

Sozialethische Arbeitspapiere

des Instituts für Christliche Sozialwissenschaften

Christian Voß, Christiane Kuropka, Florian Jeserich, Marianne Heimbach-Steins

Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Alteneinrichtungen. Eine explorative Studie im Bistum Essen

März 2024



Institut für Christliche Sozialwissenschaften

Universität Münster

Robert-Koch-Straße 29

48149 Münster

Telefon: 0251/83-32640

Fax: 0251/83-30041

E-Mail: ics@uni-muenster.de

Internet: www.uni-muenster.de/FB2/ics/

© 2024 Institut für Christliche Sozialwissenschaften Münster

ISSN (Print) 2510-1749

ISSN (Online) 2510-1757

DOI: 10.17879/68918516392

Vorwort

Sterben und Tod gehören zum menschlichen Leben wie das Geboren-Werden. Das Zugehen auf die letzte Lebensphase und die damit verbundenen Grenzerfahrungen bereiten vielen Menschen Ängste. Deshalb werden Sterben und Tod in weiten Teilen der Gesellschaft verdrängt, ja tabuisiert. Die meisten Menschen möchten in vertrauter Umgebung, zu Hause und begleitet von nahen Menschen, sterben. Aber für viele sieht die Wirklichkeit in der letzten Lebensphase anders aus. Und viele können oder wollen nicht einmal über ihre Wünsche für die Gestaltung des eigenen Lebensendes sprechen. Gestorben wird häufig im Krankenhaus oder in einer Altenhilfeeinrichtung. Menschen, die – meist einer Notwendigkeit gehorchend – in eine Einrichtung ziehen, tun dies in dem mehr oder weniger klaren Bewusstsein, damit die letzte Station ihres Erdenlebens erreicht zu haben. Und diejenigen, die sie dort empfangen und begleiten – Pflegekräfte, Pflegedienstleitungen, das Personal in den unterstützenden Diensten – wissen, dass die allermeisten, die einziehen, erst mit dem Tod wieder ausziehen werden. Es sollte selbstverständlich sein, dass den Erfahrungen und Prozessen des Sterbens, des Todes und der Trauer in den Einrichtungen Raum gegeben wird – in Gesprächen, in der Begleitung, aber auch im ganz konkret physischen Sinn: ein eigenes Zimmer, ein Abschiedsraum, der Weg, auf dem eine verstorbene Person in Würde das Haus verlässt. Die Gespräche über den Umgang mit Sterben und Tod in Altenhilfeeinrichtungen, deren Ergebnisse in diesem Arbeitspapier vorgestellt werden, lassen jedoch erkennen, dass all das keine Selbstverständlichkeiten sind, sondern Gestaltungsaufgaben, die alle Beteiligten herausfordern. Wie sie angegangen und umgesetzt werden, sagt viel aus über den „Geist“, über die „Kultur“ eines Hauses und zugleich über das spannungsreiche Verhältnis von Menschlichkeit und ökonomischem Druck in den Strukturen des Gesundheits- und Pflegesystems.

Dieses Projekt zur Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Alteneinrichtungen ist aus einer Kooperation zwischen der Katholischen Akademie des Bistums Essen Die Wolfsburg und dem Institut für Christliche Sozialwissenschaften der Universität Münster erwachsen. Wir danken allen, die dazu beigetragen haben, sehr herzlich: An erster Stelle den Frauen und Männern aus den Altenhilfeeinrichtungen, die bereit waren, neben ihrem herausfordernden Beruf teilweise sogar mehrfach unseren Einladungen an die Runden Tische zu folgen. Wir verdanken ihnen höchst wertvolle Beiträge und Einsichten und hoffen, dass das, was wir nun als Ertrag vorstellen können, bereichernd und unterstützend in die Praxis zurückwirken kann. Sodann danken wir unseren (ehemaligen) Mitarbeiter*innen und Kolleg*innen, die viel Zeit, Herzblut und Energie in die Bearbeitung und Auswertung der Runden Tische investiert haben: Dr. Florian Jeserich und Dr. Christian Voß an der Akademie Die Wolfsburg in Mülheim sowie Lea Quaing und Christiane Kuroпка am Institut für Christliche Sozialwissenschaften in Münster. Anna-Sophia Kleine danken wir für die Unterstützung bei der Korrektur und Monika Kalb für die Einrichtung und Formatierung des Manuskripts.

Wir wünschen der Studie viele interessierte Leser*innen und hoffen, dass sie zur Fortentwicklung einer guten Sterbe- und Trauerkultur – und damit zur Sicherung der Menschenwürde in unserer Gesellschaft – einen hilfreichen Beitrag leisten kann.

Münster und Mülheim a. d. Ruhr, im März 2024

Marianne Heimbach-Steins und Judith Wolf

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	- 1 -
2	Sterbe- und Trauerkultur als Kulturmerkmal konfessioneller Pflegeeinrichtungen	- 4 -
2.1	Professionelle / professionsethische Anforderungen und Potentiale im Hinblick auf Sterbe- & Trauerkultur.....	- 5 -
2.1.1	<i>Sterben(de) und Trauer(nde) empathisch begleiten</i>	- 5 -
2.1.2	<i>Bedürfnisse und Willen der Sterbenden erkennen</i>	- 6 -
2.1.3	<i>Persönliche Haltung und Zusammenhalt im Team leben</i>	- 8 -
2.2	Leitungskultur.....	- 10 -
2.2.1	<i>Werteorientierung und persönliche Haltung</i>	- 10 -
2.2.2	<i>Sorgsame Führung</i>	- 11 -
2.2.3	<i>Aktive Gestaltung der Sterbe- und Trauerkultur</i>	- 12 -
2.2.4	<i>Fehlerkultur</i>	- 13 -
2.3	Seelsorge.....	- 14 -
2.3.1	<i>Wunsch nach Seelsorge und Mangel an Seelsorger*innen</i>	- 15 -
2.3.2	<i>Wandel religiöser Bedürfnisse und neue Anforderungen an Seelsorgende</i>	- 15 -
2.4	Zwischenfazit: Kriterien einer guten Sterbe- und Trauerkultur.....	- 16 -
3	Institutionelle und innerorganisatorische Bedingungen für einen würdigen Umgang mit Sterben und Tod	- 18 -
3.1	Der Umgang mit strukturellen Einflussfaktoren	- 18 -
3.1.1	<i>Kosten- und Zeitdruck</i>	- 19 -
3.1.2	<i>Personalmangel</i>	- 20 -
3.2	Lokale Kooperationen	- 22 -
3.2.1	<i>Ambulante Hospizdienste</i>	- 22 -
3.2.2	<i>Palliativversorgung</i>	- 23 -
3.2.3	<i>Seelsorgliche Angebote</i>	- 24 -
3.2.4	<i>Ehrenamt</i>	- 25 -
3.2.5	<i>Zeitarbeitsfirmen</i>	- 26 -
3.3	Die Bedeutung religiöser und soziokultureller Faktoren.....	- 26 -

3.3.1	<i>Konfessionelle und religiöse Diversität</i>	- 26 -
3.3.2	<i>Religiöser Anspruch und Profil der Einrichtungen</i>	- 27 -
3.4	Zwischenfazit.....	- 28 -
4	Potentiale zur Gestaltung von Sterbeprozessen und -situationen	- 30 -
4.1	Personenzentrierter Ansatz.....	- 30 -
4.2	Rituale und Ritualkompetenz.....	- 33 -
4.3	Räumliche Ressourcen und Raumgestaltung.....	- 34 -
4.4	Zwischenfazit.....	- 35 -
5	Sterbe- und Trauerbegleitung	- 35 -
5.1	Die Begleitung sterbender Menschen	- 36 -
5.2	Die Rolle von Angehörigen in der Sterbebegleitung und ihre Begleitung	- 37 -
5.2.1	<i>Umgang mit Angehörigen in der Sterbebegleitung</i>	- 38 -
5.2.2	<i>Umgang mit Angehörigen in der Trauerbegleitung</i>	- 39 -
5.3	Bewohner*innen und der Umgang mit ‚Tod‘ und ‚Sterben‘	- 40 -
5.4	Professionelle und ehrenamtliche Begleiter*innen.....	- 42 -
6	Sterbe- und Trauerbegleitung unter verschärften Bedingungen: Erfahrungen aus der Zeit der Corona-Pandemie	- 43 -
6.1	Sterbe- und Trauerkultur während der Coronapandemie.....	- 43 -
6.2	Einblicke in die Leitungskultur.....	- 46 -
6.3	Teamkultur vor besonderen Herausforderungen.....	- 48 -
6.4	Angebote der Begleitung in der Coronazeit	- 50 -
6.5	Erkenntnisse und Lerneffekte aus der pandemischen Lage.....	- 51 -
6.6	Zwischenfazit.....	- 53 -
7	Fazit: Ermöglichungsbedingungen einer Sterbe- und Trauerkultur in katholischen Altenhilfeeinrichtungen	- 54 -
	Die Autor*innen	- 58 -
	Bisher erschienene Sozialethische Arbeitspapiere des ICS	- 59 -

1 Einleitung

Das Projekt „Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Altenhilfeeinrichtungen“, dessen Erträge in diesem Beitrag vorgestellt werden, untersucht den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer in konfessionellen Altenhilfeeinrichtungen in katholischer Trägerschaft im Bistum Essen. In drei multiprofessionellen Runden Tischen haben wir mit erfahrenen Praktiker*innen über den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer in stationären Altenhilfeeinrichtungen und über die institutionellen und organisatorischen Bedingungen, die diesen Umgang unterstützen oder erschweren, gesprochen. Dabei sind wir von der Annahme ausgegangen, dass es zum Profil christlich geprägter Einrichtungen der Altenhilfe gehört, sich dem Thema Sterben und Tod als einer Gestaltungsaufgabe mit Blick auf die Bewohner*innen, aber ebenso mit Blick auf die Mitarbeitenden zu stellen. Des Weiteren haben wir angenommen, dass diese Aufgabe die jeweils verantwortlichen Leitungskräfte besonders herausfordert. Schließlich haben wir vermutet, dass die Wahrnehmung und Umsetzung einer Sterbe- und Trauerkultur nicht losgelöst von den tatsächlichen gesundheits- und pflegesystemischen Bedingungen, unter denen die Einrichtungen betrieben und geleitet werden, betrachtet und evaluiert werden kann.

Wir wollten herausfinden, ob und inwiefern die professionellen Akteur*innen, die in den Einrichtungen tätig sind und Verantwortung tragen, ihre Einrichtungen als Lebens- und Sterbensorte verstehen und wie sie ihr Handeln darauf ausrichten, dass das Sterben und die Begleitung von Sterbe- und Trauerprozessen zu ihrem Alltag, zum Umgang mit Bewohner*innen, Angehörigen, Kooperationspartnern und nicht zuletzt zu den Herausforderungen der Zusammenarbeit in den (multiprofessionellen) Teams gehört. Wir wollten erfahren, ob und inwiefern in den Einrichtungen eine genuine Sterbe- und Trauerkultur existiert bzw. entwickelt wird und welche Maßstäbe des Gelingens die professionellen Akteur*innen selbst dafür geltend machen. Unter Sterbe- und Trauerkultur verstehen wir alles, was zu einem achtsamen und offenen Umgang, einer kommunikativen Begleitung dieser Lebenswirklichkeit gehört und der Verdrängung des Todes entgegenzuwirken vermag. Positiv formuliert geht es darum, wie dem Sterben, dem Tod und der Trauer als Teil des Lebens der Bewohner*innen, ihrer Angehörigen und Begleiter*innen sowie als Dimension der Arbeitswirklichkeit für die Pflorgeteams und für alle zum Team gehörenden Professionen Raum, Zeit und Aufmerksamkeit gegeben werden. Das fängt an mit der räumlichen Gestaltung der Einrichtung und erstreckt sich insbesondere auf die vielschichtigen Fragen der Kommunikation: Kann mit Bewohner*innen, Angehörigen und in den Teams über Erfahrungen des Sterbens und der Sterbebegleitung, über damit einhergehende Ängste und Sorgen gesprochen werden?¹ Gibt es Angebote der Begleitung, der Seelsorge oder der spirituellen Rahmung? Gibt es Rituale

¹ Wir haben nicht eigens nach der Sterbe- und Trauerbegleitung für dementiell erkrankte Bewohner*innen gefragt, gleichwohl kam das Thema in den Gesprächen wiederholt vor – in dem Sinne, dass diese Personengruppe besondere Anforderungen an eine professionelle Begleitung stellt.

für die Sterbephase, für den Umgang mit dem Tod, sowie für Trauerzeiten und die Erinnerung an die Toten? Im Hinblick auf das Pflegepersonal und die Zusammenarbeit mit externen Palliativ- und Hospizdiensten ist es wichtig zu erfahren, ob und wie Pflegekräfte auf palliative Prozesse vorbereitet und dafür geschult werden und inwiefern sie in den Einrichtungen Gelegenheit haben, eigene Erfahrungen, Ängste vor Fehlern und u. U. auch tatsächliche Fehlentscheidungen zu reflektieren und aufzuarbeiten. Mit allen diesen Fragen wird auch die Verantwortung der Leitungskräfte beleuchtet, von denen die Entwicklung und Gestaltung einer Sterbe- und Trauerkultur in den Einrichtungen wesentlich abhängt. Auch dazu wollten wir Erfahrungen „aus erster Hand“ kennenlernen.

Die Untersuchung der komplexen Thematik greift zu kurz, wenn nicht auch nach den Bedingungen und Grenzen gefragt wird, die den Einrichtungen und den in ihnen handelnden Verantwortlichen durch die gesetzlichen, versicherungsspezifischen und wirtschaftlichen Vorgaben des Gesundheits- und Pflegesystems auferlegt sind. In den Gesprächen war vielfach davon die Rede ebenso wie von der erdrückenden Last des Fachkräftemangels, der die Handlungsspielräume zusätzlich einschränkt. Indem wir in den Fokusgruppen nach diesen Faktoren und dem Umgang damit im Kontext der Sterbe- und Trauerkultur gefragt haben, wurde sehr deutlich, wie das pflegerische Professionsethos und die persönlichen Einstellungen der Akteur*innen das Bemühen anleiten, strukturelle Mängel und Engpässe in den stationären Altenhilfeeinrichtungen durch persönlichen Einsatz zu kompensieren. Das lenkte den Blick wiederum auf die Verantwortung der Leitungskräfte, die Mitarbeitenden vor Überlastung und Überforderung zu schützen. Die Spannung zwischen der Bereitschaft vieler Akteur*innen, sich persönlich „bis zum Anschlag“ einzusetzen, und den strukturellen Mängeln wurden besonders deutlich angesichts der krisenhaften Zuspitzung der Situation während der Covid19-Pandemie, die gerade die Sterbe- und Trauerbegleitung vor extreme Herausforderungen stellte, aber dank der Kreativität und Verantwortungsbereitschaft der Leitungskräfte und der ganzen Pflgeteams auch neue, für eine Sterbe- und Trauerkultur wegweisende Erfahrungen ermöglicht hat.

Das Projekt verdankt sich einer Kooperation zwischen der Katholischen Akademie des Bistums Essen Die Wolfsburg und dem Institut für Christliche Sozialwissenschaften der Universität Münster.² Dank eines umfassenden Kontaktnetzes der Akademie in das Feld der konfessionellen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen im Bistum Essen konnte eine Reihe von Gesprächspartner*innen gewonnen werden, mit denen im Jahr 2019 zwei multiprofessionelle „Runde Tische“ zum Thema Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Altenhilfeeinrichtungen

² Die Gesamtverantwortung lag bei Dr. Judith Wolf, Direktorin der Akademie Die Wolfsburg, und Prof. Dr. Marianne Heimbach-Steins, Institut für Christliche Sozialwissenschaften (ICS). Die Durchführung oblag seitens der Akademie Dr. Christian Voß, beteiligt war zudem Dr. Florian Jeserich. Am ICS waren die wiss. Mitarbeiterinnen Christiane Kuroпка (2022/24) sowie – an der Transkription - Lea Quaing (2022) beteiligt.

durchgeführt wurden.³ Aufgrund einer engen Personalsituation an beiden Einrichtungen verzögerte sich die Auswertung der Transkripte und musste in der Zeit der Pandemie unterbrochen werden. Wir beschlossen dann, zu einem dritten Runden Tisch einzuladen⁴, um Erfahrungen mit Sterbe- und Trauerbegleitung in der pandemiebedingten Krisenphase zu erfragen, weil wir uns davon Erkenntnisse für eine zukunftsorientierte Vorsorge erhofften. Obgleich die Quellenbasis schmal ist und – das gilt für die gesamte Studie – keine repräsentativen Aussagen erlaubt, schien uns die Ergänzung sinnvoll. Die Ergebnisse bestätigen diese Vermutung.

Die Gesprächspartner*innen der drei Runden Tische (Fokusgruppen) kommen aus Institutionen und Diensten der Altenpflege und haben zumeist eine Leitungsfunktion inne – sei es in der Heim-, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung, im Sozialdienst oder in der Geschäftsführung. Die Gesprächsführung orientierte sich an einem Leitfaden, ließ aber sehr viel Freiheit für einen offenen, themenbezogenen Austausch zu den unterschiedlichsten Anforderungen in der Begleitung der Bewohner*innen in der präfinalen und finalen Lebensphase und zum Umgang mit den unmittelbar Betroffenen, mit Angehörigen und mit den Teammitgliedern in der Bewältigung der Aufgaben.

Mit der Aufzeichnung der Fokusgruppeninterviews standen umfangreiche Daten zur Verfügung, die mit dem Transkriptionsprogramm „f4transkript“ transkribiert wurden. In der Transkription werden Wörter, die von den Sprechenden besonders betont wurden, in Versalien wiedergegeben. Pausen werden je nach Länge mit Auslassungspunkten markiert: lange Pausen (...), mittlere Pausen (..), kurze Pausen (.). Die Auswertung der Transkripte erfolgte als qualitative kategoriengeleitete Textanalyse nach Mayring.⁵ Auf Basis der Leitfäden wurden Kategorien deduktiv entwickelt, anhand deren die Quellen auf die vorab definierten Forschungsinteressen hin von zwei Personen unabhängig voneinander codiert und strukturiert ausgewertet wurden.⁶ Anhand der ersten Analyse wurden die Kategorien anschließend überarbeitet und aus dem Textmaterial durch induktive Kategorien ergänzt.⁷ Übereinstimmungen und Abweichungen beider Kodierungen wurden stichprobenartig überprüft. In der Auswertung haben wir v. a. die Perspektive der Akteur*innen berücksichtigt. D. h., wir haben den professionellen Umgang der Befragten mit den

³ Das erste Gespräch mit sieben Teilnehmenden fand am 23. Januar 2019 unter der Leitung von Judith Wolf und Marianne Heimbach-Steins, das zweite mit 10 Teilnehmenden am 24. September 2019 unter der Leitung von Christian Voß und Marianne Heimbach-Steins statt, beide dauerten jeweils etwa zwei Stunden und wurden in Präsenz in der Akademie Die Wolfsburg durchgeführt.

⁴ Das ursprünglich für Herbst 2021 geplante Gespräch fand schließlich, mit Rücksicht auf die sehr angespannte Arbeitssituation in den Einrichtungen am 28. März 2022 online statt, erneut unter der Leitung von Christian Voß und Marianne Heimbach-Steins. Von den sieben Teilnehmenden hatten mehrere bereits am ersten Runden Tisch teilgenommen.

⁵ PHILIPP MAYRING – THOMAS FENZL, Qualitative Inhaltsanalyse, in: NINA BAUR – JÖRG BLASIUS (Hgg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden 2014, S. 543-556, S. 544.

⁶ Vgl. hierzu: MAYRING – FENZL, Qualitative Inhaltsanalyse, S.546ff.

⁷ MAYRING – FENZL, Qualitative Inhaltsanalyse, S. 548.

Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohner*innen, der Angehörigen sowie der weiteren Begleiter*innen der Sterbe- und Trauerprozesse sowie die Einstellungen und Handlungsweisen des professionellen Personals und hier noch einmal fokussiert der Leitungsverantwortlichen untersucht. Die Ergebnispräsentation bezieht sich ausschließlich auf das ausgewertete Interviewmaterial. Nachfolgende Forschung könnte in vertiefenden Analysen die nicht-repräsentativen Ergebnisse der Fokusgruppen in größere Zusammenhänge sowohl der Forschung zu Sterbe- und Trauerbegleitung als auch zur Situation der Pflege stellen. Aus den vorliegenden Ergebnissen können nach unserer Einschätzung einige weiterführende Schlüsse gezogen werden:

- Die Erfahrungen der Gesprächsteilnehmenden bestätigen, dass die aus zahlreichen Studien bekannten strukturellen Engpässe in der stationären Pflege den intensiven Bemühungen um eine qualitativ hochstehende Sterbe- und Trauerkultur Grenzen setzen.
- Sie unterstreichen die Gefahr, dass Pflege- und Leitungskräfte nur um den Preis der Selbstausschöpfung und einer schleichenden Überanstrengung ihrem Professionsethos entsprechend qualitativ arbeiten können.
- Sie stützen die These, dass eine christlich motivierte, ethische Haltung das Engagement der Einzelnen für eine auch menschlich hochwertige Begleitung, gerade in der Sterbe- und Trauerphase, bestärkt und insbesondere für das Ethos der Leitung und die Kultur der Einrichtung eine wichtige Ressource darstellt.
- Sie betonen die Notwendigkeit, Pflegekräfte generell besser auf die besonderen Herausforderungen des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer vorzubereiten und Fortbildungsangebote im Bereich der palliativen Begleitung zu erweitern.
- Sie zeigen, dass die hochgradig belastenden Bedingungen während der Pandemie die Sensibilität für die Anforderungen einer achtsamen Sterbebegleitung erhöht und nachhaltige Lernerfahrungen ermöglicht haben, insbesondere dann, wenn die entsprechenden Ereignisse in den Teams gut aufgearbeitet werden konnten.

Diese Erträge können für die Begleitung professioneller Prozesse, für die Fort- und Weiterbildung und für die Organisationsentwicklung von (konfessionellen) Altenhilfeeinrichtungen i. S. einer Profilbildung fruchtbar gemacht werden.

2 Sterbe- und Trauerkultur als Kulturmerkmal konfessioneller Pflegeeinrichtungen

Der Konzeption der Fokusgruppengespräche lag die leitende Annahme zugrunde, dass die Entwicklung und Pflege einer Sterbe- und Trauerkultur ein wichtiges Profilmerkmal konfessioneller Altenhilfeeinrichtungen sei. In diesem Kapitel wird die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, welche Besonderheiten der Sterbe- und Trauerkultur in den Fokusgruppeninterviews zur Sprache kamen. Die Darstellung der Gesprächsergebnisse geht in folgenden Schritten vor: Zuerst werden zentrale Kulturmerkmale einer Sterbe- und Trauerbegleitung als professionelle Aufgabe

reflektiert (2.1), bevor genauer auf die Bedeutung der Leitungskultur für die Ausgestaltung einer Sterbe- und Trauerkultur geschaut wird (2.2). Daran anschließend werden die Ergebnisse zu Angeboten seelsorgerischer Begleitung am Ende des Lebens dargestellt (2.3). Ein Zwischenfazit bündelt die Kriterien einer Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Altenhilfeeinrichtungen, die aus den Interviews gewonnen werden konnten.

2.1 Professionelle / professionsethische Anforderungen und Potentiale im Hinblick auf Sterbe- & Trauerkultur

- (1) *Ziel ist es oder Wunsch, dass kein Bewohner alleine gehen muss. (2RT, 01:16:50)*

So kurz und bündig formulieren Teilnehmende an den Fokusgruppeninterviews den Maßstab einer gelungenen Sterbebegleitung.

2.1.1 Sterben(de) und Trauer(nde) empathisch begleiten

Sterben gilt nicht deshalb als einsames Sterben, weil der*die Betroffene zum Zeitpunkt des konkreten Versterbens allein im Raum war. Das geschieht häufiger und kann der persönlichen Entscheidung des*der Versterbenden entsprechen. Sterbende können sich beispielsweise durch die Anwesenheit von Angehörigen – so als Eindruck von diesen selbst beschrieben – festgehalten“ fühlen und können erst gehen, wenn diese den Raum verlassen (vgl. 2RT, 01:31:50). Teilnehmende betonen deshalb, dass nicht das faktische „Allein-Sein“ im Moment des Todes, sondern ein Sterbeweg in grundsätzlicher Verlassenheit problematisch sei (vgl. 2RT, 01:44:47). Ein begleitetes Sterben kann über einen längeren Zeitraum stattfinden, und eine solche Begleitung, so wird in den Interviews deutlich, macht ein würdiges, gelassenes Sterben wahrscheinlicher, ohne dieses jedoch garantieren zu können. Als Ziel wird formuliert, den Sterbenden die Gewissheit zu geben,

- (2) *es war immer jemand / für mich da und [...] das ist vielleicht auch die Möglichkeit, dann dieses Loslassen [...] zu initiieren. (2RT, 01:44:59)*

Die Teilnehmenden definieren ihren Qualitätsanspruch in Abgrenzung zu einem Sterben in Einsamkeit, das losgelöst von jeglicher Form der Begleitung durch Angehörige, Mitarbeiter*innen oder Ehrenamtliche stattfindet:

- (3) *Wir haben eine gute Arbeit gemacht, wenn jemand nicht alleine gestorben ist. (...) Schlechte Arbeit, wenn man morgens ins Zimmer kommt und der ist schon tot. Also dass wenn wir es auch nicht gemerkt haben, dass sich jemand verabschiedet, sich auf den Weg macht. (2RT, 00:55:17)*

Vor diesem Hintergrund brauche es auf Seiten der Begleitenden Empathie und Lernbereitschaft, um den Sterbeprozess begleiten zu können und herauszufinden, (ab) wann und in welchem Maße diese Begleitung erforderlich ist (vgl. 2RT, 00:55:17; vgl. auch Kap. 6.5).

