration auf das Wesentliche statt. Todesnähe bringe Menschen an einen Grenzbereich, der durch die Nähe zu einem grundsätzlich anderen Zustand und nicht durch die vom Ich bestimmte Weise des Erlebens geprägt sei.

Dieser Übergang sei durch eine innere Schwelle gekennzeichnet. Sterbende würden zwischen den drei Bewusstseinszuständen *Davor*, *Hindurch* und *Danach* hin und her wechseln (Renz, 2005, S. 62-63).

Im *Davor* seien Sterbende real anwesend und ansprechbar. Die Bejahung des Lebens, so wie es war und endet, stehe im Vordergrund. Das *Hindurch* charakterisiere das Durchstehen von Ängsten. Vertraute Strukturen wie oben-unten, hell-dunkel, Ich-Du würden verloren gehen. Dies sei durch körperliche Symptome oder verbale Äusserungen erfahrbar. Im *Danach* würden sich Sterbende in einem weit entfernten Bewusstseinszustand befinden. Die Angst sei losgelassen. Sterbende seien gelassen und umgeben von Friede, Freiheit oder Liebe. Es geschehe eine spirituelle Öffnung (2005, S. 78-79).

Studien belegen, dass Menschen am Lebensende oft an psychischen Symptomen wie Angst oder Depressionen leiden (BAG & GDK, 2009, S. 11). Kruse führt das Auftreten psychopathologischer Symptome bei alten Menschen am Lebensende auf physische Veränderungen zurück. Er erklärt das Auftreten von Verwirrtheitszuständen, Depressionen, Angst und Panik durch Nachlassen von Gehirnfunktionen.

Baltes (1984; zit. nach Schmitz-Scherzer, 1992, S. 9-16) beschreibt Sterben als individuellen Prozess, der von individuell verschiedenen Bedürfnissen, Einstellungen und Bewältigungsstrategien geprägt ist.

Kostrzewa und Kutzner (2009, S. 47) wiederum leiten aus den Arbeiten von Kübler-Ross, Rest, Klockenbusch, Munz, Wittkowski, Howe und Kruse folgende vier Kernbedürfnisse von Sterbenden ab: Das Bedürfnis, in der terminalen Phase nicht isoliert zu sein, Schmerzfreiheit, Regelung der letzten Dinge und Stellen der Sinnfrage.

Es bestehen einige einzelne empirische Erhebungen über die Bedürfnisse von Menschen am Lebensende. Wittkowski und Schröder (2008, S. 27-32) haben diese zusammengefasst und kommen zum Schluss, dass es kaum Studien gibt, welche die Bedürfnisse von Sterbenden direkt erfragen. Sie bemängeln, dass es trotz der gemachten Arbeiten zu wenig umfassende und differenzierte Kenntnisse über Bedürfnisse Sterbender gibt.

### **2.3 ‚Gutes Sterben‘ – Erwartungen ans Lebensende**

Die Vorstellungen darüber, was gutes Sterben charakterisiert, beeinflussen das Erleben und das Verhalten von Sterbenden und Begleitenden. Sie beeinflussen beispielsweise die Erwartungen an geeignete Sterbeorte und wer Sterbende begleiten soll.

Gehring, Rölli und Saborowski (2007, S. 8) stellen fest, dass sich die Vorstellungen über ‚gutes Sterben‘ gesellschaftlich verändert haben. Den verschiedenen Annahmen liegen unterschiedliche Paradigmen und Werthaltungen zugrunde. In diesem Kapitel wird deshalb ein Ausschnitt aktueller Definitionen über gutes Sterben dargelegt.

In den 1950er Jahren gehörte es zu einem guten Sterbeprozess, dass Sterbende ihre Gefühle ausdrücken und verbalisieren können und sollen. Dies kann als Gegenbewegung zum Umgang mit Sterben bis Mitte des 20. Jahrhunderts gesehen werden, als Betroffene ihre Trauer und Gefühle stoisch ertragen und schweigend erleben sollten (Walter, 1994, S. 110-113).

Gutes Sterben kann als Synonym für natürliches Sterben betrachtet werden. Die Idee des natürlichen Sterbens ist gemäss Gehring et al. (2007, S. 8) noch sehr jung. Dabei wird, bei gleichzeitiger medizinischer Behandlung von Symptomen wie Schmerzen und Ängste, auf lebensverlängernde oder –verkürzende Massnahmen verzichtet. Nach Walter (1994, S. 113-114) geht die Vorstellung des natürlichen Sterbens meist einher mit dem Wunsch zu Hause, begleitet von den Angehörigen, zu sterben. Gleichzeitig wird oft davon ausgegangen, dass dies einen natürlichen Umgang mit der Trauer für alle Betroffenen ermöglicht. Walter kritisiert, dass die Vorstellung vom natürlichen Sterben dieses verharmlost, da sie meist mit der Erwartung vom friedvollen Sterben einhergeht, was gemäss Dresske (2007, S. 79) oft nicht der Realität entspricht.

Natürliches Sterben fordert die Aneignung von Sterbebewusstheit und Akzeptanz des eigenen Sterbens. Wittkowski und Schröder (2008, S. 23) warnen davor, dass diese Haltung für viele Betroffene überfordernd sein kann.

Dresske (2007, S. 98-99) nennt dies „Inszenierungspraxis des guten Sterbens“. Seiner Ansicht nach wird Sterben dahingehend manipuliert, dass vorbereitet, an einem sicheren Ort mit sicherer Umgebung gestorben werden soll. Plötzlicher, unerwarteter Tod an einem unerwünschten Ort ist seiner Meinung nach heute nicht erwünscht.

Im Gegensatz zum natürlichen Sterben gibt es auch Menschen, die bis zum Ende alles Mögliche unternehmen, um das Sterben zu vermeiden oder aufzuschieben. Dies kann beispielsweise als Versuch betrachtet werden, den Hinterbliebenen zu zeigen, dass sie alles gemacht haben, um am Leben zu bleiben. (Walter, 1994, S.108)

Walter (1994, S. 114-115) ist der Ansicht, dass die von Frankl beschriebene Fokussierung auf die Zuwendung nach aussen zu Sinnhaftigkeit und damit gutem Sterben führt. Diese kann beispielsweise darin bestehen, dass der Sterbende sich um die Angelegenheit der überlebenden Angehörigen kümmert. Nach Walter kann das Leben von Menschen mit einem individualistischen Fokus auf persönliches und inneres Wohlbefinden kaum anders als in Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit enden, da genau ersteres aufgegeben werden muss.

Die Vorstellung von gutem Sterben geht mit der Forderung von würdigem Sterben einher. Dabei wird von der inhärenten Würde gesprochen, welche per Definition jedem Menschen in allen Lebensumständen zuteil ist, unabhängig seines Status oder seines Verhaltens und die nicht verloren werden kann (Wilkening & Kunz, 2003, S. 46). Trotzdem erleben viele Betroffene und Angehörige es als unwürdig, wenn die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und -kontrolle abnimmt, Ohnmacht einsetzt, Schmerzen nicht geheilt werden können und Leiden sowie Abhängigkeiten zunehmen (Rüegger, 2003, S. 16-17).

Renz (2008, S.6) kritisiert ein Würdeverständnis, das Gesundheit, Autonomie und Leistungsfähigkeit voraussetzt. Sie sieht es als Aufgabe von Begleitenden an, Sterbenden ihre Würde zu zeigen, die unabhängig vom psychischen und physischen Zerfall bleibt und in Beziehungen erlebbar wird.

Auch Wittkowski und Schröder (2008, S. 18-19) betonen, dass menschliche Würde nicht nach Heilungschancen zu bemessen ist. Ihrer Meinung nach muss deswegen psychosoziale Begleitung Sterbender als ein integraler Bestandteil der Gesamtbetreuung Sterbender anerkannt werden.



Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es keine universell gültige Definition über gutes Sterben gibt. Jede, jeder stirbt ihren, seinen persönlichen Tod. Sterbebegleitung sollte dies berücksichtigen indem die Biographie, Werthaltung und Bedürfnisse des Einzelnen berücksichtigt werden.

## **2.4 Umgang mit Sterbenden - ein gesellschaftliches, politisches und persönliches Thema**

### **2.4.1 International**

Die ‚International Workgroup on death, dying and bereavement‘ (IWDDDB) stellt fest, dass gesellschaftliche Veränderungen international zu einem Wandel des Umgangs mit Sterben und Tod führen. Dazu gehören vor allem Veränderungen demografischer Art, die Beziehungen zwischen dem Individuum und seiner Gemeinschaft, die Gesundheitspolitik und geopolitische Aspekte. (Corless, 2005, S. 379)

Der Umgang mit dem Sterben hat demnach gesellschaftliche, politische und persönliche Dimensionen. Schon 1994 stellte Walter (1994, S. 9-24) fest, dass ein Unterschied zwischen der persönlichen, privaten Erfahrung mit Sterben und dem gesellschaftlichen Umgang mit diesem Thema besteht. Kostrzewa und Kutzner (2009, S. 17) sind der Ansicht, dass Sterben von der modernen Gesellschaft ausgeblendet und an Experten weitergereicht wird. Die Gesellschaft nimmt dabei eine andere Rolle ein als früher, als Sterben eine gesamte Dorfgemeinschaft betraf und eine alltägliche Erfahrung darstellte. Sterben ist heute Privatsache. Einerseits werden Sterbende zunehmend durch Professionelle betreut, andererseits betrifft die Bewältigung der letzten Lebensphase ausschliesslich die Sterbenden und ihre engsten Familienangehörigen. (Pleschberger, 2005; zit. nach BAG & GDK, 2009, S.14). Durch den Mangel an Erfahrung besteht heute zunehmende Unsicherheit im Umgang mit Sterben (BAG & GDK, 2009, S.14). Gehring, Rölly und Saborowski (2007, S. 7-11) schreiben: „Die Gesellschaft kennt das, was sie Tod nennt, nicht.“ Sie stellen fest, dass die öffentlichen Diskussionen rund um das Thema Sterben und Tod vor allem moralisch-ethische Fragen, Idealbilder sowie politische, rechtliche und ökonomische Aspekte betreffen und weisen darauf hin, dass Wissen und Erfahrungen wenig gefragt und individualisiert sind. Über die wirklichen Bedingungen des Sterbens ist wenig bekannt. Sie zeigen auf, dass der gesellschaftliche Umgang mit Sterben und Tod gegenwärtig von grossen Ambivalenzen geprägt ist. Während die einen Autoren eine aktuelle Todesverdrängung kritisieren, beschreiben andere eine Zunahme an Todesversessenheit.

Wittkowski und Schröder (2008, S. 34 - 35) machen darauf aufmerksam, dass die heutige Zeit durch Individualisierung und eine Vermischung von traditionellen und modernen Elementen im Umgang mit dem Sterben geprägt ist. Auch Norbert Elias (1982; zit. nach Kruse, 2007, S. 199) ist der Ansicht, dass in unserer Gesellschaft überlieferte Konventionen des Umgangs mit Sterbenden und Tod nicht mehr angemessen sind, währenddem neue Rituale, die zur Orientierung dienen würden, noch nicht entwickelt sind.

#### **2.4.2 Schweiz**

In der Schweiz sterben heute jährlich rund 60000 Menschen. Bis 2050 werden 90000 Todesfälle pro Jahr erwartet. Das entspricht einer Zunahme von 50%. Lediglich 10% dieser Menschen sterben plötzlich und unerwartet. Die anderen 90% sind über kurze bis lange Zeit pflegebedürftig. Zu den häufigsten Todesursachen zählen in dieser Reihenfolge Herzkreislauferkrankungen, Krebs und Demenzen. Zukünftig wird sich die letzte Lebensphase verlängern, und es werden mehr junge und alte Menschen von multimorbiden Diagnosen betroffen sein.

Das hat finanzielle Auswirkungen. Die Begleitung von Menschen am Lebensende wird zu einer Kostenzunahme führen wobei die Anzahl betreuungsbedürftiger Personen um ein Vielfaches zunehmen wird, im Vergleich zu der Anzahl Erwerbstätigen. Um das zu finanzieren wird die Klärung eines sensiblen Bereichs nötig werden. Es wird zwischen machbaren und sinnvollen Interventionen unterschieden werden müssen. Rationierung und Zielsetzungen von eingesetzten Massnahmen müssen neu überdacht werden. Verschiedene Studien belegen, dass heute, obwohl offiziell keine Rationierungskriterien bestehen, die pflegerische, psychiatrische und rehabilitative Versorgung chronisch Kranker rationiert wird. Es kommt vor, dass Leistungen, die einem Patienten nützlich wären, ihm nicht zur Verfügung stehen. (BAG&GDK, 2009, S. 2-18)

Auf Bundesebene wird dieser Problematik aktuell durch die Umsetzung der Strategie Palliative Care 2010-2012 begegnet.

## 3. Begleitung am Lebensende - Sterbebegleitung

Zurückgreifend auf die Definition von Sterben und Lebensende im Kapitel 2.1 bezieht sich Sterbebegleitung auf eine sehr heterogene Gruppe von Menschen. Während die einen beispielsweise aktiv im Leben stehen, vielleicht sogar noch einer beruflichen Tätigkeit nachgehen, liegen andere Betroffene im Bett und sind nicht mehr ansprechbar. Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, was Sterbebegleitung charakterisiert. Zudem werden aktuelle und zukünftige Einflüsse und Trends der psychosozialen Betreuung von Menschen am Lebensende thematisiert.

### 3.1 Sterbebegleitung

Wittkowski und Schröder (2008, S. 19) betonen die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Betreuung Sterbender und unterteilen diese in körperliche, psychische, soziale, spirituelle und sächliche Aspekte. Das zentrale Ziel der Sterbebegleitung ist gemäss Gruber, Vollmer und Hiddemann, (2000; zit. nach Wittkowski & Schröder, 2008, S. 19) natürliches Sterben zu ermöglichen. Betroffene sollen sich, durch Linderung von sekundärem Leiden, auf psychische und spirituelle Anforderungen konzentrieren können. Zudem betonen mehrere Autoren, dass zur Begleitung des sterbenden Menschen oft auch die Begleitung der Angehörigen gehört (Kostrzewa & Kutzner, 2009, S. 14).

Sterbebegleitung kann als Lebensbegleitung betrachtet werden (Kostrzewa & Kutzner 2009, S. 56). Chappius (1999; zit. nach Kruse, 2007, S. 212-213) unterstützt diese Definition indem er Sterbebegleitung der Rehabilitation zuordnet, da diese „einen Menschen befähigen soll, den eigenen Lebensweg zu sehen, zu gehen und zu gestalten.“ Aus dieser Perspektive ist der Fokus auf die verbleibende Lebenszeit gerichtet und im heute von Fachpersonen verwendeten Konzept ‚End of Life Care‘ zu finden.

### 3.2 Psychosoziale Begleitung Sterbender

Zur Begleitung von Menschen am Lebensende gehört nebst somatischer Betreuung die psychosoziale Begleitung von Sterbenden. Dazu schreiben Saunders und Bains (1991; zit. nach Wittkowski & Schröder, 2008):

Psychosoziale Sterbebegleitung besteht in der Gesamtheit jener plan- und absichtsvoll durchgeführten Massnahmen, Verhaltensweisen und Interaktionen, die [...] vorgenommen werden, damit Sterbende jeglichen Alters- und Krankheitsbildes während ihres letzten Lebensabschnitts so leben können, wie es ihren individuellen

Bedürfnissen und ihrer spezifischen Art der Auseinandersetzung mit der Aussicht ihres bevorstehenden Todes entspricht. (S. 19).

Wie die meisten Autorinnen ist Kruse (1992, S. 90-94) der Ansicht, dass sich angemessene Sterbebegleitung nach den individuellen Bedürfnissen des Sterbenden richten sollte. Kostrzewa und Kutzner (2009, S. 47) setzen voraus, dass die sterbende Person das Mass an Offenheit der Kommunikation sowie die Begleitenden bestimmt. Die Begegnung soll prozesshaft und von bedingungsloser und vorbehaltloser Nähe zur sterbenden Person geprägt sein. Echte, positiv schätzende, solidarische und einführende Zugewandtheit dem Sterbenden gegenüber werden ebenso als Prämisse von angemessener Sterbebegleitung verstanden, wie die Orientierung an der Würde des Sterbenden.

### **3.2.1 Einflüsse auf die psychosoziale Begleitung von Sterbenden**

Wittkowski und Schröder (2008, S. 32-46) zeigen in ihrem Mehr-Ebenen-Modell verschiedene Faktoren auf, die direkte oder indirekte Einflüsse auf das Sterben und die Begleitung am Lebensende haben. Die drei Ebenen sind insofern miteinander verbunden, als dass Veränderungen auf der einen Ebene ebensolche auf den anderen Ebenen auslösen. Das Modell umfasst folgende drei Ebenen:

#### **1) Mikro-System: Primäre Sterbebegleitung**

Primäre Sterbebegleitung beinhaltet den direkten Umgang von Sterbenden, Angehörigen und diversen Betreuungspersonen miteinander. Der Sterbende steht im Mittelpunkt des Geschehens. Gleichzeitig ist zwischen allen Beteiligten Interaktion möglich.

#### **2) Meso-System: Sekundäre Sterbebegleitung**

Mit sekundärer Sterbebegleitung sind institutionelle Rahmenbedingungen gemeint sowie alle unterstützenden Angebote für Professionelle und Laien, die mit Menschen am Lebensende arbeiten. Inwiefern dafür Raum geschaffen wird, hängt von institutionellen Rahmenbedingungen, finanziellen Möglichkeiten und der ideellen Ausrichtung der Institutionen ab. Gleiches gilt für die Kommunikation und gegenseitige Wertschätzung unter und zwischen den Berufsgruppen, die einen hohen Einfluss auf die Güte der Betreuung am Lebensende haben.

#### **3) Makro-System: Kulturelles und gesellschaftliches Umfeld**

Das Klima und der Zeitgeist, die eine Epoche charakterisieren, beeinflussen Wertvorstellungen sowie Verhalten und Erleben von Menschen. Damit prägen sie auch

die Einstellungen zu Krankheit, Sterben, Leiden, Tod, gängigen Betreuungspraktiken, Erwartungen, rechtlichen Regelungen und Rahmenbedingungen sowie Definitionen darüber, was Sterbende sind und wer sie (nicht) begleiten darf oder soll. Dies zeigt sich beispielsweise in finanziellen Mitteln, die eine Gesellschaft für die Betreuung Sterbender auszugeben bereit ist.

Aufgrund einer Expertendiskussion folgern Wittkowski und Schröder (2008, S. 151-158), dass das Fehlen einer allgemein verbindlichen Vorstellung darüber, was eine angemessene Betreuung am Lebensende beinhalten sollte das grösste Hindernis bei der Betreuung Sterbender darstellt. Van Oorschot und Wedding (2005, S. 374; zit. nach Wittkowski & Schröder, 2008, S. 39) schreiben, dass systemimmanente Zwänge, hierarchische Strukturen und die Arbeitsteilung in Kliniken die Zusammenarbeit zwischen den an der Betreuung beteiligten Personen und damit eine angemessene Begleitung Sterbender erschweren.

### **3.2.2 Ist- und Soll-Situation in der Schweiz**

In der Schweiz gibt es regional unterschiedliche psychosoziale Angebote für die Begleitung von Menschen am Lebensende. Es konnte keine Übersicht gefunden werden, welche alle Angebote erfasst. 2005 wurde von der Krebsliga eine Bestandesaufnahme der psychosozialen Angebote und Versorgungslücken nicht-medizinischer Dienstleistungen für Krebspatienten in der Schweiz veröffentlicht. Diese befasst sich zwar ausschliesslich mit Menschen die an Krebs erkrankt und nur teilweise von einer tödlichen Diagnose betroffen sind. Trotzdem lassen die Ergebnisse dieser Untersuchung Vermutungen zur Versorgung psychosozialer Bedürfnisse von Sterbenden in der Schweiz zu. Es wird beschrieben, dass, je fortgeschrittener eine Krankheit ist, der Bedarf an psychosozialer Unterstützung für die Betroffenen und Angehörigen steigt und psychische Störungen vermehrt auftreten (Pitceathly & Maguire, 2003; zit. nach Navarra, 2005, S. 21).

Es konnte festgestellt werden, dass keine einheitliche Definition über den Inhalt von psychosozialen Leistungen besteht. Patienten, Angehörige und Fachpersonen sind zu wenig über die möglichen Angebote psychosozialer Unterstützung informiert und die ungenügende Vernetzung der Anbietenden erschwert den Zugang dazu. Oft bleiben psychosoziale Bedürfnisse unentdeckt und können dementsprechend auch nicht befriedigt werden.

## 4. Psychosoziale Begleitung – eine interdisziplinäre Aufgabe

In diesem Kapitel werden Personen, die an der Begleitung beteiligt sind und deren Aufgaben sowie spezifische Themen und Inhalte, welche Sterbebegleitung charakterisieren, vorgestellt. In einem zweiten Teil wird das Modell Palliative Care als aktuell richtungweisendes und übergeordnetes Konzept zur Betreuung Sterbender, beschrieben und kritisch betrachtet.

### 4.1 Anforderungen an begleitende Personen

Viele Autorinnen und Autoren betonen, dass Sterbebegleitung primär eine Grundhaltung fordert, die der begleitenden Person ermöglicht, authentisch und empathisch als Mensch anwesend zu sein. Tausch-Flammer (1996; zit. nach Geiss-Mayer, Ramsenthaler & Otto, 2009) formuliert das wie folgt:

Auf der tiefsten Ebene helfen wir durch die Qualität dessen, was wir sind. Neben erlernbarem Wissen und Fertigkeiten sind die Haltung und das Einbringen der eigenen Person in die Arbeit von essenzieller Bedeutung, wie unsere Forschung gezeigt hat. (S. 143)

Die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und dem Sinn von Leid und Tod, ist eine Voraussetzung, um sich auf Sterbende einzulassen. Begleitende sollten trauern können und eigene Ängste und Grenzsituationen erkennen um sich abgrenzen zu können und bei Bedarf Hilfe zu holen. (Specht-Tomann & Tropper, 1998, S. 73). Walter (1994, S. 108) fordert, dass eigene Vorstellungen und Erwartungen über gutes Sterben erkannt werden können, um sich schliesslich davon lösen zu können. Sterbende zeigen eine Vielzahl von Bewältigungsstrategien.

Die IWDDDB hat Richtlinien zur Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen erarbeitet. Wittkowski und Schröder (2008, S.26 - 27) kritisieren daran, dass zu hohe Anforderungen an Begleitende gestellt werden, welchen weder professionelle noch ehrenamtliche Betreuungspersonen gerecht werden können. Sie schreiben, dass eine ideale Begleiterin nebst fundierten medizinischen Kenntnissen auch über Wissen der Persönlichkeitspsychologie, der differentiellen Psychologie und der Thanatopsychologie verfügt und dieses als Gesprächspsychotherapeut, Familientherapeutin und Trauerbegleiter anwenden kann. Wittkowski und Schröder stellen fest, dass Ärzte auf den

Umgang mit Sterbenden schlecht vorbereitet sind und insbesondere die psychosozialen Aspekte ungenügend berücksichtigt werden.

Um all die Anforderungen an eine ganzheitliche Betreuung Sterbender zu erfüllen, erfordert Sterbebegleitung ein multidisziplinäres Team (Wittkowski & Schröder, 2008, S. 19). Deshalb wurde in der Palliativmedizin die interdisziplinäre und interkollegiale Zusammenarbeit als Grundprinzip erklärt (Schröder, 2002; zit. nach Wittkowski & Schröder, 2008, S. 19).