Ähnliche Voraussetzungen beschreiben die Teilnehmenden im Hinblick auf die Begleitung trauernder Menschen. Für die Trauerarbeit, die sich nicht nur auf die Begleitung von Angehörigen bezieht, sondern auf alle diejenigen, die eine Beziehung zu der verstorbenen Person hatten, gebe es nicht unbedingt institutionalisierte Formen und strukturierte Abläufe; es sei eher ein informelles Geschehen, das vor allem auf der Haltung und der Mühe der Verantwortlichen und Mitarbeitenden und deren Fähigkeit zu Mitgefühl beruht. Das folgende Zitat lenkt die Aufmerksamkeit auf den oft eher unterbelichteten Aspekt, dass auch das Personal – keineswegs nur die Pflegekräfte – am Sterben von Bewohner*innen Anteil nimmt und ein Bedürfnis danach haben kann, Abschied zu nehmen und zu trauern, und dass gerade dies auch die Aufmerksamkeit der Leitungskräfte verlangt:

- (4) *[...] es wird darüber gesprochen: "Mensch, da ist jemand gestorben." und wir bieten das natürlich allen an, sich zu verabschieden vom verstorbenen Bewohner, also Mitbewohner, auch Mitarbeiter aus anderen Bereichen, auch aus der Technik, gerade die jetzt aus welchen Gründen auch immer ein besonderes Verhältnis zu denen hatten. Sei es bei der Gärtnerei oder beim Bilder aufhängen, dass man sich auch verabschieden kann. Das wird angeboten, bei den etwas fernerer (.) Bereichen geht man mit, man lässt natürlich niemanden einfach irgendwie alleine rein gehen. Und der Auszubildende, der (.) / dem wird es angeboten natürlich auch mit hinzugehen, nicht möchtest du schauen? Sondern, dass jemand da ist, wo wir das Gefühl haben, da ist eine Vertrautheit da, da ist Sicherheit da. Dass auch die Menschen, also die jungen Auszubildenden oder auch älteren Auszubildenden, selbst auch neue Mitarbeiter auch das erfahren dürfen, hinzugehen, sich zu verabschieden. (.) (2RT, 01:51:33)*

Unabhängig davon, wer trauert, gelte es bei solchen Formen der Trauerbewältigung die individuelle Art des Trauerns zu berücksichtigen. Vor allem mit Bezug auf Angehörige sei „völlig wertfrei“ Empathiefähigkeit gefragt (vgl. 2RT, 01:43:14),

- (5) *weil jeder ist anders. Zum Beispiel auch Angehörige, die plötzlich verschwinden, das heißt jetzt nicht, dass die weniger trauern. (2RT, 01:43:09)*

Trauerbegleitung, so machen es die Teilnehmenden deutlich, ist in erster Linie Beziehungsarbeit, die ebenso wie die Sterbebegleitung Empathie und Offenheit voraussetze.

2.1.2 Bedürfnisse und Willen der Sterbenden erkennen

Empathie und Offenheit seien jedoch nur zwei Grundpfeiler dieser Beziehungsarbeit. Darüber hinaus ist es in den Augen der Teilnehmenden für die Qualität der Arbeit in einer Einrichtung wichtig, die Bedürfnisse und Bedarfe insbesondere von sterbenden und trauernden Bewohner*innen in den Blick zu nehmen und die pflegerische Versorgung daran auszurichten. Dies werde zwar durch den Personalmangel erschwert (vgl. Kap. 3.1.2), sei aber gerade als Orientierungspunkt der pflegerischen Versorgung und vor allem der Sterbe- und Trauerbegleitung

besonders wichtig. Der Fokus auf die Bedürfnisse und Bedarfe von sterbenden und trauernden Menschen ist nicht nur bedeutsam, um das Handeln der Akteur*innen am persönlichen Wohl der Menschen auszurichten, es ist in den Augen der Teilnehmenden auch ein wichtiges Kriterium, um die Qualität der Sterbe- und Trauerkultur zu erfassen und weiterzuentwickeln. So wird in den Fokusgruppen von einem Bogen zur Evaluation des Prozesses der Sterbebegleitung berichtet:

- (6) *Man muss schon mit diesen Bögen dann auch in die Teams gehen, zu den Mitarbeitern und wirklich jeden einzelnen Bewohner noch mal reflektieren, um auch dann sich zu verbessern (.) In Situationen vielleicht auch anders zu reagieren. (1RT, 00:24:06)*

In den Fokusgruppen wird zum Ausdruck gebracht, dass der Wahrnehmung der Individualität der Bewohner*innen zentrale Bedeutung zukommt, gerade im Hinblick auf die Sterbenden und Trauernden sowie auf den Anspruch, deren Individualität im täglichen Handeln gerecht zu werden. Hierbei geht es nicht nur um das subjektive Wohlbefinden, sondern auch um jeweiligen persönlichen Willen der Bewohner*innen, der mit ihren Bedürfnissen und Bedarfen verbunden ist. Um diesen Willen zu erheben, werde mit den mündigen Bewohner*innen das Gespräch gesucht, bei Menschen mit geronto-psychiatrischen Erkrankungen wiederum werde versucht, mit Hilfe von Patientenverfügungen und Aussagen der Angehörigen den mutmaßlichen Willen zu ermitteln (vgl. 1RT, 00:16:23; 2RT, 01:03:24). Dies könne eine besonders herausfordernde Aufgabe sein.

Den individuellen Willen von Bewohner*innen hinsichtlich ihres Sterbens und ihres Todes zu erheben, werde durch Tabuisierung und Verdrängung der Themen ‚Tod‘ und ‚Sterben‘ erschwert (vgl. Kap. 4.2). Viele Angehörige und Betroffene hätten Ängste, über den Tod und ihre diesbezüglichen Wünsche zu sprechen. Für manche Menschen sei es aber eine große Entlastung, auf ihre Wünsche angesprochen zu werden. Gespräche könnten helfen, Ängste vor dem Sterbeprozess zu nehmen. Wenn Bewohner*innen keine Unterstützung durch Angehörige haben und

- (7) *auch gar nicht mehr unbedingt verbal äußern können oder wollen, was sie möchten (2RT, 00:21:10),*

wird die nonverbale Kommunikation sehr wichtig. So stellt eine Person im Gespräch fest:

- (8) *Da gibt es dann (.) manchmal für mich sehr ergreifende Ausdrucksformen, (2RT, 00:21:10)*

über Wünsche hinsichtlich des Sterbens und des Todes ins Gespräch zu kommen, ist den Teilnehmenden wichtig; kritisch wird festgestellt, dass dies in der eigenen Praxis oft fehle oder zu kurz komme. Zwar gebe es z. B. in einigen Einrichtungen zum Teil standardisierte Verfahren zur Erhebung von individuellen Wünschen orientierter Bewohner*innen am Ende ihres Lebens, jedoch gelinge es nicht immer, diese Verfahren auch im Rahmen von Gesprächen durchzuführen (vgl. Kap. 5.1).

Dann

- (9) *bleibt es irgendwo in der Schublade liegen oder man kann es nicht erforschen und am Ende der Finalphase macht man das, wie man es glaubt am besten zu machen. (1RT, 00:08:33)*

Mit Blick auf das Thema Tod wird beklagt, es sei

- (10) *echt ein Problem, dass viele sich da nicht beschäftigen wollen. (1RT, 00:08:33)*

Die Teilnehmenden betonen, dass sie in Zeiten ihrer Ausbildung oft selbst Hemmungen gehabt hätten, Bewohner*innen auf das Thema Tod anzusprechen. Aus der eigenen Erfahrung heraus plädieren sie daher für eine Enttabuisierung der Themen ‚Sterben‘ und ‚Tod‘, um den Bewohner*innen, deren Angehörigen sowie den Mitarbeitenden Ängste zu nehmen und den Prozess der Sterbebegleitung an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen des sterbenden Menschen ausrichten zu können:

- (11) *Wir müssen darüber sprechen, wir müssen lernen, dass es kein Tabuthema ist. (2RT, 00:58:24)*

2.1.3 Persönliche Haltung und Zusammenhalt im Team leben

- (12) *[...] eine gute Versorgung für einen Sterbenden [kann] sehr an der einzelnen Person häng[en]. (2RT, 00:34:05)*

Wie mit den persönlichen Wünschen sterbender Bewohner*innen umgegangen werde, hänge nicht zuletzt von der eigenen Biographie, den Erfahrungen und der persönlichen Haltung der Pflegekraft ab.

- (13) *Das kommt sehr stark auf die/ wirklich auf die einzelne Schwester [an], welches Bild die vom Menschen hat. Also, das ist die Erfahrung, die ich da so gemacht habe. (1RT, 00:22:14)*

Wie „tatsächlich gestorben wird“ (vgl. 1RT, 00:03:40), sei, so wird mit Blick auf die Qualität der Arbeit im Rahmen der Sterbe- und Trauerkultur betont, zum einen davon abhängig, wie eine Einrichtung geführt wird, und zum anderen davon, wer in der jeweiligen Situation im Dienst sei. Demnach sei die Frage nach der Qualität der Arbeit

- (14) *dann trotzdem ein Haltungsthema. (1RT, 00:06:29)*

Beim Pflegepersonal unterscheiden die Gesprächsteilnehmenden zwei verschiedene Typen hinsichtlich der Haltung im Beruf: Zum einen diejenigen, die ihre Arbeit zweckmäßig leben und ihre Tätigkeit zum Zweck des Lohnerwerbs ausüben, sich aber nicht zu tief in die Situationen begeben wollen, was besonders bei nicht-christlich geprägten Akteur*innen zu beobachten sei. Zum anderen diejenigen, die aus einem persönlichen, oftmals christlichen Ethos heraus handeln und sich auch über das durch ihren Arbeitsvertrag Geforderte hinaus verausgaben, damit trotz

widriger Rahmenbedingungen (vgl. Kap. 3.1) eine gute Pflege und Begleitung der Sterbenden unter Einbezug zwischenmenschlicher Dimensionen sichergestellt werden könne (vgl. Kap. 3.3.3). Die Teilnehmenden unterstreichen, wie notwendig eine „*humanistische*“ und an der Menschenwürde orientierte Haltung sei, aus der pietätvolle, entgegenkommende und auch im kollegialen Umgang reflektierte Entscheidungen folgen (vgl. 1RT, 00:20:44). Darin zeige sich der persönliche Anspruch der Pflegenden an ihre eigene Arbeit, die als fürsorgliches Handeln an den Bedürfnissen und Bedarfen des sterbenden Menschen ausgerichtet sein solle. Eine solche Haltung zeichne viele Pflegende aus und sei bedeutsam für eine qualitative und wertorientierte Sterbe- und Trauerbegleitung; zugleich müsse die Problematik stärker ins Bewusstsein gebracht werden, dass faktisch nur dank des übermäßigen, ethisch motivierten persönlichen Einsatzes vieler Pflegekräfte nicht besetzte Stellen oder Personalausfälle kompensiert werden, um die Versorgung von Bewohner*innen sicherzustellen (vgl. 2RT, 02:10:14).

Aus den Fokusgruppen wird also ersichtlich, dass die individuelle Haltung der professionellen Akteur*innen für die Qualität der Sterbe- und Trauerbegleitung in konfessionellen Altenhilfeeinrichtungen grundlegend ist: Das ‚Da-Sein‘ für die sterbenden und trauernden Menschen ist geprägt von Empathie und Offenheit, der Ausrichtung der Begleitung an der Individualität der Menschen, ihren Bedürfnissen und Bedarfen sowie nach Möglichkeit an dem Anspruch, mit den Menschen zu sprechen, um deren persönliche Wünsche am Ende ihres Lebens zu erfragen und ihnen Ängste zu nehmen.

Die Bedeutung, die der Haltung des*der Einzelnen zukommt, soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass das individuelle, wertorientierte Handeln in den Kontext eines Teams eingebettet sein muss, um sich vollumfänglich entfalten zu können. Um z. B. Wünsche von Bewohner*innen am Ende ihres Lebens erfüllen zu können, braucht es nicht nur eine offene Haltung der einzelnen Pflegekraft, sondern funktionierende Schnittstellen im Arbeitsalltag und die Bereitschaft zur positiven Zusammenarbeit im Team:

(15) *Ja, also wenn Mitarbeiter im Haus es schaffen zu der Routine, die man hat und mit dem Ablauf, der ist nämlich geplant von montags bis sonntags, 24 Stunden um die Uhr, nicht nur den guten Willen zu haben und das zu machen, sondern das ganze Team und alle Mitarbeiter im Haus gehören ja dazu. Wenn ich jetzt sage: "Ich möchte jetzt gerne [...] ein besonderes Essen haben, kannst du das bitte organisieren", dann ist ja da deine Schnittstelle, über die ich, ne, als Mitarbeiter, die ich bedenken muss. (2RT, 00:34:05)*

Die gemeinsame Haltung eines Teams und deren Bedeutung zeigt sich nicht nur in der gemeinsamen Ausrichtung des Handelns auf den sterbenden Menschen und seine Individualität, sondern auch darin, dass im Rahmen der Sterbebegleitung auch auf die beteiligten Kolleg*innen geachtet wird (vgl. auch Kap. 2.2.2).

Ein weiterer Aspekt, in dem sowohl die Haltung des Teams als auch dessen Bedeutung im Rahmen der Sterbe- und Trauerkultur deutlich wird, ist der Umgang mit Fehlern (vgl. auch Kap. 2.2.4).

In den Gesprächen wird betont, dass es in den Einrichtungen nur vereinzelt eine offene und konstruktive Bearbeitung von Fehlern gebe, zumal in standardisierter Form. Ebenso fehle es an externer Vernetzung zum Austausch über Erfahrungen im Rahmen der Begleitung sterbender und trauernder Menschen. Umso mehr werde das Team, vorausgesetzt dass eine entsprechende Haltung geprägt von Offenheit und Vertrauen vorherrsche, zum Ort des Austausches über aufgetretene Fehler im Rahmen der Sterbe- und Trauerkultur und der auf dieser Grundlage stattfindenden Weiterentwicklung. Dies illustriert ein Bericht aus der Fokusgruppe über eine Situation, in der eine Pflegekraft „aus purer Verzweiflung den Notarzt“ rief, welcher der Pflegekraft daraufhin mit rechtlichen Konsequenzen drohte (vgl. 1RT, 01:16:30):

(16) *Und (...) die konnte offen in dem Team darüber reden, aber nur in dem kleinen Team. Dann dieser geschlossene Kreis von vier, fünf, sechs (...) Pflegekräften, zu denen sie Vertrauen hatte, sodass man sie da auffangen konnte und sagen konnte: "Passiert dir eh nichts, der macht da die Welle, den kennen wir." Und da konnte man auch gucken, wo ist der Fehler und wie hätte man das umgehen können oder was hätte man anders machen können, ohne einen Vorwurf draus zu machen, aber wie kann man das anders handeln. (1RT, 01:17:13)*

Vor allem die zuletzt dargelegten Aspekte des Anspruchs an eine gelingende Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Altenpflegeeinrichtungen lassen die Bedeutung erkennen, die der Leitung für die Entwicklung und Pflege dieser Kultur in den Einrichtungen zukommt.

2.2 Leitungskultur

(17) *Wie in einem Haus gestorben wird, kommt von der Leitung, ganz klar. (1RT, 00:16:23-1)*

Für eine gemeinsam gelebte Sterbe- und Trauerkultur innerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung, so das Ergebnis der Fokusgruppen, kommt den Führungskräften besondere Bedeutung zu.

2.2.1 Wertorientierung und persönliche Haltung

In der Wahrnehmung von Leitungsaufgaben komme es nicht nur auf die *Rolle* der Führungskraft innerhalb der jeweiligen Organisation und die mit der Rolle verbundene Leitungs- und Steuerungsfunktion an, sondern vielmehr auf die Haltung, mit der Leitung praktiziert wird. Dies verdeutlichen die Teilnehmenden u. a. anhand der Umsetzung von Palliative Care. Sie muss sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der begleiteten Personen orientieren und das Beziehungsgeschehen zwischen dem sterbenden Menschen, seinem Umfeld und den professionellen Akteur*innen in den Blick nehmen. Das verlangt nach Einschätzung der Gesprächsbeteiligten nicht nur persönliche und fachliche Kompetenzen der Akteur*innen sowie die Zusammenarbeit im Team, sondern eine authentisch gelebte, persönliche Haltung der Führungskräfte, mit der sie ein Vorbild geben und den Mitarbeitenden Sicherheit in ihrem Handeln vermitteln. Sie eröffnen

damit Räume für werteorientiertes Handeln der Mitarbeitenden und eine werteorientierte Sterbe- und Trauerkultur (vgl. 1RT, 0016:23; 1RT, 00:24:06).

Diesen Zusammenhang illustriert eine Person anhand eines Beispiels aus der Zeit ihrer Berufsausbildung im Krankenhaus. Es spiegelt, wie eine Führungskraft, die eine christlich orientierte Werthaltung besaß und ein „sehr humanistisches“ Menschenbild (1RT, 00:20:44) vertrat, in der Sterbebegleitung auf einer geriatrischen Station eines Krankenhauses wirkte:

(18) *Da habe ich gesehen, (.) wie wertvoll es ist, einen Patienten in Frieden begleiten zu dürfen, obwohl das wirklich ziemlich übel war, [was] man aushalten musste. (.) Man war aber danach auch im Team aufgefallen, also das Team, die Schwestern (..) haben gesagt: "Setz dich hin, ruh dich aus und wir reden da drüber." Das war nicht aufgezwungen, das war wirklich einfach gelebt, das war nicht (.) gespielt. Und (..)heute ist mir klar, das lag an dieser Leitung [...] in diesem Krankenhaus. (1RT, 00:21:16-6)*

2.2.2 Sorgsame Führung

Die Haltung der Führungskraft wurde in dem referierten Beispiel zum Antrieb ihres Führungshandelns. Der Entscheidung, ein*e Mitarbeiter*in über längere Zeit an einem Sterbebett sitzen zu lassen, entspricht die Fürsorge, mit der hinterher die Belastung, die mit dieser Aufgabe verbunden war, im Team aufgefangen wird. Zudem betont der rückblickende Kommentar die als vorbildlich wahrgenommene, wertorientierte Prioritätensetzung: Die Führungskraft habe den Mitarbeitenden die Sicherheit gegeben, ihr Handeln bei Bedarf auch gegen strukturelle Zwänge ganz auf die Bedürfnisse des sterbenden Menschen auszurichten und dabei weder das Team noch die Einzelnen aus dem Blick zu verlieren. Führungskräften wird also auch eine schützende Funktion für Mitarbeitende zugeschrieben, insbesondere dann, wenn organisatorische Zwänge zum Konflikt führen zwischen dem Anspruch, die Versorgung von Bewohner*innen, besonders in der Sterbephase, aufrechtzuerhalten und gleichzeitig dem Wohl der Mitarbeitenden Rechnung zu tragen:

(19) *[...] das ist Leitungsaufgabe, ohne Frage. Dass es nicht immer händelbar ist, nicht immer leicht ist. Dass auch ich in manchen Situationen auf meine Mitarbeiter zurück- / oder froh bin, dass die sich auch so anbieten, dass die das dann auch sicherlich dementsprechend belohnt bekommen, also (..) mit Stunden. Was natürlich jetzt auch nicht dauerhaft geht, dass die dann jeder immer jeden Tag zwei Stunden länger bleiben oder so. Das geht auch nicht. Aber: Dieses Berufsbild gerade in der Pflege ist so, dass die (.) ich will nicht sagen, das Helfersyndrom hat, aber was tut. Und auch von der nächsten Seite kommt dann eben die Berufsgenossenschaft oder eben über andere und fragt nach: Was tun wir denn gegen psychische Belastung? (2RT, 02:10:14)*

Es liegt in der Verantwortung der Führungskraft, trotz der Komplexität der Situation der Einsatzbereitschaft besonders engagierter Mitarbeitender ein Regulativ entgegenzusetzen, einer

(schleichenden) Überbeanspruchung entgegenzuwirken und keinesfalls solches Engagement auszunutzen. Gleichzeitig gibt das werteorientierte Handeln der Führungskräfte in der Anleitung von nachgeordneten Pflegekräften Orientierung und Halt und trägt so dazu bei, dass sowohl die Einzelnen als auch die Teams eine bestimmte Haltung entwickeln:

(20) *Aber das hat glaube ich auch nur funktioniert, weil man das immer begleitet hat von der Leitung aus, ne. Also ein Selbstläufer wäre das nicht gewesen, wenn man da nicht eine Haltung von allen gespürt hätte. (1RT, 00:24:06)*

Ziel solcher Begleitung ist es nicht nur, Arbeitsabläufe aufrecht zu erhalten und Mitarbeitende zu kontrollieren, sondern sie zum eigenständigen und verantwortlichen Handeln im Rahmen der Sterbe- und Trauerkultur zu befähigen. Dem Verständnis guter Leitung, das die Teilnehmenden artikulieren, entspricht die Wahrnehmung, dass Entwicklung und Qualitätssicherung der Sterbe- und Trauerkultur in erheblichem Maße von der jeweiligen Führungskraft abhängen. Die Teilnehmenden betonen, dass es die Leitung sei, die Konzeptentwicklungen ermöglicht oder verhindert und das Team motiviert (vgl. 1RT,00:24:06-9; 2RT, 00:25:05-7).

2.2.3 Aktive Gestaltung der Sterbe- und Trauerkultur

Eine gemeinsame Haltung im Umgang mit Sterben und Trauer findet u. a. in Ritualen Ausdruck, die in einer Einrichtung gepflegt werden (vgl. Kap. 4.2). Das gelinge aber nur, so die Teilnehmenden, wenn sie von der Leitung befürwortet und begleitet werden. Man könne zwar versuchen,

(21) *strukturell Dinge besser zu machen, aber das ist dann trotzdem ein Haltungsthema. (1RT, 00:06:29)*

Zum Abschiednehmen brauche es eine Struktur, die Halt gebe. Dazu eine Leitungskraft:

(22) *Also ich bin immer dabei, wenn einer unserer Bewohner geht, auch nicht hintenrum, sondern [durch] den Vorderausgang. Und (.) was (.) für mich selbstverständlich ist, ist nicht für alle selbstverständlich, und auch (..) dass, wenn man dann jemanden nach draußen begleitet, dass man dann auch innehält, also der Empfang, dass die sich kurz erheben und nicht pom-pom weitermachen oder sich verstecken oder sonst was. [...] Das ist ein Selbstverständnis, was ich habe, was aber nicht selbstverständlich ist. (2RT, 00:48:58)*

Ein solches authentisches Beispiel einer Führungskraft öffnet nicht nur Handlungsräume für die Mitarbeitenden im Hinblick auf die Sterbe- und Trauerkultur einer Einrichtung, sie prägt auch den gesamten Umgang mit den Themen ‚Sterben‘ und ‚Abschiednehmen‘ innerhalb einer Einrichtung, so die Teilnehmenden. Im Gegensatz zu diesem Beispiel wird betont, dass manche Leitungskräfte Tabuisierung und Berührungsangst mit dem Tod in der Institution eher verstärken, indem z. B. Verbote ausgesprochen würden, Särge zur Mittagszeit am Speisesaal vorbei aus dem Haus zu tragen (vgl. Kap. 4.2), und die Regel ausgegeben werde, Bewohner*innen seien im Falle eines Transports vorzuwarnen, damit sie rechtzeitig auf ihre Zimmer gehen können (vgl. 2RT,

01:20:24). Die Teilnehmenden sprechen demgegenüber die Erwartung aus, Führungskräfte sollten in ihren Institutionen an einer Enttabuisierung des Todes arbeiten, und sehen die Verantwortung von Führungskräften darin, mutig zu sein und Mitarbeitenden Mut zu machen, offen mit dem Thema umzugehen.