## **4.2 Beteiligte und ihre Aufgaben**

### **4.2.1 Allgemein**

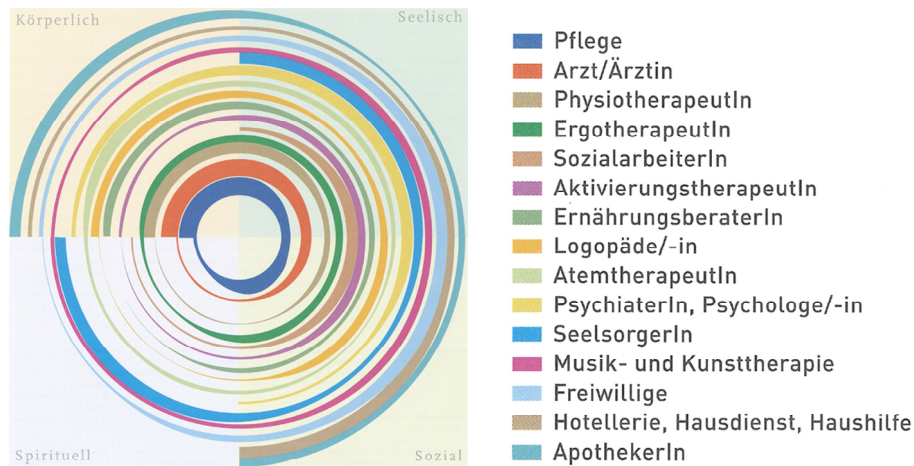
In der Schweiz werden sterbende Menschen von Angehörigen, ehrenamtlichen und professionellen Personen begleitet.

Verschiedene Autorinnen nennen unterschiedliche Aufgaben von Menschen, die an der Begleitung von Sterbenden beteiligt sind. Nachstehend werden einige davon aufgeführt.

Zur Begleitung von Menschen am Lebensende gehören die Linderung von Schmerzen und Symptomen sowie das Weitergeben von Informationen, Beratung, Unterstützung, Rehabilitation und Therapie. (Porchet-Munro, Stolba & Waldmann, 2005, S. 48-50)

Nach Kostrzewa und Kutzner (2009, S. 55) sollten Begleitende vor allem die Würde und Individualität des Sterbenden beachten und genügend Zeit haben, um ihn psychisch zu unterstützen. Kruse (1992, S. 92-102) geht davon aus, dass Sterbende auf ihr Leben zurückblicken. Um sie in ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit dem Sterben zu verstehen und einen Lebensrückblick zu ermöglichen ist seiner Meinung nach eine biografische Perspektive nötig.

Abbildung 1 zeigt das Modell nach Porchet-Munro, Stolba und Waldmann (2005, S. 44-56), in welchem die Aufgabenbereiche der verschiedenen Begleitenden ersichtlich werden.



**Abbildung 1: Modell Begleitende und ihre Aufgabenbereiche (Quelle: Porchet et al., 2005, S. 46-47)**

Nach diesem Modell richtet sich die Begleitung nach den körperlichen, sozialen, seelischen und spirituellen Bedürfnissen Sterbender. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass den verschiedenen Bedürfnissen von Sterbenden durch die Zusammenarbeit von Fachpersonen und Angehörigen adäquat begegnet werden kann. Voraussetzung für eine solche Zusammenarbeit sei eine offene Kommunikation, gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung. Dabei sei es zentral, dass eigene Grenzen und Möglichkeiten erkannt und respektiert werden. Angehörige werden in diesem Modell als Pflegeeinheit mit dem Patienten betrachtet. Sie können sowohl in die Begleitung eingebunden sein sowie Anspruch darauf haben. Ärzte und Pflegefachpersonen bilden das Kernteam und sind Teil jeder Begleitung. Andere Professionelle wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Aktivierungstherapeuten, Ernährungsberater, Logopäden, Atemtherapeuten, Psychiater, Psychologen, Seelsorger, Musik- und Kunsttherapeuten, Menschen der Hotellerie, des Hausdienstes und der Haushilfe sowie Apotheker gehören zum erweiterten Team und sollen je nach Bedarf zugezogen werden. Aus dem Modell wird ersichtlich, dass Menschen aus einer Berufsgruppe Ansprechpersonen für verschiedene Aufgabenbereiche sein können. (Porchet et al., 2005, S. 44-50).

Freiwillige, Ehrenamtliche sowie Angehörige sind bedeutsame Mitglieder eines Begleitungsteams. Nach Perret (2005, S. 37-39) sind ehrenamtliche Begleiterinnen zwischen Professionellen und Freiwilligen anzusiedeln. Sie gehören zwar zu einer Institution oder einem Verein, arbeiten jedoch freiwillig und unbezahlt. Ihre Hauptaufgaben bestehen darin, für Sterbende da zu sein, private Dinge zu erledigen oder Angehörige zu entlasten. Mit Freiwilligen sind extrafamiliäre Bezugspersonen wie Freunde, Nachbarn, Vereinsmitglieder oder Arbeitskollegen gemeint. Sie können



dieselben Aufgaben übernehmen wie Angehörige. Nach Kübler-Ross (1980, S. 89) können sie von grosser Hilfe sein, da sie weniger emotional beteiligt sind.

#### **4.2.2 Angehörige**

Angehörige nehmen in der Begleitung von Sterbenden eine besondere Rolle ein. Sie haben eine Doppelbelastung. Sie begleiten, unterstützen, motivieren und beraten den sterbenden Menschen bei körperlichen, spirituellen, sozialen oder seelischen Anliegen. Gleichzeitig sind sie durch den drohenden Verlust dieses nahe stehenden Menschen selbst Betroffene (Specht-Tropper & Tomann, 2003, S. 52).

Deshalb und weil die Unterstützung von Angehörigen ebenfalls zu den Aufgaben von Professionellen zählt, werden ihre Rolle und die Herausforderungen sowie Schwierigkeiten bei der Begleitung Sterbender im folgenden Kapitel näher betrachtet. Angehörige können in drei Gruppen eingeteilt werden. Zu den intrafamiliären Bezugspersonen gehören Mitglieder der Herkunftsfamilie sowie der schwiegerelterlichen Familie. Extrafamiliäre Bezugspersonen können beispielsweise Freunde aus Vereinen, vom Arbeitsplatz oder aus der Schule sein, die ausserhalb der Familienstruktur stehen. Sie können für die Begleitung der Sterbenden sehr bedeutend sein. Als dritte Gruppe werden exfamiliäre Bezugspersonen aufgeführt. Dazu gehören Ex-Partner sowie Mitglieder der verlassenen Familie. (Specht-Tropper & Tomann, S. 52-54)

Nach Kruse (2007, S. 120-122) sind das Loslassen des Sterbenden, seine Todesängste zu lindern, mit eigenen Schuldgefühlen und Hilflosigkeit umzugehen und ungeklärte Familien- oder Ehekonflikte auszuhalten lediglich einige der Aufgaben, mit denen Angehörige konfrontiert werden. Er hat festgestellt, dass die persönliche Auseinandersetzung mit dem herannahenden Tod von Angehörigen als die zentrale Aufgabe erlebt wird. Die Art der Bindung zwischen Angehörigen und Sterbenden beeinflusst die Situation der Angehörigen. Ungeklärte oder unausgesprochene Konflikte erschweren die Aufgabe, den Sterbenden anzunehmen und loszulassen.

Wittkowski und Schröder (2008, S. 25) stellen fest, dass Kommunikationsstörungen zwischen den Beteiligten sowie Vorstellungen, Gefühle und Erwartungen die Hauptprobleme bei der Begleitung von Angehörigen darstellen. Eine Überforderung mit diesen Aufgaben, kann zum frühzeitigen sozialen Tod des Sterbenden führen. Dieses Phänomen wurde erstmals von Glaser und Strauss (1965; zit. nach Kruse, 2007, S. 102) beschrieben und meint das Phänomen, dass Sterbende häufig alleine gelassen werden und nicht auf Verständnis oder Unterstützung durch andere Menschen zählen können.

Kruse (1992, S. 71) weist darauf hin, dass Sterbebegleitung für Angehörige nicht nur belastend sondern auch bereichernd sein kann. Er sieht das Ziel von Sterbebegleitung auch darin, dass Angehörige Erfahrungen in diesem Grenzbereich machen können. Seiner Ansicht nach sollen Umgebungen geschaffen werden, die es Angehörigen ermöglichen, den Sterbenden zu begleiten. Er macht darauf aufmerksam, dass psychologisch fundierter emotionaler Beistand von Angehörigen genauso gebraucht wird wie medizinische Betreuung. Auch Mettner (2003, S. 205) betont die positiven Erfahrungen die Angehörige machen können. Begünstigend dafür sind ihrer Meinung nach eine offene Kommunikationsstruktur zwischen Angehörigen und dem Sterbenden sowie Achtsamkeit für eigene Bedürfnisse.

## **4.3 Spezifische Themen und Inhalte der Sterbebegleitung**

### **4.3.1 Kommunikation mit Sterbenden**

Kommunikation mit Menschen am Lebensende ist herausfordernd. In seinen Schriften schildert Sporken (1982, S. 31; zit. nach Kruse, S. 107-108), dass in Gesprächen mit Sterbenden einerseits Fragen angesprochen werden, die Begleitende nicht beantworten können, andererseits werden Begleitende mit heftigen emotionalen Reaktionen des Sterbenden konfrontiert sowie mit Situationen, in denen Gefühle nicht ausgedrückt werden. Wirkliches Zuhören stellt eine schwierige Aufgabe dar, da Sterbende und Begleitende zu Schicksalsgenossen werden, die derselben Ohnmacht ausgesetzt sind. Daraus folgert Sporken (1982; zit. nach Kruse, 2007, S. 107-108) dass der Begleitende letztlich keine Antworten, sondern nur sich selber anbieten kann.

#### **Verbale Kommunikation**

Kruse (1992, S. 97-100) unterscheidet zwischen dem biographisch-, dem krisen-, dem symbolorientierten und dem informativen Gespräch. Inwiefern verbale Kommunikation möglich ist, hängt vom Zustand des betroffenen Menschen ab. Rest (1992, S. 154) ist der Ansicht, dass die Themen aufgegriffen werden sollten, die vom Sterbenden angesprochen werden. Diese können verschiedene Gefühle oder die Auseinandersetzung mit dem Lebensende genauso beinhalten wie belanglose Themen wie das Wetter.

#### **Symbolsprache**

Verschiedene Autoren und Autorinnen beschreiben, dass Sterbende ihre Befindlichkeit oder Bedürfnisse über eine Symbolsprache ausdrücken. Dies kann vorkommen, wenn sie nicht bereit sind, offen über ihre Anliegen zu sprechen oder auch durch

Bewusstseinsverschiebungen (Kübler-Ross, 1990, S. 28). Für Kostrzewa und Kutzner (2009, S. 80-81) ist es wichtig, dass Begleitende diese Sprache kennen, da sie viel über die Vorstellungen aussagt, die ein Mensch von Sterben und Tod hat. Kruse (1992, S. 70-71) weist darauf hin, dass das Verstehen dieser Sprache den Kontakt zum Sterbenden und seinen psychischen Prozessen fördern kann. Er warnt jedoch vor deren Überinterpretation.

Renz (2005, S. 40-53) nennt die Symbolsprache auch terminale Sprache. Diese könne Bewegungen, Körperhaltungen und auch Wörter beinhalten, sei nicht zufällig sondern habe System und sei alogisch zu verstehen. Im Unterschied zum Träumen würden sich Sterbende nicht mehr vom Erfahrenen distanzieren können, sie seien im Delirium. Renz vertritt die Meinung, dass Begleitende durch richtiges Deuten der Symbole unnötig verlängerte Sterbeprozesse verhindern.

### **Nonverbale Kommunikation**

Kostrzewa und Kutzner (2009, S. 13-16) beschreiben basale Stimulation als eine Form der nonverbalen Kommunikation mit Sterbenden. Sie sind der Ansicht, dass sich diese Methode besonders gut eignet, um eine echte Beziehung aufzubauen, den Sterbenden emotional zu begleiten und ihm deutlich zu machen, dass die Begleiterin ihm nahe ist. Basale Stimulation umfasst alle Massnahmen, die einer konstruktiven Kommunikation und vertrauensvollen Beziehung zu Menschen, deren körperliche und geistige Wahrnehmungsfähigkeit stark eingeschränkt ist, dienlich sind. Sie kann auf der somatischen, vestibulären, vibratorischen, oralen, olfaktorischen, akustischen, visuellen und haptischen Ebene erfolgen.

### **4.3.2 Umgang mit Schmerzen**

Nach Kruse (1995, S. 28) sind Schmerzen eine Hauptbelastung Sterbender, die eine Auseinandersetzung mit dem Lebensende erschweren und aufgrund derer sich Betroffene ‚einen frühzeitigen‘ Tod herbeisehnen. Schmerzen führen oft zu sozialem Rückzug. Wie andere Autoren bemängelt Paar (1990; zit. nach Kruse, 1995, S. 290), dass zu wenig Kenntnisse von der Schmerztherapie vorhanden sind. Diese beinhaltet nebst pharmakologischen Massnahmen auch Entspannungsverfahren und psychologische Interventionen, die vor allem auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen gründen. Gemäss Wittkowski und Schröder (2007, S.7) besteht nach wie vor Unsicherheit über die sinnvolle Medikation von Schmerzmitteln, die Schmerzen verhindern ohne das Leben zu verkürzen oder unerwünschte Bewusstseinsveränderungen hervorzurufen.

### **4.3.3 Spiritualität und Religiosität**

Religiosität beschreibt die Rückbindung des Menschen an eine göttliche Instanz und die Identifikation eines Menschen mit einem Glaubenssystem, für das Transzendenz und Existenz des Göttlichen konstitutiv sind. Spiritualität lässt sich als transzendentes Selbst- und Weltverständnis definieren, ohne die ausdrückliche Bezugnahme auf eine göttliche Instanz. Sie beinhaltet die Suche des Menschen nach einer Antwort auf zentrale Fragen des Lebens.

Kruse stellte fest, dass religiöse und spirituelle Bedürfnisse in der Schweiz weitaus häufiger vorkommen als angenommen. Sie können bedeutsame Ressourcen der Belastungsverarbeitung sein (Kruse, 2007, S. 132-143).

Renz (2005, S. 64) definiert Sterben als spirituelles Geschehen. Ihrer Ansicht nach gehören spirituelle Fragen und spirituelles Geschehen zum Sterben und der Sterbebegleitung. Sie schreibt, dass Spiritualität sich am Patienten und nicht an einer bestimmten Schule, Methode oder Geistesrichtung orientieren soll.

### **4.3.4 Rituale**

Rosenblatt (1997, S. 48) nennt Todesrituale ‚Metaphern der Todesbewältigung‘. Heller (2007, S. 20) betont jedoch, dass die Wirkung von Ritualen ambivalent eingeschätzt wird. Ob sie für die Todesbewältigung hilfreich sind, lässt sich nicht generell beurteilen.

Grundsätzlich sollen Sterberituale der Krisenbewältigung dienen und helfen, Gefühle und Gedanken auszudrücken und das Erleben von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen, sowie der sie umgebenden Gemeinschaft, zu strukturieren. Religiös-kulturelle Rituale sollen Orientierung geben. Sie sind stark normiert und werden individuellen Bedürfnissen oft nicht gerecht.

Van Gennep (1999, S. 142) beschreibt, dass heute eine neue Ritualkultur aufkommt, die aus einer Mischung aus adaptierten Ritualen und Neuentwürfen besteht. Moderne Riten werden, wenn überhaupt, in einer Gemeinschaft durchgeführt, die sich nach dem Ritual wieder auflöst. Heller (2007) schreibt dies zunehmender Psychologisierung und Individualisierung von Sterben und Trauer zu. Sie formuliert das folgendermassen:

[..] Verleugnung des Todes, Jenseitsverlust und medizinisch-technischer Unsterblichkeitswahn stehen unvermittelt neben einem neuen spirituellen Interesse, das in der Auseinandersetzung mit dem Tod wieder die alten religiösen Fragen entdeckt, den Bemühungen um eine angemessene Versorgung der Sterbenden und einer neuen Trauerkultur [...] . (S. 12)

In der Schweiz gibt es heute sowohl traditionell bestimmte, kirchliche Riten als auch einen individualisiertem Umgang mit Sterbenden und dem Tod. Halter (2007, S. 229-245) hat festgestellt, dass verschiedene Professionelle aus den Bereichen Erwachsenenbildung, Theologie, Psychologie, Psychiatrie, Soziologie, Pflege und Lehre Rituale für das Lebensende anbieten.

## **4.4 Palliative Care**

### **4.4.1 Geschichte und Blick in die Zukunft**

Palliative Care ist der Überbegriff für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Nach den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung beinhaltet Palliative Care (SGPMPB) mehr als Sterbebegleitung, da sie trotz nicht heilbarer Krankheit, praktische Wege zur Rehabilitation für das Leben bis zum Tod aufzeigt (SGPMPB, 2001, S. 3).

Bis ins 19. Jahrhundert war die Linderung von Leiden oft das Behandlungsziel medizinischer Interventionen. Durch die Entdeckung von Antibiotika, verbesserten Anästhesie- und Operationstechniken sowie der Einführung der Intensivmedizin entstand um 1950 ein Paradigmenwechsel. Heilung wurde zum Ziel medizinischer Interventionen. Um das Leben von Patienten sollte ‚bis zum Schluss‘ gekämpft werden. Gleichzeitig wurden Patienten, bei denen das Sterben offensichtlich unumgänglich war, medizinisch, sozial, spirituell und psychisch unterversorgt (Dresske, 2007, S. 77-79). Berichte beschreiben Situationen von Sterbenden, die in Spitälern in Abstellkammern oder Badezimmer (ab)geschoben wurden (Perret, 2005, S. 23-24).

Palliative Care begann als Hospizbewegung, die durch religiös oder humanitär motivierte Menschen, Orte und Dienste für die Versorgung Sterbender gründete. Sie bildet in ihren Zielen einen klaren Gegensatz zur kurativen Medizin, welche auf Heilung ausgerichtet ist (Gronemeyer, Fink, Globisch & Schumann, 2004, S. 44).

Palliative Care sieht das Sterben als natürlichen Prozess, wobei der Eintritt des Todes weder beschleunigt noch hinausgezögert werden soll. Die WHO (1990; zit. nach Cornelia Knipping, 2008) definiert Palliative Care wie folgt:

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen und ihrer Familien, welche sich im Erleben und der Auseinandersetzung einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit befinden. Dies soll erfolgen durch Prävention und Linderung von Leiden, durch eine frühzeitige Identifikation und tadellose

Einschätzung und Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Ereignissen physischer, psychischer, sozialer, kultureller und spiritueller Aspekte. (S. 2)

Ziel von Palliative Care ist es, Leiden zu lindern. Bestmögliche Lebensqualität, Autonomie und Würde des Sterbenden sind als oberste Priorität anzustreben. Palliative Care basiert auf einem multidimensionalen bio-psycho-sozial-spirituellen Ansatz. Dieser soll sich nach den Wünschen und Bedürfnissen des Sterbenden richten und je nach Verlangen medizinische, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung beinhalten. Die Unterstützung wird durch professionelle multidisziplinäre Behandlungs- und Betreuungsteams sowie Laien erbracht und soll auch den Angehörigen zur Verfügung stehen. Palliative Care hat zum Ziel, ihre Dienstleistungen am Ort der Wahl von Sterbenden anzubieten. Sie ist nicht an einen bestimmten Betreuungsort gebunden (SGPMPB, 2001, S. 2).

#### **4.4.2 Palliative Care in der Schweiz**

Palliative Care ist ein Konzept, das in der schweizerischen Gesundheitspolitik zunehmende Bedeutung erhält. Wie bereits in Kapitel 2.4 ausgeführt wird, verändert sich die letzte Lebensphase in der Schweiz zukünftig. Es besteht eine Zunahme von pflegebedürftigen Menschen die unheilbar krank sind und von multimorbiden Diagnosen betroffen sind. Viele Menschen leiden an einer unzureichenden Symptomlinderung. Zurzeit werden bei der Begleitung Sterbender physische und seelische Probleme oft nur ungenügend gelindert. Ebenso können individuelle Wünsche (z.B. Sterbeort) Sterbender zu wenig berücksichtigt werden (BAG & GDK, 2009, S. 3).

Mit der ‚Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012‘ setzt sich der Bund dafür ein, dass in jeglichen Kantonen angepasste Betreuungsangebote für alle Menschen am Lebensende zur Verfügung stehen. Die Versorgung zu Hause soll gestärkt und der Wunsch nach selbstbestimmtem Sterben verringert werden (BAG & GDK, 2009, S. 6).

Eine Medienmitteilung des BAG (2010, S. 1-2) zeigt, dass ein grosser Teil der Bevölkerung es wichtig findet, dass Palliative Care allen sterbenden Menschen zur Verfügung steht. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass nur gerade die Hälfte aller Befragten Palliative Care und deren Angebote kannten.

#### **4.4.3 Probleme und Grenzen von Palliative Care**

Palliativbewegung bildet heute eine Gegenbewegung zur Sterbehilfe. Gronemeyer et al. (2004, S. 44-48) kritisieren, dass diese strikte Trennung zwischen Sterbebegleitung und

Sterbehilfe mittelfristig nicht aufrechterhalten werden kann. Sie machen darauf aufmerksam, dass die Grenzen zwischen passiver Sterbehilfe, indirekter Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid schon heute fließender sind als dargestellt. Zudem kritisieren die Autoren, dass Palliativ Care europaweit ein gleichgeschaltetes, egalisiertes Sterben begünstigt und kulturelle sowie individuelle Unterschiede unterbindet. Es habe ein Prozess begonnen, in dem alte religiöse Bezüge zu einer quasi therapeutischen Dienstleistung werden. Derrida (1998; zit. nach Gronemeyer et al., 2004) betont:

Jede Kultur hat ihre eigenen [...] Repräsentationsformen des Sterbenden, ihre Praktiken der Trauer [...], ihre eigene Bewertung des Preises der Existenz, des kollektiven oder des individuellen Lebens. (S. 48)

Sterbebegleitung kann als Business angesehen werden. Durch die steigende Anzahl von Menschen am Lebensende bietet dieses Gebiet eine langfristig sichere Nachfrage und ist somit ökonomisch interessant. Gronemeyer et al. (2005, S. 46) zeigt auf, dass Palliative Care günstiger ist als Intensivmedizin und eine kostengünstige Antwort auf die finanziellen Probleme des Gesundheitssystems. Dies könnte, angesichts der bevorstehenden Überalterung zu einem Missbrauch führen und zu einer kostengünstigen Versorgungsstruktur durch Leistungsrationierung werden. Er warnt davor, dass Palliative Care auf dem freien Markt zu einer konkurrenzorientierten Dienstleistung werden kann, die nur für einen ausgewählten Teil der Gesellschaft beanspruchbar ist.

## 5. Wo sterben Menschen in der Schweiz heute?

In diesem Kapitel wird über die aktuelle Situation in der Schweiz informiert und aufgezeigt, wo Menschen heute sterben und welche Versorgungsstrukturen für deren Betreuung bestehen.

### 5.1 Versorgungsstrukturen in der Schweiz

In heutigen westlichen Gesellschaften finden wichtige Lebensereignisse in Spezialeinrichtungen wie beispielsweise Schulen, Berufsstätten oder Krankenhäusern statt (Dresske, 2007, S. 77-78).

Seit 1969 verlagert sich das Sterben zunehmend in Institutionen. Seit 1986 sterben hierzulande zunehmend mehr Menschen in Alters- und Pflegeheimen anstatt wie vorher in Spitälern. (Fischer, Bosshard, Zellweger & Faisst, 2004, S. 458)

Bundesweite Erhebungen zum Sterbeort werden seit 1987 nicht mehr erhoben. Eine Studie des BAG von 2009 ergab, dass 75% der Männer und Frauen über 15 Jahren zu Hause sterben wollen (BAG, 2010, S. 1-2). Die Realität zeigt ein anderes Bild. Hierzulande sterben die meisten Menschen in einer Institution. So starben 2007 in der Stadt Zürich beispielsweise 67% in Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen. Nur gerade 19% starben zu Hause (BAG & GDK, 2009, S.11).

Diese Diskrepanz widerspricht den Leitsätzen von Palliative Care, gemäss derer eine Person wählen kann, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen will. Untersuchungen vom BAG haben ergeben, dass die Angebote für die Betreuung für Menschen am Lebensende kantonal sehr unterschiedlich sind. Es wird bemängelt, dass nur in wenigen Kantonen umfassende Versorgungsstrukturen bestehen (BAG & GDK, 2009, S. 21-30).

## **5.2 Sterben zu Hause**

Wo jemand die letzte Lebensphase verbringt, hängt vor allem davon ab, ob Menschen des nahen Umfeldes (Partner, Kinder, Freunde) einen Menschen betreuen und begleiten können und wollen (Kruse, 2007, S. 39).

Einige Autorinnen betonen, dass Sterben Teil des Lebens ist und deshalb zu Hause stattfinden sollte, begleitet von Angehörigen und dem nahen Umfeld. Sterbebegleitung zu Hause erfordert die Organisation und Koordination von verschiedenen Beteiligten. Porchet-Munro et al. (2005, S. 86-89) schreiben, dass professionelle Unterstützung, Information und Anleitung der Begleitenden durch Fachpersonen unerlässlich ist. Es gibt Mobile Palliativdienste deren Ziel es ist, die Angehörigen zu unterstützen, so dass Menschen ihr Lebensende zu Hause verbringen können und Notfallhospitalisationen vermieden werden können. Die Begleitung von Sterbenden zu Hause übernehmen meist Frauen im Alter von 46-60 Jahren (Seubert, 1993, S.34).

## **5.3 Sterben in einer Institution**

In einer Institution werden viele Aufgaben wie die Pflege und Therapiekoordination von Fachkräften übernommen. Aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen nimmt der Bedarf an Institutionen, die Sterbende betreuen zu.

Luhmann (1993, S. 95) ist der Ansicht, dass Sterben institutionalisiert wird, um die Gesellschaft funktionsfähig zu erhalten. Er kritisiert, dass Palliativstationen und Hospize genau diese Bewegung unterstützen und das Sterben in Spitälern ‚neutralisieren‘.



### **5.3.1 Alters- und Pflegeheime**

Mit der Zunahme von alten, pflegebedürftigen Menschen mit multimorbiden Diagnosen und komplexen Krankheitsverläufen werden in Alters- und Pflegeheimen zukünftig am meisten Menschen sterben. Die Kosten für die Langzeitpflege werden zunehmen (BAG & GKD, 2009, S. 15). Kostrzewa und Kutzner (2009, S. 26-30) kritisieren mehrere Missstände in Altersheimen. Zunehmend späterer Heimeinzug verhindert den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Pflegenden und den alten Menschen. Dies hat zur Folge, dass die Betreuung der alten Menschen sich vor allem auf somatische Aspekte konzentriert. Zudem nimmt die Anzahl an Demenz erkrankten Menschen in Altersheimen nimmt zu. Das Altersheim verwandelt sich so zu einer gerontopsychiatrischen Sterbeeinrichtung. Langenkamp (1994, S. 31) sieht die Probleme von Alters- und Pflegeheimen darin, dass ein einheitlicher gesellschaftlicher Konsens über das Altern und Sterben in Würde fehlt und zu wenig finanzielle und organisatorische Mittel dafür zur Verfügung gestellt werden.

### **5.3.2 Spitäler**

In den 1950er Jahren nahm das Sterben in Spitälern zu (Dresske, 2007, S. 78). Heute findet eine Verschiebung des Sterbens von den Spitälern in Alters- und Pflegeheime statt. Obwohl das Krankenhaus eine wichtige Institution zum Sterben ist, bleiben die Bedürfnisse sterbender Menschen in dieser Einrichtung oft unbefriedigt. Das Zusammenspiel von kurativer und palliativer Medizin und die Berücksichtigung eines ganzheitlichen Menschenbildes, sind zwar im Wandel doch noch nicht Alltag in Spitälern (Wittkowski & Schröder, 2008, S. 5-7). In der Schweiz gibt es zur Unterstützung und Beratung von Ärzten und Pflegepersonen für den Umgang mit Sterbenden Palliativ-Konsiliardienste welche aus spezialisierten, interprofessionellen Teams bestehen. Manche Spitäler haben Palliativstationen welche auf die Betreuung von Sterbenden spezialisiert sind (BAG & GDK, 2009, S. 21-22).

### **5.3.3 Stationäre Hospize**

Ehrenamtliche Hospizinitiativen brachten, als Gegensatz zur Professionalisierung und Institutionalisierung des Sterbens, den Gedanken wieder ein, dass Sterben nicht professionalisiert werden soll. In Hospizen wird versucht, Sterben ‚wie zu Hause‘ zu ermöglichen. Nächste Angehörige und Freunde werden in die Begleitung einbezogen. Sie können im Hospiz übernachten und die Zimmer können wohnungsähnlich eingerichtet

werden. Falls keine Angehörigen da sind, wird das Personal, unter Berücksichtigung professioneller Distanz, zur Gemeinschaft (Dresske, 2007, S. 80-81).

Die moderne Hospizbewegung entstand 1967 durch die Gründung des St. Christophers Hospice in London durch Cicely Saunders (Herrlein, 2009, S. 9-10). Saunders hat ein ganzheitliches Betreuungskonzept aufgestellt, das psychische, physische, spirituelle und soziale Bedürfnisse des Sterbenden einschliesst und dem Lebensende Sinn und Inhalt verleiht. Hospize arbeiten nach den Grundlagen von palliativer Medizin. Die Aufrechterhaltung der Lebensqualität wird höher gewertet als die Lebensquantität. Sterbende sollen so autonom wie möglich leben können (Gronemeyer et al., 2004, S. 29-30). Kern der Vorstellungen der Hospizarbeit bildet das gute, natürliche Sterben, das die Aneignung der Sterbebewusstheit und Akzeptanz des eigenen Sterbens zum Ziel hat (Wittkowski & Schröder, 2008, S. 23).

In der Schweiz eröffnete 1988 das erste Hospiz (Palliative Care – Netzwerk Zürich, 2003, S. 1-2). Heute gibt es hierzulande acht stationäre Hospize

#### **5.4 Alternative Modelle**

Bei einer langsam fortschreitenden Krankheit kann die Begleitung zu Hause zu einer grossen Belastung für alle Beteiligten werden. Um diese aufzufangen gibt es Tageszentren, Tages- oder Nachthospize sowie Palliativambulatorien. Menschen am Lebensende können ganz- oder halbtags die Nacht in diesen Institutionen verbringen und dabei doch noch zu Hause wohnen. Ein Palliativambulatorium besteht aus einem spezialisierten, interprofessionell arbeitenden Team. Dieses hat einen medizinische Schwerpunkt (z.B. Neurologie, Onkologie), arbeitet in Verbindung mit einem Akutkrankenhaus und begleitet Betroffene und Angehörige. (BAG & GDK, 2009, S. 21-22).

## **6. Empirischer Teil**

Im empirischen Teil werden das methodische Vorgehen sowie die Auswahl der Stichprobe erläutert. Anschliessend werden in der Reihenfolge der beiden Unterfragen die Ergebnisse präsentiert und am Ende der jeweiligen Kapitel zusammengefasst.

## 6.1 Fragestellungen

Im theoretischen Teil wurde aufgezeigt, dass Sterbebegleitung somatische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse von Betroffenen gleichermaßen berücksichtigen soll. Dabei gewinnt die psychosoziale Begleitung von Menschen am Lebensende zunehmend an Bedeutung. Es stellt sich die Frage, wer sterbende Menschen heute bei psychischen Anliegen unterstützt. Da Psychologinnen und Psychologen bereits im Bereich der Sterbebegleitung arbeiten, scheint es sinnvoll, dass diese einen Teil dieser Aufgaben übernehmen. Doch in die Begleitung von Menschen am Lebensende sind oft bereits verschiedene Menschen involviert wie beispielsweise Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und Seelsorgende. Deshalb stellt sich die Frage, ob es überhaupt Psychologinnen und Psychologen in diesem Bereich braucht.

Um diese Frage beantworten zu können, soll hier ein Status quo aufgenommen werden:

- Wo arbeiten Psychologinnen und Psychologen bereits im Bereich der Sterbebegleitung?
- Zu welchen Bedingungen und Umständen arbeiten sie mit Menschen am Lebensende?
- Mit welcher Klientel arbeiten sie?
- Was beinhaltet ihre Arbeit?
- Welche zentralen Themen und Aufgaben stehen im Vordergrund ihrer Arbeit?
- Gibt es spezifische Aufgaben von Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung?
- Weshalb suchen Menschen am Lebensende Unterstützung bei Psychologinnen und Psychologen?
- Ersetzen Psychologen und Psychologinnen die Begleitung von Sterbenden durch Angehörige, Ärztinnen und Ärzten, Seelsorgende oder freiwillige und ehrenamtliche Sterbebegleiterinnen?

Konkret lautet die Forschungsfrage:

### **Braucht es Psychologinnen und Psychologen bei der Begleitung Erwachsener am Lebensende?**

Die Bearbeitung dieser Forschungsfrage wird von folgenden zwei Unterfragen geleitet:

1. Wo, unter welchen Umständen und zu welchen Bedingungen arbeiten Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung?
2. Was beinhaltet die Arbeit von Psychologen und Psychologinnen im Bereich der Sterbebegleitung?

## **6.2 Art der Untersuchung**

Es handelt sich um eine explorative Untersuchung. Da fast keine empirischen Daten über den Arbeitsbereich von Psychologinnen und Psychologen, die mit Sterbenden arbeiten, bestehen, wurde auf die Formulierung von Hypothesen verzichtet. Anhand einer quantitativen Untersuchung mittels Fragebogen wurden 34 Psychologen und Psychologinnen zu ihrer Arbeit befragt und hauptsächlich Daten erhoben, zur Beantwortung der ersten Unterfrage beitragen. Um einen vertieften Einblick in die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen zu erhalten, die mit Menschen am Lebensende arbeiten, wurde anhand von sechs Leitfadeninterviews Datenmaterial erhoben, die der Beantwortung der zweiten Unterfrage dienen. Die Auswertungen der Interviews dienen bei einigen Themen als Illustration der Fragebogenergebnisse.

## **6.3 Datenerhebung**

### **6.3.1 Stichprobe**

Die Fachpersonen wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt.

- Personen mit einem abgeschlossenen Psychologiestudium, die mit Menschen am Lebensende arbeiten.
- Um die Heterogenität zu erfassen, wurden Psychologinnen und Psychologen ausgewählt, die stationär, ambulant oder im ehrenamtlichen Bereich mit sterbenden Menschen arbeiten.
- Die Psychologinnen und Psychologen arbeiten in der Schweiz.

Die Suche nach Probandinnen und Probanden für die qualitative und quantitative Erhebung erwies sich als sehr aufwändig. Über bestehende Kontakte konnten weitere einzelne Psychologinnen und Psychologen gefunden werden, die in diesem Bereich arbeiten. Des Weiteren wurde die Anfrage über verschiedene Verbände wie SBAP, SGPO, SSG, Schweizerische Krebsliga, Regionale Hospizgruppen, Palliativnetz Ostschweiz, Cura Viva und Onko Plus per Mail an Ihre Mitglieder weitergeleitet. Auch Alters- und Pflegeheime, psychiatrische Kliniken mit gerontologischen Abteilungen, stationäre Hospizen, private Kliniken und Spitäler, Rehabilitationskliniken wurden angefragt, ob Sie Psychologen und Psychologinnen beschäftigen, die mit Menschen am Lebensende arbeiten. Personen, welche dem Probandenprofil entsprachen wurden telefonisch oder per Mail um eine Mitarbeit angefragt. Aus diesen Kontakten ergaben sich folgende Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der qualitativen und quantitativen Erhebung:

- Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten oder andere Therapeuten, die kein Psychologiestudium erfolgreich abgeschlossen haben
- Psychologen und Psychologinnen, die ausschliesslich erkrankte Kinder und Jugendliche begleiten
- Psychologinnen und Psychologen, die nicht direkt oder wenn, nur als Angehörige Sterbende begleiten
- Psychologinnen und Psychologen, die Menschen, welche Sterbende beruflich oder ehrenamtlich begleiten, ausbilden ohne selber dieser Tätigkeit nachzugehen
- Psychologinnen und Psychologen, deren Erfahrung in der Sterbebegleitung sich ausschliesslich auf private Erfahrungen, in denen sie als Angehörige beteiligt waren, beschränken

Um ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen und Ansichten zu diesem Arbeitsbereich zu erfassen, wurden für die qualitative Untersuchung, vier Psychologinnen und zwei Psychologen ausgewählt, die in verschiedenen Bereichen der Sterbebegleitung arbeiten. Aus Gründen der Vertraulichkeit wurden anstelle der Namen Abkürzungen (P1 – P6) verwendet. P steht für Psychologe oder Psychologin. Tabelle 2 zeigt die Profile der interviewten Personen:

	<b>Arbeitsform</b>	<b>Anzahl Klienten, Klientinnen pro Jahr</b>	<b>Klientenprofil</b>	<b>Aus- / Weiterbildung</b>
<b>P 1</b>	Selbständig, in eigener Praxis	11-20	Menschen die an Krebs erkrankte sind	Psychoanalytische Therapieausbildung
<b>P2</b>	Selbständig, in eigener Praxis	6	Alte Menschen mit polymorbiden Diagnosen wie z.B. Krebs, Schmerzsyndromen, Herz-Kreislaufkrankheiten, Angststörungen, Depressionen	Integrative Psychotherapieausbildung
<b>P3</b>	Ehrenamtlich in einem Verein tätig	6-10	Junge und alte Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern	Verhaltenstherapeutische Therapieausbildung, Sterbebegleitungskurs, Traumausbildung
<b>P4</b>	Angestellt im Spital	ca. 60	Menschen, die an Krebs erkrankt sind.	Integrative Psychotherapieausbildung, Psychoonkologie
<b>P5</b>	Angestellt im Spital und selbständig in eigener Praxis	11-20	Menschen, die an Krebs erkrankt sind.	Verhaltenstherapie, Familientherapie, Psychoonkologie, Hypnose
<b>P6</b>	Angestellt im Spital	11-20	Menschen, die an Krebs erkrankt sind	Verhaltenstherapeutische Psychotherapieausbildung, Psychoonkologie

**Tabelle 1: Profile der interviewten Psychologinnen und Psychologen**

Für die quantitative Erhebung wurden 37 Fragebogen per Post an Psychologinnen und Psychologen gesendet, die im Voraus telefonisch oder per Mail zugesagt hatten, an dieser Befragung teilzunehmen. Mit dem Fragebogen wurde ein Begleitbrief (Anhang A2) gesendet, in dem die Fragestellung der Arbeit und die Definition vom Beginn des Lebensendes erläutert wurden. 34 Fragebogen konnten für die Auswertung verwendet werden. Bei zwei der nicht zugelassenen Fälle, handelt es sich um Personen, die in der Aus- und Weiterbildung oder als Supervisorinnen mit Pflegenden und freiwilligen Sterbebegleiterinnen arbeiten, jedoch selber keine Menschen am Lebensende begleiten. Ein Fragebogen wurde nicht zurückgesendet.

### **6.3.2 Fragebogen: Erstellung, Durchführung, Auswertung**

Für die Erstellung des Fragebogens (Anhang A1) standen vor allem Themen der ersten Unterfrage im Zentrum. Nach einem Pre-Test mit einem Psychologen und einer Psychologin, die Menschen am Lebensende begleiten, wurde er angepasst. Um die Verallgemeinerbarkeit der Daten der qualitativen Erhebung zu überprüfen, wurde der Fragebogen mit Fragen ergänzt, die für die Beantwortung der zweiten Fragestellung relevant sind.

In Bezug auf die Deutschschweiz sind keine Kenntnisse darüber vorhanden, wo, unter welchen Bedingungen und zu welchen Umständen Psychologinnen und Psychologen bereits in diesem Arbeitsfeld tätig sind. Deshalb wurde auch beim Fragebogen ein zusätzlicher qualitativer Ansatz gewählt, indem mit leeren Linien zur Ergänzung der vorgegebenen Auswahlantworten zur Verschriftlichung eigener Angaben aufgefordert wurde. Dies betrifft die Fragen 5b, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19a, 19b. Bei Frage 24b handelt es sich um Meinungsbegründungen. Um ein möglichst breites Spektrum potentieller Argumentationen zu erhalten, wurde auf eine Vorgabe von Antworten verzichtet.

Die Daten wurden deskriptiv mit dem Statistikprogramm SPSS und dem Tabellenkalkulationsprogramm Excel 2008 ausgewertet. Um die Anschaulichkeit der Ergebnisse zu erhöhen, wurden zu fein gegliederte Skalen durch Kategorisierung der Antworten reduziert. Es resultierten folgende Hauptkategorien:

- Wo arbeiten Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung?
- Wie viele sterbende Menschen begleiten die befragten Personen jährlich?
- Wie oft treffen Psychologinnen und Psychologen Menschen am Lebensende?
- Ist die Arbeit mit Sterbenden eine Vollzeitbeschäftigung?

- Wie belastend wird die Arbeit mit sterbenden Menschen erlebt?
- Sind ergänzend zu einem abgeschlossenen Psychologiestudium weitere Aus- und Weiterbildungen nötig, um mit sterbenden Menschen arbeiten zu können?
- Wer bezahlt die angebotenen Dienstleistungen?
- Von welchen Krankheiten sind die Sterbenden betroffen?
- Wie wird der intradisziplinäre Austausch erlebt?
- Wie wird der interdisziplinäre Austausch erlebt?

Um Unklarheiten bezüglich der Begriffe zu vermeiden, wurden auf dem Fragebogen die Sterbephasen nach Wittkowski und Schröder, wie sie in Kapitel 2.1 aufgeführt sind, umgeschrieben. Die eigenen Beschreibungen der Sterbephasen wurden mit einer Pflegefachperson, welche mehrere Jahre in einem Hospiz mit Sterbenden gearbeitet hat, besprochen. Die Tabelle 2 zeigt in der linken Spalte die Formulierungen der Phasen nach Wittkowski und Schröder. Diese wurden nochmals aufgeführt, um einen direkten Vergleich der Formulierungen zu ermöglichen. In der rechten Spalte stehen die eigenen Beschreibungen der Phasen, wie sie im Fragebogen verwendet werden.

<b>Sterbephasen nach Wittkowski und Schröder</b>	<b>Eigene Beschreibung der Phasen</b>
1. Medizinische und technische Befunderhebungen, Unsicherheit	1. Medizinische und technische Befunderhebungen, objektive und subjektive Besorgnis über mögliche Diagnosen.
2. Vorliegen von Diagnose/Prognose, Information des Patienten, Übergangsphase: Rollenunsicherheit auf beiden Seiten	2. Konfrontation mit der Diagnose einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit
3. Diverse Bewältigungsstrategien, Befindlichkeitsschwankungen, „Sterbephase“	3a. Leben mit dem Wissen der Diagnose. Diese Phase kann Tage bis Jahre dauern. Betroffene Menschen leben selbständig und sind auf keine körperliche und soziale Unterstützung angewiesen. 3b. Leben mit dem Wissen der Diagnose. Diese Phase kann Tage bis Jahre dauern. Betroffene Menschen sind zunehmend auf körperliche und soziale Unterstützung angewiesen.
4. Physischer und psychischer Verfall	4. Akute Sterbephase, Alltägliches wird unwichtig, Menschen sind nur noch teilweise ansprechbar.
5. Eintritt des Todes	5 Eintritt des Todes

**Tabelle 2: Phasen des Sterbeprozesses (Quelle: Wittkowski & Schröder, 2008, S.15)**

### **6.3.3 Leitfadeninterview: Erstellung, Durchführung, Auswertung**

Erkenntnisse aus der Literatur, Gespräche mit Pflegenden, Seelsorgenden und psychologischen Fachkräften, die Sterbende begleiten, sowie eigene Erfahrungen dienen

dem Aufbau des Leitfadens für die halbstrukturierten Interviews. Der Interviewleitfaden (Anhang A3) wurde nach einem Pretest mit zwei Psychologinnen, die mit Menschen am Lebensende arbeiten, überarbeitet und angepasst. In einem ersten Schritt wurde der Untersuchungsgegenstand erläutert, die Anonymität angeboten und über die digitale Aufnahme informiert. Anhand der Leitfadenfragen wurden jene Aspekte befragt, die als Wesentliche im Interviewleitfaden festgehalten sind. Mit Ad-hoc-Fragen wurden bedeutsame Aspekte aufgegriffen, die sich aus den Antworten ergaben. Die Interviews dauerten zwischen 50 Minuten bis 70 Minuten.

Da die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund stand, wurden die Interviews wörtlich ins Schriftdeutsche transkribiert. Die Transkriptionen der Interviews sind bei der Verfasserin einzusehen. Die gewonnenen Daten wurden anhand der Inhaltsanalyse nach dem Vorgehen nach Mayring kategorisiert und ausgewertet (Anhang A4). Die Kategorien wurden sowohl deduktiv gemäss dem Leitfaden als auch induktiv erhoben.

Es resultierten folgende Kategorien:

- Themen der Sterbebegleitung
- Begleitung, Therapie, Beratung
- Abgrenzung und Ergänzung zu anderen an der Begleitung beteiligten Personen
  - Angehörige
  - Freiwillige, Ehrenamtliche
  - Ärztinnen und Ärzte
  - Seelsorgende
  - Spezifische Aufgaben von Psychologinnen und Psychologen
  - Motivation und Erwartungen von Klientinnen und Klienten, die psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen
- Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit von Psychologinnen und Psychologen mit Sterbenden
  - Herausforderungen und motivierende Aspekte dieses Arbeitsbereiches
  - Spezifische Kenntnisse über somatische und medizinische Aspekte
  - Phasen des Sterbeprozesses
  - Veränderungsbedarf im Umgang mit Sterben und Menschen am Lebensende
  - Meinungsumfrage: Braucht es aus Sicht der befragten Personen Psychologinnen und Psychologen, die Menschen am Lebensende betreuen?



## 6.4 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt themenspezifisch in der Reihenfolge der beiden Unterfragen. Pro Kategorie werden einzelne oder mehrere Ankerbeispiele aufgelistet, welche eine prototypische Funktion einnehmen.

### 6.4.1 „Wo, unter welchen Umständen und zu welchen Bedingungen arbeiten Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung?“

Im Folgenden sind die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung mittels Fragebogen dargestellt. 25 Psychologinnen und neun Psychologen, die in der Deutschschweiz arbeiten, haben daran teilgenommen. 31 der 34 befragten Personen sind zwischen 41 und 60 Jahre alt. Nur sehr wenige Psychologen und Psychologinnen, lediglich zwei der Befragten, sind jünger als 40. Eine Person hat das Pensionsalter bereits überschritten. Bei einigen Themen werden die Ergebnisse mit den Auswertungen der Interviews ergänzt.