(23) *Ich hoffe [...], dass wir ganz viel aufmachen und sagen: ‚Ok, macht das, traut euch.‘ (2RT, 01:21:36)*

Solche Unterschiede im Umgang mit den Themen ‚Sterben‘ und ‚Abschiednehmen‘ unterstreichen die Schlüsselbedeutung, die der Werthaltung der Führungskräfte als Kompass des Führungshandelns zukommt. Nach der Einschätzung der Teilnehmenden ist es für die Sterbekultur im Haus entscheidend, ob und wie diese von der Leitung etabliert, mitgetragen und befördert wird:

(24) *[...] der einzelne Mitarbeiter kann vieles machen, dann ist es aber abhängig davon, ob der im Dienst ist oder nicht, und das darf es eben nicht sein. Es muss von der Leitung kommen. (1RT, 00:16:23)*

Gerade anhand der Sterbe- und Trauerkultur einer Einrichtung zeigt sich, dass Führungskräfte Kulturträger sind, durch ihr wertebezogenes Handeln in der Führungsrolle eine spezifische Kultur prägen und deren Umsetzung im Leben der Einrichtung ermöglichen. Die Teilnehmenden formulieren die Herausforderung, die sich den Führungskräften stellt, als Frage:

(25) *Wie schaffen wir das, dass es Führungskräfte gibt, die so einen Raum dafür schaffen [...] dass so eine Kultur entsteht [...] Ich glaube das ist [...] einer der wichtigsten Anpackpunkte (.) unter diesen schwierigen Rahmenbedingungen. (1RT, 01:18:26)*

2.2.4 Fehlerkultur

Zu den Herausforderungen, die im Führungshandeln aufzugreifen sind, gehört auch der Umgang mit Fehlern im Team, insbesondere solchen, die im Rahmen der Sterbe- und Trauerbegleitung entstehen und auf Seiten der Pflegekräfte (und ggf. anderer Beteiligter) nicht selten Gefühle von Überforderung und Unsicherheit auslösen. Fehler seien nicht nur im Sinne des Qualitätsmanagements und einer bestmöglichen Sterbe- und Trauerbegleitung anzusprechen, sondern es gelte auch, den Kreislauf des negativen Gefühlserlebens und der damit verbundenen Belastungen auf Seiten der Betroffenen zu durchbrechen. Erschwert werde dies zum einen, wenn Sterben und Trauer tabuisiert würden, wie es in manchen Einrichtungen der Fall sei; zum anderen durch eine unterentwickelte Fehlerkultur, einen Mangel an Offenheit im Umgang mit Fehlern sowie an Möglichkeiten zum Austausch von Erfahrungen, etwa in externen Netzwerken. In diesen Defizitanzeigen spiegelt sich die Erwartung an Führungskräfte, den Umgang mit Fehlern strukturell zu verankern.

Teilnehmende berichten von Maßnahmen, die Strukturen schaffen sollen, einen Raum eröffnen, in dem Fehler besprochen werden können, damit die Fehlerkultur im Rahmen der Sterbe- und Trauerkultur weiterentwickelt werden kann. Mit einer Ausnahme, die sich auf die Etablierung eines Arbeitskreises zur Palliativ-Kultur in einer Einrichtung bezieht, sind alle Ansätze, die benannt werden, auf die Ebene des Teams ausgerichtet. So wird von Besprechungen berichtet, die dazu dienen, den Zusammenhalt für die Notfallentscheidungen einzelner Personen im Dienst zu stärken, sowie von monatlichen Teambesprechungen mit Erfahrungsaustausch und von Fallbesprechungen des ganzen Pflorgeteams unter Leitung der Führungskraft nach jedem Sterbefall (vgl. 2RT, 01:47:19). Dies bestätigt die Schlüsselfunktion, die dem Team zukommt. Es ist der primäre Ort, an dem kritische Situationen reflektiert und Konsequenzen für die gemeinsame Praxis der Sterbe- und Trauerbegleitung gezogen werden (vgl. auch Kap. 2.1.3).

Auch hier geht es nicht nur darum, Fehler zum Wohle von Bewohner*innen, Mitarbeitenden und ggf. Ehrenamtlichen sowie zur Weiterentwicklung der Sterbe- und Trauerbegleitung ansprechen zu können, sondern auch darum, dass Sicherheit im gemeinschaftlichen Umgang mit Fehlern authentisch vermittelt wird. Aus ihrer Praxiserfahrung weisen die Teilnehmenden beispielhaft auf das Risiko hin, dass zwar möglicherweise eine Patientenverfügung vorliegt, diese im Notfall aber nicht mehr gelesen wird, sondern sofort lebensverlängernde Maßnahmen wie Reanimation unterbleiben, ohne dass man sich über den Willen der betroffenen Person vergewissert hat. Auch könnten Unsicherheiten bei Pflegekräften dazu führen, dass sie unter Druck anders handelten, als es vorab besprochen worden sei. Auch ohne solche Unsicherheiten könne es Situationen geben, in denen die akut verantwortliche Person anders entscheidet, als es im Team eigentlich besprochen war. Dann ist eine Haltung der Leitung gefragt, die von Vertrauen in die Mitarbeitenden geprägt sein sollte, wie das folgende Beispiel illustriert:

(26) *So, wenn die examinierte Fachkraft im Nachtdienst ist und sie trifft eine Entscheidung, die gegen das war, was wir eigentlich an Wünschen / welche Haltung wir haben, dann bin ich nicht glücklich damit, aber ich lebe damit. Weil ich denke, letztendlich ist sie diejenige, die das zu verantworten hat und bevor sie die Entscheidung getroffen hat, die anders ist wie die in der Planung vorgesehene, wird sie sich Gedanken gemacht haben, so viel Vertrauen habe ich, das weiß ich. Also ich würde nie einen Mitarbeiter darauf verpflichten, du musst das oder jenes machen. (RT, 01:19:03)*

2.3 Seelsorge

Einrichtungen in konfessioneller Trägerschaft unterscheiden sich nach Einschätzung der Teilnehmenden von solchen in anderer Trägerschaft u. a. in der Bedeutung, die der Seelsorge in Alteinrichtungen, besonders als Bestandteil der Sterbe- und Trauerkultur, zugeschrieben wird. Verschiedene Stimmen betonen die Bedeutung der Seelsorge, weisen aber zugleich darauf hin, dass sich die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der Bewohner*innen veränderten und dieser Wandel Seelsorger*innen und Pflegekräfte herausfordere (vgl. auch Kap. 3.2.3 und 4.2).

2.3.1 Wunsch nach Seelsorge und Mangel an Seelsorger*innen

(27) *Das ist eine Frage und wir stellen fest, dass sind doch dann auch etliche Menschen, die das wollen. Und jetzt kommt es: (...) Es wird nicht so oft erfüllt. (1RT, 00:41:17)*

In den Interviews wird deutlich, dass das seelsorgliche Angebot auch in Einrichtungen, denen ein christliches Profil wichtig ist, an knappen Ressourcen krankt. Wünsche nach seelsorglicher Begleitung könnten z. B. nicht erfüllt werden, weil kein Priester für die Spendung der Krankensalbung verfügbar sei (vgl. 1RT, 00:41:46). Zwar wird berichtet, dass in manchen Fällen auch evangelische Seelsorger Krankensalbungen spendeten (vgl. 1RT, 00:41:46) und Ordensschwwestern sich sehr engagierten, dennoch seien nicht genug Seelsorgende da. In einem Fall, in dem ein Priester im Haus gelebt habe und seelsorglich gewirkt habe, sei dessen Tod eine Zäsur gewesen:

(28) *Und als er dann verstorben ist, dann merkte man sofort den richtigen Bruch. (1RT, 00:45:11)*

Der Geistliche hatte, neben einer allgemeinen und sichtbar praktizierten Ansprechbarkeit für alle, einen liturgischen Kreis gegründet, der nach dessen Tod selbst einen neuen Pfarrer organisierte, um ein Angebot an Gottesdiensten im Haus zumindest an Feiertagen sicherzustellen (vgl. 1RT, 00:45:33, 1RT, 00:46:21).

2.3.2 Wandel religiöser Bedürfnisse und neue Anforderungen an Seelsorgende

Auch wenn im Wunsch nach seelsorglicher Begleitung grundsätzlich Kontinuität beobachtet wird, wandeln sich die Erwartungen an Art und Qualität des Angebots. Darin spiegeln sich, so die Einschätzung von Teilnehmenden, ein Generationenwandel in den Einrichtungen, aber auch der religiöse Wandel in der Gesellschaft insgesamt: Die Zahl der christlich geprägten Bewohner*innen, die ihren Glauben auch praktizieren, nehme ab, aber der Bedarf an seelsorglicher Begleitung schwinde nicht. Manchen Sterbenden helfe der Glaube spürbar, gelöst gehen zu können, ohne dass u. a. Medikamente zur Beruhigung angewendet werden müssen. Eine evangelische Pflegekraft beschreibt ihre Wahrnehmung eines katholischen Rituals:

(29) *[...] das war einfach das Ritual und [...] dieses Getragene und (.) die Liturgie, und es wurde ruhig und das Leben floss dahin und dem Ende zu. (1RT, 00:48:18)*

Nicht immer ist die konfessionelle Verortung eines Rituals ausschlaggebend. Für viele Menschen scheinen Aspekte im Vordergrund zu stehen, die weniger mit einer traditionellen, kirchlich verankerten Frömmigkeitspraxis verbunden sind, sondern eher mit dem offeneren Begriff Spiritualität gefasst werden können. Dafür spricht die Vielfalt unterschiedlicher Rituale, von denen Teilnehmende aus ihrer Praxis berichten und die in individuellen Formen in den verschiedenen Einrichtungen gelebt werden (vgl. Kap. 4.2). Darin deutet sich ein Wandel in der Ritualpraxis an. Daraus folgt, dass es auch einer angepassten Ritualkompetenz in konfessionellen stationären

Pflegeeinrichtungen bedarf: Während früher traditionelle religiöse Bräuche für Mitarbeitende wie für Bewohnende selbstverständlich waren, werde heute nach individuellen Wegen des Abschiednehmens gesucht (vgl. 1RT, 00:06:29).

Diese Gesamtsituation hat Auswirkungen auf die Seelsorgenden. In den Fokusgruppen wird von Seelsorgerinnen mit pastoraler Zusatzqualifikation und Beauftragung durch den Bischof berichtet, die sagen, dass sie Hilfe brauchen, da sich die Klientel verändere. Die Menschen hätten den Wunsch nach einer anderen Form der Begleitung, nach Weggesprächen (vgl. 1RT, 00:50:06). Es brauche im Alltag der Sterbe- und Trauerbegleitungen unterschiedliche Gesprächs- und Kommunikationsformen, die es Menschen ermöglichen, über die Themen ‚Sterben‘ und ‚Trauer‘ zu sprechen und die damit verbundenen Wünsche und Ängste ins Wort zu bringen (vgl. 1RT, 00:50:06). Es bedürfe jedoch nicht nur der Offenheit von Seelsorgenden gegenüber sich wandelnden Bedürfnissen von sterbenden und trauernden Menschen, sondern auch einer Vergewisserung im Umgang mit ‚klassischen‘ katholischen Ritualen, wie z.B. dem Rosenkranzgebet. So wird von Erfahrungen berichtet, dass das gemeinsame Beten des Rosenkranzes eine beruhigende Wirkung auf den sterbenden Menschen haben könne. Aber immer weniger könne damit gerechnet werden, dass in einer Sterbesituation, in der dies vielleicht gewünscht wird, Menschen zur Stelle sind, die mit den Sterbenden und ihren Angehörigen beten können.

(30) *Der Devotionalienkoffer, der steht da in der Ecke, ich glaube, der hat eine Staubschicht angesetzt. (1RT, 00:50:06)*

Mitarbeitende seien zwar „vielleicht für sich gläubig“ (1RT, 00:50:06), jedoch nicht in der Lage, religiöse Rituale, etwa das Rosenkranzgebet, zu vollziehen.

2.4 Zwischenfazit: Kriterien einer guten Sterbe- und Trauerkultur

Das Fundament einer Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Einrichtungen bildet nach Einschätzung der Gesprächsteilnehmenden die Werthaltung der professionellen Akteur*innen. Dies gilt für die Einzelnen und verstärkt in Bezug auf die Haltung von Führungskräften sowie auf gemeinschaftlich gelebte Haltungen, die das Team prägen und stabilisieren. Im wertebestimmten Handeln wird die Sterbe- und Trauerkultur einer konfessionellen Altenhilfeeinrichtung konkret. Im Folgenden werden zentrale Kriterien einer solchen werteorientierten Sterbe- und Trauerkultur, so wie sie aufgrund der Fokusgruppeninterviews herausgearbeitet wurden, zusammengefasst:

Empathie und Offenheit: Das Handeln der Akteur*innen im Rahmen der Sterbe- und Trauerbegleitung richtet sich am sterbenden bzw. trauernden Menschen aus. Fürsorge stellt dabei einen zentralen Aspekt der Werthaltung der professionellen Kräfte dar. Sie ist eng verbunden mit Empathie und Offenheit, die das Dasein für sterbende und trauernde Menschen bestimmen.

Blick auf die Individualität: Eine gelungene und qualitativ hochwertige Sterbe- und Trauerbegleitung in konfessionellen Altenhilfeeinrichtungen richtet sich an der Individualität des Menschen

aus. Geleitet durch Offenheit und Empathie, werden die Bedürfnisse und Bedarfe des sterbenden und trauernden Menschen wahrgenommen. Sie bilden im Prozess der Sterbe- und Trauerbegleitung den entscheidenden Orientierungspunkt.

Miteinander sprechen: Um das Handeln an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen am Ende des Lebens ausrichten zu können, wird das Gespräch mit Bewohner*innen und ihren Angehörigen gesucht. So soll Raum für die Reflexion der eigenen Wünsche am Ende des Lebens gegeben und die Ausrichtung der Begleitung auf diese Wünsche ermöglicht werden. Ein solches Vorgehen durchbricht die verbreitete Tabuisierung von Sterben, Tod und Trauer und nimmt Menschen Ängste im existentiellen Umgang mit diesen Themen.

Verortung im Team: Die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung führt nicht nur dazu, dass das Team als Ganzes sich auf die Individualität der sterbenden und trauernden Menschen und an einem gemeinsamen Anspruch an die Ausgestaltung der Sterbe- und Trauerkultur ausrichtet. Sie vermittelt den einzelnen Mitarbeitenden auch ein Gefühl der Sicherheit im individuellen Handeln und gibt ihnen Halt in herausfordernden Situationen. Zudem ist das Team der Ort, an dem Fehler aufgearbeitet und Lehren für zukünftige Situationen im Rahmen der Sterbe- und Trauerbegleitung gezogen werden können.

Wandlungsfähigkeit von Seelsorge: Auch im Bereich von Religiosität und Spiritualität am Ende des Lebens bedarf es der Offenheit für individuelle Bedürfnisse. Die religiösen bzw. spirituellen Bedürfnisse der Bewohner*innen verändern sich ebenso wie der Bezug zu religiös verorteten Ritualen. Dem seelsorgerlichen, begleitenden Gespräch, das Ängste nehmen, Wünsche zum Vorschein bringen und innere Ruhe vermitteln kann, kommt eine besondere Bedeutung zu. Mit dem (Generationen-)Wandel entstehen neue Rituale und Formen des Abschiednehmens; Seelsorgende brauchen eine neue Ritualkompetenz, ohne traditionelle religiöse Formen aus dem Blick zu verlieren.

Führung als Ermöglichung: Führungskräfte nehmen besonderen Einfluss auf die Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Altenhilfeeinrichtungen. Durch ihre Werthaltung werden sie zu Vorbildern für die Praxis der Sterbe- und Trauerbegleitung, vermitteln ihren Mitarbeitenden Sicherheit und geben ihnen Vertrauen sowie Mut zur eigenständigen Gestaltung. Sie ermöglichen eine Fehlerkultur im Team und schaffen einen Rahmen, in dem die Qualität der Sterbe- und Trauerbegleitung weiterentwickelt werden kann. Sie fördern das Miteinander im Team nicht zuletzt dadurch, dass über die Themen ‚Sterben‘, ‚Tod‘ und ‚Trauer‘ innerhalb der Einrichtung gesprochen wird und eine fürsorgliche, empathische und offene Haltung sowie Aufmerksamkeit für die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe entwickelt werden.

3 Institutionelle und innerorganisatorische Bedingungen für einen würdigen Umgang mit Sterben und Tod

Die Möglichkeit, eine gelingende Sterbe- und Trauerkultur in konfessionellen Einrichtungen der Altenpflege zu entwickeln und zu pflegen, hängt in erheblichem Maße von Faktoren ab, die nicht dem Einfluss jener professionellen Akteur*innen unterliegen, die in den Häusern Verantwortung tragen. Institutionelle (rechtliche und politische) Rahmenbedingungen wirken auf die organisatorischen Strukturen, die wirtschaftlichen Restriktionen und die Arbeitsbedingungen in den konkreten Handlungskontexten ein. Sie begrenzen die Handlungs- und Gestaltungsspielräume der Leitungen und produzieren den häufig beklagten Kosten- und Zeitdruck, unter dem insbesondere die Pflegekräfte arbeiten.⁸ Diese Situation wird von den Betroffenen auch in den hier ausgewerteten Fokusgruppen-Interviews kritisiert. Das folgende Kapitel stellt dar, wie die Gesprächsteilnehmenden die von außen auferlegten Bedingungen wahrnehmen und damit umgehen, wie sie in diesem Bedingungsgefüge die Ressourcen der eigenen Organisation einschätzen, welche Aspekte sie als unterstützend bzw. als hemmend für die Begleitung Sterbender und Trauernder und für die Entwicklung einer entsprechenden Kultur in ihren Einrichtungen erfahren. Kostendruck, Zeitdruck und Personalmangel werden als zentrale strukturelle Belastungsfaktoren beklagt (3.1). Kooperationen mit externen lokalen Kräften sollen die Möglichkeiten der Sterbe- und Trauerbegleitung stützen; der Blick richtet sich dabei sowohl professionelle Akteure und Angebote (v. a. Palliativdienste und Hospize; Seelsorger*innen) als auch auf ehrenamtlich Engagierte (3.2). Schließlich sind religiöse und sozialkulturelle Kontextbedingungen zu berücksichtigen, auf die in den Einrichtungen reagiert werden muss (3.3).

3.1 Der Umgang mit strukturellen Einflussfaktoren

(31) *Und ein Sterben nach Dienstplan wird es niemals geben, ne. Der Tod kommt immer in (.) in den Momenten, wo es einfach sich ereignet, das kann man nicht planen und man kann nicht sagen: "Nee." (2 RT, 02:06:01).*

Wenn der Sterbeprozess eines Menschen in die finale Phase mündet, sind nicht nur die professionellen Akteur*innen und ihre fachliche Kompetenz sowie persönliche Haltung gefragt. Der Rahmen für die Begleitung wird auch durch strukturelle Bedingungen innerhalb einer Einrichtung definiert, die Einfluss auf die Ausgestaltung der Sterbe- und Trauerkultur nehmen. Die

⁸ „Als Alarmsignal sind [...] die sinkende Motivation der beruflich Pflegenden, die beobachtete Verschlechterung der Arbeitsumgebung sowie eine sinkende Wertschätzung durch Arbeitgeber zu bewerten. Diese Analysen verweisen auf das Dilemma, in dem sich motivierte Berufseinmündende und Pflegende befinden, die ihren Beruf positiv bewerten. Es sind und bleiben die Rahmenbedingungen und die Arbeitsbedingungen vor Ort, die Pflegende bemängeln.“ Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel (2022): Kurzbericht zur Studie: Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Hg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Köln, S. 23.

Fokusgruppeninterviews beschreiben, wie diese strukturellen Bedingungen auf die Bewohner*innenversorgung in den Altenhilfeeinrichtungen einwirken, und zeigen, dass die strukturellen Engpässe in der Pflege die Sterbe- und Trauerbegleitung besonders betreffen.

3.1.1 Kosten- und Zeitdruck

Der Rahmen, in dem pflegerische Versorgung geleistet wird, ist maßgeblich durch den Kostendruck bestimmt, der u. a. ein erhöhtes Arbeitsaufkommen für die Pflege- und Betreuungskräfte bedingt:

(32) *Also es geht wirklich nur darum, wie kann ich einigermaßen die Mindestbesetzung halten, damit ich überhaupt die Dienste besetzen kann, damit unsere Bewohner versorgt werden. (1RT, 01:01:53-5).*

Kostendruck und Arbeitsvolumen stehen aus Sicht der Teilnehmenden in keinem adäquaten Verhältnis zueinander. Die knappe Finanzierung gehe auf Kosten der Mitarbeitenden, weil diese am teuersten seien. Diese wiederum schufen mit eigener Überlastung einen Ausgleich (vgl. 1RT, 00:55:59-8; 00:59:59-1). Die Finanzierung der pflegerischen Versorgung in Altenhilfeeinrichtungen und der Fachkräftemangel führten im Arbeitsalltag dazu, dass die Pflegekräfte nur dazu kommen, „Löcher“ zu „stopfen“ (1RT, 01:00:46-3). Überall gebe es zu wenig Mitarbeitende, so stelle beispielsweise die Begleitung demenziell veränderter Bewohner*innen zu einem Arztbesuch häufig ein Problem dar. Unter der Gefahr der Überlastung für die Pflegekräfte und mit Hilfe von Angehörigen sei man um Schadensbegrenzung bemüht (vgl. dazu 3.1.2).

Die Teilnehmenden versuchen dennoch, v. a. als verantwortliche Leitungskräfte, ihrem Berufsethos entsprechend zu arbeiten; Konflikte mit den wirtschaftlichen Erfordernissen sind dabei an der Tagesordnung:

(33) *Dieses Thema versuche ich da nicht aufkommen zu lassen [...] betriebswirtschaftlich müsste ich ganz anders denken, das will ich gar nicht. (2RT, 00:39:35)*

Aus Kostengründen müssen beispielsweise Zimmer sofort im Anschluss an das Sterben geräumt werden, denn

(34) *am nächsten Tag gibt es kein Geld mehr dafür. (2RT, 00:58:24)*

Eine Person stellt explizit die Pietät über die Kostenfrage: Die eigene Institution gewähre den Angehörigen zwei bis drei Tage, bis das Zimmer tatsächlich geräumt sein müsse, obwohl das schwierig sei, denn man habe ja auch eine

(35) *Verantwortung für die restlichen Menschen, die draußen auf uns warten, und die Menschen, die bei mir arbeiten. (2RT, 00:58:24)*

Zeit- und Kostendruck sind eng miteinander verknüpft. Arbeitsdruck und Wirtschaftlichkeit gehen eine Allianz ein, die die Erfüllung des Arbeitsanspruchs und damit die Qualität der Arbeit –

gerade in der Begleitung Sterbender – gefährde, wenn nicht verhindere (vgl. 1RT, 01:08:12). So fehlten beispielsweise zeitliche Möglichkeiten, Bewohner*innen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) bei der Auseinandersetzung mit ihren individuellen Ängsten und Wünschen so zu begleiten wie es notwendig sei (vgl. 1RT, 00:56:12-7). Dazu gehört auch die als kontraproduktiv wahrgenommene Regelung, dass die Investitionskosten im Sterbemonat einer Person zurückzuzahlen seien. Den wenigsten Menschen sei bewusst,

(36) *dass gerade der Sterbemonat für die stationären Pflegeeinrichtungen der Monat ist, an dem sie am wenigsten Geld für den Bewohner bekommen, weil nämlich die Investitionskosten zurückgezahlt werden müssen, und dass also gerade in der Phase, in der der Bewohner eigentlich [...] am meisten (.) Zeit benötigt, die nicht refinanziert ist. (1RT, 00:55:32)*

Auf Kosten der eigenen Belastbarkeit gleichen Pflegekräfte aus, was das System nicht zu leisten vermag, so die Teilnehmenden. Es müsse unter „Hektik“ gearbeitet werden (vgl. 1RT, 01:08:12-7). Die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen innerhalb der Arbeitszeit sei oft nicht so möglich, wie es im Sterbeprozess erforderlich wäre. Es müsse auch nach Feierabend gearbeitet werden, wolle man dem eigenen menschlichen Anspruch gerecht werden und mit Betroffenen und trauernden Angehörigen im Gespräch bleiben,

(37) *auch wenn die Rahmenbedingungen [einem] da echt das Leben schwer machen. (2RT, 00:26:56)*

3.1.2 Personalmangel

Personalmangel ist nicht die Ausnahme, sondern der Grundmodus der derzeitigen Pflegelandschaft. Der Zeitdruck, der hieraus entsteht, bedeutet, dass man Situationen in der Pflege nicht gerecht werden kann.

(38) *Das sind Dinge, die beschäftigen uns, glaube ich, alle und das macht man dann mehr oder weniger gut und da ist Pflege halt so sozialisiert, dass sie das auch immer versucht, irgendwie so zu drehen auch (.) auf Kosten der eigenen Überbelastung, dass es dann doch irgendwie noch funktioniert. (1RT, 00:59:59-1)*

In welcher gespaltenen Situation zwischen Dienstvorschriften, vergüteter Arbeitszeit und dem, was die Mitarbeitenden „nach Feierabend“ erledigen, um ihrem eigenen ethischen Anspruch zu genügen, illustriert auch das folgende Zitat:

(39) *[...] es passiert so viel, was getan wird, nach Feierabend, zwischendurch, sei es auch nur mal Einkäufe machen auf dem Nachhauseweg oder wie auch immer, wo aber auch dann wirklich sich die Zeit genommen wird, sich um den Menschen, der gerade geht, zu kümmern, sich um den Menschen zu kümmern, der im Krankenhaus ist. Wenn selbst meine Mitarbeiter nach*

Feierabend Sterbebegleitung im Krankenhaus machen, dann ist da irgendwas verkehrt [...]. (2RT, 00:51:29-8)

Der folgende Wortwechsel zwischen zwei Gesprächsteilnehmenden über die „Grausamkeit“ des Pflegenotstands wird noch deutlicher. Die Versorgung gelinge nur, weil es viele Mitarbeitende gebe, die nicht auf die Dienstzeit schauten:

- (40) *Es müssen Menschen da sein, die das machen. Und wenn wir schon Pflege-notstand haben, den haben wir, das ist einfach so, kann ich nur sagen [...]: wenn die Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe alle nach Vorschrift arbeiten würde, wäre es grausam. [...]*
*[Sprecher*in wechselt] Ganz grausam, also nur weil wir so viele Mitarbeiter haben, die auch alle fünf gerade sein lassen, nur deshalb glaube ich, nicht alle Bewohner, aber viele Bewohner werden dann, dementsprechend wie sie es hoffentlich wünschen versorgt. (2RT, 00:36:21-0 bis 00:36:45-7)*

Der wirtschaftliche Druck fordert Altenhilfeeinrichtungen so heraus, dass die stationären Pflegeeinrichtungen nach Einschätzung der Gesprächsteilnehmenden über ihre Kapazitäten hinaus belastet, also deutlich überlastet sind: Der Stellenschlüssel müsse angepasst werden, nicht nur für die Begleitung der Zeiten des Sterbens, sondern überhaupt für das Leben in einer solchen Einrichtung, damit man für die Menschen angemessen da sein könne. Eine professionelle Mindestbesetzung könne man zurzeit nämlich nur halten, wenn keine der Pflegekräfte krank werde. Man brauche jedoch eine realistische Besetzung, damit alltägliche Kriseninterventionen gelingen könnten; es gebe im Arbeitsalltag nicht einmal die Möglichkeit, kurz durchzuatmen (vgl. 1RT, 00:59:21 bis 00:59:39-1; 2RT, 02:01:35-5 bis 02:01:38-8).