#### Wo arbeiten Psychologen und Psychologinnen im Bereich der Sterbebegleitung?

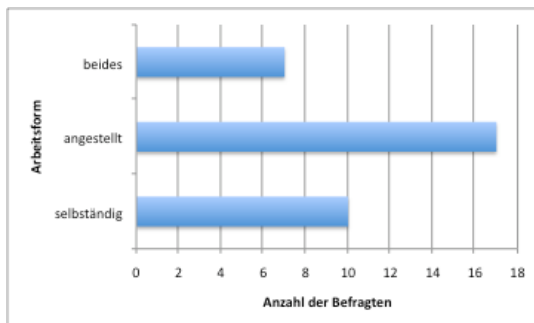


Abbildung 2: Arbeitsform

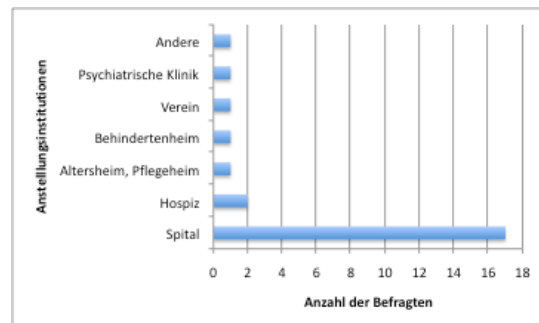


Abbildung 3: Institutionen

Zehn der befragten Personen arbeiten selbständig in einer eigenen Praxis mit Menschen am Lebensende. 17 der Befragten arbeiten in einem Angestelltenverhältnis. Sieben Personen gehen dieser Tätigkeit sowohl in einem Angestelltenverhältnis als auch selbständig nach.

Die meisten der Befragten in einem Anstellungsverhältnis, arbeiten in Spitälern. Auffallend ist, dass in Hospizen sowie Alters- und Pflegeheimen lediglich drei Psychologinnen und Psychologen gefunden wurden. Dies obwohl Bewohnende dieser Institutionen in der letzten Lebensphase sind.

Inwiefern diese Institutionen Psychologinnen und Psychologen für die Begleitung von Menschen am Lebensende anstellen, lässt sich mit dieser Befragung nicht klären. Die daraus resultierende Annahme, dass wenig bis keine Psychologinnen in diesen

Institutionen angestellt sind, müsste in einer weiteren Arbeit mit einer repräsentativen Stichprobe erörtert werden.

### **Wie viele Menschen am Lebensende begleiten die befragten Personen jährlich?**

Es zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. 38,2% der Befragten begleiten jährlich 1-10 Menschen am Lebensende. 29,4% der Befragten begleiten je 11-40 oder 41-100 Menschen am Lebensende. Eine Person hebt sich von den anderen Befragten klar ab mit der Angabe, dass sie jährlich über 100 Menschen am Lebensende begleitet.

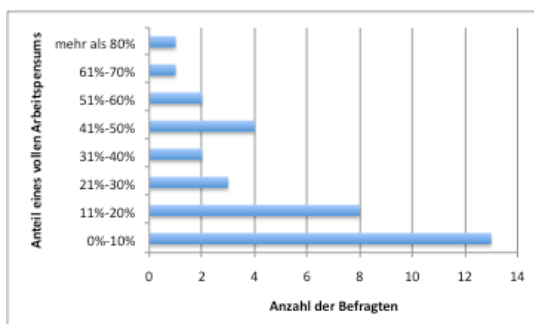
### **Wie oft treffen Psychologinnen und Psychologen Menschen am Lebensende?**

Es bestehen grosse Unterschiede darin, wie oft Psychologinnen und Psychologen die Sterbenden treffen. Während einige Psychologinnen und Psychologen den selben Menschen am Lebensende lediglich einmal treffen, kann dies in anderen Fällen bis zu über 200 Male vorkommen. Diese hohen Konsultationszahlen kommen zustande, wenn ein Mensch, der an einer tödlichen Krankheit leidet, über mehrere Jahre von einem Psychologen oder einer Psychologin begleitet wird.

Eine quantitative Hierarchisierung der Daten ist nicht möglich, da mehr als ein Drittel der Befragten keine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten angekreuzt hat und vermerkte, dass es sehr unterschiedlich sei. Die Kategorie ‚unterschiedlich‘ wurde nachträglich jedoch nicht hinzugefügt in der Annahme, dass andere befragte Personen sich auch für diese Kategorie entschieden hätten.

### **Ist die Arbeit mit Sterbenden eine Vollzeitbeschäftigung?**

Es wird ersichtlich, dass die Arbeit mit Menschen am Lebensende meist nur einen Teil eines ganzen Arbeitspensums ausmacht. Lediglich zwei der Befragten gehen dieser Tätigkeit zu mehr als 61% nach. Für die meisten, nämlich 24 der Befragten, macht diese Tätigkeit lediglich 0% - 30% eines vollen Arbeitspensums aus.



**Abbildung 4: Arbeitspensum**

## Wie belastend wird die Arbeit mit sterbenden Menschen erlebt?

Der Fakt, dass die Arbeit mit Menschen am Lebensende lediglich einen Teil eines vollen Arbeitspensums ausmacht, könnte darauf hinweisen, dass die Belastung dieser Tätigkeit sehr gross ist. Diese wird unterschiedlich eingeschätzt.

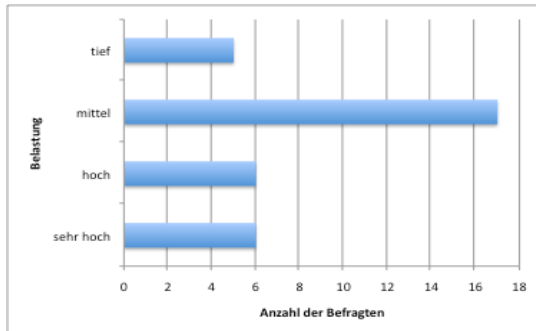


Abbildung 5: Erlebte Belastung

Die Hälfte der befragten Personen schätzen die Belastung als mittel ein. Immerhin 12 Personen schätzen die Belastung als hoch bis sehr hoch ein. Nur gerade fünf der Befragten schätzen die Belastung dieser Arbeit als tief ein.

Trotz dieser Belastungen ist eine hohe Verweildauer in diesem Arbeitsfeld festzustellen. Der Median zeigt an, dass die meisten Befragten schon seit über 10 Jahren in diesem Bereich arbeiten.

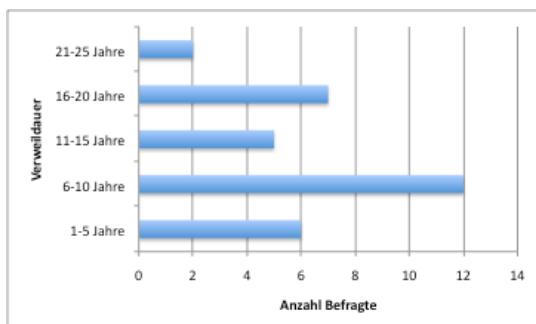


Abbildung 6: Verweildauer

70,6% der Befragten geben an, dass es für sie wichtig ist, nebst der Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase, im Sinne eines Ausgleichs, einer anderen beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

Diese Angaben führen zu folgender Annahme:

Um die Belastungen, die sich aus der Arbeit mit Menschen am Lebensende ergeben umzugehen, arbeiten die meisten Psychologen und Psychologinnen nur zu einem Teil ihres Arbeitspensums mit sterbenden Menschen und finden Ausgleich in anderen

beruflichen Tätigkeiten. Dies ermöglicht, dass Sie über längere Zeit in diesem Arbeitsbereich verweilen können, ohne aufgrund von Überbelastungen dieser Tätigkeit nicht mehr nachgehen zu können.

### **Sind zum abgeschlossenen Psychologiestudium weitere Aus- und Weiterbildungen nötig, um sterbende Menschen begleiten zu können?**

Alle befragten Personen haben eine oder mehrere Aus- und Weiterbildungen gemacht, die sie für die Arbeit mit Sterbenden als relevant betrachten. Den qualitativen Interviews ist zu entnehmen, dass die meisten interviewten Personen eine psychotherapeutische Ausbildung als Voraussetzung betrachten, um mit Menschen am Lebensende zu arbeiten. P2 sagt dazu:

*„Psychotherapieausbildung ist wie selbstverständlich. Psychologen, [...] die können einfach Abklärungen machen. [...] Oder Tests, wie viel Angst. [...] Aber für eine Begleitung, unbedingt Therapieausbildung!“ (P2, Z 134-136)*

Durch diese Ausbildung haben sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit sich selbst auseinandergesetzt, kennen ihre eigenen Themen und verarbeiten die eigenen Ängste nicht in der Arbeit mit den Patienten.

*„Man muss am Patienten, [...] nicht die eigenen Ängste noch einmal verarbeiten. Sondern man hat das [...] gemacht und kennt die eigenen Grenzen und Fragen, und bekommt nicht jedes Mal Angst, wenn jemand sagt, ich habe eine schwere Erkrankung, die nicht heilbar ist.“ (P1, Z 29)*

Aus der quantitativen Umfrage geht hervor, dass 28 der befragten Personen eine Psychotherapieausbildung absolviert haben. 38,2% haben eine Weiterbildung in Psychoonkologie gemacht. Obwohl 25 Personen angeben mit Erwachsenen über 65 Jahren zu arbeiten, haben lediglich 5 der 34 befragten Personen angegeben, eine Weiterbildung in Gerontologie absolviert zu haben. Nur zwei der befragten Personen geben an, einen oder mehrere Kurse in Sterbebegleitung gemacht zu haben.

### **Wer bezahlt die angebotenen Dienstleistungen?**

Ein Teil der Dienstleistungen der befragten Psychologinnen und Psychologen werden in 41,2% von den Betroffenen oder Angehörigen selbst bezahlt. 82,4% der Befragten geben an, von staatlichen Geldern bezahlt zu werden. 11,8% der befragten Personen arbeiten ehrenamtlich im Bereich der Sterbebegleitung. 14,7% der Befragten werden durch Gelder von Stiftungen und Spendengelder entlohnt.

### **Von welchen Krankheiten sind die Sterbenden betroffen?**

Die Untersuchung ergibt, dass am meisten, nämlich 28 der befragten Personen mit Menschen, die an Krebs erkrankt sind, arbeiten. Elf der Befragten arbeiten mit Menschen

die von einer anderen tödlichen Krankheit wie Demenz-, Muskel- oder Nervenerkrankungen betroffen sind.

### Wie wird der intradisziplinäre Austausch erlebt?

Auf die Frage, wie die Qualität der Vernetzung und Zusammenarbeit mit Psychologinnen und Psychologen, die ebenfalls mit Menschen am Lebensende arbeiten eingeschätzt wird, antworteten elf der Befragten, dass sie gut vernetzt sind und die Qualität des Austausches für gut befinden. 13 der Befragten geben an, mässig vernetzt zu sein und schätzen die Qualität dieses Austausches als mässig ein. Neun Personen sind der Ansicht, dass sie schlecht vernetzt sind. Nur fünf davon wünschen sich mehr Vernetzung und Austausch.

### Wie wird der interdisziplinäre Austausch erlebt?

Die Begleitung von Sterbenden erfordert wie in Kapitel vier dargelegt, interdisziplinäre Zusammenarbeit.

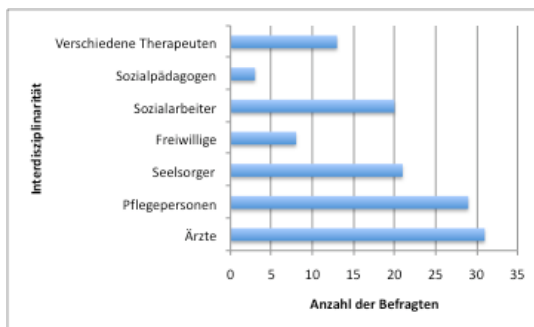


Abbildung 7: Interdisziplinarität Berufsgruppen

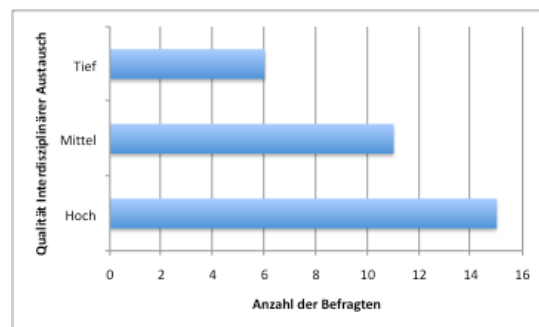


Abbildung 8: Qualität Interdisziplinarität

Aus der rechten Tabelle wird ersichtlich, dass die befragten Personen am meisten mit Ärzten, Pflegepersonen und Seelsorgern zusammenarbeiten. Die Qualität der Zusammenarbeit wurde von 46% der Befragten als hoch eingeschätzt. 34% geben an, dass sie die Qualität der Zusammenarbeit eher mittel einschätzen und bei 18% ist eine Unzufriedenheit in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit ersichtlich.

Die Qualität des interdisziplinären Austausches wird verschieden bewertet. Ergänzt durch die Ergebnisse der qualitativen Erhebung kann festgestellt werden, dass vor allem der Austausch mit Ärztinnen und Ärzten als schwierig erlebt wird. Kommunikationsschwierigkeiten sowie nicht akzeptieren der eigenen professionellen Grenzen werden als Gründe angegeben, für die Schwierigkeiten dieser Zusammenarbeit.

*„Die Qualität ist eigentlich gut, wenn Ärzte involviert sind [...] eher nicht genügend. Meine Erfahrung ist, dass Ärzte am wenigsten Bezug und Einfühlungsvermögen haben mit Sterbenden.“ (P3, Z 22 & 23)*

*„Ärzte sind sich gewohnt in ihrer medizinischen Fachsprache zu sprechen, die wir lernen müssen. Das führt dazu, dass wir uns schlecht verstehen. Und ein anderer ist, dass es immer noch Ärzte gibt, die das Gefühl haben, über Psychologie hatten wir auch einen Kurs. Das können wir auch.“ (P4, Z 10 & 11)*

Die Qualität der Zusammenarbeit mit Hausärzten wird von einigen Interviewten, die ambulant arbeiten, besser wahrgenommen.

*„Ausser vielleicht so alt eingesessene Hausärzte, die noch Hausbesuche machen, die sind etwas anders.“ (P3, Z 25)*

Die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten wird jedoch nicht von allen als problematisch erlebt. Ein selbständig arbeitender Psychologe bewertet die Zusammenarbeit mit Ärzten als sehr gut. Er sagt dazu:

*„Die Qualität ist sehr hoch. Besonders bei Krebspatienten ist die Bereitschaft sich am Telefon abzusprechen, Rückmeldungen und Kopien zu geben sehr hoch.“ (P1, Z8)*

### **Zusammenfassung**

Aus den Antworten der Fragebogen lassen sich folgende Annahmen zum Berufsort, den Bedingungen und Umständen dieses Arbeitsbereiches ableiten:

- Es arbeiten mehr Frauen als Männer im Bereich der Sterbebegleitung. Dieser Arbeit kann sowohl selbständig in einer eigenen Praxis oder in einem Anstellungsverhältnis nachgegangen werden.
- Das Arbeitspensum ist eher niedrig. Für 21 der 34 Personen stellt diese Tätigkeit weniger als 20% eines vollen Arbeitspensums dar. Lediglich zwei der Befragten arbeiten über 60% in der Begleitung von Sterbenden. Das niedrige Arbeitspensum ermöglicht, dass diese Tätigkeit über Jahrzehnte ausgeübt werden kann und entstehende Belastungen nicht zu gross werden. Diese werden von den meisten Befragten als mittel bis sehr hoch eingeschätzt wird. Lediglich fünf der befragten Personen erleben die Belastung als tief. Ausgleich kann in der Ausübung anderer beruflicher Tätigkeiten gefunden werden.
- Psychologische Begleitung und Unterstützung wird von Menschen, die von unterschiedlichen tödlich verlaufenden Krankheiten betroffen sind, in Anspruch genommen. Dies führt unter anderem dazu, dass es sich um einen sehr heterogenen Arbeitsbereich handelt. Während einige Psychologinnen und Psychologen ihre

Klientinnen und Klienten über mehrere Jahre begleiten, kann es unter Umständen auch zu einmaligen Begegnungen kommen.

- Der erfolgreiche Abschluss eines Psychologiestudiums reicht nicht aus, um mit Menschen am Lebensende zu arbeiten. Alle Befragten haben zusätzliche Aus- und Weiterbildungen gemacht, die sie für diese Arbeit als relevant betrachten. 82,4% der befragten Personen haben eine Psychotherapieausbildung absolviert und erachten die erworbenen Kenntnisse als wichtig für die Begleitung von Sterbenden.
- Diese Dienstleistung wird vorwiegend aus staatlichen Geldern finanziert. 11,8% der befragten Psychologinnen und Psychologen begleiten Menschen am Lebensende sogar unentgeltlich.
- Die Arbeit erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit. Diese geschieht vor allem mit Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern. Aus den qualitativen Ergebnissen geht hervor, dass die Zusammenarbeit mit Ärzten als schwierig erlebt wird. Dies ist insofern problematisch, da der Austausch mit Ärztinnen und Ärzten einen grossen Teil der interdisziplinären Zusammenarbeit ausmacht. Immerhin geben 31 der 34 Befragten an, mit Ärztinnen und Ärzten zusammen zu arbeiten. Die Schwierigkeiten werden darauf zurückgeführt, dass Ärztinnen und Ärzte eine andere Fachsprache benutzen, derer sich Psychologinnen und Psychologen anzupassen haben oder sich selbst für psychologische Expertinnen und Experten halten.
- Intradisziplinäre Vernetzung und Austausch sind möglich, werden jedoch nicht von allen als nötig empfunden. Die Qualität des intradisziplinären Austausches wird unterschiedlich erlebt. 24 der Befragten schätzen die Vernetzung und die Qualität des Austausches als mässig bis gut ein. Von den neun Befragten, die angegeben haben, schlecht vernetzt zu sein, wünschen lediglich fünf Personen mehr Vernetzung und Austausch.

#### **6.4.2 „Was beinhaltet die Arbeit von Psychologen und Psychologinnen im Bereich der Sterbebegleitung?“**

Diese Unterfrage wird anhand der Ergebnisse der qualitativen Interviews beantwortet. Einzelne Themen werden mit Angaben der quantitativen Erhebung ergänzt.

##### **Welche Themen beinhaltet die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen?**

Die Arbeit mit Menschen am Lebensende beinhaltet ein breites Spektrum an verschiedenen Themen. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht zentraler Themen, die

Psychologinnen und Psychologen in der Arbeit mit Sterbenden begegnen. Diese Angaben wurden der qualitativen und quantitativen Erhebung entnommen.

Zentrale Themen	Ankerbeispiel
<b>- Gegenwartsbezogene Themen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestaltung des verbleibenden Lebens</li> <li>- Patientenverfügung, Testament, Bestattungsart, Bestattungsort</li> <li>- Erwartungen an gutes Sterben</li> <li>- Umgang mit der Krankheit, dem Wissen um den eigenen Tod</li> <li>- Sozialer Rückzug der sterbenden Menschen und ihren Angehörigen</li> </ul>	<i>„Oder ich sehe es auch als meine Aufgabe anzusprechen, haben sie sich überlegt, wo sie mal begraben werden möchten.“ (P2, Z 61)</i>
<b>- Vergangenheitsbezogene Themen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergangenheitsbewältigung</li> <li>- Ungelöste Themen aufarbeiten</li> <li>- Lebensrückblick</li> <li>- Lebensbilanz</li> <li>- Kindheitserlebnisse</li> <li>- Erlebtes erzählen, was man noch niemandem erzählt hat</li> </ul>	<i>„Eher mehr gibt es etwas, was noch nicht aufgearbeitet ist.“ (P1, Z 16)</i>
<b>- Beziehungen, Soziales Umfeld</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konflikte mit Partner, Partnerinnen oder anderen Angehörigen</li> <li>- Sich schuldig fühlen gegenüber jemandem</li> <li>- Abschied nehmen</li> <li>- Trauer</li> <li>- Beziehungsdynamik</li> <li>- Umgang mit Bekannten, aus dem weiteren sozialen Umfeld (z.B. Nachbarn)</li> </ul>	<i>„Jemand sagt, ich weiss, ich werde nicht mehr lange leben, da gibt es jemand, mit dem ich im Streit bin, und ich merk, eigentlich möchte ich mit dieser Person noch Frieden schliessen“ (P1, Z 17)</i>
<b>- Angehörige</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung, Unterstützung und Begleitung von Angehörigen</li> <li>- Hinterbliebenenbegleitung</li> </ul>	<i>„Hinterbliebenenbegleitung, Umgang mit Trauer und Abschied, also vor dem Sterben schon, ist ein Schwerpunktthema.“ (P4, Z 38)</i>
<b>- Psychopathologische Themen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verschiedene Ängste, (z.B. Todesängste)</li> <li>- Depression</li> <li>- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)</li> <li>- Traumatisierungen</li> <li>- Chronische Schmerzen</li> </ul>	<i>„Oft geht es um Angst oder Depressionen und gar nicht ums Sterben.“ (P2, Z 60)</i>
<b>- Religiosität, Spiritualität</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gott</li> <li>- Glaubensfragen</li> <li>- Wert- und Sinnfragen</li> <li>- Jenseits- / Todesvorstellungen</li> </ul>	<i>„Ich denke, das ganze Thema Wert und Sinn ist sehr relevant.“ (P5, Z 17)</i>

**Tabelle 3: Zentrale Themen**

### **Begleitung, Therapie, Beratung**

Die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen mit Menschen am Lebensende beinhaltet mehr, als still neben einer sterbenden Person zu sitzen, damit sie sich nicht alleine fühlt. Auch therapeutische und beraterische Aufgaben gehören zu dazu.

Die drei Kategorien Therapie, Beratung und Begleitung werden gemäss Aussagen der sechs interviewten Personen folgendermassen definiert:



<b>Therapie</b>	<b>Beratung</b>	<b>Begleitung</b>
- Veränderungsanspruch in Richtung psychische Gesundheit	- Vermittlung von Kontakten - Angehörigenberatung - Hilfestellung bei Entscheidungen	- Kein Veränderungsanspruch - Da-sein
<i>„Therapie ist es dann, wenn ein Veränderungsanspruch dabei ist, in Richtung psychischer Gesundheit.“ (P4, Z 28)</i>	<i>„ Aussagen, das ist normal, dass man jetzt verdrängt oder verdrängen sie doch das. Also das ist Beratung und nicht Therapie.“ (P2, Z 47)</i>	<i>„ In der Begleitung hat es für mich Platz, dass wir eine Stunde einfach nebeneinander sitzen. Der andere fühlt sich so einfach nicht so allein.“ (P3, Z 102)</i>

**Tabelle 4: Definition Therapie, Beratung, Begleitung**

Die Arbeit von den interviewten Psychologen und Psychologinnen ist nicht homogen. Vielmehr setzen die Berufsleute eigene Schwerpunkte. Es gibt beispielsweise Psychologinnen und Psychologen, bei denen therapeutische Aufgaben im Vordergrund ihrer Arbeit stehen. Andere Aufgaben, wie Begleitung der Sterbenden in der letzten Phase übernehmen sie nicht. Andere interviewte Psychologinnen und Psychologen geben an, vor allem für die Begleitung in den letzten Phasen des Sterbeprozesses zuständig zu sein. Sie sehen keinen therapeutischen Auftrag in ihrer Arbeit.

Diese Aussage lässt sich anhand der Ergebnisse der quantitativen Umfrage verdeutlichen: Elf der befragten Psychologinnen und Psychologen nennen ihre Arbeit ausschliesslich Begleitung. 23 der Befragten haben angegeben, dass ihre Arbeit jeweils zwei oder drei der oben beschriebenen drei Aufgabenbereiche beinhaltet. 29 der 34 Befragten gaben an, dass Begleitung ein Teil ihrer Arbeit mit Sterbenden ausmacht. 20 Personen sagen aus, mit Menschen am Lebensende therapeutisch zu arbeiten. Lediglich 15 der Befragten geben an, dass ihre Arbeit beraterische Aufgaben enthält.

Beratung und Begleitung sind nach Aussagen der interviewten Personen Aufgabenbereiche, die auch von anderen Menschen mit anderen Berufen übernommen werden können. Vor allem um Sterbende zu begleiten im Sinn von Da-Sein, ohne Veränderungsanspruch, ist nach Ansicht aller interviewten Personen der berufliche Hintergrund nicht zentral. Vielmehr gelten Eigenschaften wie eine gefestigte Persönlichkeit, Empathie, Nahesein, gesunder Menschenverstand und Offenheit als wichtige Voraussetzungen, um dieser Aufgabe nachkommen zu können. Zwei der interviewten Personen sagen dazu:

*„Aber es gibt ganz viele Leute in dieser Lebensphase, die keine Psychotherapie brauchen, die andere Fachrichtungen genauso gut mit gesundem Menschenverstand und mit Offenheit und ohne Angst gegenüber Sterben und Tod abdecken können.“ (P1, Z 9)*

*„Ich weiss nicht, was Psychologen speziell anders machen oder noch spezieller können, als Leute die mit Herz und gesundem Menschenverstand Sterbebegleitung machen, ohne Studium.“ (P4, Z 19)*

### **Abgrenzung und Ergänzung zu anderen an der Begleitung beteiligten Personen**

Angehörige, Freiwillige sowie Ehrenamtliche, Ärzte und Seelsorger begleiten sterbende Menschen. Um der Frage nachzugehen, ob es überhaupt Psychologinnen und Psychologen bei der Begleitung von Sterbenden braucht, wird nachstehend dargestellt, bei welchen Begebenheiten Unterstützung von Psychologen und Psychologinnen für Betroffene wertvoll sein kann. Im Anschluss werden weitere spezifische Aufgaben von Psychologinnen und Psychologen aufgeführt.

#### **Angehörige**

Wenn die Grenzen der Belastbarkeit von Betroffenen und Angehörigen überschritten werden, können Psychologinnen und Psychologen helfen, zu einem konstruktiven Umgang mit der eigenen, schwierigen Situation zu finden.

Es gibt beispielsweise Anliegen, die Betroffene mit ihren jeweiligen Partnern und Partnerinnen nicht besprechen können.

*„Es gibt Themen, von welchen ihre Partner und Partnerinnen Angst haben, Fragen gestellt zu bekommen, oder diese Themen mit ihnen zu besprechen.“ (P1, Z 16)*

Auch für Angehörige kann es entlastend sein, wenn eine externe Person Themen anspricht, welche sie aus verschiedenen Gründen nicht ansprechen können.

*„Eigentlich sind die Angehörigen noch froh, wenn man darüber redet, [...] zum Beispiel fragt, haben sie sich schon überlegt, wo sie mal begraben werden möchten?“ (P2, Z 61 & 62)*

Zudem können Psychologen und Psychologinnen konstruktive Kommunikation zwischen dem Sterbenden und seinen Angehörigen fördern.

*„Das ist auch ein Teil meiner Arbeit, die Kommunikation zu öffnen und konstruktiv zu führen zwischen Patienten und Partner.“ (P4, Z 47)*

*„Ein Ort, an dem man mit der Familie über Themen sprechen kann, das man sonst nicht kann. Mit allen zusammen. Das kommt immer wieder vor. Themen, die möglich sind, hier zu besprechen, die sie alleine nicht können.“ (P5, Z 67)*

Psychologinnen und Psychologen unterstützen und begleiten Angehörige. Für die Sterbenden kann es entlastend sein zu wissen, dass ihre Angehörigen unterstützt werden.

Die Begleitung der Angehörigen wird teilweise auch nach dem Ableben des Betroffenen noch weitergeführt.

*„Die Arbeit mit dem Partner hat eine entlastende Wirkung auf den Patienten, da der weiss, dass auch der Partner [...] unterstützt wird. Belastungserhebungen zeigen, dass man beim Partner die grössere Belastung findet als beim Patienten.“ (P4, Z 48 & 49)*

Diese Aussage wird von den Ergebnissen der quantitativen Untersuchung unterstützt. 79% der befragten Personen geben an, dass die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen ebenfalls zu ihrer Arbeit gehört.

### **Freiwillige und ehrenamtliche Sterbebegleiterinnen**

Wie bereits beschrieben wurde, sind alle Interviewten der Ansicht, dass Begleitung, im Sinne von Da-Sein ohne Veränderungsanspruch auch von Freiwilligen und ehrenamtlichen Sterbebegleiterinnen übernommen werden kann. Unterstützung von freiwilligen Sterbebegleiterinnen wird angefordert wenn Menschen psychisch leiden oder nicht sterben können. Für komplizierte Situationen können psychologische Kenntnisse erforderlich sein. Eine interviewte Person, welche ehrenamtlich Sterbende begleitet sagt dazu folgendes:

*„Das mit der Psychologin ist nicht im Vordergrund, ich bin dann jeweils die, dass wenn etwas komplizierter ist, dann werde ich beigezogen.“ (P3, Z 9)*

### **Ärzte**

Anders als bei Ärzten ist das Ziel der Arbeit von Psychologinnen und Psychologen die Aufrechterhaltung der Lebensqualität.

*„...Lebensqualität, da grenzen wir uns ab von den Ärzten, die vor allem auf Lebensquantität hinarbeiten.“ (P4, Z 15)*

Mehrere Psychologinnen und Psychologen äussern, dass Ärzte oft überfordert sind, sich den psychosozialen Bedürfnissen der Sterbenden anzunehmen.

*„Heute scheuen viele Hausärzte Themen wie Sterben und Gefühle anzusprechen.“ (P2, Z 74)*

Psychologen und Psychologinnen nehmen eine vermittelnde Rolle zwischen Ärzten, Ärztinnen und den Patienten ein.

*„Ich kann klären, ob Informationen angekommen sind, wo der Arzt sich vielleicht wahnsinnig Mühe gegeben hat aber der Patient nicht zu sagen getraut, dass er etwas nicht verstanden hat. Manchmal hat man auch eine vermittelnde Rolle. Wo man auch den Frust über die Ärzte, über die medizinische Infrastruktur ablassen kann. [...] zu sehen [...] läuft da vielleicht wirklich etwas schief.“ (P6, Z 75 - 77)*

## **Seelsorgende**

Wie bei Psychologinnen und Psychologen stehen bei Seelsorgenden nicht somatische Anliegen im Vordergrund. Es gibt jedoch Menschen, die keine Unterstützung bei religiösen Menschen suchen. Für sie können Psychologen und Psychologinnen wichtige Ansprechpartner sein.

*„Doch es gibt viele Leute, die nicht mehr glauben, also da soll doch ein Psychologe da sein, der wenigstens diese Ebene findet.“ (P2, Z 87)*

Seelsorgende verfügen nicht wie Psychologinnen und Psychologen über psychopathologisches Fachwissen. Dieses kann wichtig sein um Menschen am Lebensende adäquat zu begleiten.

*„Seelsorger hatten keine Psychopathologie und können daher nicht so gut einschätzen, wie gross und ausgeprägt eine Störung wirklich ist und wie fest man darauf Rücksicht nehmen soll und wie damit am besten umgehen.“ (P4, Z 82)*

Sterben tangiert einen Grenzbereich und religiöse sowie spirituelle Themen können wichtig werden. Psychologinnen und Psychologen gehen mit Anliegen zu diesem Bereich unterschiedlich um. Einige der interviewten Personen sehen sich als Ansprechpersonen für solche Anliegen. Andere wiederum weisen die Thematisierung von religiösen und spirituellen Themen explizit von sich. Sie machen ihre Klientinnen und Klienten darauf aufmerksam, dass Seelsorger und Pfarrer für diesen Bereich zuständig sind. Wie mit diesen Themen umgegangen wird, hängt vor allem von der Glaubensausrichtung und Weltanschauung der Psychologinnen und Psychologen selber ab.

*„Wenn es wirklich um theologische Fragen geht, um Inhaltsfragen, dann bin ich nicht zuständig [...] das ist viel sinnvoller, mit einem Theologen, einem Pfarrer zu besprechen. Wenn es um Vergebung geht, in welcher Religion [...] auch immer, dann [...] als Psychologin, sind das meine Grenzen.“ (P5, Z96-101)*

Es gibt Menschen am Lebensende, die explizit nicht mit Geistlichen und doch professionellen Vertrauenspersonen wie Psychologinnen und Psychologen über diese Themen sprechen wollen.

*„Dann gibt es auch diese Fälle, bei denen ich [...] als Psychologe, [...] kompetent bin, mit anderen Menschen darüber zu sprechen, was sie für eine Vorstellung haben, was*

*nach dem Tod ist. [...] wenn ich das mache gibt es regelmässig sehr positive Rückmeldungen.“ (P4, Z 99 & 100)*

Auch der Umgang mit religiösen Ritualen wie beten, segnen, Kirchenlieder singen, Kreuzzeichen und Krankensalbung durchführen, ist sehr unterschiedlich. Währenddem einige diese praktizieren, distanzieren sich andere Psychologen und Psychologinnen ausdrücklich davon.

*„Segen sprechen und solche Sachen sind ganz klar Sache der Seelsorgerin.“ (P6, Z 104)*

*„Also ich habe schon das Kreuzzeichen gemacht. [...] Und ich könnte auch eine Krankensalbung machen. Und wenn ich merken würde, dass das ein Bedürfnis ist, dann würde ich mich [...] nicht abhalten lassen von [...] weil dann dient es diesem Menschen [...].“ (P3, Z 106, 108 & 109)*

### **Spezifische Aufgaben von Psychologinnen und Psychologen**

Die Behandlung von Symptomen wie Schmerzen, Depressionen, Ängsten und anderen psychischen Prozessen gehören ins Fachgebiet von psychologischen Fachpersonen.

*„Wir haben ein Fachwissen über Angststörungen, Depressionen, PTBS, über Beziehungsdynamik [...] Und ich denke, das hat niemand von den anderen Berufsgruppen in diesem Ausmass.“ (P5, Z 69 - 71)*

Vor allem in medizinischen Institutionen wie beispielsweise Spitälern tragen Psychologen und Psychologinnen dazu bei psychischen Anliegen mehr Bedeutung einzuräumen. Insbesondere in diesem Umfeld ist es wichtig, dass es auch professionelle Ansprechpersonen für nicht somatische Anliegen gibt.

*„Denn im medizinischen Umfeld schaut alles, dass der Körper funktioniert. Und sie werden wenig gefragt, wie geht es ihnen? [...] also einige brechen dann in Tränen aus, weil [...] es tut gut, auch das gefragt zu werden und darüber zu sprechen. [...] aus diesen Reaktionen entnehme ich, dass [...] ein Bedürfnis da ist, die psychische Ebene wichtiger zu nehmen, als man das [...] macht.“ (P4, Z 88 – 91)*

*„Im Spitalrahmen ist es wichtig, dass es eine Psychologin gibt, die keine Nachrichten überbringt, bei der es nicht ums Medizinische geht.“ (P6, Z 72 & 73)*

### **Motivation und Erwartungen von Klientinnen und Klienten psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen**

Patienten suchen psychologische Unterstützung, um Ordnung zu schaffen, zur Schmerzbehandlung oder in der Hoffnung auf Heilung oder Lebensverlängerung durch psychisches Aufarbeiten von eigenen Themen.

*„Die einen haben den festen Glauben, dass sie auf allen Ebenen etwas übernehmen möchten, um am Leben zu bleiben. Und sie haben die Hoffnung, dass wenn sie psychisch an sich arbeiten, den Tod abwenden können oder das Sterben*

*hinausschieben können. Die zweiten kommen im Rahmen der Schmerzbehandlung. [...] Bei den dritten geht es darum geistig und seelisch Ordnung zu schaffen.“ (P1, Z 15)*

Es gibt Menschen am Lebensende, die von einer ausgebildeten Fachperson, welche Erfahrungen im Umgang mit dem Lebensende hat, begleitet sein möchten, wenn sie sich emotional sehr schwierigen Themen stellen.

*„Aber auch bei einem Fachmann, von dem sie wissen der drauskommt, der weiss, über was ich spreche, weil er das häufig erlebt und begleitet.“ (P4, Z 55 & 56)*

*„Sie sagen, ich möchte jemanden, der dabei ist, wenn ich mir die Frage nach dem Sterben stelle. [...] Hier geht es um Angst, vor dem was kommt. Patienten sind froh um die Möglichkeit, vorher hinzuschauen, als Entwicklungsschritt.“ (P1, Z 18 & 20)*

Einige Menschen am Lebensende suchen Unterstützung von Psychologinnen und Psychologen aufgrund psychopathologischer Symptome. Sterben ist nicht immer das Hauptthema.

*„Oft wollen sie eigentlich etwas Offensichtliches. Es geht um Angst oder Depression, [...] gar nicht ums Sterben.“ (P2, Z 60)*

### **Welche Herausforderungen und motivierenden Aspekte charakterisieren diesen Arbeitsbereich?**

Im Folgenden wird dargestellt, welche Herausforderungen, Schwierigkeiten aber auch motivierenden Aspekte den Arbeitsbereich von Psychologinnen und Psychologen mit Menschen am Lebensende charakterisieren.

Einige der interviewten Personen berichten, dass die Auseinandersetzung mit Menschen am Lebensende bei ihnen Trauer auslöst. Formen der eigenen Verarbeitung sind anders als bei sonstigen psychotherapeutischen Patienten. Insbesondere wird es als herausfordernd erlebt, wenn mehrere Menschen in kurzer Zeit oder junge Personen sterben.

*„Die Herausforderung ist, wenn man jemanden begleitet, sich selber den Raum zu geben um zu trauern. Nach den einzelnen Sitzungen aber auch wenn jemand stirbt ist Trauer da.“ (P1, Z 30)*

*„Oder grad eben die jungen Leute [...], wenn drei bis vier junge Männer nacheinander gestorben sind, dann hat man dann schon das Gefühl, jaa, es darf mal wieder einen Moment ruhiger sein.“ (P6, Z 48)*

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensende und der eigenen Trauer wird nicht nur als Belastung sondern auch als Bereicherung wahrgenommen, denn es geht um wichtige und zentrale Lebensthemen.

*„Die Natürlichkeit, die im Tod liegt, finde ich [...] faszinierend.“ (P6, Z 146)*

*„Es geht irgendwie um Wahrhaftiges, nicht um Pseudoprobleme.“ (P2, Z 93)*

*„... die Auseinandersetzung mit den existentiellen, [...] wichtigen Fragen, die häufig dann auf den Tisch kommen, wenn es ans Lebendige geht. Das gefällt mir und gibt mir Befriedigung, so wirklich über den ‚lebigen Nerv‘ zu reden.“ (P4, Z 118 & 119)*

Menschen suchen aus akuten Krisen psychologische Unterstützung. Das kann für Psychologen und Psychologinnen belastend sein.

*„Und die kommen wirklich aus der Not heraus. Weil vorher managen sie es allein und [...] wenn sie kommen, dann pressiert es einfach und ist intensiv und in dem Sinne schon belastend.“ (P2, Z 37)*

Diese akute Not kann dazu führen, dass die Beziehung zu den Klientinnen und Klienten in kurzer Zeit aussergewöhnlich intensiv ist und eine Vertrauensbasis entsteht, die schnelle Veränderungen ermöglicht.

*„Es gibt so eine Dichte der Begegnung, die nur dann möglich ist. Nähe, Vertrauen in einer kurzen Zeit, in einer Intensität, die sonst in einer hundertstündigen Therapie nicht möglich ist.“ (P5, Z 130 & 131)*

*„Man sieht ganz schnell in ein enormes Spektrum des Lebens dieser Menschen. Also von Null auf Hundert. Also ich finde das auch immer ein enormes, [...] Vertrauen, das einem da entgegengebracht wird.“ (P5, Z 140 – 143)*

*„Mit diesen Patienten kann man in kurzer Zeit etwas erreichen, und das ist spürbar in den Gesprächen, grad bei dieser Klientel.“ (P1, Z 27&28)*

Für manche Menschen am Lebensende ist der Austausch mit einem Mitmenschen zentral und nicht primär der Austausch mit einem Therapeuten. Dies erfordert eine hohe Fähigkeit von Psychologinnen und Psychologen einen konstruktiven Umgang zu finden, sich einzulassen und abzugrenzen.

*„Wichtig ist eine gute Fähigkeit zur Abgrenzung. Die Leute, die hierher kommen, suchen mehr den Menschen, [...] und nicht bloss den Therapeuten. Selbstverständlich bin ich als Therapeut hier [...] und das wird zu einer besonderen Herausforderung, sich abgrenzen, sich einlassen zu können [...].“ (P4, Z 132 - 136)*

Eine Sterbebegleiterin beschreibt, dass es schwierig ist zu erleben, wenn Konflikte, die bei den betroffenen Menschen offensichtlich Leiden verursachen, vor dem Tod nicht mehr gelöst werden können.

*„Wenn [...] eine Tochter [...] einen Hass hat auf einen Elternteil. [...] Und ich merke dann gleich [...] die Sehnsucht nach Versöhnung von beiden aber es geht einfach nicht. Für mich selbst auszuhalten [...] das ist verrückt.“ (P3, Z 61 - 65)*

Die Arbeit mit onkologischen Patienten im Spital bietet die Möglichkeit mit Menschen zu arbeiten, die sonst nie in eine Psychotherapie gekommen wären.

*„Und das ist aus meiner Sicht auch die Chance an Menschen zu gelangen, zu denen ich nicht gelangen würde als normaler Psychotherapeut.“ (P4, Z 21)*

### **Brauchen Psychologinnen und Psychologen spezifisches Wissen über somatische und medizinische Aspekte?**

Menschen am Lebensende sind primär körperlich krank. Inwiefern Psychologinnen und Psychologen über Kenntnisse von somatischen und medizinischen Aspekten verfügen sollen, um Sterbende angemessen begleiten zu können, wird von den interviewten Personen verschieden beurteilt. Einige der interviewten Personen erachten dies als relevant, um die Situation von Betroffenen verstehen zu können, beraterische Aufgaben wahrzunehmen oder um die Kommunikation der Patientinnen und Patienten mit Ärztinnen und Ärzten oder Pflegenden zu erleichtern.

*„Psychisches Befinden ist [...] abhängig von ihrem körperlichen Befinden. Und da muss ich verstehen[...]. was das heisst, eine Chemo oder eine Bestrahlung oder [...] nichts mehr. Oder [...] Prognosen bei gewissen Tumoren. [...] Und das finde ich schon sehr wichtig.“ (P5, Z 88 - 92)*

*„Ich finde, Medizin unbedingt! Weil [...] zum Beispiel, ein Patient machte Bestrahlung gegen einem Hirntumor. Dabei hatte er einen Bauchspeicheldrüsenableger. Und da sagte ich, das können sie doch vergessen! Ja, und das wusste er ja nicht! Oft wissen sie nicht was fragen, weil sie gar keine Ahnung haben. Und dann sagt der Arzt nichts und sagt, sie hätten ja auch fragen können.“ (P2, Z 96 & 99)*

Andere interviewte Psychologinnen und Psychologen hingegen sind der Ansicht, dass Kenntnisse über somatische Aspekte für die therapeutische Arbeit und Begleitung von Sterbenden nicht wichtig sind.

*„Das ist am Anfang. Das setzt wohl die Schwelle für diese Leute herab um zu uns zu kommen. Danach finde ich es überhaupt nicht wichtig.“ (P1, Z 14)*

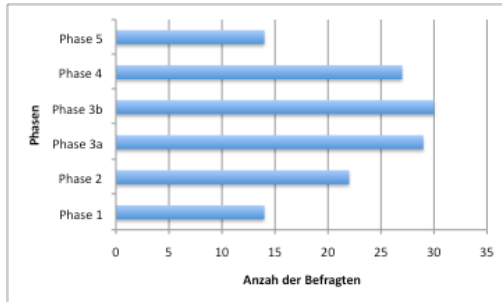
### **Arbeiten Psychologinnen und Psychologen mit Menschen am Lebensende in allen Phasen des Sterbeprozesses?**

Eine interviewte Person weist darauf hin, dass Psychologen und Psychologinnen Sterbende in jeder Phase des Sterbeprozesses (vgl. Kapitel 2.1) begleiten und unterstützen können.

*„Es gibt keine Phase, in der ein Psychologe nicht dabei sein kann. [...] es gibt in jeder Phase Menschen, die es schätzen und für die es nützlich und hilfreich ist, eine Begleitung zu haben.“ (P4, Z 69 & 70)*

Die Ergebnisse der quantitativen Umfrage in Abbildung sechs zeigen, dass diese Aussage bestätigt werden kann. Die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen beschränkt sich nicht auf gewisse Phasen des Sterbeprozesses wie sie im Kapitel 2.1 definiert sind.





**Abbildung 9: Sterbephasen**

Ob Aussenstehende und somit auch Psychologinnen und Psychologen Sterbende in den letzten beiden Phasen ihres Sterbeprozesses begleiten sollen, ist umstritten.

*„In der terminalen Phase, find ich jetzt, das ist ganz intim, da versuch ich vor allem die Angehörigen zu stärken, dass sie den Mut haben dort zu bleiben. Ich bin fremd. Und ich finde dort sollen nicht zu viele fremde Leute sein und eine andere Atmosphäre reinbringen.“ (P2, Z 121&122)*

Es zeigt sich jedoch, dass Psychologinnen und Psychologen teilweise auch am Ende des Sterbeprozesses einen Menschen begleiten. Eine interviewte Person berichtet, dass sie in manchen Fällen für die Begleitung und Unterstützung von Menschen im komatösen Zustand hinzugezogen wird.

*„Aber es gibt auch, dass ich erst am Schluss gerufen werde. Zum Beispiel wenn jemand ganz lange im komatösen Zustand ist, die Behandelnden das Gefühl haben, dass er nicht loslassen kann, [...] was auch nicht selten ist, die Angehörigen nicht loslassen können.“ (P4, Z 73 & 74)*

Zudem gibt es Sterbende, die in den letzten beiden Phasen ungewollt alleine sind oder explizit um die Anwesenheit einer Psychologin, einem Psychologen verlangen.

*„Ausser eben, es ist gewünscht. Oder [...] gebraucht. Ausser der Mensch hat Angst und will nicht alleine sein.“ (P2, Z 123)*

### **Gibt es Veränderungsbedarf im Umgang mit dem Thema Sterben und Menschen am Lebensende?**

Nach Ansicht von allen Interviewten braucht es mehr gesellschaftliche und persönliche Auseinandersetzung über verschiedene Formen des Sterbens, was würdiges Sterben bedeutet und dass Sterben oft mit Schmerzen, Verzweiflung und Trauer verbunden ist.

*„Wenn diese Gesellschaft vielleicht etwas nötig hätte, dann doch das Hinschauen, dass Sterben [...] etwas Trauriges ist, etwas Schmerzhaftes, das einen zur Verzweiflung bringt.“ (P1, Z54)*

Sterben ist gesellschaftlich tabuisiert. Tabuisierung, respektive die Angst über Sterben und Tod zu sprechen, wird für Menschen am Lebensende vor allem in Beziehungen

erlebbar. Dies zeigt sich beispielsweise, wenn Nachbarn einem Menschen, der von einer tödlichen Krankheit betroffen ist, aus dem Weg gehen, sich anders verhalten als vor der Diagnose. Dies kann bei den Betroffenen zu Verzweiflung führen. Einige der interviewten Personen sind der Ansicht, die Begleitung Sterbender durch Professionelle wäre weniger gefragt, wenn das Thema Sterben weniger tabuisiert wäre,.