Das Management der kritischen Situation obliegt der Leitung. Die Aufgabe ist nicht leicht: Es kann nicht dauerhaft auf Überstunden zurückgegriffen werden; die Gefahr der psychischen Überlastung der Pflegenden muss eingedämmt werden (vgl. 2RT, 02:09:07-8; 02:10:14-7). Eine Kompensation gelinge immer nur punktuell und situationsbezogen, indem die letzten Ressourcen abgerufen würden, die erreichbar sind: die Leitungskräfte selbst, Ehrenamtliche, ambulante Hospizdienste, Ordensschwestern oder entferntere Angehörige als die schon anwesenden.

- (41) *[Man] versucht dann halt immer punktuell in so Situationen tatsächlich dann (...) seine Ressourcen auszuschöpfen, ob es jetzt ambulanter Hospiz[dienst] ist oder man selber oder Ehrenamtliche oder Ordensschwestern oder Angehörige zweiten, dritten Grades, also da muss man wirklich sagen, [...] haben Sie nicht noch eine Nichte oder einen Neffen, der auch vielleicht noch und da muss man wirklich [...] kreativ sein [...] Da gibt es nur wenige [Mitarbeiter], wo ich weiß, da funktioniert das gut und da weiß ich, die hat das auch im Blick, aber wenn man dann nicht selber auch kreativ mitdenkt und mitaussteuert, funktionieren diese Dinge halt eher nur sehr wenig. (1RT, 01:01:53-5)*

Die Beteiligung externer, insbesondere fachlich nicht oder weniger qualifizierter Akteur*innen kann zwar entlasten, bringt aber zugleich neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten mit sich:

(42) *Ich muss aber den Stellenschlüssel so auch gestalten dürfen, dass ich (..) auch Leute habe [...], die jetzt nicht diese hohe Qualifikation haben, aber die wichtig sind, um Tagesabläufe gewährleisten zu können. Die sollen jetzt nicht für mich pflegfachliche Tätigkeiten übernehmen oder Lückenbüsser sein. Es reicht oft, dass Menschen da sind, die sich um die Menschen kümmern, die dort sind, gerade (..) mit demenziell Veränderten. Ich kann jetzt nicht nur einen ganzen Bereich nur mit frommen Hausfrauen bedienen, das geht auch nicht, das ist mir durchaus klar. Die brauchen ihre Qualifikation, die brauchen ihre Schulung, aber ich brauche nicht überall Fachkräfte. (2RT, 02:12:42-5)*

Manche Institutionen professionalisieren diese Form der Zusammenarbeit, sofern die Bedingungen dafür günstig sind (vgl. Kap. 3.2.4). Die Hinweise auf die Ressourcen jenseits des Pflegeteams intonieren ein weiteres Thema, nämlich die Bedeutung der Zusammenarbeit mit externen Akteuren im lokalen Kontext.

3.2 Lokale Kooperationen

Einrichtungen der stationären Pflege können die Bedingungen für die Begleitung Sterbender durch lokale Kooperationen in gewissem Maße verbessern. In den Gesprächen wird von Synergien mit ambulanten Hospizdiensten (3.2.1) und mit Angeboten der Palliativversorgung (3.2.2) berichtet, aber auch von der Zusammenarbeit mit Seelsorger*innen (3.2.3) sowie mit ehrenamtlichen Helfer*innen (3.2.4). Das sowohl aus wirtschaftlichen wie aus ethischen Gründen umstrittene Thema Zeitarbeit (3.2.5) wird in den Gesprächen nur am Rande gestreift.

3.2.1 Ambulante Hospizdienste

Teilnehmende berichten, es sei selbstverständlicher geworden, mit ambulanten Hospizdiensten⁹ zu kooperieren (vgl. 2RT, 01:57:08-1). Die Entwicklung einer solchen Zusammenarbeit habe aber bei den Verantwortlichen in den Einrichtungen Hürden überwinden müssen. Das gilt nicht zuletzt für die Beteiligung ehrenamtlicher Kräfte (vgl. Kap. 3.2.4):

(43) *Ich sage Ihnen ganz offen, wir haben uns, ich würde sagen, die ersten fünf Jahre gesträubt [...] Fremde in unser Haus zu lassen. (2RT, 01:59:37-8)*

Die Unterstützung durch ambulante Hospizdienste bedeute auch keinesfalls, „klassische Kernkompetenzen“ (vgl. 2RT, 02:00:09-6) aufzugeben. Aber die unterstützende Funktion der Dienste in der Begleitung der Bewohner*innen auf dem Weg in und durch die Sterbephase wird, nachdem man erst einmal entsprechende Erfahrungen zugelassen hat, als sehr entlastende Möglichkeit

⁹ Während ambulante hospizliche Versorgung möglich ist, wird für Personen in der stationären Pflege eine Verlegung in stationäre Hospize nicht finanziert.

beschrieben, das eigene Angebot zu ergänzen, sofern die Situation es nahelegt und die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen es wünschen:

(44) *Aber (...) wir sind mittlerweile eben auch so dankbar, wir haben auch eine Kooperation mit einem ambulanten Hospizdienst und [...] wir [haben] mit dem Hospizdienst die Kooperationsvereinbarung [...] In der Palliativbesprechung fragen wir die Angehörigen: "Können Sie sich das vorstellen?". Wir haben natürlich auch unsere Gedanken dazu: passt das bei dem Menschen. Es gibt Menschen, die werden täglich besucht, da macht es wahrscheinlich eher wenig Sinn. Aber es gibt halt Menschen, da arbeiten die Kinder, die können nur am Wochenende kommen oder wie auch immer. Und die Angehörigen empfinden das auch als eine Entlastung, wenn derjenige besucht wird, die Mitarbeiter empfinden es als eine Entlastung. Und die kommen eben nicht erst in der letzten Krise, sondern [...] schon eben ab dem Gespräch zum Beispiel, das können drei Monate, das können sechs Monate [...] da legen wir Wert drauf, dass das eine Beziehung auch gut aufgebaut werden kann. (2RT: 01:59:37-8)*

Das Zitat macht deutlich, wie wichtig es ist, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den externen, ehrenamtlichen Begleiter*innen und den begleiteten Personen aufzubauen. Das Gleiche gilt auch für die Beziehung zu den hauptamtlichen Kräften, damit die externen eben nicht als „Fremde“ wahrgenommen werden. Wenn beides gelingt, bildet die Einbindung von Ehrenamtlichen eine wertvolle Ressource zur intensiven psycho-sozialen Begleitung besonders derjenigen, die einsam sind. Wichtig erscheint, dass solche zusätzlichen Möglichkeiten auch durch formelle Kooperationsvereinbarungen abgesichert werden und damit für eine verlässliche Verfügbarkeit gesorgt wird.

3.2.2 Palliativversorgung

Teilnehmende berichten auch über Kooperationen mit Palliativstationen in Krankenhäusern, über institutionelle Kooperationen zur Trägerschaft von Tagespflegeeinrichtungen sowie über die Beteiligung von Palliativnetzwerken, in die auch ärztliches Personal eingebunden ist und die auch Fortbildungen anbieten. Gerade die Kooperation mit Schmerztherapeut*innen und Hausärzt*innen habe sich im letzten Jahrzehnt sehr positiv weiterentwickelt und trage dazu bei, die palliative Situation für die Sterbenden selbst, für die Angehörigen und auch für die Pflegekräfte zu entspannen und die psychischen Belastungen zu mindern:

(45) *Das ist eine große Erleichterung für die [...] Bewohner, für den Sterbenden, für Angehörige. (...) Aber auch eine Erleichterung für die Mitarbeiter, denn das was man dann auch wieder hört, ist, dass der Tod gar nicht so ein Gespenst ist, aber bis ich dahin komme, der Weg dorthin, wie ich dann sterbe, das erlebe ich ganz oft, ist ganz viel mit Angst [...] und auch mit Angst vor*

Schmerzen verbunden, mit Verlust natürlich auch, wenn Funktionen nachlassen. (2RT, 00:34:05-2; 00:36:21-0)

Die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen gewinnt v. a. im Kontext der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) an Bedeutung; die SAPV unterliegt gesetzlichen Rahmenbedingungen, die ein würdiges Sterben ermöglichen sollen. Wenngleich ihre Etablierung Zeit gekostet habe und noch ausbaufähig sei, könne sie ein sehr unterstützender Faktor für die Arbeit der Pflegekräfte sein; es wird von „hervorragende[n] Erfahrungen“ und einer „Vertrauensbasis“ zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften gesprochen (1RT, 00:20:05-8). Da die SAPV jedoch längst nicht zum Repertoire aller Ärzt*innen gehöre, sei es ein „schmerzliches [...] Lernen“ (1RT, 00:37:58-1 bis 00:38:00-0), wenn Sterbeprozesse in der akuten Phase nicht optimal begleitet würden, weil es z. B. zu Konflikten zwischen (not-)ärztlicher und pflegerischer Einschätzung komme. Pflegekräfte müssten lernen, für eine SAPV medizinisch sinnvoll gegenüber ad hoc herbeigerufenen Ärzten argumentieren zu können; gerade jüngere bzw. weniger erfahrene Pflegekräfte hätten große Sorgen vor rechtlichen Konsequenzen bei möglichen Fehlentscheidungen und schöpften deshalb in manchen Situationen die Möglichkeiten der SAPV nicht optimal aus (vgl. Kap. 4.1; insb. Zitat Nr. 58).

3.2.3 Seelsorgliche Angebote

Seelsorgerliche Begleitung wird als grundsätzlich notwendiger Bestandteil der Pflegesituation verstanden. Deshalb werden in die Sterbebegleitung – je nach Bedürfnis der Betroffenen – Seelsorger*innen unterschiedlicher Konfessionen bzw. Religionen einbezogen. In den Interviews wird jedoch deutlich, dass die Umsetzung von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich gelingt und teilweise als defizitär eingeschätzt wird.

Während es allgemein üblich sei, dass Bewohner*innen gefragt werden, ob sie evangelisch oder katholisch seien, sei es wichtig, so die Teilnehmenden, auch gezielter nach seelsorglichen Bedürfnissen zu fragen, gerade für die Lebensend-Phase. Es zeige sich, dass viele das wollten, aber es werde aus verschiedenen Gründen „nicht so oft erfüllt“ (1RT, 00:41:17-4; vgl. Kap. 2.3.1). Manchmal können seelsorgliche Aufgaben hausintern wahrgenommen werden, wenn etwa ein Priester selbst Bewohner ist (vgl. Kap. 3.3.1), oder durch Ordensfrauen (dabei wird nicht völlig klar, ob die entsprechenden Akteur*innen formell von der Diözese bzw. dem Orden beauftragt sind oder ob sie informell handeln). In den Gesprächen kommen unterschiedliche Erfahrungen mit den kirchlichen Institutionen zur Sprache, an denen deutlich wird, dass es wiederum v. a. vom individuellen Kontakt, der persönlichen Haltung und den Kompetenzen der konkreten Personen abhängt, inwieweit Seelsorge angeboten oder wahrgenommen wird. Auf Seiten der Teilnehmenden wird ein Bemühen sichtbar, in den Einrichtungen Seelsorge – auch im Falle anderer Religionen – durch Kontaktpflege zu Kirchengemeinden und anderen Institutionen zu ermöglichen. Sie wird als wertvoller Bestandteil der Begleitung für die Bewohner*innen, insbesondere in der Sterbephase, angesehen.

3.2.4 Ehrenamt

Als unterstützendes Potential angesichts der unzureichenden Rahmenbedingungen und strukturell bedingten personellen Engpässe in der Pflege wird das ehrenamtliche Engagement hervorgehoben, gerade im Falle der bereits besprochenen ambulanten Hospizdienste (vgl. Kap. 3.2.1). Eine Person stellt fest:

(46) *Es muss ja nicht die Pflegefachkraft sein, die in dem Moment Dienst hat, ne. Die Ehrenamtler sind da sehr gut geeignet und oft viel besser, weil sie nicht noch diesen Druck im Nacken haben „eigentlich müsste ich im Nebenzimmer sein“. (1RT, 00:25:26-0)*

Ehrenamtliche, die gerade nicht den Rahmenbedingungen des professionellen Handelns unterworfen sind, gelten demnach als flexible Unterstützende der Pflegearbeit. Deren Einsatz sei aber auch mit Aufwand verbunden und nur beschränkt nutzbar: Ein entsprechendes Netzwerk aufzubauen, das anschließend von professioneller Seite betreut werden müsse, koste Zeit; zudem könnten die Ehrenamtlichen nicht nachts anwesend sein, so dass ihr Einsatz auf bestimmte Zeiten begrenzt ist. Während deutlich wird, dass Ehrenamtliche bei der Begleitung Sterbender ein Potential zur Unterstützung der Pflegeteams darstellen, hänge der Einsatz von der Bereitschaft der Leitungskräfte ab, ehrenamtliche Beteiligung zuzulassen. Gerade die Fähigkeit der externen Unterstützenden, eine Fremdperspektive auf die Prozesse in der Institution zu gewinnen und einzubringen, schließt für manche Leitungen einen Einsatz von Ehrenamtlichen aus:

(47) *Es gibt einfach auch Institutionen, die wollen nicht, dass jemand anders noch mal draufguckt, die wollen sich dem nicht stellen, dass nochmal Fragen gestellt [werden] oder andere Sichtweisen. Und damit nimmt man sich natürlich ganz viel Chancen, aber man kriegt es nicht verändert. (1RT, 00:25:52-7).*

Die Befragten gestehen selbst ein, dass die Akzeptanz von Ehrenamtlichen „ein Prozess“ (1RT, 00:27:14-5) sei. So berichtet ein*e Gesprächsteilnehmer*in über den Einsatz einer besonders kritischen und zugleich sehr engagierten Ehrenamtlichen: Diese werde mittlerweile als

(48) *Bestandteil des Hauses [...] [ge]liebt und akzeptiert, die Pflegekräfte hätten gemerkt, dass sie ihnen viel Arbeit abnimmt (1RT, 00:27:14-5),*

gerade während der Phasen palliativer Begleitung. Ehrenamtliche würden zwar den gewohnten Pflegealltag unterbrechen, dabei jedoch die Interessen der Bewohner*innen vertreten, und das sei eine Bereicherung. Dazu äußert sich eine Leitungskraft:

(49) *Das heißt, ich kann nicht nur auf die Mitarbeiter meines Hauses zurückgreifen, weil das wäre nicht ausreichend, um es vernünftig aufzustellen, sondern wir können eben auf ein breites Feld von Ehrenamtlern [...] zugreifen [...]. Wenn das dann vernünftig koordiniert wird, da kann man da wirklich sich auch Freiräume schaffen, um jemand ans Bett zu setzen. (1RT, 00:24:58-3).*

Insgesamt wird deutlich, dass es nicht selbstverständlich ist, in den Einrichtungen ehrenamtliche Mitarbeit zuzulassen, obwohl dies dazu beiträgt, die negativen Rahmenbedingungen des Pflegealltags aufzufangen. Die Teilnehmenden in den Fokusgruppen befürworten den Einsatz von geschulten Laienkräften allerdings sehr eindeutig, vor allem, wo es darum geht, menschliche Präsenz und Nähe sicherzustellen, denn es reiche oft,

(50) *dass Menschen da sind, die sich um Menschen kümmern [...] gerade mit demenziell Veränderten. (2RT, 02:12:42-5)*

3.2.5 Zeitarbeitsfirmen

Während die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen – zwar vorsichtig und in Grenzen – positiv beurteilt wird, wird in einem Interview deutliche Reserve gegenüber dem Einsatz von Zeitarbeitsfirmen geäußert, wenngleich zugestanden wird, dass dies ein vielfach üblicher und als unumgänglich eingeschätzter Ausweg ist, um Personalmangel zu kompensieren. Die Reserve hat offensichtlich ethische Gründe; es wird v. a. auf die Verantwortung für die Bewohner*innen rekurriert:

(51) *Bei mir in der Einrichtung, ich finde/weiß, dass es Luxus ist, Zeitarbeitsfirmen oder sonstige Sachen gibt es bei uns nicht. Ich gebe nicht meine Kernkompetenz an fremde Leute ab. Das will ich nicht. Das kann ich nicht tun, das kann ich meinen Bewohnern nicht antun. Ich hoffe, das wird noch lange so sein. (2RT, 02:00:25-5)*

Auch mit Bezug auf die regulär angestellten Pflegekräfte und den Zusammenhalt der Teams könnten solche Reserven begründet werden. Das Thema hat in den Interviews aber nicht im Vordergrund gestanden, so dass hierzu kaum ergiebige Befunde zu referieren sind.

3.3 Die Bedeutung religiöser und soziokultureller Faktoren

Das soziale Miteinander in Altenhilfeeinrichtungen zwischen Bewohner*innen und deren Angehörigen, professionellen Akteur*innen sowie Ehrenamtlichen, die damit verbundenen Strukturen und das Verhalten der Einzelnen sind geprägt von kulturellen Einstellungen und Wertvorstellungen. Die Fokusgruppeninterviews zeigen hierzu interessante Facetten auf, u. a. in Bezug auf den unterschiedlichen Umgang mit weltanschaulichen und religiösen Ausrichtungen und deren Bedeutung für die Einzelnen – sowohl Bewohner*innen als auch alle, die sie im Einrichtungskontext versorgen und begleiten.

3.3.1 Konfessionelle und religiöse Diversität

Der Umgang mit der Konfessionszugehörigkeit der Mitarbeitenden innerhalb der Einrichtungen wird unterschiedlich beschrieben. In der Seelsorge für die Bewohner*innen würden, so die Teilnehmenden, Konfessionsunterschiede berücksichtigt. Dass es dabei auch zu unangemessener Ungleichbehandlung kommen kann, wird am Beispiel eines älteren Priesters berichtet, der

selbst in der Einrichtung wohnte und dort seelsorglich engagiert war (vgl. oben Kap. 3.2.3). Dieser habe zwischen Katholik*innen und Angehörigen anderer Konfessionen in einer Weise unterschieden, die für nicht katholische Personen diskriminierend wirken musste. So habe der Prälat keine evangelische Pflegekraft in der Messe geduldet, erst in den letzten Jahren vor seinem Tod sei er toleranter geworden. In der gleichen Einrichtung sei einer evangelischen Mitarbeiterin bei ihrem Arbeitsantritt geraten worden, nicht zu erwähnen, dass sie mit einem muslimischen Iraner verheiratet sei, dem aber habe sie sich widersetzt (vgl. 1RT, 00:43:37-0). Aus einer anderen Einrichtung wird berichtet, dass evangelischen Mitarbeitenden die Teilnahme an Fortbildungen zum Umgang mit katholischen Ritualen nicht gestattet worden sei (vgl. 1RT, 00:43:27 i.V.m. 1RT, 00:43:30; 1RT, 00:40:54 bis 1RT,00:51:07). Zum Umgang mit und im Miteinander der Konfessionen werden aber auch positive Beispiele berichtet, die von Offenheit zeugen. So fühlte sich eine evangelische Mitarbeiterin durch die katholischen Rituale sehr angesprochen und habe überlegt zu konvertieren.

Ein positives Beispiel berichtet über die Versorgung und Seelsorge von Bewohner*innen, die einem anderen religiösen Bekenntnis angehören und entsprechend begleitet werden möchten. So wird der seltene Fall angesprochen, dass ein muslimischer Bewohner eine katholische Altenhilfeeinrichtung für seine Palliativpflege gewählt habe, gerade weil es ein katholisches und damit ein *gläubiges Haus* sei (vgl. 1RT, 00:29:35-4). Man habe Kontakt mit der Moschee und dem Imam aufgenommen und Mitarbeitende seien auf eine andere Art der Trauerkultur vorbereitet worden. Das Sprechen darüber habe eine Hemmschwelle genommen, final seien die Mitarbeitenden sehr bemüht und schon fast enttäuscht gewesen, als nicht alle kulturellen Eigenheiten, auf die man vorbereitet gewesen war, auch gelebt wurden – abgesehen von beispielsweise einer Waschung, zu der der Imam kam (vgl. 1RT, 00:28:28-8 bis 00:29:59-9).

3.3.2 Religiöser Anspruch und Profil der Einrichtungen

Nicht nur Bewohner*innen, wie im oben beschriebenen Falle des muslimischen Bewohners (vgl. Kap. 3.2.3), sondern auch die Interviewten selbst gehen davon aus, dass es zwischen christlichen und nicht-christlichen Altenhilfeeinrichtungen Unterschiede gibt, die für die gute Versorgung und Begleitung, insbesondere in der Sterbephase, wichtig sind. So sprechen sie die Erfahrung an, dass ein christliches, „humanistisches“ (1RT 00:20:44-8) Menschenbild und ein christliches Verständnis von Sterbe- und Trauerkultur einen spürbaren positiven Unterschied in ihren Arbeitserfahrungen, gerade im Vergleich zu nicht-christlichen Institutionen, mache. Dabei spielt der Umgang mit Sterben und Tod eine besonders wichtige Rolle. So wird als ein wesentlicher Grundsatz hervorgehoben, dass der Tod im Pflegealltag nicht tabuisiert werden solle (vgl. Kap. 4.2). Es werden gezielt Palliativkonzepte umgesetzt und eine Abschiedskultur entwickelt, was sich auch in der Art und Weise niederschlägt, wie mit knappen finanziellen und personellen Ressourcen umgegangen werde – hier kann an das Beispiel erinnert werden, Angehörigen trotz finanzieller Einbußen mehrere Tage Zeit zu gewähren, bis das Zimmer eines Verstorbenen geräumt

sein muss (vgl. Kap. 3.1.1, Zitate Nr. 33;34). Wichtig sei mit Blick auf die gesamte Einrichtung, dass gerade in Fragen der spirituellen Begleitung (Spiritual Care) Wege gefunden würden, die sowohl für die Bewohnenden als auch für die Mitarbeitenden sinnvoll seien (vgl. 1RT, 01:10:04-1).

Die Umsetzung eines mit dem christlichen Anspruch verbundenen Profils der Einrichtungen könne aber nur mit den Mitarbeitenden versucht werden, die man habe. Und das sind eben nicht nur oder in erster Linie überzeugte Christ*innen.

(52) *Kann [man] nicht von einer christlichen Einrichtung erwarten, dass das das Verständnis (.) gelebt wird? Ne, kann ich auch nicht, weil ich habe ja nicht die Mitarbeiter, die Christen sind. Ich habe ja auch viele Mitarbeiter, die nur arbeiten, weil sie Geld verdienen müssen und das ist auch legitim. Es gibt Mitarbeiter, die sagen, ich arbeite hier, sag was ich zu tun habe, ich mache alles, ne. Aber die sich vielleicht gar nicht so sehr darauf einlassen möchten [...]. (2RT, 02:04:15-7)*

Dass nicht ausdrücklich religiös motivierte bzw. christlich eingestellte Personen ihre Arbeit in dem Sinne zweckmäßig leben, dass sie lediglich Geld verdienen, sich aber nicht zu tief in die Situationen begeben wollen, sei verständlich und legitim. An anderer Stelle wurde deutlich, dass eine intensive religiöse bzw. christlich-ethische Motivation dazu beitrage, vorbildhaftes Leitungshandeln zu formen und eine besondere Einsatzbereitschaft von Mitarbeitenden begünstige, damit trotz widriger Umstände eine gute Pflege und Begleitung der Sterbenden – dazu gehört auch die zwischenmenschliche Dimension – gewährleistet werden könne.

Das lässt den Schluss zu, dass das Christliche als ein entscheidender Faktor für die Gestaltung der Sterbe- und Trauerkultur wahrgenommen und geschätzt wird, sowohl im Sinne allgemeiner tradierter Werte als auch in einer spezifisch individuellen Gläubigkeit und eines gelebten Wertekanons (vgl. Kap. 2.2.1, Zitat Nr. 18, der als notwendige Grundlage für eine auch menschlich sensible Begleitung, Fürsorge und Beratung verstanden wird (vgl. 2RT, 00:36:21-0 bis 00:36:45-7). Darin ist aber zugleich eine Aufgabe für die Entwicklung einer Einrichtungskultur zu sehen, die nicht durch Appell an die Gesinnung einzelner zu ersetzen ist.