*„Also in der Arbeit ist es kein Tabu. [...] in der Gesellschaft, ist es schon ein Tabu. Man redet nicht gerne darüber oder setzt damit sich auseinander, dass die Unsterblichkeit ein Konzept ist, das nicht wirklich aufgeht.“ (P5, Z 109 - 112)*

*„Wenn es weniger tabuisiert wäre, würde es weniger Professionelle brauchen für diese Arbeit. Weil es dann einfach normal wäre. Und dann würden sie in einer Familie auch mal darüber reden.“ (P2, Z 127)*

Es braucht Finanzierungsmodelle, die ermöglichen, dass Menschen ihr Lebensende nach individuellen Wünschen gestalten können. Da viele Menschen zu Hause sterben wollen, werden insbesondere mehr ambulante Dienste benötigt. Diese sollten aus einem interdisziplinären Team bestehen und auch Unterstützung von psychologischen Fachpersonen anbieten, um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. Für sterbende Menschen, die nicht von ihren Angehörigen betreut werden wollen, braucht es entsprechende Einrichtungen. Es wird kritisiert, dass es zu wenig Infrastruktur gibt, die eine wirkliche Wahl ermöglicht.

*„Die Vision wäre, dass das jeder so gestalten kann, wie er das möchte. [...] die einen [...] sind gerne in einem Spital und umorgt bis zum Schluss [...]. Aber ein grosser Teil von den Leuten stirbt gerne zu Hause [...] dafür gibt es [...], externe Onkologiepflege [...] aber nicht schweizweit. Das wäre meine Vision, dass es (...) am gewünschten Ort des Sterbens [...] eine Möglichkeit geben würde, die Leute interdisziplinär und interprofessionell zu umorgen. Das ist zum grossen Teil ein Finanzierungsproblem.“ (P4, Z 140 - 147)*

*„Ich meine, es gibt so die Tendenz, dass man weiss, wie man richtig stirbt. [...] Also im Kreise der Familie, das ist so ein domifiziertes Bild. Aber für ein paar ist im Kreise der Familie ein Horror. [...] Und dass man da wirklich jemandem ermöglichen kann, im Spital zu sterben, im Hospiz zu sterben.“ (P5, Z 151 - 155)*

*„Es fehlt an Infrastruktur. Gerade die Externen, also Onkospitex. Das ist einfach noch zu wenig vorhanden. Hospize denke ich, gibt es auch zu wenige.“ (P5, Z 165 - 167)*

Es braucht eine Anlaufstelle, wo Menschen ihre Wünsche und Anliegen zum Lebensende anbringen können.

*„Es fehlt teilweise ein Ort, an dem die Patienten und die Angehörigen sagen können, was sie wirklich wollen. Und das muss nicht bei uns sein. Ich denk eher an die Onkologen [...], dass man dort sensibel ist.“ (P5, Z 161 - 163)*

Eine Psychologin wünscht, dass sich mehr Angehörige zutrauen, Menschen am Lebensende zu unterstützen. Dafür werden entsprechende Strukturen benötigt.

*„Ich wünschte, dass mehr Leute den Mut hätten, ihre Angehörigen zu Hause zu begleiten und dass mehr Leute den Mut haben, diese Leute zu unterstützen. Also, dass es auch möglich sein könnte.“ (P3, Z 141)*

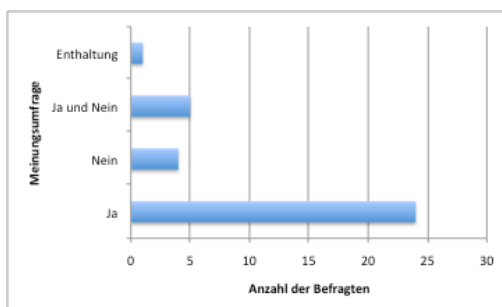
### **Meinungsumfrage: Braucht es aus Sicht der befragten Personen Psychologinnen und Psychologen, die Menschen am Lebensende betreuen?**

Ein Interviewpartner ist der Ansicht, dass es mehr Psychologinnen und Psychologen braucht, die Menschen in der langzeit-palliativen Phase unterstützen. Ein Grund für das Fehlen von Psychologinnen und Psychologen im Feld der Palliative Care ist, dass diese von somatisch orientierten Fachpersonen dominiert wird.

*„Es sind [...] viel zu wenig Psychologen vorhanden. [...]“ (P4, Z 2 & 3)*

*„In der Palliativ Szene, die von ärztlicher und pflegerischer Seite dominiert ist, drängen sich Psychologen nicht auf. Sie werden aber auch nicht geholt. Obwohl es unter dem Label Palliative Care ausdrücklich heisst, es soll ein ganzheitliches Konzept sein [...]“ (P4, Z 7 & 8)*

Aus der quantitativen Erhebung geht hervor, dass die Meinungen darüber, ob es Psychologinnen und Psychologen bei der Begleitung von Menschen am Lebensende braucht unterschiedlich sind.



**Abbildung 10: Meinungsumfrage**

Dieses Ergebnis erstaunt, da alle befragten Psychologinnen und Psychologen mit Menschen am Lebensende arbeiten. Beim Analysieren der Daten kann festgestellt werden, dass bei den vier Personen, welche die Frage verneinen, nicht therapeutische oder beraterische Aufgaben sondern Begleitung im Sinne von Da-Sein ohne Veränderungsanspruch im Vordergrund ihrer Arbeit stehen. Dies führt zur Annahme, dass die Uneinigkeit unter anderem auf unterschiedliche Begriffs- und Inhaltsdefinitionen von Sterbebegleitung zurückzuführen ist. Zudem wurde aus den Gesprächen ersichtlich, dass einige der befragten Personen wenige Kenntnisse darüber haben, was die Arbeit von anderen Psychologinnen und Psychologen mit Menschen am Lebensende von beinhalten kann.

## **Zusammenfassung Auswertung 2. Unterfrage**

Es besteht ein breites Spektrum an zentralen Aufgaben und Themen die zur Arbeit von Psychologinnen und Psychologen gehören. Beratung über Patientenverfügungen, Begleitung im Sinne von still neben einem Menschen sitzen, damit dieser nicht alleine ist, Aufarbeitung von Lebensthemen der Betroffenen oder Unterstützung der Angehörigen sind nur einige davon. Sterbebegleitung beinhaltet nebst Begleitung, im Sinne von Da-Sein ohne Veränderungsanspruch auch therapeutische und beraterische Aufgaben. Einige dieser Aufgaben können von psychologischen Fachpersonen sowie anderen an der Begleitung von sterbenden Menschen beteiligten Personen übernommen werden. Dies gilt insbesondere für die Begleitung im Sinne von Da-Sein ohne Veränderungsanspruch. Als Voraussetzungen für diesen Arbeitsbereich gelten Offenheit, Empathie, keine Angst vor Themen wie Sterben und Tod sowie gesunder Menschenverstand und nicht psychologisches Fachwissen.

Die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen gilt als Ergänzung und nicht als Ersatz zu schon bestehenden unterstützenden Angeboten und der Begleitung durch Angehörige und Freunde. Psychologinnen und Psychologen begleiten Menschen in allen Phasen des Sterbeprozesses. Der Umgang mit einer lebensbedrohlichen Krankheit betrifft auch die Angehörigen des sterbenden Menschen. Die daraus entstehenden psychischen Belastungen können für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu gross werden und psychologische Unterstützung erfordern.

Schmerzbehandlung, Therapie von Depression, Ängsten und Posttraumatischen Belastungsstörungen werden von allen Befragten als Aufgaben betrachtet, die spezifisch in den Kompetenzbereich von psychologischen Fachpersonen, meist Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, gehören.

Es gibt verschiedene andere Gründe, weshalb Psychologinnen und Psychologen in diesem Bereich arbeiten. Sie haben die Möglichkeit, sich ausschliesslich auf psychische Anliegen zu konzentrieren. Somit können sie professionelle Ansprechpartner für Menschen ohne Glaubenshintergrund sein. Betroffene suchen den Austausch mit psychologischen Fachpersonen, die nicht, wie Angehörige, von der Situation betroffen und belastet sind. Schwierige, emotionale Themen können im Vertrauen mit Personen besprochen werden, die Erfahrungen in diesem Bereich haben.

Die eigene Weltanschauung und Glaubensausrichtung beeinflussen das Selbstverständnis von Psychologinnen und Psychologen und ihre Arbeitsweise mit Menschen am Lebensende.

Die stetige Auseinandersetzung mit der Endlichkeit und der eigenen Trauer wird als herausfordernd erlebt. Eine hohe Fähigkeit zur Abgrenzung ist wichtig, um mit Sterbenden zu arbeiten, da Klientinnen und Klienten eher einen Austausch mit einem Mitmenschen und nicht primär einem Therapeuten suchen.

Motivierend wird erlebt, dass schnelle Veränderungen möglich sind. Es geht um wichtige zentrale Lebensthemen. Die Beziehung zu den Klienten ist intensiv und direkt.

Die Arbeit im Spital bietet die Möglichkeit mit Menschen zu arbeiten, die sonst kaum in eine Psychotherapie gehen würden.

Es fehlen Psychologinnen und Psychologen, die Menschen in der langzeit-palliativen Phase unterstützen. In einer Arbeitsumgebung in der somatische Anliegen im Zentrum stehen, wird die Mitwirkung von Psychologinnen und Psychologen unterschiedlich willkommen geheißen. Wissen über somatische Aspekte der Krankheiten kann die interprofessionelle Zusammenarbeit im Spital, insbesondere die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten vereinfachen.

Um das Ziel zu erreichen, individuelle Wünsche und Anliegen von Sterbenden und Angehörigen zur Gestaltung der letzten Lebensphase berücksichtigen zu können, braucht es Finanzierungsmodelle, die das ermöglichen.

## 7. Diskussion

Die Zusammenfassung bietet einen Überblick dieser Arbeit, bevor die Ergebnisse der Untersuchung interpretiert und diskutiert werden. Aus dieser Interpretation wird ein Fazit gezogen und das methodische Vorgehen kritisch überprüft. Weiterführende Gedanken runden die Diskussion ab.

### 7.1 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird der Forschungsfrage nachgegangen, ob es Psychologinnen und Psychologen bei der Begleitung von Menschen am Lebensende braucht. Theoretische Grundlagen sowie die Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Erhebung bilden die Basis für die Beantwortung der Forschungsfrage. Geführt von den nachstehend beschriebenen zwei Unterfragen werden Daten erhoben, die eine Beschreibung dieses Arbeitsbereiches zulassen:

- Wo, unter welchen Umständen und zu welchen Bedingungen arbeiten Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung?

- Was beinhaltet die Arbeit von Psychologen und Psychologinnen im Bereich der Sterbebegleitung?

Um die erste Frage zu beantworten werden die Fragebogenergebnisse von 34 befragten Psychologinnen und Psychologen dargelegt. Die zweite Frage wird hauptsächlich anhand der Daten von qualitativen Interviews, welche mit sechs Psychologinnen und Psychologen geführt wurden, beantwortet.

Im theoretischen Teil werden die themenspezifische Literatur aufgearbeitet und zentrale Begriffe wie Sterben, Lebensende und Sterbebegleitung definiert. Charakteristika psychosozialer Begleitung von Sterbenden werden beschrieben. Dazu werden die Aufgaben von den verschiedenen Personen thematisiert, die in die Begleitung involviert sind. Anhand eines kurzen Abrisses über historische Strömungen, die Einfluss auf den aktuellen gesellschaftlichen und persönlichen Umgang mit Sterbenden haben, wird das Thema in einen grösseren Zusammenhang gestellt. Dabei werden der Ist- und Sollzustand von Versorgungsstrukturen in der Schweiz und aktuelle gesundheitspolitische Anliegen erläutert.

## **7.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Der Beginn des Sterbens kann unterschiedlich definiert werden. In der vorliegenden Arbeit wird von folgender Definition ausgegangen: Objektive und subjektive Faktoren müssen gleichermassen vorhanden sein um einen Menschen als Sterbenden zu betrachten. Diese Definition stützt sich auf das Modell von Wittkowski und Schröder (vgl. Kapitel 2.1). Es bedeutet, dass das Vorhandensein einer lebensbedrohlichen, fortschreitenden Krankheit nicht ausreicht, um einen Menschen als Sterbenden zu betrachten. Erst wenn diese Tatsache von dem betroffenen Menschen wahrgenommen wird und dies sein Erleben und Verhalten beeinflusst, beginnt sein Lebensende, sein Sterben. Dabei bezieht sich Sterben nicht auf eine kurze Spanne vor Eintritt des Todes, sondern kann unter Umständen mehrere Jahre dauern. Diese Erkenntnis ist wichtig, damit Angebote psychosozialer Unterstützung frühzeitig beansprucht werden können. Der Sterbeprozess kann dem entsprechend lange sein und wird in fünf Phasen eingeteilt, wobei nicht jeder Mensch am Lebensende alle Phasen erlebt.

Gesellschaftliche Veränderungen, Individualisierung, Säkularisierung und medizinische Fortschritte haben den Umgang mit Sterbenden seit Mitte des 20. Jahrhunderts verändert. In der heutigen Gesellschaft steht der Anspruch im Zentrum, die Individualität und Würde des Menschen in der Endphase seines Lebens zu bewahren, respektive zu fördern.

Sterbebegleitung soll sich nach den Bedürfnissen des Betroffenen und seinen Angehörigen richten und somatische, psychische, soziale und spirituelle Anliegen gleichermaßen berücksichtigen. Diese Sichtweise kann als Gegenbewegung zur Epoche der kurativ ausgerichteten Apparatedizin betrachtet werden. Damals herrschte das Paradigma, dass Sterben grundsätzlich bekämpft werden sollte. ‚Hoffnungslose Fälle‘, also Menschen, deren Leben offensichtlich nicht mehr verlängert werden konnte, wurden zu dieser Zeit in Abstellkammern und Badezimmer abgeschoben und schieden dort psychisch, sozial, spirituell und medizinisch unterversorgt aus dem Leben.

Ehrenamtliche Hospizinitiativen rückten die Wichtigkeit der Lebensqualität des Menschen wieder ins Zentrum. Sie beeinflussten das Konzept Palliative Care, welches den Menschen als ganzheitliches Wesen betrachtet und im Gegensatz zur kurativen Medizin Sterben als natürlichen Prozess anerkennt und nicht auf Heilung sondern Linderung ausgerichtet ist.

Die Frage ob es Psychologinnen und Psychologen bei der Begleitung von Menschen am Lebensende braucht, beginnt bei der Frage, inwiefern Sterben und Sterbebegleitung professionalisiert werden soll. Es hat sich gezeigt, dass eine solche Professionalisierung bereits seit Mitte des letzten Jahrhunderts, insbesondere mit dem medizinischen Fortschritt, begonnen hat. Zunehmend mehr Menschen starben damals in Spitälern.

Heute sind in die Begleitung und Unterstützung von Sterbenden meist lediglich die nächsten Angehörigen involviert. Die Unterstützung der Angehörigen durch eine grössere Familien- oder Dorfgemeinschaft ist nur noch selten vorhanden. Angehörige sind aufgrund mangelnder Erfahrung oft unsicher im Umgang mit Sterbenden. Selbst durch den drohenden Verlust eines nahe stehenden Menschen bedroht, erleben sie eine Doppelbelastung. Wird die Belastung zu hoch, kann dies gar zum sozialen Tod eines Sterbenden führen. Das führt dazu, dass heute oft externe Personen wie freiwillige und ehrenamtliche Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleiter oder Professionelle mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen in die Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen involviert sind.

Aus der vorliegenden Untersuchung geht hervor, dass nebst Ärzten, Pflegenden, Seelsorgenden und anderen Professionellen auch Psychologinnen und Psychologen Menschen am Lebensende begleiten. Sie ergänzen bestehende Angebote der psychosozialen Begleitung und Unterstützung von Sterbenden und Angehörigen.

Die quantitative Erhebung zeigt, dass es Psychologinnen und Psychologen gibt, die selbständig erwerbend in eigener Praxis Begleitung und Unterstützung für Menschen am

Lebensende anbieten. Zudem sind Psychologinnen und Psychologen in Spitälern, Hospizen, Alters- und Pflegeheimen, Behindertenheimen und psychiatrischen Kliniken für die Begleitung von Sterbenden angestellt.

Die Arbeit mit Menschen am Lebensende wird von den Befragten als unterschiedlich belastend erlebt. Um diese bewältigen zu können, arbeiten 70,6% der Psychologen und Psychologinnen nur zu einem Teil ihres Arbeitspensums mit sterbenden Menschen und finden unter anderem einen Ausgleich in anderen beruflichen Tätigkeiten. Dies ermöglicht, dass Sie über längere Zeit in diesem Arbeitsbereich verweilen können. Immerhin rund 82% der befragten Personen arbeiten schon mehr als zehn Jahre im Bereich der Sterbebegleitung.

Alle befragten Psychologen und Psychologinnen geben an, eine oder mehrere Aus- und Weiterbildungen gemacht zu haben, die sie für die Arbeit mit Sterbenden als relevant betrachten. Die meisten haben eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen. Mehr als ein Drittel der befragten Personen hat eine Weiterbildung in Psychoonkologie absolviert. Nur wenige der befragten Personen haben eine gerontologische Weiterbildung oder einen Kurs in Sterbebegleitung besucht.

Die meisten befragten Psychologinnen und Psychologen arbeiten mit Menschen am Lebensende, die von einer Krebserkrankung betroffen sind. Es zeigt sich, dass auch Menschen, die von anderen tödlichen Diagnosen wie Demenz-, Muskel- oder Nervenerkrankungen betroffen sind psychologische Begleitung in Anspruch nehmen.

Aus dieser Untersuchung geht hervor, dass bei gewissen Anliegen oder Situationen Bedarf an psychosozialer Unterstützung von Psychologen und Psychologinnen für Menschen am Lebensende besteht. Das Angebot ergänzt die Betreuung von Sterbenden durch Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Seelsorgende und freiwillige sowie ehrenamtliche Sterbebegleitende.

Psychologinnen und Psychologen arbeiten in allen Phasen des Sterbeprozesses mit Menschen am Lebensende. Sie bieten einen Ort, an dem Betroffene schwierige emotionale Anliegen thematisieren können, ohne sich um die möglicherweise entstehende Belastung des Gegenübers sorgen zu müssen, wie das bei Angehörigen der Fall sein kann. Zudem gibt es Anliegen, die Betroffene mit ihren jeweiligen Partnern und Partnerinnen aus verschiedenen Gründen nicht besprechen können.

Wenn die Grenzen der Belastbarkeit von Betroffenen und Angehörigen überschritten werden, können Psychologinnen und Psychologen helfen, einen konstruktiven Umgang



mit der eigenen, schwierigen Situation zu finden und konstruktive Kommunikation zwischen dem Sterbenden und seinen Angehörigen fördern. Psychologinnen und Psychologen unterstützen und begleiten auch Angehörige. Für Menschen am Lebensende kann es entlastend sein zu wissen, dass auch ihre Angehörigen unterstützt werden. 79% der 34 befragten Personen geben an, dass die Begleitung der Angehörigen ebenfalls zu ihrer Arbeit gehört.

Alle interviewten Personen sind der Ansicht, dass Begleitung, im Sinne von Da-Sein ohne Veränderungsanspruch auch von Freiwilligen und ehrenamtlichen Sterbebegleiterinnen übernommen werden kann. Bei schwierigen, komplexen Situationen werden teilweise psychologisch ausgebildete Fachpersonen hinzugezogen.

Sterbende sind primär körperlich krank. Deshalb gehören Ärzte und Pflegende zum Kernteam der Betreuung von Menschen, die von einer tödlichen Krankheit betroffen sind. In diesem eher somatisch ausgerichteten Umfeld haben Psychologinnen und Psychologen die Möglichkeit, sich ausschliesslich auf psychosoziale Bedürfnisse der Sterbenden zu konzentrieren. Teilweise kommt ihnen eine vermittelnde Rolle zwischen Sterbenden, Angehörigen und Ärzten zu. Anders als bei Ärztinnen und Ärzten ist das Hauptanliegen der Arbeit von Psychologinnen und Psychologen die Aufrechterhaltung der Lebensqualität anstatt der Lebensquantität.

Für Menschen ohne Glaubenshintergrund, die keinen Beistand von Geistlichen beanspruchen würden, können Psychologinnen und Psychologen Ansprechpartner für ihre Anliegen sein. Es gibt Menschen am Lebensende, die explizit nicht mit Geistlichen und doch mit professionellen, erfahrenen Vertrauenspersonen wie Psychologinnen und Psychologen über diese Themen sprechen wollen.

Die Meinungen, inwiefern religiöse und spirituelle Themen und insbesondere der Umgang mit religiösen Ritualen ebenfalls zu den Aufgaben von Psychologinnen und Psychologen gehören, gehen auseinander. Je nach eigener Weltanschauung und Glaubensausrichtung distanzieren sich einige der interviewten Personen explizit von diesen Themen, während andere Psychologinnen und Psychologen diese ebenfalls zu ihren als Teil ihrer Arbeit betrachten.

Menschen am Lebensende, die professionelle psychologische Begleitung in Anspruch nehmen, tun dies mit unterschiedlichen Erwartungen. Einige erhoffen sich Heilung oder Lebensverlängerung durch Aufarbeiten von ungelösten Problemen. Andere suchen professionelle Begleitung aus akuter Not und weil sie mit dieser belastenden Situation überfordert sind.

Es gibt Menschen am Lebensende, die von einer erfahrenen und ausgebildeten Fachperson begleitet sein wollen, wenn sie sich emotional sehr schwierigen Themen stellen. Andere sterbende Menschen beanspruchen Unterstützung von Psychologinnen und Psychologen aufgrund von psychopathologischen Symptomen oder zur Schmerzbehandlung. Das Thema Sterben steht nicht immer im Vordergrund.

Aus dieser Untersuchung geht hervor, dass ein breites Spektrum an unterschiedlichen Aufgaben und zentralen Themen, welche Psychologinnen und Psychologen bei der Begleitung von Sterbenden wahrnehmen, besteht. Diese Aufgaben können in die drei Hauptbereiche Beratung, Therapie und Begleitung eingeteilt werden. Im Unterschied zu therapeutischen Aufgaben beinhaltet Begleitung Da-Sein ohne Veränderungsanspruch. Insbesondere diese Aufgaben können nach Ansicht der interviewten Personen ebenso von Menschen ausgeführt werden, die mit Offenheit, gesundem Menschenverstand und ohne Angst vor den Themen Sterben und Tod Menschen am Lebensende begegnen können. Der berufliche Hintergrund wird dabei nicht als wichtig eingeschätzt. Als Grundvoraussetzung für die Arbeit mit Sterbenden gilt eine authentische, empathische, menschliche Grundhaltung. Erwartungen darüber, was „gutes Sterben“ charakterisiert beeinflussen den persönlichen und gesellschaftlichen Umgang mit Sterbenden. So kann beispielsweise die Meinung, Sterbegleitung soll dazu beitragen, das eigene Leben und Sterben zu akzeptieren, überfordernd sein. Für Begleitende bedeutet das, eigene Erwartungen zu erkennen um zu wissen, was gutes Sterben für sie bedeutet, damit diese Erwartungen nicht auf die Betroffenen übertragen werden. Die Art und Intensität der Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende sollen Betroffene und ihre Angehörigen selber bestimmen können.

Die vorliegende Studie zeigt, dass keine übergreifende Definition darüber besteht, was die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbegleitung beinhaltet. Vielmehr setzen die interviewten Personen eigene Schwerpunkte für ihre Arbeit. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass grosse Unterschiede bestehen, wie oft Psychologinnen und Psychologen die Sterbenden treffen. Während einige Psychologinnen und Psychologen Menschen am Lebensende lediglich einmal treffen, handelt es sich in anderen Fällen um eine Begleitung, die über mehrere Jahre dauert. Dabei kann es zu mehr als 200 Sitzungen kommen. Zudem definieren die befragten Personen Sterbegleitung verschieden. Während einige der befragten Personen Sterbegleitung als Begleitung im Sinne von Da-Sein ohne Veränderungsanspruch

definieren, steht für andere die psychotherapeutische Arbeit mit Sterbenden im Vordergrund.