3.4 Zwischenfazit

Die Untersuchung zu den institutionellen Bedingungen, unter denen Sterbe- und Trauerprozesse in den Einrichtungen begleitet werden, gibt den Blick frei auf ein Spannungsfeld zwischen dem ethischen Anspruch der professionellen Kräfte, die vor Ort Verantwortung tragen, und den rechtlichen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Diese genügen zu weiten Teilen nicht, um den psychischen Notwendigkeiten im Pflegeprozess und in der Begleitung der Bewohner*innen angemessen Rechnung zu tragen. Zur Erfüllung einer verlässlichen und menschenwürdigen Begleitung v. a. der Sterbenden wird die Unterstützung durch Angehörige sowie durch Seelsorgende, ambulante Hospizdienste, Palliativangebote und auch Ehrenamtliche aus Sicht

der Befragten dringend benötigt. Wengleich die rechtlichen Grundlagen für SAPV-Verordnungen und die gesetzlichen Bestrebungen zur Qualitätssicherung einen würdigen Standard der Pflege von Seiten des Gesetzgebers garantieren sollen, schränken die strukturellen Bedingungen der stationären Pflege den Einschätzungen der Praktiker*innen zufolge eine gute Umsetzung erheblich ein und lassen elementare Ansprüche sowohl im Hinblick auf eine gute Begleitung der vulnerablen Personen als auch auf gute Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte unbefriedigt.

In den Interviews wird deutlich, dass die Pflege- und Leitungskräfte selbst ein ausgeprägtes Bewusstsein für die ethische Dimension ihrer Arbeit im Umgang mit den ihnen anvertrauten Bewohner*innen haben. Professionelle Leitungskompetenz und ethische Sensibilität der Verantwortlichen werden als zentral eingeschätzt, wenn es darum geht, strukturelle Defizite auszugleichen und dabei dem Wohlergehen der Bewohner*innen wie der Mitarbeitenden bestmöglich Rechnung zu tragen: Denn den Leitungskräften obliegt es ja nicht nur, die Auswirkungen der am Gelingen der Pflege zehrenden Unterfinanzierung, des damit einhergehenden Personalmangels und Zeitdrucks auszutarieren, sondern auch ein hochwertiges und beziehungsorientiertes Qualitätsmanagement zu betreiben, das eine positive Fehlerkultur und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zum Wohl der pflegebedürftigen, und ganz speziell der sterbenden Bewohner*innen ermöglicht. Vertrauen ist ein zentraler Aspekt auch in der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen, die – wiewohl sie professionelles Arbeiten weder ersetzen können noch ersetzen sollen – als eine wichtige Ressource zur Unterstützung der Pflegekräfte und zur menschlichen Begleitung der Pflegebedürftigen und Sterbenden bilden.

In der Sterbe- und Trauerkultur kommt kulturellen Einstellungen und Wertevorstellungen eine hohe Bedeutung zu. So beschreiben die Teilnehmenden eine zunehmende Religionssensibilität im Umgang der Arbeitgeber mit dem Personal in den Altenhilfeeinrichtungen. Gegenüber Bewohner*innen zeige sich eine wachsende Sensibilität und Offenheit für individuelle religiöse oder spirituelle Bedürfnisse. Zudem wird hervorgehoben, dass die persönliche Werthaltung und das damit verbundene berufliche Ethos der professionellen Akteur*innen die Ausgestaltung der Sterbe- und Trauerbegleitung maßgeblich beeinflussen. Gerade christlich geprägte Mitarbeitende seien häufig bereit, den strukturellen Mängeln mit hohem eigenem Engagement, auch über ihre festgelegten Verpflichtungen hinaus, zu begegnen. Katholische Einrichtungen zeichnen sich, so die Einschätzung der Teilnehmenden, durch eine Wertesensibilität aus, die auch von Bewohner*innen wahrgenommen werde. Sie drücke sich u. a. in gezielten Palliativkonzepten, der Abschiedskultur und einem situationsbezogenen Handeln gegen den wirtschaftlichen Druck und zum Wohle des Menschen aus. Dies unterscheidet sie von nicht-konfessionellen Einrichtungen.

4 Potentiale zur Gestaltung von Sterbeprozessen und -situationen

Im vorigen Kapitel wurde ein weites Panorama von *Bedingungsfaktoren*, das in den Fokusgruppen zur Sprache kam, beleuchtet. Dieses Kapitel wird darlegen, welche innerorganisatorischen *Potentiale* für eine gute Begleitung Sterbender und Trauernder aktiviert werden. Im Spiegel der Interviews wird deutlich, dass die Verantwortlichen mit beachtlicher Kreativität nach Wegen suchen, Grenzen zu verschieben und Handlungsspielräume zu weiten, um dem pflegerischen Professionsethos entsprechend und häufig geleitet von einem christlich-religiösen Ethos den Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohner*innen, speziell der Menschen in der Sterbephase, sowie den Bedürfnissen der Zurückbleibenden – Angehörigen, Mitbewohner*innen und Mitarbeitenden – menschlich und christlich angemessen zu begegnen. Grundlegend dafür ist der für die palliative Begleitung zentrale personenzentrierte Ansatz (4.1). Ein weiteres wichtiges Thema betrifft die Ritualpraxis sowie die entsprechende Ritualkompetenz in den Teams (4.2). Vielfach hängen die ritualbezogenen Handlungsmöglichkeiten eng zusammen mit räumlichen Gegebenheiten, die entweder als Potential oder als Grenze wahrgenommen werden (4.3).

4.1 Personenzentrierter Ansatz

(53) *Ich erlebe immer wieder Mitarbeiter, die sozusagen die Schublade aufmachen. Und dann die Schublade zu und dann ist der Bewohner drin und dann wird es so, und dann passiert es genauso, wie es gerade in die Schublade passt. (1RT, 00:53:16-5)*

Dass eine solche Haltung und Praxis nicht genügt, um den Bewohner*innen gerecht zu werden, schon gar nicht in der Sterbephase, wird in den Gesprächen immer wieder zum Ausdruck gebracht. Es gehe vielmehr um Folgendes:

(54) *Wenn wir tatsächlich in den Einrichtungen schaffen würden, einen personenzentrierten Ansatz zu leben, dann hätten wir alle Dinge miteinander erledigt, weil wir dann wirklich das tun, was die Menschen brauchen. (1RT, 00:53:16-5)*

Der personenzentrierte Ansatz im Sinne von Palliative Care hat in den letzten Jahren, so bestätigen die Teilnehmenden, auch durch veränderte gesetzliche Bedingungen (Alten- und Pflegegesetz) an Bedeutung gewonnen. Die Teilnehmenden sind nicht nur Zeugen dieses Wandels, sie gestalten ihn auch aktiv mit und entwickeln Konzepte zu diesem Thema (vgl. 2RT, 00:25:05-7; 3RT, 00:55:40-2). Ethikbeauftragte, Palliativbeauftragte, Palliativpflegefachkräfte und GVP-Berater*innen unter den Teilnehmenden berichten davon, dass und wie im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) Gespräche mit Bewohner*innen und Angehörigen zur Erhebung des individuellen bzw. mutmaßlichen Willens der Bewohner*innen geführt werden. Aus den gleichen Gründen würden GVP-Fallbesprechungen gemeinsam mit Hausarzt*innen und Palliativmediziner*innen durchgeführt, die auch der Entlastung der Mitarbeitenden dienen, damit diese wissen, wann reanimiert werden soll und wann nicht.

Ebenso wird von einem Arbeitskreis zur Sterbekultur berichtet, der die Menschen, die in der Einrichtung tätig sind, zusammenführt, auch die Alltagsbegleitung und Servicekräfte, denn:

(55) *Nur Pflege allein ist halt eben nicht alles. (2RT, 00:25:05-7)*

Dem Ziel, die personenzentrierte Versorgung im Rahmen von Palliative-Care professionell gestalten zu können, ist auch die Vernetzung mit Palliativnetzwerken zugeordnet, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) anbieten, mit Einrichtungen kooperieren, Mitarbeitende schulen und im Zuge von GVP-Ausbildungen informieren (vgl. auch Kap. 3.2.2; u.a. 2RT, 01:11:56-1).

Des Weiteren betonen Teilnehmende, dass jüngere Kolleg*innen am palliativen Arbeiten sehr interessiert seien, aber große Angst vor rechtlichen Konsequenzen bei Fehlern hätten. Was das bedeutet, illustriert das folgende Zitat:

(56) *Und was ich jetzt für mich persönlich feststelle ist, dass da bei den Kollegen, die jetzt nachrücken, bei den jüngeren, (..) die auch das Palliative gerne mitmachen würden, die aber unglaubliche Angst haben vor den rechtlichen Konsequenzen. Also da tut sich was auf, was ich feststelle, eine Veränderung, wir waren früher viel (.) straighter, wir haben einfach nur gedacht, wir begleiten, wir machen, und heute kommt so dieses Rechtliche so weit in den Vordergrund, dass die Kollegen Angst haben: ‚Oh, wenn ich das aber nicht mache und wenn ich jetzt nicht sofort und nachher passiert mir was und wie bin ich denn rechtlich abgesichert.‘ Also das, das verändert sich, das kippt gerade ganz schön, finde ich, sehr erschreckend auch und selbst Ärzte haben das schon erlebt. (2 RT, 01:09:17-8)*

Die Problematik wird an einem Fall veranschaulicht, in dem das notärztliche Handeln der palliativen Begleitung der sterbenden Patientin diametral entgegengelief, mit verunsichernden Konsequenzen auch für die anderen Beteiligten:

(57) *Wir haben einen krassen Fall gehabt, da wurde wirklich nachts der Notdienst gerufen und dieser Notarzt, der wirklich nur Notdienst macht, nachts, der hat dann also auch die Frau beschlagnahmen lassen, die Polizei kam raus, die Akte wurde beschlagnahmt, das war also ganz schrecklich alles. Obwohl das alles wirklich perfekt dokumentiert war, auch mit der Morphiumgabe, alles war dokumentiert, alles war ganz klar, nee (.) Und seitdem ist also auch diese Hausärztin (.)ziemlich ängstlich, was das angeht und die sagt dann auch: ‚Nee, da müssen wir doch noch mal ins Krankenhaus und so.‘ (2RT, 01:09:17-8)*

Mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen rücken, so geht es aus den Interviews hervor, Fragen nach Haftungsverantwortung in den Vordergrund. Das provoziert Ängste, hemmt die Handlungsfähigkeit der Mitarbeitenden, verändert die Handlungslogik und droht die Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte im Rahmen von Palliativ-Care zu beeinträchtigen: Aus Sorge vor

Haftungsrisiken bis hin zu strafrechtlichen Konsequenzen tun Pflegeverantwortliche und Ärzt*innen u. U. nicht, was sie i. S. der palliativen Versorgung für richtig halten. In den Interviews ist deshalb explizit von Rückschritten in der personenzentrierten Versorgung die Rede:

(58) *Also eigentlich schmeißt uns das wieder zurück [...] es kippt gerade so ein bisschen wegen dem Rechtlichen, dass sich die Ärzte und auch die Mitarbeiter wieder viel mehr Sorgen machen, viel mehr Angst haben, was Falsches zu tun oder dass die Entscheidung nachher irgendwie rechtliche Konsequenzen für sie hat. Und auch wenn ich dann so sage, aber wir haben doch alles und wir können doch, und ich mach das, ich mach das für euch, ich mach auch das und so, ‚Ja, du sagst das, das finde ich auch gut, aber wenn ich das machen soll, ich traue mich nicht‘. Und dann versuche ich auch wirklich möglichst viel aufzufangen, aber/ also mein persönliches Fazit: Wir waren schon mal weiter. Glaube ich, wir waren schon mal mutiger, glaube ich. (2RT, 01:09:17-8)*

Nicht nur die Angehörigen benötigen in der Begleitung des sterbenden Menschen das Gefühl von Sicherheit, sondern auch die Mitarbeitenden selbst. Um diesem Bedarf nicht nur zufällig zu genügen, braucht es Hilfsmittel, die schon vorausschauend eingesetzt werden und auf die in akuten Entscheidungssituationen verlässlich zurückgegriffen werden kann. So wird in den Fokusgruppen vom sogenannten ‚Essener Palliativausweis‘ berichtet, der in Akutsituationen Anwendung findet und als sehr wertvolles Instrument beschrieben wird.

(59) *Ein kleines Formular ist, der Name steht drauf, des Menschen, dann es gibt wirklich drei Dinge zum Ankreuzen: Ich möchte reanimiert werden, ja oder nein, ich möchte Herz-Lungen / also Intensivmedizin (..) und künstliche Ernährung, so. Was aber drinsteht ist, ich möchte definitiv ohne Schmerzmittel voll sterben dürfen. Das können wir eben dem Notarzt zeigen, selbst wenn wir den nachts rufen müssen, sagen wir schon: "Es liegt ein Essener Palliativausweis vor." Es wird nicht reanimiert und dann kommen die eben schon nicht mit der ganzen Batterie rein, sondern kommen wirklich, gucken dann, steht auch eine Bedarfsmedikation innen drin? Dass die dann wirklich verabreicht wird und [der Mensch] eben wirklich ohne die Schmerzen, vor denen die meisten einfach Angst haben, dann begleitet bei uns zu Hause sterben darf. (2RT, 01:04:12-9)*

Neben solchen vorsorglich nutzbaren Instrumenten brauche es persönliche Voraussetzungen, v. a. eine gewisse Reife, beim begleitenden Pflegepersonal und besonders bei den Leitungskräften. Im Team komme es zudem auf gegenseitiges Vertrauen und eine positive Zusammenarbeit an, was durch eine entsprechende Leitungskultur und durch die Ausbildung und Begleitung der Akteur*innen gefördert werde (vgl. Kap. 2.1.3 und 2.2). Dies gelte insbesondere für die palliative Begleitung demenziell veränderter Menschen in ihrem individuellen Sterbeprozess. Hier fehle es aber vielfach an entsprechender Bildung, um adäquat agieren zu können. Es gebe zu wenige

Schulungen in der Demenzbegleitung und in Bezug auf die palliative Pflege von Demenzerkrankten (vgl. 2RT, 02:12:42; vgl. Kap. 5.4 und 7).

4.2 Rituale und Ritualkompetenz

(60) *Das ist so ein Ritual, das ist wichtig, das / das hilft einem, auch mir als Pflegepersonal oder uns als Mitarbeiter hilft das ja auch. Da kann man auch mal runtergehen, kann den Stein nochmal in die Hand nehmen, kann noch mal so ein Zwiegespräch halten und dann, wenn einmal im Jahr der Gottesdienst ist, kann man auch noch mal so. Das / also ich finde das wichtig. (2RT, 01:23:51-6)*

Hier wird von einem Ritual berichtet, bei dem jede*r Bewohner*in zum Einzug einen Stein erhält, welcher mit dem aufgemalten Namen vorne in den Wohnbereich in eine Schale gelegt wird. Wenn eine Person verstorben ist, wird deren Stein in der Kapelle auf ein großes Brett geklebt. Ein solches Ritual sei sowohl für die Angehörigen als auch für die Pflegekräfte wichtig. Es steht beispielhaft für die Vielfalt und Verschiedenheit von Ritualen, die in den Einrichtungen „erfunden“ und praktiziert werden. Während in der Vergangenheit hergebrachte religiöse Bräuche für Mitarbeitende wie für Bewohnende selbstverständlich waren, wird heute nach individuellen Wegen des Abschiednehmens und Erinnerns gesucht. Die Folge ist eine große Vielfalt an Ritualen, die nicht nur durch die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen geprägt ist, sondern auch durch die unterschiedlichen Unternehmenskulturen der Altenhilfeeinrichtungen. So gilt, dass manche der Interviewten Rituale erst in einer bestimmten Einrichtung kennengelernt haben; in diesem Feld ist nicht von einem „Gemeingut“ oder von gemeinsamen Standards in stationären Pflegeeinrichtungen auszugehen. Rituale sind somit auch Ausdruck der individuellen Sterbe- und Trauerkultur einer Altenhilfeeinrichtung und deren (christlicher) Unternehmenskultur. Sie alle dienen – auch – dazu, das Sterben und den Tod aus der „Tabuzone“ zu holen und diesen Erfahrungen als Teil des Lebens in einer Alteneinrichtung Raum und Aufmerksamkeit zu geben:

(61) *Wir müssen darüber sprechen, wir müssen lernen, dass es kein Tabuthema ist. (2RT, 00:58:24-0)*

Nicht nur solche Rituale, die im Sterbeprozess oder zur Verabschiedung des verstorbenen Menschen vollzogen werden, zeichnen die Sterbe- und Trauerkultur einer Einrichtung aus, sondern auch Rituale der Erinnerungskultur, durch die Sterbe- und Trauerkultur in den Alltag der Bewohner*innen und der Angehörigen hinein verlängert wird (vgl. Kap. 5.3.2).

Zu den Ritualen, über die in den Interviews erzählt wird, gehören regelmäßige Gottesdienste, für die es einen eigenen Raum und spezielle Zeiten gibt. Auch die Herrichtung eines Gedenkortes, oft im Eingangsbereich, schafft explizit einen Platz für den Tod im Alltagsbewusstsein: Das kann eine große Bibel an der Marienstatue im Eingangsbereich sein, mit einer Verabschiedungsanzeige für jede verstorbene Person, oder ein Trauerbuch, das gut sichtbar ausliegt, oder eine Gedenktafel (vgl. 2RT, 00:20:01-0; 00:55:17-5). Es gibt auch eher „ambulante“ Rituale, wie das

Spalierstehen beim „Auszug“ des*der Verstorbenen: Wenn der Sarg vorbeizieht, erheben sich Mitarbeitende und Bewohner*innen. Dass „Einzug“ und „Auszug“ durch denselben Eingang erfolgen, hat ebenfalls Ritualqualität und ist bis heute nicht selbstverständlich. Gerade diese Rituale werden als Möglichkeiten geschätzt, der Verdrängung des Todes entgegenzuwirken und ihn in den Alltag der Einrichtung hineinzunehmen (vgl. auch Kap. 2.2.3). Schließlich gibt es speziell für die Angehörigen Rituale, die an früher selbstverständliche Praktiken anknüpfen, etwa dass sie beim Herrichten der Leiche und beim Einsargen dabei sein dürfen, wenn sie es möchten (vgl. 2RT, 00:48:08-6) (vgl. auch Kap. 5.3.2).

Diese positiven Beispiele von Ritualen und deren Bedeutung für Bewohner*innen, Angehörige und Mitarbeitende dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein offener und ritualisierter Umgang mit Sterben und Tod in Einrichtungen nicht für jede*n gleichermaßen bedeutsam ist und dass es sogar zu Abwehr kommen kann, was oft ein Zeichen von Verdrängung bzw. Tabuisierung von Sterben und Tod ist (vgl. Kap. 5.4).

4.3 Räumliche Ressourcen und Raumgestaltung

Im vorigen Abschnitt klang bereits an, dass auch die räumlichen Möglichkeiten innerhalb der Einrichtungen für die Gestaltung der Sterbe- und Trauerkultur bedeutsam sind. Denn nicht zuletzt vom Raumangebot hängt ab, wie das Sterben begleitet und der Trauer (auch) gemeinschaftlich Ausdruck gegeben werden kann. Das fängt bei der Frage an, wo eine Person in der Einrichtung verstirbt. Eine teilnehmende Person mit langjähriger Berufserfahrung erinnert sich an Zeiten und Situationen, in denen es alles andere als selbstverständlich war, dass Bewohner*innen in dem Zimmer sterben konnten, in dem sie gelebt hatten. In der Ausbildung habe gegolten:

(62) *Jemand befindet sich in der Phase, Badezimmertür auf, und es ist gar nicht so lange her, Tür zu. [...] Und da ist für mich schon ein Weltbild zusammengefallen, (1RT, 00:20:05-8)*

Diese Erinnerung verweist auf eine Situation, in der die Pflegebedürftigen üblicherweise in Mehrbettzimmern untergebracht waren. Vierbettzimmer seien für die Pflege teilweise sogar von Vorteil gewesen und hätten das Sozialleben für manche Bewohner*innen angenehmer gestaltet. Aber für die Sterbesituation ergab sich daraus eine besondere Belastung.

(63) *Dann war es ja schon das allergrößte, [...] also dass man überhaupt im Zimmer verbleiben darf, um zu sterben, und nicht ins Badezimmer geschoben wurde. (1RT, 00:13:32-7)*

Entsprechendes gilt für den Umgang mit dem Leichnam. Für die Aufbahrung musste ein gesonderter Raum zur Verfügung stehen. So wird von einem Haus berichtet, in dem ein Kellergewölbe genutzt worden sei. Obwohl „schön gestaltet“, sei dieser Raum doch „gruselig“ gewesen (2RT, 00:46:42-5).

4.4 Zwischenfazit

Die Interviews haben gezeigt, dass der Personalmangel nicht nur objektiv die Möglichkeiten einer Begleitung begrenzt, die sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der Sterbenden und trauernden Menschen orientieren soll, sondern auch die professionellen Akteur*innen subjektiv unter einen (Zeit-)Druck, der wiederum das professionelle Handeln im Rahmen der Sterbe- und Trauerkultur belastet und die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes zu beeinträchtigen droht. In gewissem Umfang bietet der Einsatz von geschulten Ehrenamtlichen die Chance, zeitliche Defizite für die menschliche Begleitung der Bewohner*innen und besonders der Sterbenden und Trauernden zu kompensieren. Auch die weitreichende Verrechtlichung v. a. der palliativen Begleitung wird im Licht des personenzentrierten Ansatzes als ambivalent wahrgenommen. So wichtig klare und verlässliche Regeln sind, so sehr kann die Verrechtlichung auch zu Konflikten zwischen dem kontinuierlich begleitenden Pflegepersonal und den erst in akuten Krisensituationen intervenierenden (Not-)Ärzt*innen führen und Ängste vor Fehlern, Schuldzuschreibungen und Haftungsverantwortung schüren. Dringend geboten erscheinen eine weitere palliativ-medizinische und -pflegerische Professionalisierung durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote. Zu den Rahmenbedingungen der Sterbe- und Trauerkultur in katholischen Altenhilfeeinrichtungen gehört nach der Einschätzung der Teilnehmenden auch ein angemessenes Raumangebot; im Vergleich zu den aus der Vergangenheit berichteten Negativerfahrungen habe sich jedoch mit der zunehmenden Zahl an Einzelzimmern die Situation in dieser Hinsicht verbessert.

Die Fokusgruppeninterviews bringen aber auch beachtliche Potentiale zum Vorschein, die Personal, Angehörige, Ehrenamtliche und die Einrichtungen als ganze zur Gestaltung und Begleitung des Sterbe- und Trauerprozesses aufbieten. Konzepte zur Sterbe- und Trauerkultur und damit verbundene Strukturen, die sich an einem personenzentrierten Ansatz orientieren, fördern eine Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der sterbenden- und trauernden Menschen. Sie unterstützen die Akteur*innen auch darin, Sicherheit in der Ausgestaltung der Sterbe- und Trauerbegleitung zu gewinnen. Diese erfordert nicht nur ein genaues Wissen um die Wünsche und Ängste der betroffenen Menschen, sondern v. a. auch einschlägiges fachliches Wissen, etwa bezüglich der häufig als herausfordernd wahrgenommenen Versorgung dementiell veränderter Menschen am Ende des Lebens. Schließlich liegt eine wichtige Ressource im gegenseitigen Vertrauen und Miteinander. Eine entwickelte Ritualpraxis erweist sich als großes Potential für eine gelebte Sterbe- und Trauerkultur, dafür, sie sinnhaft erfahrbar und in der Situation des Abschieds und der Trauer spürbar werden zu lassen und dabei den Bedürfnissen und Bedarfen der Bewohner*innen durch eine individuelle Anwendung von Ritualen zu begegnen.

5 Sterbe- und Trauerbegleitung

Nachdem im vorigen Kapitel die Erträge der Fokusgruppeninterviews zu Potentialen der Sterbe- und Trauerbegleitung in den Einrichtungen dargestellt wurden, geht es im folgenden Abschnitt

um die einzelnen Personengruppen, die im Rahmen der Sterbe- und Trauerbegleitung adressiert werden bzw. die Prozesse aktiv (mit-)gestalten.

5.1 Die Begleitung sterbender Menschen

Der personenzentrierte Ansatz (vgl. Kap. 4.1) der Begleitung entspricht dem beruflichen Ethos der professionellen Akteur*innen und richtet sich auf die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse der sterbenden und trauernden Menschen. Für sterbende Menschen verbinden sich mit dem Zugehen auf den Tod unterschiedliche Vorstellungen, Wünsche und Ängste, die ihren Umgang mit der letzten Lebensphase bestimmen und individuelle Erwartungen an die Begleitung durch professionelle Kräfte, Angehörige und ggf. ehrenamtliche Begleiter*innen prägen. So berichten Teilnehmende von unterschiedlichen Bedarfen und Wünschen an Seelsorge oder spirituelle Begleitung, etwa durch Rituale im Sterbeprozess. Und in der Praxis treten immer wieder Situationen auf, in denen Sterbende sich durch die Anwesenheit eines Angehörigen *festgehalten* fühlen und erst sterben können, wenn die Angehörigen den Raum verlassen (vgl. 2RT, 01:31:50; Kap. 2.1.1).

Großen Einfluss auf den Umgang mit dem eigenen Sterben nehmen Tabuisierung und Verdrängung von Tod und Sterben (vgl. Kap. 2.1.2). Viele Betroffene haben, so wird aus der Praxis berichtet, Angst, über den Tod und ihre diesbezüglichen Wünsche zu sprechen, für manche Menschen aber sei es eine große Entlastung, auf ihre Wünsche angesprochen zu werden. So könnten Gespräche zudem Ängste, zum Beispiel vor dem Verdursten oder vor Schmerzen (vgl. 2RT, 01:26:06), im Hinblick auf den Sterbeprozess nehmen:

(64) *Ängste sind vor dem Sterben [...] Wie sieht das aus? Und das muss man klar ansprechen oder auch fragen, wo liegt da die Angst und da kommen ganz viele Dinge zu Tage, erlebe ich seit Jahren. Oder auch Traumata, [...] dass [sie] wieder Dinge hochholen und schreckliche Bilder, die sie hatten. Und da [...] sind wir dann gefragt, dass dann auch wahrheitsgemäß [...] rüber zu bringen. (2RT, 01:42:06)*

Personenbezogen werde versucht, auf die individuelle Situation einzugehen oder z. B. auf der Basis bekannter Krankheitsbilder ins Gespräch zu kommen. Für diese Gespräche gebe es in manchen Institutionen ein Formular mit dem Titel: „Wünsche zum Lebensende“, über das man mit den orientierten Bewohner*innen ins Gespräch zu kommen versuche. Da das allerdings nicht immer gelinge, seien die Begleitenden häufig auf ihre eigene Intuition angewiesen (vgl. Kap. 2.1.2, vgl. 1RT, 00:08:33) Eine besondere Herausforderung stellt die Sterbebegleitung von Menschen dar, die aufgrund einer Demenz nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen bzgl. des Sterbeprozesses zum Ausdruck zu bringen, denn häufig kann

(65) *der Mensch mit Demenz [...] nicht mehr antworten. (1RT, 01:09:30)*

In solchen Fällen würden, so wird aus einer Einrichtung berichtet, in Zusammenarbeit mit einem Palliativmediziner Gespräche mit Angehörigen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am

Lebensende (GVP) geführt, um den Willen des dementiell veränderten Menschen stellvertretend zu erheben (vgl. Kap. 5.3). In und neben solchen palliativen Fallbesprechungen besäßen Patientenverfügungen eine besondere Bedeutung zur Erhebung des mutmaßlichen Willens der betroffenen Person. Gerade in solchen Situationen der Begleitung spiele es eine Rolle zu wissen, ob der Glaube in der Biographie der Person eine Rolle gespielt habe:

(66) *Wir haben Bewohner, wenn die einen starken Glauben haben, scheint es zumindest etwas einfacher zu sein – für die Mitarbeiter in der Begleitung. Weil man dann so einen Ansatzpunkt manchmal hat. (2RT, 00:34:05)*

Zu wissen, was für einen Menschen von existentieller Bedeutung ist, erleichtert es, daraus auf dessen Wertvorstellungen zu schließen und den mutmaßlichen (letzten) Willen zu erheben.

5.2 Die Rolle von Angehörigen in der Sterbebegleitung und ihre Begleitung

(67) *Also das war auch manchmal wirklich ein gemeinsames Begleiten zugunsten des Sterbenden, mittlerweile ist das (.) schon ziemlich zurückgegangen. (1RT, 01:03:42)*

In einer Fokusgruppe wurde diskutiert, ob in den Erfahrungen mit Angehörigen ein Kulturwandel zu erkennen sei. Die Erfahrungen der Teilnehmenden bewegen sich zwischen zwei Polen: Es gebe extrem engagierte Angehörige, die z. B. auch die Gästezimmer nutzen und zum Essen bleiben und später selbst ehrenamtliche Dienste annehmen (1RT, 01:04:57-9). Auf der anderen Seite stünden die, die sich wenig oder gar nicht kümmern, sich „heraushalten“ und nicht gestört werden wollten – Angehörige, die sei es nicht begleiten wollen oder können und so sogar die Kommunikation auf bestimmte Uhr- oder Tageszeiten zu reglementieren versuchen (vgl. 1RT, 01:04:57). Auch familiäre Konflikte am Lebensende seien ein großes Thema. Es komme vor, dass Kranke und Sterbende nur sehr wenig Begleitung durch Angehörige haben, man aber eine (überraschend) große Verwandtschaft auf der Beerdigung kennenlerne. Es wird resümiert: Angehörige, die sich wenig kümmern, stellten die größten Ansprüche, während diejenigen, die sich intensiv kümmern, auch wahrnehmen, unter welchem Zeitdruck die Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen stehen und mit welchem Einsatz sie arbeiten (vgl. 1RT, 01:07:33).

Diese Beobachtungen wiegen besonders schwer, wenn man sich das erklärte Ziel der Sterbebegleitung vor Augen führt, keine*n Bewohner*in einsam, in grundsätzlicher Verlassenheit sterben zu lassen (vgl. Kap. 2.1.1, Zitate Nr. 1; 3). Angehörigen kommt somit eine besondere Rolle als Begleiter*innen auf dem letzten Weg des sterbenden Menschen zu: Sie müssen dabei nicht nur empathisch die Bedürfnisse und Bedarfe des sterbenden Menschen wahrnehmen und nach diesen handeln (können), sondern womöglich auch eigene Bedürfnisse und Bedarfe hintenanstellen.

5.2.1 Umgang mit Angehörigen in der Sterbebegleitung

Die Teilnehmenden sehen für sich eine Aufgabe darin, die Angehörigen für den Umgang mit dem Sterben des*der Bewohner*in und möglichst zu deren Begleitung befähigen. Es sei wichtig, mit den Angehörigen schon in Anbahnungsgesprächen anzusprechen, dass es sich um den letzten Umzug des Betroffenen handele

(68) *[...] und dass auch das Sterben bei uns dazugehört und jeder, der bei uns in der Einrichtung lebt, hat das Recht, zu sterben und wenn er sterben soll, dann bitteschön zu Hause, also bei uns und nicht auf den letzten Metern nochmal rasch ins Krankenhaus. (2RT, 00:55:17)*

Aus einer Einrichtung wird berichtet, es gebe ein „Sechswochenintegrationsgespräch“ mit Infomaterial, das für die Angehörigen die Möglichkeit biete, sich konkret über Fragen nach Tod und Sterben mit einem*einer Mitarbeiter*in der Einrichtung zu unterhalten. Diese Gespräche seien so stark nachgefragt, dass es mittlerweile sogar eine Warteliste für Angehörige gebe. Ziel sei es, auch Ängste in Bezug auf Verdursten, Schmerzmanagement, Beteiligung des Hausarztes bzw. der Hausärztin u. a. aufzugreifen und Gespräche nicht erst in der Krisensituation zu beginnen. Oftmals sei es eine Erleichterung für die Menschen, dass die Tabuisierung des Todes in den Familien auf diese Weise gelöst werde. Die Beratenden möchten die Angehörigen sensibel durch das Gespräch führen und dabei auf traumatisierende Vorerfahrungen Rücksicht nehmen. Es soll Raum für gedankliche Auseinandersetzungen gegeben, unterschiedliche Bedürfnisse sollen akzeptiert werden, so dass die Angehörigen entspannt aus der Situation gehen könnten (vgl. 2RT, 01:42:06).

Wenn Menschen aufgrund einer Demenzerkrankung nicht mehr in der Lage sind, ihren persönlichen Willen Ausdruck zu verleihen, führe das zu „hochkomplexen Problemstellungen“ (vgl. 1RT, 01:09:30). In solchen Fällen werde den Angehörigen eine besonders wichtige Rolle zuteil, weil sie anstelle der in der Ausdrucksmöglichkeit ihres Willens eingeschränkten Person an Gesprächen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende (GVP) teilnähmen (vgl. 2RT, 01:56:46). Wiederholt wird betont, wie wichtig es ist, Angehörige, die Verwandte in der Sterbephase begleiten und ggf. stellvertretend Entscheidungen für sie wahrnehmen, auch *in* diesem Prozess durch Gespräche zu unterstützen, ihnen Sicherheit zu geben und sie zu entlasten:

(69) *Manchmal reichen wirklich zehn, fünfzehn Minuten. Ich muss dabei nicht auf die Uhr schauen. Je nachdem, das muss man auch erspüren und auch ein bisschen schauen [...] Angehörige oder auch die Bewohner selbst, die signalisieren einem ganz genau, wann die darüber sprechen möchten oder wann nicht, wenn man da genauer hinschaut. (2RT, 01:42:06)*

Vielfältiges Feedback von Angehörigen zeigt, dass eine gute Begleitung dazu beitragen kann, das Sterben und den Tod als einen wertvollen Teil des Lebens und der Beziehung zu einem nahen Menschen erfahrbar zu machen:

(70) *[...] also das habe ich eigentlich bis jetzt immer gehört, ich habe da noch nichts, wirklich noch nichts Schlechtes gehört, [dass] die sich oft, also meistens bedanken und sagen: ‚Danke, das hat mir so weiter geholfen, ich hatte solche Angst davor.‘. Ich hatte / Das ist schön, dass ich das so miterleben durfte, Sie haben mir dabei geholfen, dass ich das konnte. Ich hätte nicht gedacht, dass auch der Tod oder das Sterben so ein schöner [...] also ein schöner, intimer, inniger Moment sein kann, ja.‘ Das ist so. Und das liegt eben halt auch (.) an uns / an dem Miteinander. (2RT, 01:42:55)*

Trotz der Bemühungen seitens der Einrichtungen, eine gute Begleitung von Angehörigen zu ermöglichen, komme es jedoch auch vor, dass Sterbende von ihren Angehörigen allein gelassen werden. Der Prozess des Sterbens und des Trauerns, das machen viele Äußerungen deutlich, wird sehr verschieden und individuell erfahren. Zwar steht der sterbende Mensch im Zentrum, dennoch ist es wichtig, diese Individualität des Erlebens und der Bewältigung bei allen Beteiligten wahrzunehmen.

(71) *Es gibt so viele Menschen und so viele Möglichkeiten und Umgangsformen, damit zurecht zu kommen. Und es gibt da kein Gut und kein Falsch oder kein Richtig [...]. (2RT, 01:34:54)*

Gerade für die professionellen oder ehrenamtlichen Begleiter*innen gelte es daher, die individuelle Art des Trauerns bei Angehörigen *wertfrei* und empathisch zu berücksichtigen (vgl. 2RT, 01:43:14; auch Kap. 2.1.1, Zitat 5).

5.2.2 Umgang mit Angehörigen in der Trauerbegleitung

Es wird berichtet, dass die Einrichtung auch über die unmittelbare Zeit des Versterbens des*der Bewohner*in hinaus ein Ort des Trauerns und Gedenkens für Angehörige sein kann (vgl. auch Kap. 4.2). So wird z. B. von einem „Gedenkkafee“ berichtet, der einmal jährlich für Angehörige und Mitarbeitende stattfindet. Ähnlich wie beim traditionellen Beerdigungskaffee kommt man in ein Gespräch, das die Erinnerung an die Verstorbenen für alle Beteiligten wohltuend aufleben lässt.

(72) *Und das habe ich am Bereich auch immer wieder erlebt. Wenn wir uns dann hingesezt haben und gesagt: Ok. Ich würde mal gerne so von euch wissen, ne, wie war denn der Bewohner, was habt Ihr noch von dem im Kopf. Und ich weiß noch, einer sagte dann: "Ich höre immer diese Stimme, die war so ganz besonders." Und [...] so ein Angebot an Angehörige zu machen [...] Wenn du willst, höre ich, und ich erinnere auch, wenn wir so Kaffees hatten, so einmal im Jahr und so, zu gedenken. Dann war das für die Angehörigen so schön, [...] und auch für die Mitarbeiter, wenn die überwiegend immer nur die schönen Sachen erzählt haben. [...] Also da war in der Vergangenheit, all die Dinge, die vielleicht belastend waren, waren gar nicht mehr so wichtig, sondern jeder hat dann so seine Geschichten erzählt und [...] da hat man*

Angehörige dann nicht nur weinend erlebt, sondern manchmal sogar - ich will nicht sagen lustig, aber gelöst, will ich dann mal so formulieren. (2RT, 01:36:40)

In der persönlichen Wahrnehmung wird die Funktion eines Beerdigungskaffees als Ort der psychischen Entlastung nach dem Tod eines Menschen gesehen, die nach der anstrengenden Zeit den Übergang in ein „normales“ Leben wieder möglich macht. Ein Zitat illustriert diese Funktion:

(73) *Für mich war dieser frühere Beerdigungskaffee, wie auch immer das man nennt, ich finde, der hat eine wichtige Funktion. Und zwar ist das genau das, dass man Angehörige begleitet, wirklich auch. Für mich ist das so eine Schnittstelle vom Grab wieder in das normale Leben wie ein Übergang, wo man, ja, sicherlich (..) sehr angestrengt – zumindest bin ich das immer, wenn ich von diesem zur Beerdigung da rein gehe, man ist froh über den ersten Kaffee und dann merkt man wirklich, wie so nach einer Weile, man eben genau so anfängt zu erzählen und dass ist einfach auch so ein/ ein erster Schritt in die wieder/ in etwas anderes denken. Und ich persönlich empfinde (..) eigentlich die Beerdigung auch als etwas wo ich / wo ich danach mich wieder auch mir selbst anderen Dingen zuwenden kann. Ich hab immer das Gefühl, wenn jemand verstorben ist (..) aber noch nicht beigeetzt ist, ist irgendwie so eine Zwischenphase. Er ist nicht mehr richtig da, aber auch noch nicht wirklich aus dem Leben geschieden. Und mit der Beerdigung/ Nach der Beisetzung fängt für mich das an, dass ich mich auch dann mit anderen Dingen beschäftige wie zum Beispiel eine Wohnung leerräumen. Das habe ich nie vorher gemacht. (2RT, 01:38:35)*

Das Zitat reflektiert die Zwischenphase zwischen Tod und Begräbnis, die in traditioneller Sprache als „über Erden stehen“ bezeichnet wird, und den Übergangscharakter, der diese Tage für die Hinterbliebenen prägt. Mit dem Begräbnisritual und dem Beerdigungskaffee verbindet sich die Erfahrung, dass der Sterbeweg abgeschlossen ist und die Zurückbleibenden ihr eigenes Leben wieder aufnehmen können. Dass Mitarbeitende an diesem Ritual teilnehmen, wird explizit als Teil der Angehörigenbegleitung gesehen. Die letzte Bemerkung wirft zudem ein kritisches Licht auf die Zumutung, die es v. a. für die Angehörigen bedeutet, das Zimmer einer verstorbenen Person in der Regel schon vor der Beisetzung räumen zu müssen, damit es möglichst rasch neu belegt werden kann (vgl. Kap. 3.1.1). Was aus wirtschaftlichen Gründen geboten erscheint, erweist sich aus der Sicht einer guten Trauerbegleitung in der Einrichtung als kontraproduktiv.

5.3 Bewohner*innen und der Umgang mit ‚Tod‘ und ‚Sterben‘

(74) *[D]as ist echt ein Problem, dass viele sich da nicht beschäftigen wollen. Und das macht wiederum die Mitarbeitenden irgendwie ratlos und auch die Mitarbeitenden des sozialen Dienstes. (1RT, 00:08:33)*

Die Hemmungen von Bewohner*innen wie deren Angehörigen, über Sterben und Tod und ihre eigenen Wünsche hinsichtlich ihres Sterbens zu sprechen, zu überwinden, stellt nach den Erfahrungen der Gesprächsteilnehmenden eine große Hürde in der Sterbebegleitung dar. Auch Hilfsmittel wie beispielsweise Formulare, um eigene Wünsche zu hinterlegen, und Gesprächsangebote dazu in der Einrichtung könnten die Distanz zum Thema Tod nicht immer überwinden helfen. Allerdings gebe es typische Situationen, in denen das Thema besprechbar werde: Bei gut orientierten Bewohnern wirke das Sterben eines Nachbarn oft wie eine

(75) *Prophylaxe für das eigene Sterben, die Auseinandersetzung damit, damit ich so ein Gefühl dafür bekomme, wie mein Weg aussehen könnte. (2RT, 00:20:01)*

Auch an den Gedenktagen im November und am Todestag der Partnerin, des Partners würden in zunehmendem Maße Einzelgespräche gesucht. In Gruppenangeboten komme der Tod zur Sprache, wenn ein Platz frei bleibe und es durch die praktische Begegnung mit dem Versterben anderer ganz konkrete Momente gebe, die das Tabu durchbrechen. Auch mit dem Hinweis auf Erfahrungen aus der Kriegszeit wünschten Bewohner*innen zu erfahren, wenn Mitbewohner*innen sterben (vgl. 1RT, 00:20:01). Aber es gebe immer wieder Bewohner*innen, die Verabschiedungsrituale ablehnen und mit diesen nicht in Kontakt kommen wollen. Zumal unter den verschärften Bedingungen der Pandemie wurde beobachtet, dass gerade Bewohner*innen, die etwa im Krieg Menschen haben sterben sehen, einen aktiven Umgang mit dem Thema Tod ablehnen, also – bewusst oder intuitiv – einer Retraumatisierung auszuweichen versuchen (vgl. 2RT, 00:20:01; 3RT 00:50:10-1bis 00:50:32-8).

Den Teilnehmenden ist es, so betonen sie, in ihrem Alltag wichtig, solche Ängste und Traumatisierungen der Bewohner*innen wahrzunehmen und aufzugreifen (vgl. 2RT, 01:42:06) sowie auf veränderte religiöse oder spirituelle Bedürfnisse einzugehen (vgl. 1RT, 00:50:06; Kap. 2.3.2). Darauf müsse schon in der Ausbildung der Pflegekräfte reagiert werden. So wird exemplarisch ein Moment in der Ausbildung geschildert, wie ein passender Zeitpunkt, eine Gelegenheit im Alltag gefunden werden kann, um das Thema Tod und Sterben anzusprechen. Hier entstand die Erfahrung, dass dies eine Erleichterung für die Betroffenen sein kann, gerade, wenn die Angehörigen sich mit dem Thema nicht auseinandersetzen wollen (vgl. 2RT, 01:27:03). Auch non-verbal kann Kontakt zu den Pflegenden in diesen Fragen gesucht und Aufmerksamkeit gewünscht werden, so heißt es an einer Stelle im Fokusgruppeninterview:

(76) *Und der andere Bereich ist dann noch mal da, wo Bewohner sich nicht mehr äußern können, aber sie erinnern sich an die Dame, die einen mit den Augen am Bett festgehalten hat. (2RT, 00:20:01)*

Um den Bewohner*innen in ihrer Individualität gerecht zu werden, wird mit den mündigen Bewohner*innen das Gespräch gesucht bzw. angeboten, bei demenziell bzw. allgemein gerontopsychiatrisch Erkrankten wiederum wird versucht, mit Hilfe von Patientenverfügungen und Aussagen der Angehörigen den mutmaßlichen Willen zu ermitteln (vgl. 2RT, 01:03:24).

5.4 Professionelle und ehrenamtliche Begleiter*innen

Die Arbeit v. a. der professionellen Akteur*innen wird durch wirtschaftlichen Druck und Personalmangel belastet (vgl. Kap. 3.1). Das erschwert das Handeln gemäß dem beruflichen Ethos (vgl. Kap. 4.1). Gerade das wertorientierte und wertesensible Handeln prägte jedoch die Sterbe- und Trauerbegleitung in katholischen Altenhilfeeinrichtungen. In der Perspektive der Akteur*innen spiegelt sich die Qualität der Begleitung vor allem darin, wie auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Sterbenden eingegangen wird, sowie in der Orientierung an dem Ziel, dem sterbenden Menschen die „Gewissheit“ zu geben

(77) *es war immer jemand / für mich da [...]. (2RT, 01:44:50)*

Die Umsetzung dieses Anspruchs ist, so wird betont, von den individuellen Einstellungen, d. h. den Werteorientierungen und Haltungen der verantwortlichen Leitungskräfte und Mitarbeitenden abhängig (vgl. Kap. 2.2). Letztere sind dabei in ihren persönlichen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten von den Leitungskräften abhängig. Gelingende Sterbe- und Trauerbegleitung erweist sich damit als abhängig von konkreten Personen – und insbesondere von denen, die Leitungsverantwortung wahrnehmen (vgl. v. a. Kap. 2.2.2). Bezüglich der wertorientierten persönlichen Haltung zur Sterbe- und Trauerbegleitung sehen Teilnehmende in der religiösen Orientierung der Pflegenden ein relevantes Unterscheidungskriterium. So wird bei Akteur*innen, die nicht christlich eingestellt sind, häufig eine eher pragmatische Einstellung zum Beruf beobachtet, während Akteur*innen mit einem christlichen Wertefundament eher bereit seien, sich über das arbeitsvertraglich Verlangte hinaus zu engagieren, um eine auch menschlich gute Begleitung der Sterbenden zu ermöglichen (vgl. Kap. 2.1.3).

In den Interviews kommt zum Ausdruck, dass im Prozess der Sterbe- und Trauerbegleitung auch auf Seiten der professionellen Begleiter*innen häufig Gefühle von Unsicherheit auftreten. Dies wird besonders für die Begleitung dementiell veränderter Menschen, den Umgang mit Patientenverfügungen und Entscheidungen über (den Verzicht auf) Reanimationsmaßnahmen hervorgehoben. Um diesen Unsicherheiten, die eine personenzentrierte Begleitung beeinträchtigen können, zu begegnen, ist es für die Akteur*innen wichtig, Wünsche sterbender Menschen zu kennen, fachliches Wissen zu erwerben, Vertrauen innerhalb des Teams sowie Unterstützung und Rückhalt durch die Leitung zu erfahren. Die Teilnehmenden heben zudem hervor, dass Trauerbegleitung nicht nur die Angehörigen, sondern alle zum Ziele habe, die in der Institution mit der verstorbenen Person vertieften Kontakt hatten. Hierzugebe es jedoch keine institutionalisierten Formen, es handle sich um ein informelles Geschehen (vgl. Kap. 2.1.1, Zitat 4). Darin komme es auf die Haltung, die Sorgsamkeit und das Fingerspitzengefühl der Verantwortlichen an, den Mitarbeitenden Mitgefühl entgegenzubringen, Vertrauen und Sicherheit zu geben und zugleich Respekt und Diskretion gegenüber der verstorbenen Person – und ggf. den Angehörigen – walten zu lassen.

6 Sterbe- und Trauerbegleitung unter verschärften Bedingungen: Erfahrungen aus der Zeit der Corona-Pandemie

Als grundlegend für die personenzentrierte Begleitung Sterbender und Trauernder in katholischen Altenhilfeeinrichtungen gilt das Ziel, dass niemand „alleine“ – d.h., ohne eine achtsame Begleitung des gesamten Sterbeprozesses – sterben soll (vgl. Kap. 2.1.1). Um eine würdige Sterbe- und Trauerbegleitung gewährleisten zu können, sind deshalb persönliche Haltungen wie Empathie und Offenheit zentral für eine gute Versorgung und Begleitung. Dabei ist die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen als zentrales Kriterium für die Gestaltung von Begleitprozessen zugleich Richtschnur für Methoden und Konzepte zur Qualitätssicherung in der Pflegearbeit (vgl. Kap. 2.1.2). Um diese gewährleisten zu können, wird die Enttabuisierung der Themen Tod und Sterben als konkretes Desiderat benannt (vgl. Kap. 2.2.3). Eine entwickelte Sterbe- und Trauerkultur kann bei der Begegnung mit begleitenden, sich sorgenden und trauernden Angehörigen mit strukturierenden Elementen psychisch unterstützend wirken (vgl. Kap. 5.3.1). Für das Gelingen einer fachlich und menschlich hochwertigen Begleitung am Lebensende, die auch angemessene Begegnungen mit Angehörigen und eine mitarbeitendenfreundliche Gestaltung des Spannungsfeldes von menschlicher Belastbarkeit, äußeren Rahmenbedingungen und generellem ethischen Anspruch umfassen soll, kommt der persönlichen Haltung der Leitungs- und Pflegekräfte eine Schlüsselbedeutung zu. Sie prägt nach den Aussagen der Interviewten die Kultur und Arbeitsatmosphäre der jeweiligen Institution, das Vertrauen und die Offenheit der Pflegekräfte untereinander und die Entwicklung einer Fehlerkultur, die für eine gelingende Qualitätssicherung unerlässlich ist.

Mit dem dritten Fokusgruppeninterview, das im Frühjahr 2022 geführt wurde, wurden Erfahrungen aus dem Pflegealltag und der Begleitung von Sterbe- und Trauerprozessen unter den Bedingungen der Pandemie in die Untersuchung einbezogen. In diesem Kapitel wird dargelegt, dass mit diesen Erfahrungen ein teilweise neues und noch deutlicheres Licht auf spezifische Kontextfaktoren konfessioneller Einrichtungen fällt. Im Folgenden soll untersucht werden, inwieweit die Erfahrungen aus der Pandemiezeit ab Januar 2020 die bisher dargestellten Erfahrungen und Erkenntnisse zur Sterbe- und Trauerbegleitung bestätigen oder widerlegen und inwiefern die besonderen Herausforderungen dieser Zeit die Perspektiven auf die Gelingensbedingungen einer Sterbe- und Trauerkultur ergänzen.