Diese Vielfalt an Angeboten birgt Vor- und Nachteile. Einerseits kann ein solch vielfältiges Angebot dazu beitragen, dem Anspruch gerecht zu werden, auf individuelle Bedürfnisse von betroffenen Menschen eingehen zu können. Andererseits ist es für Betroffene und andere Fachpersonen schwierig zu erkennen, für welche Anliegen Psychologinnen und Psychologen Ansprechpartner sind. Selbst Psychologinnen und Psychologen wissen nur teilweise, was die Arbeit ihrer Berufskolleginnen und –kollegen beinhaltet. Dies wird auch in der durchgeführten Meinungsumfrage ersichtlich. Einige Psychologinnen und Psychologen, die Menschen am Lebensende begleiten verneinen, dass es Menschen aus ihrer Berufsgruppe bei der Begleitung von Menschen am Lebensende braucht. Diese Uneinigkeit ist unter anderem auf das Fehlen einer einheitlichen Begriffs- und Inhaltsdefinitionen von Sterbebegleitung zurückzuführen. Wittkowski und Schröder weisen darauf hin, dass unterschiedliche Definitionen von Sterben und Sterbebegleitung das grösste Hindernis für eine adäquate Betreuung Sterbender darstellen, da sie den Diskurs erschweren, was eine angemessene Betreuung am Lebensende beinhalten sollte (vgl. Kap. 3.2.1). Das zeigt, dass eine einheitliche Definition von Sterben und Sterbebegleitung dazu beitragen würde, die psychosoziale Betreuung von Sterbenden zu verbessern.

Die Suche nach psychologischen Fachpersonen, die in diesem Bereich arbeiten, hat sich als schwierig erwiesen. Der Bestandesaufnahme der psychosozialen Onkologie in der Schweiz kann entnommen werden, dass Patientinnen und Patienten, Angehörige und Fachpersonen zu wenig über die möglichen Angebote psychosozialer Unterstützung informiert sind. Es wird bemängelt, dass die ungenügende Vernetzung der Anbietenden den Zugang dazu erschwert. Zudem werden nach Einschätzungen des BAG psychosoziale Anliegen in vielen Institutionen zu wenig erkannt und somit ungenügende Massnahmen dafür ergriffen. Bessere Kenntnisse darüber, was die Arbeit der verschiedenen Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung beinhaltet, würde Betroffenen den Zugang zu psychologischer Unterstützung erleichtern. Dazu ist vermehrte intra- und interdisziplinäre Vernetzung der an der Begleitung beteiligten Personen notwendig.

Aus der Sicht von den interviewten Personen besteht Veränderungsbedarf im Bereich der Sterbebegleitung und dem Umgang mit Sterben und Sterbenden. Eine Enttabuisierung von Sterben und Tod wäre nötig, um persönlich und gesellschaftlich zu einem adäquaten

Umgang mit diesem Thema zu finden und dem Ziel, würdiges Sterben für alle zu ermöglichen, näher zu kommen.

### **7.3 Fazit**

Sterbebegleitung richtet sich nach den Bedürfnissen von Sterbenden. Betroffene und ihre Angehörigen entscheiden, inwiefern sie externe Unterstützung in Anspruch nehmen wollen. Den Ergebnissen der vorliegenden Studie kann entnommen werden, dass es Menschen am Lebensende gibt, die zur Bewältigung ihrer Situation Unterstützung von Psychologinnen und Psychologen in Anspruch nehmen. Insbesondere für psychosoziale Anliegen können Psychologinnen und Psychologen, ergänzend zu anderen Angeboten durch Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Seelsorgende, freiwillige sowie ehrenamtliche Sterbebegleitende Beratung, Therapie und Begleitung bieten.

### **7.4 Methodenkritik**

Um zu erforschen, welche Aufgaben, Themen, Einstellungen, Grenzen und Möglichkeiten die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen mit Menschen am Lebensende charakterisieren hat sich das qualitative Interview als Erhebungsmethode bewährt. Verschiedene Aspekte dieses Arbeitsbereiches konnten umfassend erhoben und in Zusammenhang mit der aufgearbeiteten Theorie gestellt werden. Insbesondere die Vielfalt dieses Arbeitsbereiches konnte dadurch beschrieben werden.

Die quantitative Erhebung mittels Fragebogen erwies sich nur teilweise als erfolgreich. Die Erhebung zu Arbeitsorten, -bedingungen und -umständen waren aufschlussreich und lassen einen Überblick über die Breite dieses Arbeitsgebietes zu.

Die Auswertung der Fragen welche freie Antwortmöglichkeiten offen liessen, erwies sich als ungünstig. Oft wäre eine Nachbefragung nötig gewesen, um zu eruieren, was mit den angegebenen Antworten gemeint war. Nachträgliche Kategorienbildung bei einer quantitativen Auswertung ist wenig sinnvoll, da so nicht alle befragten Personen dieselben Voraussetzungen haben und dies eine Quantifizierung erschwert, teilweise gar verunmöglicht. Bei manchen Fragen, wie beispielsweise bei Frage 17 wäre eine Hierarchisierung und zusätzliche Differenzierung nötig gewesen, im Sinne von wie wird die Qualität der Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal usw. eingeschätzt, um aussagekräftigere Antworten zu erhalten.

Frage 13, welche nach den theoretischen Konzepten der Psychologinnen und Psychologen fragt, war unklar gestellt und konnte deshalb nicht ausgewertet werden. Die

Vielfalt der gegebenen Antworten weist darauf hin, dass die Klärung, was theologische Konzepte sind und die Unterscheidung zwischen psychotherapeutischen und psychologischen Konzepten wichtig gewesen wäre, um eindeutige Antworten zu erhalten und eine quantitative Aussage zu ermöglichen.

## **7.5 Weiterführende Überlegungen**

In dieser Studie wurde aufgezeigt, was die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen im Bereich der Sterbebegleitung beinhalten kann. In einer Folgestudie könnten anhand einer repräsentativen Stichprobe Indikatoren erarbeitet werden, die als Anhaltspunkte dienen um zu erkennen, bei welchen Anliegen oder Situationen die Unterstützung von stationär oder ambulant arbeitenden Psychologinnen und Psychologen sinnvoll ist. Dies ist notwendig, um die Suche nach geeigneter Unterstützung für Betroffene und Angehörige zu erleichtern und nicht zu einer weiteren Belastung werden zu lassen. Da Ärztinnen, Ärzte und Pflegende in den meisten Fällen in die Begleitung von Sterbenden involviert sind, wäre es wichtig, auch diese Berufsgruppen umfassend über das Angebot von Psychologinnen und Psychologen zu informieren und für psychosoziale Anliegen zu sensibilisieren.

Vermehrte Sensibilisierung von Psychologinnen und Psychologen für diesen Lebensabschnitt, der nicht eine kleine Minderheit, sondern in naher Zukunft einen grossen Teil der Bevölkerung direkt oder indirekt betreffen wird, wäre wünschenswert.

Um Sterben in Würde und eine ganzheitliche Betreuung für alle Menschen am Lebensende in der Schweiz, unabhängig ihres sozioökonomischen Status zu ermöglichen, braucht es geeignete Finanzierungsmodelle. Es wäre interessant und wichtig zu untersuchen, welche Finanzierungsmodelle für die Betreuung von Menschen am Lebensende schon bestehen und diese zu vergleichen, mit dem Ziel ein einheitliches Modell zu finden, damit psychosoziale Betreuung von Fachpersonen für Sterbende und Angehörige nicht zu einem Luxusangebot wird.

## 8. Abstract

In der vorliegenden Studie wird untersucht, ob es in der Schweiz bei der Begleitung von Menschen am Lebensende Psychologinnen und Psychologen braucht. Sie enthält sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Befragung mit Psychologinnen und Psychologen, die mit Sterbenden arbeiten. Aufgrund der Ergebnisse von 34 Fragebogen werden die Arbeitsbedingungen, -umstände und möglichen Arbeitsorte von Psychologinnen und Psychologen beschrieben. Mittels sechs Leitfadeninterviews konnte vertieft erforscht werden, was die Arbeit der befragten Personen beinhaltet.

Die Ergebnisse zeigen, dass es für gewisse Anliegen und Situationen Psychologinnen und Psychologen als Ergänzung zu anderen Angeboten für die psychosoziale Unterstützung und Begleitung von Menschen am Lebensende braucht.

## 9. Literaturverzeichnis

Anselm, R. & van Oorschot, B. (2007). Fazit und Perspektiven für die Weiterarbeit. In van Oorschot, B. & Anselm R. (Hrsg.). *Mitgestalten am Lebensende. Handeln und Behandeln Sterbenskranker* (S. 164-177). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ariès, P. (1976). *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*. München: Hanser.

Baltes, M. (1984). Altern und Tod in der psychologischen Forschung. In Wienau R. und Rosemeier H.P. (Hrsg.), *Tod und Sterben* (S. 237-251). Berlin: De Gruyter.

Baust, G. (1983). Klinische Problemsituationen und medizinische Ethik. In E. Luther (Hrsg.), *Beiträge zur Ethik in der Medizin* (S. 13-40). Jena: VEB Gustav Fischer Verlag.

Beutel, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. In (Hrsg.) Schmitz-Scherzer, R. (1992). *Altern und Sterben*. Bern: Hans Huber.

Buckman, R. (1990). *Was wir für Sterbende tun können. Praktische Ratschläge für Angehörige und Freunde*. Zürich: Kreuz Verlag.

Chappuis, Ch. (1999). *Rehabilitation: Aspekte am Lebensende*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 80, 912-914.

Corless B. (2005). Future Trends in Dying, death and bereavement: a call to action. In International work group on death, dying and bereavement. (Hrsg.) *Illness, crisis & loss*, 13(4) 377-385.

De Beauvoir, S. (1972). *Das Alter*. Rororo: Hamburg.

Derrida, J. (1998). *Aporien. Sterben – Auf die Grenzen der Wahrheit gefasst sein*. München: Fink.

Dörner, K. (2005). *Autonomie am Lebensende*. Zeitschrift für Palliativmedizin, 6, 109-11.

Dresske, S. (2007). Wie sterben im Hospiz orchestriert wird. In Gehring P., Rölli M., Saborowski M. (Hrsg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute (S.77-101)*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Fischer, S., Bosshard, G., Zellweger U. & Faisst, K. (2004). *Der Sterbeort: Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Berlin: Springer. 37:6, 467–474.

Gehring, Rölli, Saborowski. (2007). *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Glaser, B.J. & Strauss, A.L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.

Geiss-Mayer, G., Ramsenthaler C. & Otto M. (2009). *Eine neue Kultur der Sterbebegleitung. Haltung als Herzstück palliativer Begleitung*. Schattenblick, 417:50, 3.

Gennep, A. (1999). *Übergangsriten*. Frankfurt: Campus-Verlag.

Gronemeyer R., Fink, M., Globisch M., Schumann, F. (2004). *Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa*. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.

Gruber, W., Vollmer, T., Hiddemann, W. (2000). *Palliative Psychoonkologie – Bedarf und Handlungsformen. Am Ende neu beginnen?* Internist, 41, 619-626.

Halter, S. (2007). Abwehr oder Solidarität. In Heller, B., Winter F. (Hrsg.), *Tod und Ritual*. Wien: Literatur Verlag Gmbh & Co.

Heller, B. (2007). Abwehr oder Solidarität. In Heller, B., Winter F. (Hrsg.), *Tod und Ritual*. Wien: Literatur Verlag Gmbh & Co.



Herrlein, P. (2009). *Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Theorien, Strategien, Beratungs-Wissen*. Wuppertal: Der Hospiz Verlag.

Kastenbaum, R. (1989). Dying. In R. Kastenbaum, B. Kastenbaum (Hrsg.), *Encyclopedia of death* (S.101-107). Phoenix: Oryx.

Kostrzewa, S. & Kutzner, M. (2009). *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung* (4. überarb. und erg. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Kruse, A. (1992). Sterbende begleiten. In Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), *Altern und Sterben* (S. 63-105). Bern: Verlag Hans Huber.

Kruse, A. (1995). Die psychosoziale Situation Schwerkranker und Sterbender und ihrer Angehörigen. In Keseberg A. & Schrömbgens H.(Hrsg.), *Hausärztliche Betreuung des Schwerkranken und Sterbenden*. (S. 20-38). Stuttgart: Hippokrates Verlag GmbH.

Kruse, A. (2007). *Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.

Kruse A. & Schmitz-Scherzer R. (1995). Sterben und Sterbebegleitung. In Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S.289-300). Darmstadt: Steinkopff.

Kübler-Ross, E. (1971). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag.

Kübler-Ross, E. (1980). *Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod*. Stuttgart: Kreuz-Verlag.

Kübler-Ross, E. (1990). *Verstehen was Sterbende sagen wollen*. Stuttgart: Kreuz-Verlag.

Langenkamp, N. (1994). Würde am Lebensende. In *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, Heft 3, S. 28-34.

Lehr, U. (1983). *Altern – Tatsachen und Perspektiven*. Bonn: Bouvier Verlag.

Lessing, G. (2000). Palliative Pflege. In Kellenhauser, E., Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Geissner, U., Gümmer, M. & Ullrich, L. (Hrsg.). *Pflege entdecken – erleben-verstehen: professionell handeln* (9.Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Luhmann, N. (1993). In: Willke H, (Hrsg.). *Systemtheorie*. Stuttgart: Quelle und Meyer.

Mettner, M. (2003). *Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung* (3. Aufl.). Zürich: NZN.

Mitzdorf, U. (1994). Biologische Aspekte psychischer Phänomene. In Poppel, E., Bullinger, M. & Härtel, U. (Hrsg.). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (S. 19-42). Weinheim: Chapman & Hall.

Naisbitt, J. (1982). *Megatrends*. New York: Warner.

Nauck, F. (2001). *Symptomkontrolle in der Finalphase. Der Schmerz*. 15, 362-369.

Navarra, S., Eichenberger, C., Fluri, M., Hopf, C., Navarra, K. (2005). *Psychosoziale Onkologie in der Schweiz. Schlussbericht der Bestandesaufnahme*. Krebsliga Schweiz: Bern.

Perret, K. (2005). *Sterbebegleitung*. 2. Studienarbeit, Zürcher Fachhochschule, Hochschule für Angewandte Psychologie.

Pleschberger, S. (2005). *Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*. Freiburg: Lambertus Verlag.

Pitceathly, C. & Maguir, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of Cancer*, 39, 1517-1524.

Porchet-Munro, S., Stolba, V. & Waldmann, E. (2005). *Den letzten Mantel mache ich selbst. Über die Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care*. Basel: Schwabe Verlag.

Renz, M. (2005). *Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung* (3. überarb. und erg. Auflage). Paderborn: Junfermann Verlag.

Renz, M. (2010). *Grenzerfahrung Gott. Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit*. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.

Rest, F. (1992). *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Rosenblatt, P.C. (1997). Grief in Small-Scale Societies. In: Colin Murray Parkes (Hrsg.) *Death and Bereavement Across Cultures* (1997, 27-51). London: Routledge.

Rüegger, H. (2003). *Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis*. Zürich: Theologischer Verlag.

Saunders, C.& Bains, M. (1991). *Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen*. Bern: Huber.

Schmitz-Scherzer, R. (1992). Sterben heute. In Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), *Altern und Sterben* (S. 9-26). Bern: Huber.

Schröder, C. (2002). Psychosoziale Arbeit im Rahmen palliativ-medizinischer Versorgung. In Brähler E., Strauss B. (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S. 407-424). Göttingen: Hogrefe.

Seubert, H. (1993). *Zu Lasten der Frauen. Benachteiligung von Frauen durch die Pflege alter Eltern*. Pfaffenweiler: Centaurus.

Specht-Tomann, M. & Tropper, D. (1998). *Zeit des Abschieds: Sterbe- und Trauerbegleitung*. Düsseldorf: Patmos Verlag.

Specht-Tomann, M. & Tropper, D. (2003). *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag*. Berlin: Springer.

Spiegel-Rösing, I. & Petzold H. (1984). *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch*. Paderborn: Junfermann-Verlag.

Sporken, P. (1982). Die Bedürfnisse des Sterbenden. In P. Sporken (Hrsg.), *Was Sterbende brauchen* (S. 11-44). Freiburg: Herder.

Tausch-Flammer, D. & Bickel, L. (1996). *Sterbenden nahe sein. Was können wir noch tun*. Breisgau: Herder.

Van Gennep. (1999). *Übergangsriten*. Frankfurt/Main: Campus.

Van Oorschot, B. , Wedding, U. (2005). *Einstellungen zu Sterben, Tod und Palliativmedizi. Der Onkologe*, 11, 367-375.

Walter, T. (1994). *The revival of death*. London: Routledge.

Wesiack, W. (Hrsg). *Psychosomatische Medizin* (S. 362-381). München: Urban & Schwarzenberg.

Wilkening, K. & Kunz, R. (2003). *Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wittkowski, J. & Schröder C. (2008). *Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

### *Internetadressen*

Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Medienmitteilung*. [On-line]. Available:  
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit & Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren. (2009). *Nationale Strategie Palliative Care*. [On-line]. Available: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/index.html?lang=de>

Knipping, C. (2008) *Definition Palliative Care*. [On-line]. Available:  
<http://www.google.ch/search?q=who+palliative+care+definition&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:de:official&client=firefox-a>

Paar G. (1990). *Psychopharmaka in der psychosomatischen Medizin und in der Allgemeinmedizin*. In: Adler, R., Herrmann, J., Köhle, K., Schonecke, O., Uexküll, T. & Palliative Care – Netzwerk Zürich. (2003). [On-line]. Available: <http://www.google.ch/search?q=geschichte+von+Palliative+Care+schweiz&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:de:official&client=firefox-a>

Psychological work group on death, dying and bereavement. (1993). *A statement of assumptions and principles concerning psychological care of dying persons and their families*. [On-line]. Available: <http://www.iwgddb.org/>

Renz, M. (2008). *Was ist gutes, was ist würdiges Sterben? Was uns Sterbende lehren*. (On-line). Available:  
<http://www.google.ch/search?q=was+ist+w%C3%BCrdiges+Sterben%2C+Renz&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:de:official&client=firefox-a>

Schweizerische Akademie medizinischer Wissenschaften. (2004). *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. [On-line]. Available:  
<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. (2001). *Standards. Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz*. [On-line]. Available: <http://www.palliative.ch/de/documents.php>

World Health Organisation. (1990). [On-line]. Available:  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## 10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell Begleitende und ihre Aufgabenbereiche .....	18
Abbildung 2: Arbeitsform .....	34
Abbildung 3: Institutionen .....	35
Abbildung 4: Arbeitspensum .....	36
Abbildung 5: Erlebte Belastung .....	37
Abbildung 6: Verweildauer .....	37
Abbildung 7: Interdisziplinarität Berufsgruppen .....	38
Abbildung 8: Qualität Interdisziplinarität .....	39
Abbildung 9: Sterbephasen .....	51
Abbildung 10: Meinungsumfrage .....	53

## 11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Profile der interviewten Psychologinnen und Psychologen.....	31
Tabelle 2: Phasen des Sterbeprozesses.....	33
Tabelle 3: Zentrale Themen .....	42
Tabelle 4: Definition Therapie, Beratung, Begleitung .....	43

## 12. Anhang

**A1 Fragebogen**

**A2 Begleitbrief**

**A3 Leitfaden für Leitfadeninterview**

**A4 Kategoriensystem**



## A1 Fragebogen

### „Begleitung am Lebensende - eine Aufgabe für Psychologinnen und Psychologen?“

Bitte kreuzen Sie die jeweils am ehesten zutreffenden Antworten an. Bei vielen Fragen sind Mehrfachantworten möglich. Wenn keine der vorgegebenen Antworten zutreffen, schreiben Sie Ihre Angaben oder Ergänzungen bitte auf die leeren Linien zu der entsprechenden Frage. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname (fakultativ, für allfällige Nachfragen)

.....

1)  Mann  Frau

2) Wie alt sind Sie?

- |                                |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20-25 | <input type="checkbox"/> 46-50        |
| <input type="checkbox"/> 26-30 | <input type="checkbox"/> 51-55        |
| <input type="checkbox"/> 31-35 | <input type="checkbox"/> 56-60        |
| <input type="checkbox"/> 36-40 | <input type="checkbox"/> 61-65        |
| <input type="checkbox"/> 41-45 | <input type="checkbox"/> älter als 65 |

3) In welchem Kanton arbeiten Sie?

.....

4a) Seit wann arbeiten Sie im Bereich „Begleitung am Lebensende“?

.....

4b) Falls Sie nicht mehr in diesem Bereich arbeiten, bis wann sind Sie dieser Arbeit nachgegangen?

.....

5a) Arbeiten Sie..

- selbständig
- angestellt
- 

.....

5b) Falls Sie angestellt sind, bei wem sind Sie angestellt?

- Spital
- Palliativstation
- Hospiz
- Altersheim
- Kirche
- 

.....

6) Wer bezahlt ihre Beratungs- oder Therapietätigkeit?

- unbezahlt, Freiwilligenarbeit, ehrenamtlich
- Krankenkasse
- Klientinnen, Klienten
- Angehörige

- Kirchliche Institutionen
- Stiftungen
- Spendengelder
- .....
- .....

7) Wie viele Menschen begleiten Sie jährlich?

- |                               |                                |                                 |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-5  | <input type="checkbox"/> 11-20 | <input type="checkbox"/> 41-50  |
| <input type="checkbox"/> 6-10 | <input type="checkbox"/> 21-40 | <input type="checkbox"/> 51-100 |

8) Wie viel Prozent arbeiten Sie ungefähr in der Begleitung von mit Menschen in der letzten

Lebensphase?

- |                                  |                                  |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0%-10%  | <input type="checkbox"/> 31%-40% | <input type="checkbox"/> 61%-70%       |
| <input type="checkbox"/> 11%-20% | <input type="checkbox"/> 41%-50% | <input type="checkbox"/> 71%-80%       |
| <input type="checkbox"/> 21%-30% | <input type="checkbox"/> 51%-60% | <input type="checkbox"/> mehr als 80 % |

9) Welches ist Ihr Klientel?

- Krebskranke Menschen
- Menschen die an Aids erkrankt sind
- Menschen mit Suchterkrankungen
- Menschen mit einer langjährigen Behinderung (MS, Parkinson, Duchenne etc.)
- Erwachsene die älter als 65 sind
- Erwachsene die jünger als 65 sind
- erwachsene Angehörige von Menschen in der letzten Lebensphase
- Kinder und Jugendliche von Menschen in der letzten Lebensphase
- .....
- .....

10) Wie oft treffen Sie die betroffenen Personen?

- |                                   |                                    |  |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1-10 mal | <input type="checkbox"/> 11-20 mal | <input type="checkbox"/> mehr als 21 mal |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|

11) In welchen Abständen treffen Sie die betroffenen Personen?

- |                                  |   |                                |
|----------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> einmal wöchentlich | <input type="checkbox"/> ..... |
|----------------------------------|---|--------------------------------|

12) Welche zusätzlichen Aus- und Weiterbildungen haben Sie nebst dem Psychologiestudium, die

für die Arbeit mit Menschen am Lebensende relevant sind?

- Therapieausbildung:
  - Gesprächsorientierte Therapien
  - Körperorientierte Therapien
  - Kunsttherapien
  - Musiktherapien
  - Farbtherapien
- Kurs in Sterbebegleitung
- Theologisch - religiös ausgerichtete Weiterbildungen
- .....
- .....

13) Nach welchen theoretischen Konzepten arbeiten Sie?

- Psychologische Konzepte
  - Psychoanalytische Konzepte
  - Behavioristische Konzepte
  - Humanistische Konzepte

- .....
- Theologische Konzepte
- .....