6.1 Sterbe- und Trauerkultur während der Coronapandemie

(78) *Sie haben viel Freiheiten gelassen, aber woanders wurde eingesperrt und, ich glaube tatsächlich [...] bei manchen Bewohnern und Bewohnerinnen, die haben sich wirklich auch eingesperrt gefühlt [...] oder die Angehörigen ausgesperrt gefühlt. Das war schon gravierend. (3RT, 00:30:32-6)*

Das Zitat illustriert schwerwiegende Auswirkungen der pandemischen Lage auf das Leben und Arbeiten in stationären Pflegeeinrichtungen: Die Ausbreitung des Coronavirus führte mehrfach zu staatlich angeordneten Ausgangs- und Begegnungssperren, sogenannten Lockdowns, die insbesondere vulnerable Gruppen wie Alte, Kranke und Vorerkrankte vor Ansteckung schützen sollten. In der Fokusgruppe schildern die Befragten Wirkungen der Schutzmaßnahmen – wie die Verpflichtung, Schutzkleidung zu tragen (Bedeckung von Mund und Nase mit einer medizinischen Maske, Tragen von Schutzanzügen), körperlichen Abstand zu halten, das Verbot bzw. die Begrenzung von Besuchen, dazu Quarantänen, Einzel- und Gruppenisolierung (vgl. hierzu u.a. 3RT, 00:13:59-4; 00:14:37-8; 00:17:31-0; 00:31:11-9).

Im Kontrast zu dem Anspruch, Menschen in ihrer letzten Lebensphase, besonders im Sterbeprozess, nicht allein zu lassen, war es unter diesen Bedingungen nicht möglich, Kontakte zur Außenwelt wie die Unterstützung durch Angehörige, Ehrenamtliche oder Seelsorgende in der üblichen Weise in Anspruch zu nehmen (3RT, 00:13:59-4). Die Folgen waren Isolation, Einsamkeit und ein Gefühl des Eingesperrt-Werdens (vgl. oben Zitat Nr. 78) und, damit einhergehend, signifikante gerontopsychiatrische Veränderungen:

(79) *Und ich find, gerade im Gerontobereich hat man gesehen, dass da wahnsinnig viel Leute abgebaut haben (...) von der psychischen Verfassung her eben durch diese ganzen Umstände (3RT, 00:26:36)*

Die Gesichtsmasken, die Gestik und Mimik unsichtbar machten, verursachten Schwierigkeiten in der konkreten Beziehungsaufnahme. Gerade für gerontopsychiatrisch Erkrankte war der plötzliche Entzug körperlicher Nähe nicht nachvollziehbar und führte zu Verwirrungen, auch das Wiedererkennen von Personen war manchen Bewohner*innen nicht länger möglich; die Beziehungsaufnahme war gestört:

(80) *Weil [...] die eben halt emotional mit den Leuten so in Verbindung sind, sich auch zurücknehmen mussten und die das natürlich gar nicht verstanden haben. Es war eben halt verdammt schwierig das zu vermitteln, warum kommt jetzt mein Angehöriger nicht, warum ist die Schwester (unv.) so komisch und lächelt mich nicht an und, ne, drückt mich nicht? Das war, ja, wirklich [...] sehr, sehr schwierig. (3RT, 00:55:40-2)*

Die Beschränkungen beeinträchtigten auch die Begleitung in Sterbeprozessen:

(81) *da fehlte einfach die Wärme und (...) das ist eigentlich, man kann gar nicht in Worte fassen, wie schlimm das ist. DA liegt jemand im Sterben und man kann da nicht hin und man kann nicht dabei sein. Das ist so unmenschlich. (3RT, 00:26:36-7)*

Ein Abschiednehmen war während der Lockdowns auch für die Bewohner*innen untereinander nicht immer möglich, sie konnten auch an Todesfällen ihres sozialen Umfelds außerhalb der Pflegeeinrichtung nicht länger Anteil nehmen (vgl. 3RT, 00:46:01-6). Dies verschärfte

insbesondere die Situation für Menschen ohne Angehörige. Vor diesem Hintergrund stieg auch die Angst davor, einsam zu sterben, der die Begleitenden begegnen mussten:

(82) *Und was sich immer wieder deutlich gemacht hat, war die Angst davor, allein zu sterben. Ich weiß nicht, wie oft ich Bewohnern, wo es überhaupt noch nicht akut war, versichert habe, dass das nicht vorkommen wird. (3RT 00:07:40-7)*

Obwohl soziale Begegnung und die Umsetzung von Ritualen an vielen Stellen unmöglich waren, sei entgegen manchen Medienberichten (vgl. 3RT, 01:06:10-0) dank der Bemühungen der Pflegekräfte niemand in der Sterbesituation allein gelassen worden:

(83) *Wir können zumindest sagen, es war wirklich hier KEINER alleine. Klar, auch wenn es nur wir waren, aber [...] wir haben es versucht. (3RT, 00:39:15-7)*

Leitend für die professionellen Kräfte war dabei ihr Empathievermögen, verbunden mit der Frage an sich selbst:

(84) *[...] was würde das denn mit UNS machen. Möchte ich, möchte ich denn so sterben? ALLEINE? (3RT, 00:39:15-7)*

Dank dieser Empathie habe man auch eine neue Sensibilität entwickelt

(85) *für Menschen, die sich auf den Weg machen. (3RT, 00:37:26-1; vgl. dazu Kap. 6.5).*

Auch im Hinblick auf die anderen Bewohner*innen sei die Notwendigkeit erkannt worden, sie noch engmaschiger zu begleiten, das Bedürfnis der einzelnen Person habe so noch mehr Gewicht bekommen:

(86) *Wenn also auf einem Wohnbereich jemand verstorben ist, auf den Wohnbereichen konnte man Abschied nehmen, wenn es im weiteren Bereich des Hauses war, war das nicht möglich in der Regel, da kam dann ins Spiel zu wissen, wer ist mit wem befreundet. Wo muss ich einen Bewohner im Sinne eines Hinterbliebenen quasi begleiten? [...] die Einzelbetreuung hat in diesem Bereich massiv (..) viel Raum eingenommen. (3RT, 00:46:01-6)*

Das Leiden an der Einsamkeit setzte nicht nur den gerontopsychiatrisch Erkrankten, sondern auch den orientierten Bewohner*innen sehr zu, externe Faktoren konnten die Gesamtsituation schneller als gewohnt weiter verschärfen. Exemplarisch dafür ist die folgende Schilderung zu starken Reaktionen der Bewohner*innen auf weitere negative Nachrichten. Insbesondere der Überfall Russlands auf die Ukraine im Februar 2022 habe die Belastungsgrenzen vieler Bewohner*innen offenbart:

(87) *Was vor allen Dingen JETZT auch der Fall ist, [ist] dass die Leute viel unter dem KRIEG leiden, ne. Die sehen jetzt im Fernsehen dies und das und die Leute sind alle wesentlich empfindlicher, da ist nicht mehr viel, was sie ertragen können, ne. Da ist dann eben halt Corona, meine Angehörigen, meine*

Nähe, meine Wärme fällt weg, dann ist da eine Flut, Leute sterben da, jetzt ist auf einmal der Krieg. Also ist wirklich verdammt schwierig. (3RT 00:55:40-2)

Die Kombination aus verschärften Rahmenbedingungen, erhöhter Empfindlichkeit angesichts beunruhigender (gerade für die Kriegsgeneration ggf. alte Ängste und Traumatisierungen weckender) Nachrichten und der Sorge der Bewohner*innen, eventuell selbst unter solchen Bedingungen sterben zu müssen, machte den Interviewten besonders bewusst, wie notwendig soziale Begegnungen und Gemeinschaftserleben sind:

(88) *Mir [ist] (...) für die Begleitung in Corona-Zeiten etwas (..) im Kopfe geblieben, was eine hochbetagte Bewohnerin mir gesagt hat. Sie sagte, im Lockdown, im ersten Lockdown, (..) für mich ist das schlimmer als der Krieg. Im Krieg sind wir gemeinsam in den Bunker gelaufen (..) heute bin ich alleine und die Kirchen waren in meinem Leben noch nie zu. Das heißt, das, was für mich in der Begleitung von Bewohnern so immens deutlich geworden ist, ist wie wichtig die Gemeinsamkeit ist. (3RT 00:07:40-7)*

Die erhöhte Empfindlichkeit gegenüber weiteren Belastungen betrifft nicht nur die Bewohner*innen, sondern auch die Angehörigen, denen zugemutet wurde, ihre nahen Verwandten nicht oder nur mit erheblichen Einschränkungen begleiten zu können:

(89) *Insgesamt gab es eine dünne Haut und auch irgendwann ein gewisses Aggressionspotential, auch wenn es um sterbende Menschen ging, ne. Wie komme ich jetzt zu meinen Angehörigen, wie geht das? Ich besuche meine Mutter, meine Mutter hat eine weit fortgeschrittene Demenz und ich stehe mit Maske gegenüber und sie erkennt [...] mich gar nicht mehr. [...] wir erleben uns doch über Anfassen, das sind Dinge, die fand ich extremst schwierig, extremst schwierig.“ (3RT, 00:13:59-4)*

6.2 Einblicke in die Leitungskultur

(90) *Es gab Einzelisolierung, es gab Kohortenisolierung. Und da schreib ich nochmal Einsamkeit und Isolation drüber. Und da schreib ich nochmal drüber Menschen mit Demenz. Das (..) kann ich (..) nur sagen, das ist eine Güterabwägung und die Güterabwägung hatte dann auch noch das Thema Arbeitsschutz. Und darin sich richtig zu verhalten, glaub ich, ist ein extremst Schwieriges. (3RT, 00:13:59-4)*

Die Leitungskräfte mussten den Verordnungen zur Isolierung der vulnerablen Gruppe entsprechend die Pflegesituation gestalten und dabei ethisch sensibel abwägen, z. B. zwischen dem Schutz vor Ansteckung und krank machender sozialer Isolation. Die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner*innen wurde zur Richtschnur des Entscheidens, um die Regelungen situationsangemessen auszulegen. Wo es für die Gesundheit der Bewohner*innen

notwendig erschien, haben Leitungskräfte – so wird berichtet – auch die Verantwortung auf sich genommen, Regeln zu umgehen:

(91) *Wir haben uns von Anfang an dagegen verwehrt, auch wenn die (...) Heim-
aufsicht und Gesundheitsamt, wenn die hier waren, das war mir, war uns
egal, wir haben die Leute nicht in die Zimmer gesperrt. Haben wir nicht. Vom
ersten Tag an nicht und das war uns egal und [...] ab dem Tag, wo die Isola-
tion angefangen hat, hatten wir plötzlich 102 demenziell stark veränderte
Personen, sag ich jetzt mal in Anführungsstrichelchen, weil wir haben die
laufen lassen, ne. Wir haben am Anfang mal probiert, dass kohortenweise
zu gestalten, aber die Feuertüren sind so schwer, am Ende des Tages sind
die Leute geSTÜRZT. Also die GeFAHR, dass die [...] vor eine schwere Feuertür
laufen, war viel größer als die Tür aufzumachen. (3RT, 00:17:31-0)*

Im Vordergrund stand nach dieser Äußerung eine Anpassung des Reglements an das Wohl der Bewohner*innen, deren Gesundheitszustände und individuelle Profile, etwa Hinlauftendenzen, Sturzgefahren und spezifische Bedürfnisse, zumal gerade dementiell veränderten Personen die Einschränkungen nicht kognitiv vermittelt werden konnten (vgl. RT3, 00:17:31-0; 00:18:29-5). In der gleichen Haltung wurden auch die Angehörigen behandelt. Eine Teilnehmerin stellt fest:

(92) *Klar, der Verkleidungsprozess, der musste sein für die Angehörigen, ich sag
das mal so, aber wir waren sehr großzügig, was die Intimität anging. Weil
[...] unsere damalige Einrichtungsleitung da eben sehr viel Wert draufgelegt
hat, dass der Mensch auch im Alter noch (.) auch unter Corona und den gan-
zen Reglements einfach auch würdig gehen darf. (3RT, 00:03:58-1)*

Von den Leitungspersönlichkeiten und ihrer Verantwortungswahrnehmung hing wesentlich ab, ob und wie die Begleitung der Bewohner*innen und insbesondere der Menschen in der Sterbephase auch während der Pandemie menschenwürdig gestaltet werden konnte. Ebenso wurde die Zuwendung der Leitungskräfte zum Team unter den verschärften Bedingungen der Coronazeit bewusster als eine wesentliche Bedingung für gutes (gemeinsames) Arbeiten wahrgenommen:

(93) *Wir haben mal gesprochen über die Bedeutung von Lob und Anerkennung
[...] Und das ist mir in dieser Zeit nochmal ganz deutlich geworden. Lob und
Anerkennung untereinander (.), aber auch von Vorgesetzten zum nachge-
ordneten Mitarbeiter und das kann man ganz oben anfangen bis immer eine
Stufe weiter. Ich bin nie so viel in Anspruch genommen worden von Mitar-
beitern wie in dieser Zeit und das meine ich ganz positiv. (3RT, 01:04:56-0)*

Die Fähigkeit, menschenfreundlich zu leiten, kann eine ganze Hierarchie und somit auch die einzelnen Teams im Sinne einer Kultur nachhaltig positiv beeinflussen.

6.3 Teamkultur vor besonderen Herausforderungen

(94) *wir hatten ja nur uns. Und wir mussten ja alles sein. Wir mussten Familie, Freunde, [...] Leute sein, die wir nie kennengelernt haben, für [...] die, die wir begleitet haben. (3RT, 00:39:15-7)*

Verschärft wurde die Situation für die Institutionen seit dem ersten Lockdown durch den Wegfall von Kooperationsmöglichkeiten (vgl. Kap. 3.2):

(95) *Da kamen der Diakon und der Priester nicht mehr, da waren die ambulanten Hospizdienste nicht mehr da. Überall da, wo ich früher tätig war, hab ich ganz intensiv mit ambulanten Hospizdiensten zusammengearbeitet, die einfach auch noch immer ein Stück Begleitung übernommen haben, da wo Angehörige nicht ausreichend begleiten konnten oder es gar keine Angehörigen gab, da gab es eine ganz Zeit lang gar keine Besuche. (3RT, 00:13:59-4)*

Angehörigenbesuche und auch die allermeisten Kooperationsmöglichkeiten entfielen während der Lockdowns (vgl. Kap. 6.3). Dieser Verlust beeinträchtigte nicht nur das Wohlergehen und das psychische Gleichgewicht der Bewohner*innen, sondern wirkte sich auch auf die Pflgeteams belastend aus. Diese Verschärfung führte in der Teamarbeit aber auch zu veränderten Handlungsmustern, die als berufsgruppenübergreifender Zusammenhalt gedeutet werden können und die Teamdynamik ausweiteten. So wird berichtet, dass Arbeitskräfte aus dem nicht-pflegerischen Bereich im Haus nun die Pflegenden unterstützen und damit zur Kompensation fehlender Sozialbeziehungen für die Bewohner*innen beitragen:

(96) *Also wenn Hauswirtschaftskräfte vorher nicht ins Zimmer gegangen wären, wo Sterbende sind, hat sich das einfach verändert [...] Und das hat eben auch dazu geführt, dass wirklich berufsgruppenübergreifend [...] ja sich da so [...] eine Energie aufgebaut hat, die einfach auch bis jetzt noch da ist.“ (3RT, 00:39:15-7)*

Dabei sei man als Team stark zusammengewachsen und man habe aus der gemeinsamen Konzentration auf das Wohl der Bewohner*innen Energie geschöpft,

(97) *in der Situation auch ganz viele Sachen gemacht und übernommen, trotz des ganzen Stresses, die aber vielleicht uns in so eine Eu-Phase gehoben haben. Und wir vielleicht gar nicht so UNBEDINGT gemerkt haben, wie belastet wir eigentlich sind. Und wir haben uns da schon sehr auf unsere Bewohnenden konzentriert. (3RT, 00:37:26-1)*

Bestimmte Erfordernisse der Pandemie wie das gemeinsame Testen seien als Gemeinschaftserlebnis wahrgenommen worden (vgl. 3RT, 00:21:54-1). Dennoch hätten sich mit der Zeit Ermüdung und Erschöpfung eingestellt, aufgrund der großen Anstrengungen sei „die Haut zu dünn“ (3RT, 00:53:03-9) gewesen. Der physische wie psychische und emotionale Druck über einen langen Zeitraum sei zu hoch gewesen (vgl. 3RT, 00:50:10-1), zumal eine Entspannung durch die

Impfung, von der sich orientierte Bewohner*innen wie Mitarbeitende eine „Befreiung [...] in einem ganz großen Stil“ (3RT, 00:30:32-6) erhofft hatten, eben nicht eingetreten sei. Ängste vor einer Coronainfektion oder der Ansteckung vorerkrankter Familienmitglieder prägten die Zeit (vgl. 3RT, 01:04:56-0) und führten die Pflegekräfte an Belastungsgrenzen (vgl. u. a. 3RT, 00:37:26-1; 3RT, 00:13:59-4).

(98) *Also anderthalb Jahre lang, zwei Jahre lang sich nur mit diesem Unbekannten zu beschäftigen. Was IST, wenn es mich trifft? (3RT, 00:21:54-1).*

Als es dann zum Coronaausbruch gekommen sei und man eine Woche zusammen in Quarantäne gelebt habe, sei

(99) *der ein oder andere auch ZUSAMMENgebrochen [...] AN dieser Last (..) der zwei Jahre. (3RT, 00:21:54-1).*

Die Pflegekräfte hätten viel mit ansehen und auffangen müssen (vgl. 3RT, 00:27:21-0). Die Schutzauflagen im Dienst einzuhalten, sei sehr anstrengend und der Umgang mit den Bewohner*innen mit kognitiven Einschränkungen sehr belastend gewesen (vgl. 3RT, 00:31:11-9).

(100) *Da braucht der eine oder andere eine AUSzeit, was sicherlich auch gefördert wird durch die sehr anstrengende Arbeit in den Einrichtungen. (3RT, 00:53:03-9).*

Dennoch habe in der Zeit niemand gekündigt, selbst die üblichen Krankmeldungen seien in der Zeit zurückgegangen, abgesehen von phasenweisen Coronaausbrüchen (vgl. 3RT, 00:53:03-9).

Im Gegensatz zu der großen Solidarität im Team (3RT, 00:38:16-6; 00:53:03-9) wurde die öffentliche und mediale Wahrnehmung als defizitär und wenig unterstützend wahrgenommen, man habe sich von der Gesellschaft „alleingelassen“ gefühlt, sei ebenso „abgeschlossen“ gewesen wie viele (3RT, 01:03:07-1): Während der öffentliche Applaus am offenen Fenster als Ausdruck von Anerkennung nach einem halben bis dreiviertel Jahr verklungen sei (3RT, 01:03:07-1), wurden Fernsehberichte, die suggerierten, dass in Pflegeheimen Bewohner*innen

(101) *alleine in irgendeiner Abstellkammer versterben (3RT, 01:06:10-0),*

zusätzlich als belastend und „verletzend empfunden“, weil dies

(102) *„einfach nicht STIMMT“ (3RT, 01:06:10-0).*

Umso wichtiger war die Erfahrung der Unterstützung des Pflegepersonals durch die Leitungskräfte (vgl. 3RT, 01:04:56-0), die beispielsweise ihrem Team ermöglichten, sobald der Lockdown gelockert wurde, mit Hilfe eines Zuschusses gemeinsam etwas zu unternehmen (vgl. 3RT, 01:05:28-0).

6.4 Angebote der Begleitung in der Coronazeit

(103) *Die Vereinsamung [...] hat es ja auch gezeigt, welche Wege müssen wir gehen, [...] wir haben sehr schnell angefangen, über Tablets zu arbeiten. (3RT, 00:19:54-3)*

Viele Angebote der Begleitung konnten in der pandemischen Situation nicht aufrechterhalten werden. Da Außenstehende die stationären Einrichtungen nicht oder nur unter strengen Auflagen betreten konnten, brachen weite Teile der Netzwerkarbeit (zeitweise) zusammen. In dieser Notlage wurden zunehmend digitale (Aus-)Wege genutzt, um den Bewohner*innen einen Kontakt zu ihren Angehörigen zu ermöglichen, z. B. mit Hilfe von Tablets:

(104) *Es ist anders, aber man hat sich gesehen. Und dann ist man auch beruhigter. (3RT, 00:20:41-6)*

Inwieweit die Pflegekräfte selbst fehlende Kontakte kompensieren und die Familie „ersetzen“ konnten (bzw. sollten), wurde im Interview unterschiedlich eingeschätzt: Während die einen diesen Anspruch dezidiert ablehnten und darauf beharrten, eine solch wichtige Position im Leben der ihnen Anvertrauten grundsätzlich nicht ersetzen zu können, sondern lediglich „auszugleichen“ (3RT, 00:47:20-0), formulierten andere ein Selbstverständnis, das von dem weitreichenden Versuch geprägt war, den Verlust familiärer Kontakte nach Möglichkeit zu ersetzen (vgl. Kap. 6.3, Zitat Nr. 94).

Ein weiteres Thema betrifft das Bemühen darum, den Zugang zu seelsorgerlichen Angeboten aufrecht zu erhalten. Auch hierzu werden unterschiedliche Erfahrungen wiedergegeben. Zunächst eine Defizitanzeige:

(105) *Und was mich am allermeisten und das muss ich ganz ehrlich sagen, weil wir reden ja auch über Sterben, was mich wirklich sehr erschüttert hat, in den ganzen anderthalb Jahren (..) war, dass hier kaum ein Pfarrer oder Priester reingekommen ist. NICHT weil sie bei uns hätten nicht dürfen (..), ne, wir hätten ja einen Weg gefunden, aber das fand ich, also das fand ich dann an der Stelle schon (..), ja, wir haben Ordensschwestern hier im Haus, wir können es ein Stück auffangen, aber DA hatten wir doch relativ, und nicht weil jemand gestorben ist, sondern einfach um zu sagen: Ich bin einfach als Vertreter eures Glaubens [...] hier und bin bei euch. Hatten wir nicht so viel Glück gehabt. (3RT, 01:03:07-1)*

Dieser negativen Erfahrung steht eine positive entgegen:

(106) *Also das kann ich NICHT bestätigen. Ich habe durchaus von Priester und Diakon ein großes Bemühen erlebt, mit uns in Kontakt zu sein, zu bleiben (...) da waren [...] der Versuch übers Chatten, der Versuch von vorbereiteten Wortgottesdiensten mit uns zusammen und und und. Also man hat sich schon sehr bemüht. [...] das, was uns fehlt, ist die Heilige Messe mit allen,*

[...] aber es gibt Gottesdienste auf den Wohnbereichen [...] da stehen also schon alle bereit. (3RT, 01:04:56-0)

Beide Zitate machen deutlich, dass einerseits das individuelle Bemühen und die Haltung der Seelsorgenden ausschlaggebend war für den Erhalt und die Möglichkeiten der Seelsorge, andererseits aber auch die Bereitschaft der Institutionen und der Pflegekräfte, eine solche im Rahmen des Möglichen mitzutragen. Die Einschränkungen der Coronazeit haben den Pflege- und Leitungskräften die fundamentale Bedeutung der Seelsorge und Spiritual Care für die Bewohner*innen verstärkt bewusst gemacht, und auch in dieser Hinsicht gab es die Bereitschaft zu kompensieren. So berichtet eine Person beispielsweise, in Abwesenheit von Priester und Diakon die Kommunion zu den Bewohner*innen gebracht zu haben:

(107) Was mir noch wirklich (..) auf dem Herzen liegt, ist, dass nochmal deutlich geworden ist, wie wichtig die religiöse Begleitung der Bewohner ist. [...] das wurde vor allen Dingen im Shutdown [...] deutlich, als auch Priester und Diakon nicht hierher kamen. Und Ostern stand vor der Tür. Und ich zum [...] Kommunionhelfer mutiert bin, in Anführungszeichen natürlich. Und wie wichtig das einfach für Bewohner war. [...] Die ihren Halt da gefunden haben. (3RT, 00:08:45-6)

6.5 Erkenntnisse und Lerneffekte aus der pandemischen Lage

(108) Was hat sich unter Corona verändert? [...] EIGENTLICH, aus meiner Sicht, für mich, im Umgang mit Sterbenden hat sich Vieles zum Positiven verändert. (3RT, 00:03:58-1)

Tatsächlich wurden im Gespräch auch positive Effekte der Pandemiezeit angesprochen, die gerade für die Sterbekultur bemerkenswert sind. Unabhängig davon, wie intensiv die Einrichtungen, in denen die Befragten tätig sind, von der Corona-Pandemie betroffen waren – manche erlebten keine, andere hingegen große Ausbrüche (vgl. 3RT, 00:13:59-4; 00:17:31-0; 00:55:40-2; 00:18:29-5) –, zeigte sich im Gespräch Einigkeit darüber, dass aus der Krise auch positive Lerneffekte gewonnen werden konnten. Von der Stärkung der Teamkultur war bereits die Rede (vgl. Kap. 6.3). Besonders wichtig erscheint eine erhöhte Sensibilisierung für Sterbeprozesse und deren Begleitung:

(109) Wir sind feinfühlicher geworden [...] ich glaube, wir haben einfach gelernt (...) den Menschen, der sich auf den Weg macht, anders wahrzunehmen, [...] wir haben mitgenommen jetzt einfach aus dieser Phase [...] eben dieses Achtsamkeitsfeingefühl für Menschen, die sich auf den Weg machen. (3RT, 00:37:26-1)

Die Wahrnehmung von Sterbeprozessen habe sich durch die neue Situation verändert, man habe frühzeitiger erkannt, wann Sterbephasen einsetzen, und die konkrete Begleitung nicht erst wenige Tage vor dem Versterben, sondern ggf. schon Wochen im Voraus begonnen.

(110) *Also wenn man mal bedenkt, wie wir JETZT mit Sterbenden umgehen. Ich glaube der Prozess, der sich bei uns verändert hat, ist, wir setzen jetzt bei Sterbenden NOCH [...] eher ein. Also diese Phasen zu begleiten. Also [...] wenn wir wissen oh, da könnte was sein, also da könnte ein Mensch sich auf den Weg machen, da sind wir jetzt viel eher dran. (..) Wenn wir vielleicht vorher wirklich erst in der akuten Phase, also so, jetzt jemand hat diese typischen Anzeichen, so drei, vier Tage vorher - glaub ich, steigen wir jetzt gerade, aktiv schon manchmal ein, zwei Wochen vorher ein. (3RT, 00:05:26-7).*

Mit der Erfahrung, dass die Begleitung Sterbender als solche schwieriger wurde, wuchs offensichtlich die Aufmerksamkeit für erste Anzeichen, die darauf hindeuten, dass ein Mensch in die Sterbephase eintritt, und die Bereitschaft, frühzeitig darauf zu reagieren (vgl. auch 3RT, 00:07:40-7). Auch die Frage, was bei Sterbeprozessen und bei der Vorausplanung bedacht werden muss, wird vor dem Hintergrund der Corona-Erfahrung weiter ausdifferenziert:

(111) *Für mich jetzt nochmal auch ganz interessant [...] wie verhält sich das Sterben, [...] wie hat sich ein Mensch im Vorfeld Gedanken gemacht zu sterben, wenn nicht unmittelbar vielleicht jemand bei mir ist. Oder verkleidet bei mir ist, ne. Also das ist ja auch eine Sache [...] das steht in keiner Patientenverfügung 'ich möchte gerne, wenn ich sterbe, nicht nur, dass jemand neben mir sitzt, hat eine Maske auf, hat einen Plastikanzug an', ne, der raschelt und knirscht, ne, bei jeder Bewegung, sondern [...] auch dafür Sorge zu tragen, dass (..) das Sterben (..) auch in Extremsituationen, Virussituationen, auch würdig sein darf. Dafür haben wir schon gesorgt. Ja. (3RT, 00:04:54-8; 00:37:26-1)*

Zugleich wird ein Nachdenken darüber angeregt, wie die Sterbephase und das Abschiednehmen auch unter besonders widrigen Bedingungen menschenwürdig gestaltet werden kann (vgl. 3RT, 00:33:52-1). Man ist sich einig, dass die Themen Tod und Sterben aus der „Sprachlosigkeit“ (3RT, 00:57:32-7) geholt werden müssen. Insofern wird die Krise auch als eine Chance wahrgenommen:

(112) *Generell ist es ja ein Thema, wo man eher nicht drüber spricht (.) und da sind wir halt gerade dabei halt ein Konzept zu erstellen, dieses Thema aus der Tabu [...] Zone zu holen und (.) genau [...] das ist vielleicht auch eine positive Sache, wenn man das überhaupt so sagen kann, an dieser Corona (..) Krise, weil es ja dadurch eigentlich noch mehr an die Oberflächen gekommen ist, wie mit dem Thema generell umgegangen wird. Und dass es mehr in, in Würde stattfinden kann, wie man, ja, wie man damit umgehen kann. (3RT, 00:57:32-7)*

Diese Zeugnisse legen den Schluss nahe, dass zumindest in einigen Konstellationen die bewusste Reflexion der Coronaerfahrungen zu einer Enttabuisierung der Themen Tod und Sterben beigetragen hat (vgl. Kap. 5.1).

6.6 Zwischenfazit

(113) Wenn Sie daran denken, wie viel (.) Menschen in einer Einrichtung leben, die in dieser Zeit etwas BRAUCHTEN, etwas sehr Individuelles brauchten, jeder brauchte auch ein Stück was anderes, und wenn Sie dann überlegen, wie viel Menschen waren denn da, um das zu geben [...] (3RT, 00:48:09-6)

Im Fokusgruppeninterview wurden sowohl die Verschärfung der Umstände für Sterbe- und Trauerbegleitung in den Einrichtungen ausgesprochen als auch Vertiefungen des Verständnisses und der Aufmerksamkeit in Bezug auf diese spezifische Aufgabe zum Ausdruck gebracht: Verschärfend wirkte, dass Pflegekräfte nun weitestgehend auf sich gestellt waren und das Team nicht mehr auf externe Kooperationspartner und Unterstützungskräfte setzen konnte, was unter bestimmten Umständen zur völligen Überlastung bis zum Zusammenbruch einzelner geführt hat. Die schon unter weniger außergewöhnlichen Umständen unzureichenden Ressourcen wurden extrem überstrapaziert. Dennoch zeichneten sich auch positive Vertiefungen im Sinne der Werteorientierung ab, die die Pflege- und Sterbekultur bestimmt: Die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner*innen als Richtschnur für professionelles Handeln, die Sensibilität für Sterbeprozesse, die empathisch begleitet werden sollen, der Teamzusammenhalt, der die Arbeitsgemeinschaft zum Ort der gegenseitigen Unterstützung, des Austausches und der professionellen Reflexion macht, die Verantwortungswahrnehmung der Leitung im Umgang mit Restriktionen, mit der Erschließung von Spielräumen und in der Begleitung und Bestärkung der Mitarbeitenden. Die in den Runden Tischen vor der Pandemie mehrfach aufgestellte These, dass viele Möglichkeiten und nicht zuletzt die innerhalb der jeweiligen Institutionen gelebte Kultur weitgehend von der Haltung der einzelnen Leitungs- oder Pflegekräfte abhängen, hat sich weiterhin bestätigt.

Besonders hervorzuheben ist auch, dass die aus strukturellen Gründen ohnehin knappen Zeitressourcen auch in einer äußerst angespannten Lage wie in der Pandemie nicht als vernachlässigbar bewertet werden können: Die Fokusgruppe bringt deutlich zum Ausdruck, dass gerade persönliche Zuwendung und soziale Interaktion sowohl für gerontopsychiatrisch Erkrankte als auch für orientierte Bewohner*innen dazu beitragen, die Gesundheit zu bewahren, und dass fehlende Zuwendung entsprechenden Schaden hervorruft.

Positive Erträge in den Anstrengungen, die Belastungen der Corona-Pandemie auszubalancieren, umfassen zum einen die Einführung digitaler Kommunikationsmedien, um Kontakte mit Angehörigen und Seelsorgenden trotz Besuchsverbots zu ermöglichen. Zum anderen wurde eine erhöhte Sensibilisierung für Sterbeprozesse festgestellt. Sie kann sich auf die Ausbildung einer Sterbekultur, die alle Berufsgruppen innerhalb der jeweiligen Institution einbezieht und dazu

beiträgt, die Themen Sterben und Tod in den Einrichtungen zu enttabuisieren, positiv auswirken. In der Fokusgruppe wurde schließlich vermutet, die Pandemie habe eine verstärkte Auseinandersetzung mit Fragen der Vorsorge ausgelöst, die in Wechselwirkung mit einer erhöhten Sensibilisierung für Sterbeprozesse, den Reflexionsrahmen für den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer erweitert. So stellten die professionell Begleitenden einerseits die Frage nach dem „richtigen“ Zeitpunkt für das Eintreten in die Sterbebegleitung bewusster, andererseits würden auch Fragen nach persönlicher Vorsorge anders und umfassender gestellt, indem die Erklärung bzw. Erhebung des Willens für den Sterbefall eine weitere Dimension gewinne, wenn das Risiko des einsamen Sterbens wie in der Pandemie im Raum steht.

7 Fazit: Ermöglichungsbedingungen einer Sterbe- und Trauerkultur in katholischen Altenhilfeeinrichtungen

Die Erträge der Fokusgruppeninterviews verdeutlichen, dass eine an den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete und gemeinschaftlich gelebte Sterbe- und Trauerkultur einer katholischen Altenpflegeeinrichtung von verschiedenen Ermöglichungsbedingungen abhängt. In sieben Thesen werden die zentralen Aspekte zusammenfassend dargestellt und erläutert.

(1) Die Sterbe- und Trauerbegleitung in katholischen Altenhilfeeinrichtungen folgt einem personenzentrierten Ansatz. Personenzentrierte Begleitung basiert auf kontinuierlicher Kommunikation mit Bewohner*innen und Angehörigen sowie innerhalb des Teams und richtet sich an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen aus.

Der Erhebung der individuellen Wünsche und Ängste der Bewohner*innen hinsichtlich ihres Sterbeprozesses kommt eine zentrale Bedeutung zu. Um im Wissen um die persönlichen Wünsche und Ängste Sterbende unter Wahrung ihrer Autonomie begleiten zu können, wird frühzeitig das Gespräch mit den Bewohner*innen gesucht. Wenn ein*e Bewohner*in nicht (mehr) in der Lage ist, den eigenen Wünschen und Ängsten Ausdruck zu verleihen, wird das Gespräch mit den Angehörigen gesucht. Hierbei werden sowohl Bedürfnisse nach Seelsorge und spiritueller Begleitung berücksichtigt als auch damit verbundene individuelle Formen von Ritualen.

In Anlehnung an die Grundzüge der Palliative Care ist die Ausrichtung an der Individualität des Menschen, seinen Wünschen, Vorstellungen und Ängsten das entscheidende Qualitätskriterium der Sterbe- und Trauerbegleitung. Diese Ausrichtung kennzeichnet nicht nur den Anspruch von Mitarbeitenden an ihr individuelles und gemeinschaftliches Handeln, sondern vermittelt auch Handlungssicherheit in der Fokussierung auf die Wünsche des sterbenden Menschen.

(2) Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen fußt auf einer Haltung, die durch Fürsorge, Empathie und Offenheit gegenüber dem einzelnen Menschen in seiner Individualität geprägt ist.

Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen ist von der jeweils betreuenden Person, ihrer Werthaltung und ihrem wertegeprägten beruflichen Ethos abhängig. Danach gestaltet sich

das zwischenmenschliche Geschehen in der Begleitung, die vom Dasein für den Menschen in seiner durch das Sterben und die Trauer bestimmten Lebensphase geprägt sein soll.

(3) Die Themen Sterben und Trauer sind häufig tabuisiert. Enttabuisierung baut Ängste ab, schafft Vertrauen und ermöglicht die individuelle Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und der persönlichen Trauer.

Ein wichtiges Ziel der Sterbe- und Trauerbegleitung ist es, aus der Tabuzone zu holen, Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden die Auseinandersetzung mit den Themen ‚Sterben‘ und ‚Trauer‘ zu ermöglichen sowie Hemmungen und Ängste abzubauen. Dann können die Wünsche von Sterbenden und Trauernden artikuliert und eine personenzentrierte Versorgung und Begleitung gestaltet werden. Hierzu werden in vielen Einrichtungen gezielte Gesprächsangebote für Bewohner*innen und Angehörige angeboten.

Der Anspruch, eine solche Sterbe- und Trauerkultur zu entwickeln und zu pflegen, unterliegt den belastenden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege. Finanzielle und personelle Restriktionen schränken die Möglichkeiten zur Ausgestaltung einer Sterbe- und Trauerbegleitung ein, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen ausrichtet und den berufsethischen Qualitätsansprüchen im Vollsinn genügt. Im Alltag kompensieren die Mitarbeitenden die Mängel vielfach mit hohem persönlichem Einsatz, der maßgeblich durch ihre Werthaltung (2. These) und ihren Anspruch an eine qualitative Sterbe- und Trauerbegleitung geprägt ist (1. These), durch das Miteinander im Team – das oft auch ehrenamtliche Begleiter*innen integriert – und die Haltung der Führungskräfte, die eine personenzentrierte Sterbe- und Trauerbegleitung trotz schwieriger Rahmenbedingungen möglich machen. Dies darf die Dringlichkeit der Forderung an Politik und Kostenträger nach qualitativer Veränderung der strukturellen Bedingungen nicht übersehen lassen.

(4) Führungskräfte können in katholischen Altenhilfeeinrichtungen als Kulturbildner einer werteorientierten Sterbe- und Trauerkultur wirken und ermöglichen den Mitarbeitenden ein Handeln im Sinne der personenzentrierten Sterbe- und Trauerbegleitung.

Durch ihre persönliche Werthaltung werden Führungskräfte zu Vorbildern im Umgang mit Herausforderungen im Rahmen der Sterbe- und Trauerbegleitung. Durch ihr werteorientiertes, an den Bedürfnissen und Bedarfen des Menschen orientiertes Handeln, das sich zuweilen auch gegen wirtschaftliche Zwänge behauptet, beeinflussen sie nicht nur den Umgang mit den Themen ‚Sterben und ‚Trauer‘ innerhalb der Einrichtungen, sie vermitteln den Mitarbeitenden auch Sicherheit in der Begleitung sterbender und trauernder Menschen – nicht zuletzt, indem sie eine Fehlerkultur innerhalb des Teams ermöglichen, die Unsicherheiten abzubauen und die Qualität der Sterbe- und Trauerkultur zu verbessern hilft. Sie wird so zu einem wichtigen Ausdruck der Kultur des Miteinanders in einem Team und einer Einrichtung.

(5) Das Team schafft den Rahmen, in dem die einzelnen Mitarbeitenden das eigene professionelle Handeln auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohner*innen und Angehörigen ausrichten können.

Die gemeinsame Haltung innerhalb eines Teams, der gemeinsame Fokus innerhalb der Sterbe- und Trauerkultur und die Ausrichtung der Begleitung an einem gemeinsamen Qualitätsanspruch, welcher den Menschen ins Zentrum rückt, bestimmen das Handeln der Einzelnen innerhalb der Sterbe- und Trauerbegleitung. Ein solches Fundament der Sterbe- und Trauerbegleitung baut insbesondere auf einer geteilten Wertegrundlage auf und ist von Kommunikation miteinander geprägt. Das Wissen darum und die Erfahrung, dass Fehler im Team bearbeitet und daraus gemeinschaftlich Lehren für zukünftige Situationen im Rahmen der Sterbe- und Trauerbegleitung gezogen werden können, vermittelt den Mitarbeitenden Sicherheit in ihrem Handeln.

(6) In der Pflegeausbildung wird der Sterbe- und Trauerbegleitung (zu) wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Um in diesem Feld Erfahrungen und eine genuine Kompetenzentwicklung zu ermöglichen, muss dem Thema ein höherer Stellenwert zugemessen und das allgemein zugängliche Fortbildungsangebot erweitert werden.

Professionellen Kräften in der Pflege, Begleitung und Seelsorge kommt bei der Gestaltung einer Sterbe- und Trauerkultur eine zentrale Rolle zu. Sie auszufüllen, erfordert spezielle Kompetenzen. Angesichts dessen ist es bemerkenswert, dass in den Fokusgruppeninterviews v. a. die pflegerische Berufsausbildung in Bezug auf den Umgang mit Tod und Sterben eher als defizitär eingeschätzt wird (vgl. 1RT, 01:20:07-2 bis 01:26:46-0). Manche Auszubildende hätten keinerlei Sterbeprozesse erlebt und wenig über den Umgang mit Sterbenden und Trauernden gelernt. Zur Entwicklung spezifischer Kompetenzen seien zudem Fortbildungsangebote nötig, etwa für die Begleitung dementiell veränderter Menschen, den Umgang mit rechtlichen Unsicherheiten im Spannungsfeld von Fürsorge und Autonomie sowie für die Gesprächsführung zur Erhebung von Wünschen und Ängsten in Bezug auf Sterben und Trauer. V. a. in Fragen der palliativen Begleitung und im Umgang mit Demenzerkrankungen sei auch für erfahrene Kräfte die Möglichkeit der Fortbildung wichtig. Spezialisiertere Bedarfe betreffen zudem Seelsorge- und Ritualkompetenz, die angesichts sich verändernder spiritueller Bedarfe und Bedürfnisse neuen Herausforderungen begegnen müsse. Als besonderes Problem katholischer Einrichtungen, dem abgeholfen werden müsse, wird in diesem Zusammenhang hervorgehoben, dass nicht-katholische Pflegekräfte oft keinen Zugang zu den Lehrgängen der katholischen Bistümer haben.

(7) Die Bedeutung der professionell Handelnden in der unmittelbaren Begleitungssituation, als Teil des Teams oder in Führungsverantwortung macht eine kontinuierliche Reflexion des eigenen und teambezogenen Handelns sowie die kontinuierliche Kompetenzentwicklung für eine personenzentrierte Sterbe- und Trauerkultur notwendig.

Die Bedeutung des Wertefundaments für eine gelungene, am sterbenden und trauernden Menschen ausgerichtete Begleitung zeigt, dass es einen ‚Raum‘ zur Auseinandersetzung mit der persönlichen, teambezogenen und unternehmensbezogenen Werthaltung und deren Umsetzung in der Sterbe- und Trauerbegleitung braucht. V. a. regelmäßige Fortbildungsangebote können einen solchen Raum zur kontinuierlichen Selbstreflexion und zum gemeinsamen Austausch bieten, um sich der eigenen Motivationen und Zielsetzungen zu vergewissern, im kollegialen

Austausch Handlungssicherheit in Bezug auf die Herausforderungen des Alltags zu entwickeln und Selbstvertrauen zu erlangen. Entsprechend Angebote bilden daher einen wichtigen Baustein zur Stärkung und Entwicklung einer Sterbe- und Trauerkultur. Besondere Aufmerksamkeit verdienen Fortbildungsmaßnahmen für Führungskräfte. Führungshandeln und -verantwortung sind nicht Selbstzweck, sondern dienen der Befähigung der Mitarbeitenden. Sie aufgrund ihrer persönlichen Werthaltung und eingebettet in ein Team zum eigenverantwortlichen Handeln zu befähigen, ist eine zentrale Aufgabe der Führungskräfte gerade im Kontext der Sterbe- und Trauerbegleitung. Somit braucht es Fortbildungsformate für Führungskräfte zur Auseinandersetzung mit wertorientierter Führung und zur Reflexion der persönlichen Werthaltungen, des Führungshandelns und seiner Wirkungen. Ergänzend ist auf die Entwicklung von Konzepten und Hilfsmitteln zur Ausgestaltung der Begleitung als weiterer Baustein für die Implementierung und Stärkung einer wertorientierten Sterbe- und Trauerkultur im Alltag hinzuweisen.

Die Autor*innen

Voß, Christian J., Dr. rer. cur.,

stellvertretender Akademiedirektor der Katholischen Akademie Die Wolfsburg des Bistums Essen

Kontakt: Christian.Voss@bistum-essen.de

Kuropka, Christiane,

wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Christliche Sozialwissenschaften an der Universität Münster,

Kontakt: Christiane.Kuropka@uni-muenster.de

Jeserich, Florian,

Leiter der Contilia Akademie und Geschäftsführer der Katholischen Schule für Pflegeberufe Essen gGmbH

Kontakt: f.jeserich@contilia.de ; f.jeserich@kks-essen.ruhr

Heimbach-Steins, Marianne, Prof. Dr. theol.,

Direktorin des Instituts für Christliche Sozialwissenschaften an der Universität Münster und Co-Leiterin der Arbeitsstelle für Theologische Genderforschung

Kontakt: m.heimbach-steins@uni-muenster.de

Bisher erschienene Sozialethische Arbeitspapiere des ICS

Arbeitspapier Nr. 1:

Heimbach-Steins, Marianne / Enxing, Julia / Görtz-Meiners, Vanessa / Krause, Felix / Riedl, Anna Maria (2015): Voraussetzungen, Ansätze und Schwierigkeiten der Vermittlung von kirchlicher Lehre und christlicher Praxis: eine theologische Stellungnahme zur Außerordentlichen Bischofssynode zur Familie 2014.

Arbeitspapier Nr. 2:

Heimbach-Steins, Marianne (2015): Flüchtlinge und Flüchtlingspolitik: ethische Prüfsteine.

Arbeitspapier Nr. 3:

Heimbach-Steins, Marianne / Stockmann, Nils (2015): „Pope for Planet“?: Laudato Si‘ als „dringliche Einladung zum Dialog“ (LS 14) und das weltweite Echo auf die Enzyklika.

Arbeitspapier Nr. 4:

Urselmann, Judith / Heimbach-Steins, Marianne (2016): Migration und Stadt: eine sozialethische Skizze.

Arbeitspapier Nr. 5:

Heimbach-Steins, Marianne / Motzigkeit, Denise / Redemann, Janine / Frerich, Karolin / Štica, Petr (2016): Familiäre Diversität und pastorale Unterscheidung. Eine theologisch-ethische Analyse zum nachsynodalen Schreiben Amoris laetitia.

Arbeitspapier Nr. 6:

Bausch, Christiane / Eggers, Nina E. (2017): Zur Frage der Grenzen von Solidarität und Verantwortung in der europäischen Flüchtlingspolitik.

Arbeitspapier Nr. 7:

Riedl, Anna Maria (2017): Kindeswohl zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Sozialethische Sondierungen zu Fragen der Anerkennung und einer Ethik der Verletzlichkeit.

Arbeitspapier Nr. 8:

Heimbach-Steins, Marianne (verantwortl.) / Filipovic, Alexander (verantwortl.) / Becker, Josef / Behrens, Maren / Wasserer, Theresa (2017): Grundpositionen der Partei „Alternative für Deutschland“ und der katholischen Soziallehre im Vergleich. Eine sozialethische Perspektive.

Arbeitspapier Nr. 9:

Heimbach-Steins, Marianne (2017): Religion als Ressource politischen Handelns – Chancen und Herausforderungen für die innerchristliche Ökumene.

Arbeitspapier Nr. 10:

Soggeberg, Philipp (2018): Katholische Jugendverbände als Träger der kirchlichen Soziallehre – das theologische Selbstverständnis des Bundes der Deutschen Katholischen Jugend (BDKJ) im Spiegel des Sozialworts der Jugend.

Arbeitspapier Nr. 11:

Heimbach-Steins, Marianne (2019): Solidarisch, nachhaltig, beteiligungsgerecht: Weltkirchliche Caritas-Arbeit – Notizen einer Peru-Reise mit Caritas International.

Arbeitspapier Nr. 12:

Hänselmann, Eva / Heimbach-Steins, Marianne / Quaing, Lea (2019): Angehörigenpflege – unsichere Existenz und politische Vereinnahmung.

Arbeitspapier Nr. 13:

Behrens, Maren (2020): Eine philosophische Auseinandersetzung mit der katholischen Genderkritik.

Arbeitspapier Nr. 14:

Heimbach-Steins, Marianne / Bachmann, Claudius / Hänselmann, Eva / Ladenburger, Barbara / Ostertag, Lina-Marie / Quaing, Lea / Rehbach, Lukas / Slater, Gary / Urselmann, Judith (2021): Die Enzyklika Fratelli tutti von Papst Franziskus (3. Oktober 2020). Sozialethische Beobachtungen und Analysen.

Arbeitspapier Nr. 15:

Bachmann, Claudius (2021): Lohn(un)gerechtigkeit – wirtschafts- und sozialethische Überlegungen.

Arbeitspapier Nr. 16:

Hänselmann, Eva (2022): Digitale Technik in der Altenpflege. Eine sozialethische Reflexion.

Arbeitspapier Nr. 17:

Hagedorn, Jonas / Hänselmann, Eva / Emunds, Bernhard / Heimbach-Steins, Marianne (2022): Doppelte Personenzentrierung. Leitidee für den Leistungsmix in der häuslichen Versorgung.

Arbeitspapier Nr. 18:

Bachmann, Claudius / Heimbach-Steins, Marianne (2022): Alterssicherung – Lebensqualität – Teilhabe. Eine sozialethische Arbeitsskizze in programmatischer Absicht.

Arbeitspapier Nr. 19:

Hänselmann, Eva / Slater, Gary (2022): Interrogating cultural assumptions: a productive challenge for social ethics.

Arbeitspapier Nr. 20:

Damm, Hannah Kathrin (2022): Der WHO-Kodex zur Steuerung der globalen Arbeitsmigration von Gesundheitskräften (2010). Eine sozioethische Analyse.

Arbeitspapier Nr. 21:

Akakpo, Coffi Régis Vladimir (2023): Das katholische Bildungswesen in Benin unter dem Anspruch der Option für die Armen.

Arbeitspapier Nr. 22:

Ostertag, Lina-Marie (2023): Kirchliche Akademien als Orte kultureller Diakonie. Eine sozioethische Analyse anhand ausgewählter Akademieprogramme.

Arbeitspapier Nr. 23:

Verhoeven, Johann Heinrich (2023): Kirchliche Landverpachtung im Dilemma. Zum sozioethischen Umgang mit landwirtschaftlichen Flächen kirchlicher Träger im Bistum Münster.

Arbeitspapier Nr. 24:

Bruchhausen, Walter (2023): Global Health (Ethics). Eine Bestandsaufnahme in programmatischer Absicht.

Arbeitspapier Nr. 25:

Hänselmann, Eva (2023): Die neuen Desiderate der Pflegepolitik. Eine Analyse der Pflegefachdebatte seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs anhand der Positionen der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland.



Die Arbeitspapiere sind online verfügbar unter:

<https://www.uni-muenster.de/FB2/ics/publikationen/Arbeitspapiere.html>