14) Wie schätzen Sie die Qualität der Vernetzung und Zusammenarbeit mit Ihren Berufskolleginnen und Berufskollegen ein?

- Gut vernetzt, reger Austausch
- Mässig vernetzt, mässiger Austausch
- Schlecht vernetzt, ich wünschte mir mehr Vernetzung und Austausch
- Schlecht vernetzt, das ist ok so, mir fehlt die Vernetzung und der Austausch nicht.
- .....

15) Mit welchen Berufsgruppen arbeiten Sie zusammen?

- Ärzte
- Pflegepersonal
- Seelsorger
- Freiwillige Helferinnen und Helfer
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
- Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
- Körpertherapeutinnen und Körpertherapeuten (Atemtherapie, Lymphdrainage etc.)
- .....
- .....

16) Wie viel Raum nimmt der interdisziplinäre Austausch in Ihrer Arbeit ein?

- Es besteht viel interdisziplinärer Austausch
- Es besteht mittel viel interdisziplinärer Austausch
- Es besteht wenig interdisziplinärer Austausch
- Es besteht kein interdisziplinärer Austausch

17) Wie schätzen Sie die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit ein?

- Hoch, wertvoller und wichtiger Austausch entsteht
- Mittel, es gibt einen Austausch, aber nicht genügend
- Tief, es gibt zu wenig Austausch und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen
- .....

18) Was betrachten Sie als Ihre Hauptaufgaben in der Begleitung von Menschen am Lebensende?

- Entscheidungsfindung
- Persönliches Wachstum (Selbstaktualisierung)
- Informationen über Krankheit und Behandlungsmassnahmen
- Gesprächspartner sein
- Sinnfragen, Sinnorientierung
- Lebensbilanz ziehen
- Lebensrückblick
- zuhören
- Sitzwache
- .....
- .....
- .....

19a) Wie arbeiten Sie mit Menschen am Lebensende?

- Gespräche
- in Stille mit-sein
- körperliche Berührung
- beten
- Segen aussprechen
- Musik machen
- Musik hören
- zeichnen, malen, modellieren, gestalten
- .....
- .....

19b) Falls Sie Gespräche durchführen, was ist das Ziel davon?

.....

.....

.....

20) Wie hoch schätzen Sie die psychische Belastung Ihrer Arbeit ein?

- sehr hoch, die Arbeit ist überaus belastend
- hoch, es ist eine sehr belastende Arbeit
- mittel, es ist eine belastende Arbeit
- tief, die Arbeit ist nicht so belastend

21) Ist es für Sie wichtig, neben der Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase, im Sinne

eines Ausgleichs, einer anderen beruflichen Tätigkeit nachzugehen?

- Ja  Nein

22) In welcher Phase befinden sich die Menschen, mit denen Sie arbeiten?

- Phase 1: Medizinische und technische Befunderhebungen, objektive und subjektive Besorgnis über mögliche Diagnosen
- Phase 2: Konfrontation mit einer Diagnose einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit
- Phase 3a: Leben mit dem Wissen der Diagnose. Diese Phase kann Tage bis Jahre dauern. Betroffene Menschen leben selbständig, sind auf keine körperliche Pflege angewiesen.
- Phase 3b: Leben mit dem Wissen der Diagnose. Diese Phase kann Tage bis Jahre dauern. Betroffene Menschen sind zunehmend auf körperliche und soziale Unterstützung angewiesen.
- Phase 4: akute Sterbephase, Alltägliches wird unwichtig, nur noch teilweise ansprechbar.
- Phase 5: Eintritt des Todes

23) Wie würden Sie Ihre Arbeit mit Menschen in der letzten Lebensphase benennen?

- Beratung  Therapie  Begleitung

24 a) Braucht es Ihrer Meinung nach ausgebildete Psychologinnen und Psychologen, die Menschen am Lebensende begleiten?

- Ja  Nein

24 b) Weshalb?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!!

## **A2 Begleitbrief**

Adresse des Empfängers

Adresse der Absenderin

**Betreff: Fragebogen „Begleitung am Lebensende“**

St.Gallen, den 15.02.2010

Sehr geehrte Frau Müller

Beiliegend schicke ich Ihnen hiermit meinen Fragebogen zum Thema „Begleitung am Lebensende – ein Berufsfeld für Psychologinnen und Psychologen?“

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich untersuchen, inwiefern die Begleitung von Menschen am Lebensende ein Berufsfeld für Psychologinnen und Psychologen darstellt. Kern der Untersuchung ist die Frage, weshalb Psychologinnen und Psychologen die Begleitung von Sterbenden übernehmen, welche Chancen und Grenzen dies beinhaltet. Desweiteren interessiert es mich zu erfahren, wo, unter welchen Umständen und zu welchen Bedingungen Psychologinnen und Psychologen bereits in diesem Berufsfeld arbeiten.

Das Lebensende kann unterschiedlich definiert werden. Für die folgende Befragung stütze ich mich auf die Definition von Joachim Wittkowski: Das Lebensende beginnt, wenn ein Mensch mit der Diagnose einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit konfrontiert wird. Dies hat zur Folge, dass auch selbständige Menschen, die noch viele Jahre leben, sich am Lebensende befinden.

Es würde mir entgegen kommen, wenn Sie mir den Fragebogen bis am 18.03.2010 zurücksenden.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Aline Rousselot

### A3 Interviewleitfaden

#### Einleitung:

- Vorstellung meiner Person und Gewährleistung der Anonymität
- Ziel und Aufbau der Bachelorarbeit erläutern
- Dauer des Interviews und Schwerpunkte bekannt geben

Thema	Erzählaufforderung / Hauptfrage	Nachfragen
<b>Klientel</b>	Sie bieten ... (z.B. <i>Psychoonkologische Therapie</i> ) an. 1) Mit was für Menschen arbeiten Sie?  2) Wie erfahren diese Patientinnen und Patienten von ihnen?	1) Wie viele dieser Patientinnen und Patienten sind mit einer unheilbaren Krankheit konfrontiert?
<b>Inhalte, Themen</b>	1) Wieso kommen Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden zu ihnen?  2) Welche Themen und Inhalte stehen im Vordergrund?  3) <i>Was erwarten die betroffenen Menschen, die zu Ihnen kommen?</i>  3a) Kann man noch etwas erreichen?  4) <i>Ist Ihrer Erfahrung nach eine Entwicklung noch möglich?</i>	1) Sind Klärungsfragen, Sinnfragen, religiöse Fragen, Fragen über Patientenverfügung, Testamente etc. und mögliche Lebenserwartung auch ein Thema das bei Ihnen angeschnitten wird?  3a) Wenn ja, was? Was nicht? Was lässt sich Ihrer Meinung nach bei Ihnen als ... (Therapeut, Berater etc.) bearbeiten?  4) <i>Wenn ja, was für Entwicklungen sind das?</i>
<b>Individuelle Arbeitsweise</b>	1) Wie arbeiten Sie mit Menschen die in der letzten Lebensphase sind?  2) Mit welchen theoretischen Konzepten arbeiten Sie?  3) Wie würden Sie Ihre Arbeit nennen, Beratung, Begleitung oder Therapie?  4) Gibt es Aspekte dieser Arbeit, die sie besonders schätzen? Die eine besondere	1) Können Sie mir eine solche Situation schildern?    3) Was macht es aus, dass Sie es ... nennen?

	Herausforderung darstellen?  5) Finden Sie es wichtig, als Psychologin, Psychologe über somatische Aspekte Bescheid zu wissen?	
<b>Sterbephasen Zeitpunkt, Dauer der Begleitung</b>	1) In welcher Phase der Krankheit kommen die Patientinnen und Patienten zu ihnen?  2) In welcher Phase macht es ihrer Meinung nach besonders Sinn, als Psychologe / Psychologin Menschen zu begleiten?  3) Gibt es ihrer Erfahrung nach eine Phase in der ein Psychologe / eine Psychologin einen Sterbenden nicht mehr begleiten kann oder soll?  4) Wie lange dauert eine solche Begleitung bei Ihnen?	3) Wenn ja, weshalb? Wer wäre ihrer Meinung nach zuständig für diese Phase?
<b>Wozu Psycholog- innen, Psychologen?</b>	Früher sorgten Geistliche und das nahe Umfeld für die seelische und psychische Begleitung von Sterbenden.  1) Wie sehen Sie das? Braucht es ihrer Ansicht nach heute Psychologinnen und Psychologen die diese Begleitung übernehmen? - Was denken Sie, gibt es spezifische Aufgaben, die nur durch Psychologinnen und Psychologen durchgeführt werden können?  2) Braucht es Ihrer Ansicht nach per se einen Psychologen, für die Begleitung von Sterbenden?	<i>1 Wozu braucht es Psychologinnen und Psychologen? Was können Sie tun, was Angehörige, Geistliche, Pflegepersonal etc. nicht können?</i>  2) Warum (nicht)? Welche Gründe sprechen dafür, welche dagegen?
<b>Abgrenzung zu Geistlichen, Seelsorgenden, Pfarrer usw.</b>	Sterben kann zu Auseinandersetzungen mit den Themen Jenseits, Glauben, Spiritualität, Gott, Sinn Schuld, Sühne, Erlösung und Vergebung führen. Das sind primär theologische Themen.  1) Sind diese Themen ebenfalls Inhalte ihrer Arbeit?  2) Gibt es Situationen, bei denen Sie eine Klientin, einen Klienten zu einem	2) In welchen Fällen würden Sie eine Klientin, einen



	<p>geistlichen Menschen weiter weisen würden?</p> <p>3a) Wenn ja, was bewegt Sie zu diesem Schritt?</p> <p>3b) Wenn nein, wie gehen Sie mit diesen Themen um?</p> <p>4) Hatten Sie schon einmal eine Begegnung mit einem Sterbenden, der ganz andere Grundansichten zu diesen Themen hatte wie Sie? Wie war das für Sie?</p> <p>4) In verschiedenen Kulturen und Religionen gehören Rituale zur Begleitung von Sterbenden. In der christlichen Religion können das Rituale wie letzte Ölung, Gebete oder Segenssprache gehören Rituale auch in ihren Berufsalltag?</p>	<p>Klienten zu einem Geistlichen weiter weisen?</p> <p>4) Haben Rituale eine Bedeutung in ihrer Arbeit mit Sterbenden?</p>
<b>Selbstverständnis</b>	<p>Die Arbeit mit Menschen am Lebensende ist für Psychologinnen und Psychologen nicht typisch.</p> <p>1) Warum arbeiten Sie in diesem Bereich? Was motiviert Sie dazu, mit Sterbenden zu arbeiten?</p> <p>2) Was sollte ihrer Meinung nach eine Psychologin, ein Psychologe mitbringen um in diesem Bereich zu arbeiten? Sterben und Tod werden in unserer Gesellschaft und den aktuellen Medien oft als Tabuthemen bezeichnet.</p> <p>3) Was denken Sie dazu?</p>	<p>3) Sind Themen Sterben und Tod tabuisiert?</p>
Visionen	<p>1) Wie würde für Sie eine optimale Begleitung für Menschen am Lebensende aussehen?</p> <p>2) Gibt es in der Schweiz Ihrer Ansicht nach Veränderungsbedarf?</p>	<p>2) Wenn ja, was für Veränderungen sind nötig?</p>

## A4 Kategoriensystem

Variable	Kategorie / Definition	Ausprägung / Codierung	Ankerbeispiel	Kodierregeln
<b>Themen</b>	Themen  Alle Textaussagen, welche indirekt oder direkt Themen benennen, welche in der Arbeit von Psychologinnen und Psychologen vorkommen.	T1: Gegenwartsbezogene Themen T2: Vergangenheitsbezogene Themen T3: Beziehungen, soziales Umfeld T4: Angehörige T5: Psychopathologische Themen T6: Religiosität, Spiritualität	<i>T1: „Oder ich sehe es auch als meine Aufgabe anzusprechen, haben sie sich überlegt, wo sie begraben werden möchten?“ (P2, Z 61) T2: „Eher mehr gibt es etwas, was noch nicht aufgearbeitet ist.“ (P1, Z 16) T3: „... sagt, ich weiss, ich werde nicht mehr lange leben, da gibt es jemand, mit dem ich im Streit bin, und ich merke, eigentlich möchte ich mit dieser Person noch Frieden schliessen.“ (P1, Z 17) T4: „Hinterbliebenenbegleitung und Umgang mit Trauer und Abschied, also vor dem Sterben schon, ist ein Schwerpunktthema.“ (P4, Z 38) T5: „Oft geht es um Angst oder Depressionen und gar nicht ums Sterben.“ (P2, Z 60) T6: „Ich denke, das ganze Thema Wert und Sinn ist sehr relevant.“ (P5, Z 17)</i>	T1: Aussagen, welche die Gegenwart oder die Zukunft betreffen jedoch in der Gegenwart angesprochen werden. T2: Themen, welche sich auf die Vergangenheit beziehen und in der Gegenwart gelöst werden wollen. T4: Aussagen, die sich auf die Begleitung und Unterstützung von Angehörigen beziehen.
<b>Aufgaben von Psychologinnen und Psychologen</b>	Begriffe  Definitionen der Begriffe Begleitung, Therapie, Beratung  Selbstverständnis der eigenen Arbeit	Au1: Begleitung Au2: Therapie Au3: Beratung	<i>Au1: „Therapie ist es dann, wenn ein Veränderungsanspruch dabei ist in Richtung psychischer Gesundheit.“ (P4, Z28) Au2: Der beraterische Aspekt ist der von Adressen vermitteln wie Fährfreuen, Krebsliga usw.“ (P1, Z26) Au3: „In der Begleitung hat es für mich Platz, dass wir eine Stunde einfach nebeneinander sitzen.“ (P3, Z102)</i>	Eigene Definitionen der Begriffe Begleitung, Therapie, Beratung stehen im Vordergrund
	Angehörige  Abgrenzung und Ergänzung der Aufgaben im Vergleich zu Angehörigen	An1: Entlastung für Menschen am Lebensende, da nicht alle Anliegen und Themen mit Angehörigen besprochen werden können. An2: Entlastung für Menschen am Lebensende, wenn Angehörige unterstützt werden. An3: Entlastung für Angehörige, wenn eine externe Person schwierige Themen anspricht An4: Förderung der Kommunikation zwischen den	<i>An1: „Es gibt Themen, von welchen ihre Partner und Partnerinnen Angst haben, diese Fragen gestellt zu bekommen oder diese Themen mit ihnen zu besprechen.“ (P1, Z 16) An2: Die Arbeit mit dem Partner hat eine entlastende Wirkung auf den Patienten, da der weiss, dass auch der Partner unterstützt wird.“ (P4, Z 48&amp;49) An3: „Und eigentlich sind die Angehörigen noch froh, wenn man darüber redet, zum Beispiel fragt, haben sie sich schon überlegt, wo sie mal begraben werden möchten?“ (P2, Z 61&amp;62) An4: „Das ist auch ein Teil</i>	Textbausteine, die sich auf Angehörigen beziehen.

		Angehörigen und dem sterbenden Menschen.	<i>meiner Arbeit, die Kommunikation zu öffnen und konstruktiv zu führen zwischen Patienten und Partner.“ (P5, Z 67)</i>	
	Freiwillige, ehrenamtliche Sterbebegleiter und Sterbebegleiterinnen  Abgrenzung und Ergänzung der Aufgaben im Vergleich zu freiwilligen und ehrenamtlichen Sterbebegleiterinnen	FE1: Begleitung FE2: Abgrenzung	<i>FE1: „Aber es gibt ganz viele Leute in dieser Lebensphase, die kein Psychotherapie brauchen, wo andere genauso gut abdecken können.“ (P1, Z38) FE2: „Das mit der Psychologin ist nicht im Vordergrund, ich bin dann jeweils die, dass wenn etwas komplizierter ist, dann werde ich beigezogen.“ (P3, Z9)</i>	Textbausteine, die sich explizit auf freiwillige oder ehrenamtliche Sterbebegleiterinnen beziehen.
	Ärztinnen und Ärzte  Abgrenzung und Ergänzung der Aufgaben im Vergleich Ärztinnen und Ärzten	M1: Ziel der Arbeit M2: Überforderung der Ärzte und Ärztinnen im Umgang mit psychosozialen Bedürfnissen Sterbender M3: Vermittlung	<i>M1: „... Lebensqualität, da grenzen wir uns ab von den Ärzten, die vor allem auf Lebensquantität hinarbeiten.“ (P4, Z 15) M2: „Spitalassistentenärzte sind heillos überfordert mit der ganzen Thematik.“ (P3, Z 26) M3: „Weil Sterbende und ihre Angehörigen wissen oft nicht was fragen, weil sie gar keine Ahnung haben. Und dann sagt der Arzt nichts und sagt, sie hätten ja fragen können. Aber sie können ja gar nicht fragen.“ (P2, Z 96&amp;97)</i>	Textbausteine, die sich auf Ärztinnen oder Ärzte beziehen.
	Seelsorgende  Abgrenzung und Ergänzung der Aufgaben im Vergleich zu Angehörigen	S1: Menschen ohne religiösen Hintergrund S2: Psychopathologisches Fachwissen S3: Theologische Themen S4: Rituale	<i>S1: „Es gibt Leute, die mit dem lieben Gott einfach nichts am Hut haben und die wollen keinen Seelsorger.“ (P5, Z 68) S2: „Seelsorger hatten keine Psychopathologie und können daher nicht so gut einschätzen, wie gross und ausgeprägt eine Störung wirklich ist und wie fest man darauf Rücksicht nehmen soll und wie damit am besten umgehen kann. (P4, Z 82) S3: „Dass man auf Sinnfragen Antwort geben kann, Oder Themen, wie ich habe gesündigt und deswegen komme ich in die Hölle.“ (P3, Z 16) S4: „Segen sprechen und solche Sachen sind ganz klar Sache der Seelsorgerin.“ (P6, Z 104)</i>	Textbausteine, die sich Seelsorgende beziehen.
	Spezifische Aufgaben von Psychologinnen und Psychologen	SA1: Psychopathologisches Fachwissen SA2: Fachwissen über Beziehungsdynamik SA3: Bedeutung von psychosozialen Anliegen fördern	<i>SA1: „Wir haben ein Fachwissen über Angststörungen, Depressionen, PTBS, über Beziehungsdynamik. Und ich denke, das hat niemand von den anderen Berufsgruppen in diesem Ausmass.“ (P5, Z 69&amp;71)</i>	Textbausteine, in denen Aufgaben genannt werden, die ins Fachgebiet von Psychologinnen und Psychologen gehören.

			<p>SA2: „Über Beziehungsdynamik, weil wir dort ein Fachwissen haben.“ (P5, Z 70)</p> <p>SA3: „Denn im medizinischen Umfeld schaut alles, dass der Körper funktioniert. Und sie werden wenig gefragt, wie geht es ihnen? Also einige brechen dann in Tränen aus, weil es tut gut, auch mal das gefragt zu werden.“ (P4, Z 88-90)</p>	
	Motivation und Erwartungen von Klientinnen und Klienten, die psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen	<p>ME1: Sterben hinauschieben</p> <p>ME2: Ordnung schaffen</p> <p>ME3: Schmerzbehandlung</p> <p>ME4: Behandlung psychopathologischer Symptome</p> <p>ME5: Erfahrung und Professionalität</p>	<p>ME1: „Die einen haben die Hoffnung, dass wenn sie an sich arbeiten, den Tod abwenden können oder das Sterben hinauschieben.“ (P 1, Z15)</p> <p>ME2: „Es geht um geistige und seelische Ordnung zu schaffen.“ (P1, Z15)</p> <p>ME3: „Die zweiten kommen im Rahmen der Schmerzbehandlung.“ (P1, Z15)</p> <p>ME4: „Es geht um Angst oder Depression.“ (P2, Z60)</p>	Textbausteine, welche Motivation und Erwartungen von Klientinnen und Klienten beziehen.
<b>Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit von Psychologinnen und Psychologen mit Sterbenden</b>	Herausforderungen und motivierende Aspekte dieses Arbeitsbereiches	<p>HM1: Eigene Trauer</p> <p>HM2: Todesfälle oft / junge Menschen</p> <p>HM3: Relevanz</p> <p>HM4: Ungelöste Konflikte</p> <p>HM5: Beziehung zum Sterbenden</p> <p>HM6: Abgrenzung</p>	<p>HM1: „Und manchmal ist es traurig. Und dann muss ich halt heulen und dann bin ich einen Abend traurig oder den Tag darauf auch.“ (P5, Z43)</p> <p>HM2: „Wenn drei bis vier junge Männer nacheinander gestorben sind, dann hat man dann schon das Gefühl, ja, es darf mal wieder einen Moment ruhiger sein.“ (P6, Z48)</p> <p>HM3: „Die Natürlichkeit, die im Tod liegt, finde ich faszinierend.“ (P6, Z 146)</p> <p>HM4: „Wenn eine Tochter einen Hass hat auf einen Elternteil. Und ich merke dann gleich die Sehnsucht nach Versöhnung von beiden aber es geht einfach nicht. Das auszuhalten.“ (P3, Z61-65)</p> <p>HM5: „Mit diesen Patienten kann man in kurzer Zeit etwas erreichen, und das ist spürbar in den Gesprächen, grad bei dieser Klientel.“ (P1, Z27&amp;28)</p> <p>HM6: „Wichtig ist eine gute Fähigkeit zur Abgrenzung.“ (P4, Z 132)</p>	Genannte Herausforderungen, Belastungen, motivierende Aspekte, Vorteile
	Spezifische Kenntnisse über somatische und medizinische Aspekte	<p>So1: Kenntnisse werden unbedingt benötigt</p> <p>So2: Kenntnisse können hilfreich sein, sind eher nicht nötig.</p>	<p>So1: „Ich finde, Medizin unbedingt!“ (P2, Z96)</p> <p>So2: „Das setzt wohl die Schwelle für diese Leute herab um zu uns zu kommen. Danach finde ich es überhaupt nicht wichtig.“</p>	Meinungsäußerungen dazu, ob Wissen über somatische, medizinische Kenntnisse in der eigenen Arbeit wichtig sind.
	Phasen des Sterbeprozesses	<p>Ph1: Alle Phasen</p> <p>Ph2: Phasen 4, 5 nicht</p> <p>Ph3: Auch Phasen 4,5</p>	<p>Ph1: „Es gibt keine Phase, in der ein Psychologe nicht dabei sein kann. Es gibt in jeder Phase Menschen, die es schätzen eine Begleitung zu</p>	

			<p>haben.“ (P4, Z69)</p> <p>Ph2: „in der terminalen Phase, find ich jetzt, das ist ganz intim. Ich bin fremd. Und ich finde dort sollen nicht zu viele fremde Leute sein.“ (P2, Z121&amp;122)</p> <p>Ph3: Es gibt auch, dass ich erst am Schluss gerufen werde.“ (P4, Z73&amp;74)</p>	
	<p>Veränderungsbedarf im Umgang mit Sterben und Menschen am Lebensende</p>	<p>V1: Gesellschaftliche Veränderungen</p> <p>V2: Infrastruktur / Finanzierung</p>	<p>V1: „Was auch interessant wäre, wäre die Diskussion um das würdige Sterben. Aber das ist eine Diskussion, die nur in engsten Fachkreisen stattfindet. Ich fände es schön, wenn die Diskussion nach aussen geht, wenn das mal in einer Arena käme. (P1, Z58)</p> <p>V2: „Es fehlt an Infrastruktur. Gerade die Externen, also Onkospitex. Das ist einfach zu wenig vorhanden. Hospize denke ich, gibt es auch zu wenige.“ (P5, Z165-167)</p>	<p>Äusserungen, welche Hinweise auf Veränderungsbedarf zulassen.</p>

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: