



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Gespräche über den Tod“

-Ohne Sterben gibt es kein Leben-

Gruppendiskussionen mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen des KWPS

Verfasserin

Daniela Sackl

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag^a)

Wien, Juli 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke

Vorwort und Danksagung

Das Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien bedeutet für mich, dass die Pflegeforschung den Pflegenden in der Praxis eine Unterstützung sein soll. Aber nicht nur Angehörige von Pflegeberufen soll hier geholfen werden, sondern allen, die sich im Gesundheitsbereich befinden. Zu diesen zählen ältere, gebrechlicheren Menschen in Pensionisten-Wohnhäusern beziehungsweise Pflegeheimen, auch jene PatientInnen, die durch eine Krankheit mehrfache Unterstützung bei der Bewältigung ihres Alltags benötigen und vor allem ehrenamtliche MitarbeiterInnen in den verschiedensten Institutionen. Die Bedürfnisse jener Helfer zu erfassen und zu erkennen, die durch ihr soziales Engagement diesen Menschen beiseite stehen, ist für mich Motivation und Ziel zugleich.

Mein besonderer Dank gilt mehreren Personen, die mich bei dem Vorhaben Diplomarbeit unterstützt haben. Zum einen ist das Frau Dr. Mag. Birgit Hladschik-Kermer, die mich auf dem schwierigen Weg der Themenpräzisierung, dem methodischen Vorgehens und der Verständnisformulierung begleitet hat. Ebenso möchte ich Herrn Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke danken, dass er sich als Betreuer für dieses Vorhaben zur Verfügung gestellt hat.

Natürlich gilt mein Dank auch dem Verband des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, in dem ich meine Inspiration, ProbandInnen und Begleiter gefunden habe. Danke an meine ehemalige Koordinatorin Frau Graf und Herrn Direktor Mag. Wallner.

Zuletzt, dennoch nicht weniger von Bedeutung, danke ich meinem Bruder Andreas für die Unterstützung in wissenschaftlichen Angelegenheiten, meinen Freundinnen und meinem Freund, für den Gedankenaustausch und ihr Interesse und vor allem danke ich meinen Eltern, für das Ermöglichen meiner Ziele.

Ich versichere,

- die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient zu haben
- dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einer/m andern BegutachterIn als Prüfungsarbeit vorgelegt zu haben
- dass die vorliegende Diplomarbeit mit der von meinem Betreuer beurteilten Fassung übereinstimmt.

Juli 2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung	III
1. Einleitung	1
1.1. Forschungsfragen	2
1.2. Diplomarbeit	3
2. Theoretischer Teil	5
2.1. Palliativer Bereich	5
2.1.1. Palliative Care	5
2.1.1.1. Definition von Palliative Care	5
2.1.2. Palliative Medicine	6
2.1.2.1. Definitionen von Palliative Medicine	7
2.1.3. Sterbephasen	8
2.1.3.1. Psychische Veränderungen	8
2.1.3.2. Körperliche Veränderungen	9
2.1.4. Die Trauer	10
2.1.5. Die Sprache der Sterbenden	12
2.2. Geriatischer Bereich	14
2.2.1. Pflege- und Altenheime	14
2.2.2. Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP)	15
2.2.3. Der ältere Mensch	16
2.3. Das Ehrenamt	17
2.3.1. Begriffsdefinitionen	17
2.3.2. Organisation und Management	18
2.2.3.1. Voraussetzungen	18
2.2.3.2. Barrieren	20
2.2.3.3. Werte und Motive	21
2.2.3.4. KoordinatorInnen	22
2.3.3. „Solidarität mit SeniorInnen“ (S.m.S.)	23
2.4. Die Zusammenhänge	24
2.4.1. Ehrenamt in der Palliative Care	24
2.4.1.1. Ausbildung	24
2.4.1.2. Aufgaben	25

2.4.2.	Palliative Geriatrie	28
3.	Aktuelle Forschung	30
4.	Empirischer Teil	32
4.1.	Forschungsziele und Forschungsfragen	32
4.2.	Methodik	32
4.2.1.	Postulate und Säulen der qualitativen Forschung	32
4.2.2.	Gütekriterien qualitativer Forschung	35
4.2.3.	Datenerhebung	36
4.2.4.	Datenauswertung	38
3.2.3.1.	Transkription	38
3.2.3.2.	Auswertung nach Mayring und Leithäuser	39
4.2.5.	ProbandInnen und Settings	41
4.2.4.1.	Persönlichkeitsschutz	42
4.3.	Ergebnisse der Gruppendiskussionen	43
4.3.1.	Ergebnisse der Gruppendiskussion 1	43
4.3.2.	Ergebnisse der Gruppendiskussion 2	46
4.3.3.	Ergebnisse der Gruppendiskussion 3	50
4.3.4.	Gemeinsame Themenbereiche	53
4.4.	Ergebnisse	54
4.4.1.	Distanz vs. Nähe	54
4.4.2.	Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Probleme	57
4.4.3.	Kommunikation in schwierigen Situationen	61
4.4.4.	Gesprächsbedarf der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen	63
4.4.5.	Verdrängen	65
4.4.6.	Aussagen der KoordinatorInnen	67
5.	Zusammenfassung der Ergebnisse	71
6.	Schlussfolgerungen	74
7.	Literaturverzeichnis	76
8.	Abbildungsverzeichnis	83
9.	Anhang	84
9.1.	Abstract	84
9.2.	Interviewleitfaden	86
9.3.	Auszüge- Transkriptionen	87
9.3.1.	Gruppendiskussion 1	87

9.3.2.	Gruppendiskussion 2.....	90
9.3.3.	Gruppendiskussion 3.....	93
9.4.	Lebenslauf.....	96

1. Einleitung

Beim Sterben lassen sich gesellschaftliche Trends ausmachen, dadurch stellt sich die Frage, wie wir sterben wollen. Das Mittelalter war geprägt von christlichen Glaubensgrundsätzen und Ritualen, so auch beim Tod: *ars morendi*, die Kunst des Sterbens. Die größte Angst war der plötzliche Tod, denn dadurch konnte eine Begleitung des Sterbenden nicht erfolgen und dessen Seele nicht befreit werden. Heute ist ein plötzlicher Tod eher eine Art Befreiung: sterben zu können ohne Schmerzen und ohne langen Leidensweg.¹

„[...] *Das Leben der Großstadt wirkt so, als ob niemand mehr stirbe.*“² Der Historiker und Soziologe *Philippe Ariès* (1982) beschreibt mit diesem Satz, dass der Tod in der Gesellschaft immer weniger präsent ist. Denkt man hingegen an die Nachrichten, die über Kriege und Katastrophen berichten, der Boom der Kriminalserien im TV und vor allem das Sterben von Personen, die in der Öffentlichkeit stehen, so wird der Tod als solcher dennoch thematisiert. Ein weiteres Tabu ist die Konfrontation mit unheilbaren Krankheiten. Dennoch wurde das Thema in Filmen behandelt. *Reinhold Ibackers* Film *Nur noch 16 Tage* zeigt das alltägliche Leben von unheilbar kranken Menschen im St. Christopher's Hospice und ihren Angehörigen. Im deutschsprachigen Raum war 2007 der Film *Zeit zu gehen* zu sehen, der im Wiener Hospiz Rennweg gedreht wurde.³

Seit der Entwicklung der Palliative Care und der Palliative Medicine, sind zahlreiche Studien in diesem Gebiet durchgeführt worden. Besondere Bedeutung haben jene Forschungsvorhaben, die sich mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen beschäftigen:

- *Cannaerts et al. (2004)* empfinden es für wichtig, dass offen über gewisse Themen gesprochen werden kann. Somit ist eine gute Zusammenarbeit im gesamten Team möglich.⁴
- *Claxton-Oldfield et al. (2004)* ermittelten die Motive von Ehrenamtlichen im Hospiz.⁵

¹ vgl. HEIMERL (2008) S. 8-13

² zit. HEIMERL (2008) S. 15

³ vgl. HEIMERL (2008) S. 15

⁴ vgl. CANNAERTS et al. (2004) S. 816-833

- *McKee et al. (2007)* fanden heraus, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen einer Gemeinde sich im hohen Maße engagieren. Die Kernaussage ist: niemand sollte alleine sterben.⁶
- *Dein et al. (2005)* untersuchten, wie ehrenamtliche MitarbeiterInnen mit Stress umgehen.⁷
- *Worthington (2008)* erkannte, dass Ehrenamtliche Schulungen benötigen, die die Kommunikation fördern.⁸

Im Gegensatz dazu lassen sich fast keine Studien über ehrenamtliche MitarbeiterInnen in der Geriatrie finden, die sich mit dem Tod und dem Sterben befassen. Im deutschsprachigen Raum sterben 80% der Menschen in Institutionen, in Wien sind es 70% allein im Krankenhaus, 9% im Pflegeheim und 15% zu Hause.⁹

Pensionisten-Wohnhäuser stellen das Wohnen und das Leben in den Vordergrund. Trotzdem sind es nicht nur Häuser zum Leben, sondern auch Häuser zum Sterben. *„Nur wo man gut gelebt hat, kann man auch gut sterben und umgekehrt, nur wo es eine gute Begleitung im Sterben gibt, dort kann man sich auch gut darauf einlassen, das hohe Alter zu leben.“*¹⁰

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen finden sich sowohl in der Palliative Care als auch in der Geriatrie. In beiden Bereichen sind sie mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert, doch nur jene in der Palliative Care erhalten eine entsprechende Ausbildung, damit sie mit dem Tod der PatientInnen leichter umgehen können.

1.1. Forschungsfragen

Thema dieser Diplomarbeit ist das Ehrenamt in der Geriatrie. Es wurden Gespräche über die Themen Tod, Sterben und Trauer mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen des KWPs (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser) geführt. Somit steht im Mittelpunkt, wie mit den oben genannten Themen umgegangen wird.

⁵ vgl. CLAXTON-OLDFIELD et al. (2004) S. 78-84

⁶ vgl. MCKEE et al. (2007) S. 163-172

⁷ vgl. DEIN et al. (2005) S. 58-64

⁸ vgl. WORTHINGTON (2008) S. 17-37

⁹ vgl. HEIMERL (2008) S. 16

¹⁰ zit. HEIMERL (2008) S. 25

Daraus ergab sich folgende Forschungsfrage:

„Wie bewältigen ehrenamtliche MitarbeiterInnen im KWP die Situation, wenn die von ihnen betreuten BewohnerInnen sterben?“

Weitere Forschungsfragen:

- „Fühlen sie sich für diese Aufgaben genügend vorbereitet (Gespräche, Aus- und Fortbildungen)?“
- „Welche Bewältigungsstrategien verwenden sie, um den Tod von BewohnerInnen zu verkraften?“
- „Wie intensiv beschäftigt es sie außerhalb der Einrichtung (z.B.: zu Hause)?“
- „In wie weit sind sie an Fort- und Weiterbildungen interessiert?“
- „In wie weit können sie das Gelernte in ihrer Arbeit umsetzen?“

1.2. Diplomarbeit

Die Diplomarbeit gliedert sich in zwei große Bereiche. Im ersten Bereich wird die Theorie zum Forschungsfeld beschrieben, indem folgende Abschnitte genauer betrachtet werden:

Dem palliativen Bereich wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet, da die meisten Studien über ehrenamtliche MitarbeiterInnen, verbunden mit Sterben und Tod, hier durchgeführt wurden. In diesem Kapitel werden zum einen Begriffe wie Palliative Care, Palliative Medicine und Trauer definiert und zum anderen die Sterbephasen nach *Elisabeth Kübler-Ross (2009)* und die Kommunikation mit Sterbenden genauer beschrieben. Die Sterbephasen nach *Kübler-Ross* werden zusätzlich noch mit jenen aus dem Medizinbereich ergänzt. In dem Modell von *Parkes (1972)* und *Bowlby (1980)* werden die Trauerphasen beschrieben.

Im geriatrischen Bereich werden die Grundideen von einem Pflegeheim und einem Wohnhaus näher erläutert. In einem Pflegeheim liegt der Fokus auf der Betreuung kranker älterer Menschen, die sich nicht mehr selbst versorgen können. Im Gegensatz dazu sind die BewohnerInnen in einem Wohnhaus selbstständig und bekommen Hilfeleistungen per Bedarf. Desweiteren wird in diesem Kapitel auch der ältere Mensch mit seinen Bedürfnissen betrachtet. Da dies ein sehr großes Gebiet ist, wird hier ein grober Überblick geschaffen.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem Ehrenamt. Es gibt viele Beschreibungen, zum Beispiel Bürgerengagement, Volunteers und Freiwilligenarbeit. In dieser Diplomarbeit wurde der Begriff Ehrenamt gewählt, um einerseits eine einheitliche Bezeichnung zu verwenden und andererseits weil dieser vom Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser verwendet wird (auch von den ProbandInnen in den Gruppendiskussionen). In diesem Kapitel werden die Organisation und das Management von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen beschrieben. Zum Abschluss wird das Projekt „S.m.S. – Solidarität mit SeniorInnen“ des KWP's näher vorgestellt.

Im letzten Kapitel des theoretischen Teils werden die Zusammenhänge zwischen den aufgezeigten Kapiteln erklärt. Zum einen ist dies das Ehrenamt in der Palliative Care und zum anderen ist dies die Palliative Geriatrie. Anschließend folgt eine kurze Darstellung von aktuellen Studien.

Der zweite Bereich ist der empirische Teil der Arbeit, in dem der Ablauf dieser Diplomarbeit geschildert wird: Befragt wurden 19 ehrenamtliche MitarbeiterInnen in drei Pensionisten-Wohnhäusern in Wien. Die Datenerhebung erfolgte durch Gruppendiskussionen mit einem flexiblen Leitfaden. Nachdem die ProbandInnen ihr Einverständnis gegeben haben, wurden die Gespräche mittels eines Audio-Recorders aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Datenauswertung erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach *Mayring (2008)*, um durch das Categoriesystem Gemeinsamkeiten aufzuzeigen. Danach wurden die Ergebnisse mittels der Methode von *Leithäuser et al. (1988)* ausgewertet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zunächst separat nach den Gruppendiskussionen und dann nach Gemeinsamkeiten (Themenbereiche). In der Zusammenfassung werden die Ergebnisse als Themenblöcke vorgestellt.

Die Schlussfolgerungen bilden den Abschluss dieser Arbeit. Hier werden Anregungen für weitere mögliche Forschungsvorhaben gegeben, die den Rahmen einer Diplomarbeit sprengen würden.

2. Theoretischer Teil

2.1. Palliativer Bereich

In diesem Kapitel werden die Begriffe Palliative Care und Palliative Medicine näher erläutert, die Sterbe- und Trauerphasen dargestellt und schlussendlich ein Überblick über die verbale und nonverbale Kommunikation von Sterbenden gegeben.

2.1.1. Palliative Care

Palliative Care dient nicht nur der Betreuung von sterbenskranken Menschen, sondern sie dient vielmehr der Verbesserung der Lebensqualität.¹¹ Nicht nur die PatientInnen stehen im Vordergrund, sondern auch die Betreuung von deren Angehörigen, denn eines der Ziele der Palliative Care ist, dass der Patient ein aktives Leben führen kann.¹²

2.1.1.1. Definition von Palliative Care

Die World Health Organisation (WHO) definierte *Palliative Care* 1990 folgendermaßen:

„Palliative Care ist eine aktive, vollständige Pflege von Patienten, deren Krankheit nicht auf eine kurative Behandlung anspricht. [...] Ziel der Palliativpflege ist der Erhalt bestmöglicher Lebensqualität durch optimale Schmerztherapie und Symptomkontrolle. [...] Der Sterbeprozess wird weder aktiv beschleunigt, noch künstlich verzögert.“¹³

In den 1960er und 70er Jahren wurde der Begriff der Hospizbewegung zum ersten Mal erwähnt. Krankenhäuser richteten eigene Bereiche ein, in denen die Sterbenden in Ruhe ihren letzten Weg gehen konnten. Die Hospizidee geht auf Einrichtungen im Mittelalter zurück. Damals boten Orden Pilgern unentgeltlich Verpflegung an, Waisen ein Zuhause und Sterbenden die letzte Ruhestätte. Diese Fürsorglichkeit wurde zu unserer Zeit durch häusliche Sterbebegleitung und Tageshospizen ergänzt, in denen entweder die Inanspruchnehmer in ihrer

¹¹ vgl. STAPEL <http://www.palliative-care.at> (23.10.2006)

¹² vgl. FEICHTNER, NAGELE (2005) S. 15

¹³ zit. PSCHYREMBEL® (2003) S. 479

gewohnten Umgebung betreut werden oder nach einer Behandlung in dieselbe zurück können.¹⁴

Heutzutage werden die Begriffe der Palliative Care und der Hospizbetreuung als ein und dasselbe angesehen, da sie dieselben Ziele verfolgen und die gleichen Ansätze vertreten. Es ist sehr wichtig, dass der/die PatientIn und dessen Angehörige wissen, dass sie auf diesem Weg nicht alleine sind. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Berücksichtigung der Bedürfnisse des/der PatientIn. Das heißt, dass hier auf der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene Rücksicht genommen werden soll.¹⁵ Ein offener Umgang mit den Themen Tod und Sterben ist besonders wichtig, weil alle Beteiligten stets über den Verlauf und Stadium der Krankheit informiert werden sollen.¹⁶

2.1.2. Palliative Medicine

In gewissen Bereichen der Medizin wird der Tod eines/r PatientIn oft als Versagen des Arztes gesehen. In der Palliative Medicine hingegen wird die Zeit des Sterbens als ein sehr wichtiger Teil des Lebens anerkannt. Die Aufgaben des Arztes in der Palliative Medicine bestehen, unter dem Selbstbestimmungsrecht des/der PatientIn, aus der Linderung der Leiden, die Gesundheit zu schützen und der Beistand bis zum Tod. Der Tod wird weder hinausgezögert noch verkürzt, denn das Ziel ist die bestmögliche Lebensqualität, nicht nur für den/die PatientIn, sondern auch für dessen Angehörige. Die Palliative Medicine besteht aus:

- Symptomkontrolle
- Rehabilitation
- Betreuung in der Terminalphase
- Beratung und Unterstützung der Familie
- Betreuung zu Hause, im Tageshospiz, im stationären Bereich
- Begleitung in der Trauerphase, durch das multiprofessionelle Team¹⁷

¹⁴ vgl. FUCHS (2001) S. 227-229

¹⁵ vgl. STUDENT (2004) S. 27-30

¹⁶ vgl. BAUSEWEIN, ROLLER, VOLTZ (2007) S. 80-82

¹⁷ vgl. zit. BAUSEWEIN, ROLLER, VOLTZ (2007) S. 2

2.1.2.1. Definitionen von Palliative Medicine

WHO (1990): „Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“¹⁸

WHO (2002): „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittel frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.“¹⁹

Im Gegensatz zu der Definition der WHO von 1990, wird erstmals in jener von 2002 über den Aspekt der Prävention gesprochen.

Neben den Definitionen und Klärung darüber, was die Palliative Medicine ausmacht, sind folgende Grundsätze von großer Bedeutung: der/die PatientIn hat die Wahl, in welchem Umfeld die Behandlung stattfinden soll. Dies kann sein: ambulant, stationär, zu Hause oder in einem Pflegeheim. Die Bedürfnisse der/des PatientIn, aber auch jene der Familie und des Behandlungsteams sollten beachtet werden (hier werden die physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse angesprochen). Durch das multiprofessionelle Team ist eine individuelle Behandlung möglich. Sehr wichtig ist das Vertrauen unter allen Beteiligten (PatientInnen, Angehörige, multiprofessionelles Team), welches nur durch Offenheit und Wahrhaftigkeit zustande kommen kann. Die Tatsache, dass das Sterben zum Leben dazugehört und der Tod Teil dieses Lebens ist, sollte akzeptiert werden. Es gilt die Bejahung des Lebens und eine strikte Ablehnung gegen Sterbehilfe. Alle Beteiligten des multiprofessionellen Teams brauchen spezielle Ausbildungen und müssen an Fortbildungen teilnehmen. Dies gilt für

¹⁸ zit. BAUSEWEIN, ROLLER, VOLTZ (2007) S. 3

¹⁹ zit. BAUSEWEIN, ROLLER, VOLTZ (2007) S. 3

Ärzte, sowie für Pflegekräfte, Sozialarbeitern, Seelsorgern und vor allem für ehrenamtliche MitarbeiterInnen.²⁰

2.1.3. Sterbephasen

Zuerst werden die psychischen Reaktionen, die Kübler-Ross (2009) erstellte, kurz beschrieben, danach werden aus medizinischer Sicht die körperlichen Veränderungen der letzten Phasen des Sterbens aufgezeigt.

2.1.3.1. Psychische Veränderungen²¹

Kübler-Ross (2009) beschrieb fünf Sterbephasen, die allerdings nicht nacheinander erfolgen müssen, sondern der/die Betroffene kann eine Phase überspringen oder zu einer Phase zurückkehren. Es ist wichtig dass erkannt wird, dass das Sterben individuell ist und dass Mischbilder von diesen Phasen entstehen können.

1. Nicht-wahrhaben-Wollen

Die Angst und die Ungewissheit des/der PatientIn ist sehr groß, und doch herrscht eine gewisse Hoffnung, dass es ihm/ihr bald wieder besser geht. (*Ich bin doch gesund!, Ich werde noch 100 Jahre alt!, Die Proben wurden im Labor vertauscht! Nicht ich!*)

2. Zorn

Die Aggressivität und der Zorn richten sich an die Umwelt: an Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte, etc.. Der/die PatientIn hat noch nicht verstanden, dass er/sie sich mit seiner/ihrer Sterblichkeit auseinandersetzen kann/muss. (*Warum ich?*)

3. Verhandeln

Aus einer Verlangsamung der Krankheit oder durch eine kurzfristige Besserung kann neue Hoffnung entstehen. Es werden Zukunftspläne geschmiedet und mit Ärzten über alternative Behandlungsmethoden gesprochen. Es kommt auch zu einer Kontaktaufnahme mit Seelsorgern. (*Ich gehe jetzt jeden Sonntag in die Kirche, der liebe Gott wird mich heilen!*)

²⁰ vgl. BAUSEWEIN, ROLLER, VOLTZ (2007) S. 2-4

²¹ vgl. KÜBLER-ROSS (2009) S. 66-162

4. Depression

PatientInnen verweigern unter anderem das Gespräch und die Nahrungsaufnahme.

5. Zustimmung

Es herrscht eine friedliche Atmosphäre. PatientInnen können ihren Tod in dieser Phase annehmen (*Wenn es denn sein muss!*).

2.1.3.2. Körperliche Veränderungen²²

Die körperlichen Veränderungen werden nach den einzelnen Phasen beschrieben.

Terminalphase

zunehmende Schwäche, vermehrtes Schlafbedürfnis, PatientInnen können nur noch mühsam Nahrung/ Flüssigkeiten aufnehmen, Schmerzen, Atemnot und allgemeine Unruhe

Sterbephase

bei ca. 75% der Sterbenden besteht erst ab ca. 48 Stunden vor dem Tod eine Bewusstlosigkeit. Die Veränderungen kurz vor dem Tod, müssen den anwesenden Personen erklärt werden, um Ängste abzubauen.

Der nachfolgende **Ablauf des Sterbevorganges** konnte häufig beobachtet werden:

- Zu schwach, um zu sprechen. Die Augen fixieren einen Punkt
- PatientIn ist eventuell unruhig. Ständiges Zupfen am Bettzeug. PatientIn ist verwirrt und benommen
- Bewusstlosigkeit, aber Hörvermögen kann noch lange intakt bleiben
- Der Kreislauf wird schwächer und die Haut wird blass bzw. marmoriert
- Inkontinenz
- Hustenreflex versagt, es ist eine Rasselatmung zu hören
- Veränderung des Atemmusters, das heißt PatientIn hat eine schnellere, tiefere Atmung bzw. eine unregelmäßige, langsamere Atmung
- Klinischer Tod (Atem- und Kreislaufstillstand)
- Biologischer Tod (Ausfall des zentralen Nervensystems)
- Absterben der einzelnen Zellen

²² vgl. BAUSEWEIN, ROLLER, VOLTZ (2007) S. 501

- Fibrillationen und Darmentleerung erfolgt ca. 30 Minuten nach dem biologischen Tod
- Sogenannte Sichere Todeszeichen, zum Beispiel Totenflecke und Totenstarre

2.1.4. Die Trauer

Wenn ein uns nahestehender Mensch stirbt, empfinden wir Schmerz und das Gefühl des Alleinseins. Diese Art der Trauer muss zugelassen werden um den Tod verarbeiten zu können. In der heutigen Gesellschaft haben wir den natürlichen Umgang mit Verstorbenen, auch mit der damit verbundenen Traurigkeit, verlernt. Es hinterlässt den Eindruck, dass wir uns für unsere Gefühle schämen und anstatt sie frei auszuleben, unterdrücken wir sie. Emotionen wie Wut und Angst müssen zum Ausdruck gebracht werden, gelingt dies allerdings nicht, so ist eine professionelle Begleitung ratsam.²³

Es gibt unzählige Modelle der Trauer, mit genauen Definitionen der einzelnen Phasen. Selbst die Sterbephasen nach *Kübler-Ross* (2009) können als Synonym für die Trauerphasen verwendet werden.²⁴

Die chronischen Trauerreaktionen zeichnen sich durch häufige Stimmungsschwankungen aus. Schuld, Zorn, Verzweiflung wechseln sich über einen ungewöhnlich langen Zeitraum ab. Andenken an den Verstorbenen zu horten ist ein Ansatz der konservierenden Trauerreaktionen. Die Hinterbliebenen benötigen reale Dinge, um sich an den Verstorbenen zu erinnern. Eine weitere Form der Trauerreaktionen ist die übertriebene Trauer. Dieser Typ charakterisiert sich durch äußerst aggressives und autoaggressives Verhalten. Die verschobene Trauer wird untertriebene Trauer genannt, denn es scheint, als seien die Hinterbliebenen an die neue Situation gewöhnt. Hinter dieser Fassade der Gelassenheit machen sich jedoch eine Leere und Depressionen breit. Die verborgene Trauer hingegen wird psychosomatische Trauerreaktion genannt, in der der Verlust durch körperliche Probleme zum Ausdruck kommen kann.²⁵

²³ vgl. GRASHORN (2008) S. 93- 95

²⁴ vgl. ALBRECHT, ORTH, SCHMIDT (1995) S. 57

²⁵ vgl. WINGCHEN (2006) S. 235-237

Zu den oben genannten Reaktionen zählen auch die Trauersymptome nach *Littlewood (1992)*. Hier werden nur einige Beispiele aufgezählt, da die Vielfalt an Problemen schier unendlich ist:

- Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit
- Suchtmittel- und Medikamentenabhängigkeit
- Schock, Taubheit
- Angst, Panikattacken
- Generelle Unsicherheit
- Ärger (über den Verstorbenen)
- Schuldgefühle
- Schlaf- und Appetitstörung
- Weinen²⁶

Neben den körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen gibt es solche auch im sozialen Bereich:

- Sozialer Rückzug z.B.: aus Freundschaften
- Unfähigkeit zu neuen Bindungen
- Berufliche Schwierigkeiten
- Arbeitsbesessenheit
- Flucht²⁷

Das Modell nach *Parkes (1972)* und *Bowlby (1980)* beschreibt 4 Stadien der Trauer. Die erste Phase nennt sich Schockphase und in dieser nimmt der Betroffene die Situation nicht wahr. Aussagen wie *Sie müssen sich geirrt haben!* oder *Es ist nicht wahr!* zeugen von einer Verdrängung. Diese erste Phase kann von Stunden bis Wochen andauern. Die zweite Phase ist die so genannte Reaktionsphase. Hier stehen die emotionellen Reaktionen wie Weinen im Vordergrund. Es wird zudem auch beschrieben, dass Depressionen und Angst in dieser Phase sehr häufig auftreten und ein paar Wochen und sogar in seltenen Fällen bis Jahren dauern können. Die Bearbeitungsphase dient dazu, die Situation zu verarbeiten. *Parkes (1972)* und *Bowlby (1980)* weisen darauf hin, dass in dieser Phase abermals Depressionen auftreten können, denn die Betroffenen können

²⁶ vgl. KOCH, LANG (2006) S. 215

²⁷ vgl. ALBRECHT, ORTH, SCHMIDT (1995) S. 57

keinen Sinn für die Zukunft sehen. Selten wurde beobachtet, dass diese Phase über mehrere Jahre dauern kann. Die letzte Phase ist jene der Neuorientierung, das heißt der Betroffene versucht neue soziale Bindungen aufzubauen und sich durch das Erlebte zu entwickeln. Hier soll nun der Hinweis folgen, dass diese Phasen (wie auch bei den Sterbephasen nach Kübler-Ross (2009)) nicht starr verlaufen und nicht jeder so reagieren muss. Wie das Sterben, so ist auch die Trauer sehr individuell.²⁸

Die Trauernden erfahren in dieser besonderen Zeit eine Vielzahl an Emotionen, die sie in diesem Ausmaße noch nicht erlebt haben. Die wichtigste Hilfestellung ist, dass aufmerksam zugehört und ein aufrichtiges Mitgefühl mit dem Trauernden entwickelt wird. Sogenannte Floskeln wie *Die Zeit heilt alle Wunden*, oder *Jeder muss einmal sterben*., sind hier fehl am Platz. Natürlich gibt es auch hier Richtlinien, diese sind jedoch im richtigen Maß anzuwenden: Hilfe kann angeboten werden, aber soll gegenüber den Trauernden nicht aufdringlich erfolgen. Bei schwierigen Fällen der nichtverarbeiteten Trauer kann eine Trauertherapie helfen. Diese setzt fachliche Kenntnis voraus und soll begleitend wirken. Vor unseriösen Selbsthilfegruppen soll hier gewarnt werden, denn eine falsche Behandlung einer sogenannten pathologischen Trauer birgt viele Risiken. Unter anderem können körperliche Beschwerden auftreten oder die bereits vorhandenen Symptome verstärkt werden.²⁹

2.1.5. Die Sprache der Sterbenden³⁰

Wenn Patienten sagen, dass sie sterben wollen, muss aufmerksam zugehört werden, weil der Inhalt der Botschaft nicht immer der gleiche ist. Saunders (1993) sagte, dass je nach vermittelter Botschaft gehandelt werden soll. Im folgenden Abschnitt werden die drei Aussagen *Lass mich sterben*, *Ich will sterben* und *Töte mich* genauer untersucht.

Lass mich sterben

„Laß mich sterben ist die Bitte, mit jeder geplanten lebensverlängernden Behandlung jetzt aufzuhören. Der Patient fürchtet sich davor, in einer Lebensqualität weiterleben zu müssen, die er nicht länger ertragen kann.“³¹

²⁸ vgl. HUSEBØ, KLASCHIK (2000) S. 280-281

²⁹ vgl. KOCH, LANG (2006) S. 217-219

³⁰ vgl. SAUNDERS (1993) S. 117- 122

Alternative Behandlungsmethoden sollten mit Patienten und Angehörigen besprochen werden. Eine Verweigerung der Behandlung ist zu jeder Zeit möglich. Das Team hat die Aufgabe herauszufinden, was das Weiterleben für den Patienten so schmerzlich macht.

Ich will sterben

„Ich will sterben ist Ausdruck einer Qual, die aufmerksames und erfahrenes hinhören erfordert. [...] Oft taucht er auf, wenn eine vorrausgegangene Behandlung gegen Kummer und Leid unangemessen gewesen ist und wenn nur oberflächlich zugehört wurde.“³²

Bei dieser Aussage ist wichtig, dass der Patient von seinem persönlichen Wert überzeugt wird. Dies kann dadurch erfolgen, dass der Patient weiterhin betreut und besucht wird. Die Patienten müssen selbst den Sinn für das Ausleben der verbleibenden Zeit herausfinden, was von vielen auch getan wird.

Töte mich

„Wir wissen, daß sie auf unbewältigte Ängste zurückführen kann oder – nur allzu verständlich – die Folge einer unzureichenden Schmerzbehandlung ist.“³³

Es muss die Verzweiflung erkannt werden, die zu dieser Aussage geführt hat. Das Wissen, dass der Tod ganz einfach kommen wird oder die Linderung der Schmerzen können dazu führen, dass diese Aussage immer schwächer wird, bis sie letztendlich in Vergessenheit gerät.

Nonverbale Kommunikation

Aber wie ist es, wenn nichts gesagt wird? Entweder können oder wollen Sterbende nicht mehr sprechen. Dennoch sind sie in der Lage, auf ihre Umwelt zu reagieren. Viele Besucher, die keine verbale Antwort mehr bekommen, geraten in eine Art Hilflosigkeit und verstummen selbst. Diese Art von Gesprächen wird als sehr belastend erlebt, weil die nonverbale Kommunikation nicht beachtet wird.³⁴

Dies bedeutet aber nicht, dass die PatientInnen nicht mehr kommunizieren möchten. Sie verständigen sich jetzt mittels Körpersprache, durch Blicke,

³¹ zit. SAUNDERS (1993) S. 117-118

³² zit. SAUNDERS (1993) S. 119

³³ zit. SAUNDERS (1993) S. 120-121

³⁴ vgl. ALBRECHT, ORTH, SCHMIDT (1995) S. 105

Berührungen, Gesten und durch die Mimik. Berührungen sind sehr wichtig, sie vermitteln die Nachricht, dass jemand da ist. Der Körperkontakt ist unverzichtbar, denn dieser stärkt die Gefühle und die Beziehungen zueinander. Durch den Blickkontakt lassen sich Ängste und Sorgen, aber auch Freude und Ruhe erkennen. Gestik und Mimik passieren unbewusst und wenn darauf geachtet wird, kann die momentane Stimmung des/der PatientIn beobachtet werden. Berücksichtigt man, dass die nonverbalen Signale eine Art der Kommunikation sind, so kann dementsprechend reagiert werden.³⁵

2.2. Geriatriischer Bereich

In diesem Kapitel werden die Begriffe *Pflege-* bzw. *Altenheim* und *Pensionisten-Wohnhaus* erklärt. Beide sind soziale Organisationen, die bestimmte Ziele verfolgen. Eine Kooperation zwischen allen MitarbeiterInnen ist notwendig, um die Organisationsziele erreichen zu können. Die Rollenverteilung verläuft nach den Kompetenzen der MitarbeiterInnen. Jede Rolle hat sich an dem Leitbild der Organisation zu orientieren. Somit entstehen unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche (Rollen), die die verschiedenen Bedürfnisse der BewohnerInnen abdecken.³⁶ Im Anschluss daran wird der/die BewohnerIn, also der ältere Mensch näher beschrieben. Bedenkt man das Pensionsalter von 65 Jahren, so kann man davon ausgehen, dass viele noch gut 30 Jahre ihres Lebens vor sich haben.³⁷

2.2.1. Pflege- und Altenheime³⁸

Früher wurden Pflege- und Altenheime als geschlossene Anstalten betrachtet (*Goffmann (1973)* bezeichnete diesen Umstand als *totale Institutionen*). Die BewohnerInnen sind von der Gesellschaft getrennt worden, das hat zur Folge, dass alle Lebensbereiche (Schlafen, Freizeit, Arbeit) an nur einem Ort durchgeführt wurden. Dadurch wurde auch der Tagesablauf der BewohnerInnen geplant und musste nach einem bestimmten Schema ablaufen.

In der heutigen Zeit ist die Leitidee von Pflege- und Altenheimen, dass so viel Sicherheit wie nötig angeboten, dabei die Selbstständigkeit so weit als möglich

³⁵ vgl. BABANEK (2002) S. 95-105

³⁶ vgl. SCHROETER, PRAHL (1999) S. 130-146

³⁷ vgl. JENNY (1996) S. 21-34

³⁸ vgl. SCHROETER, PRAHL (1999) S. 130-146

aufrecht erhalten wird. Dies steht aber im Widerspruch mit der Tatsache, dass die Pflege zu jeder Zeit im Vordergrund steht und demnach die Selbstständigkeit und die Privatsphäre vernachlässigt werden. Die Versorgung und Betreuung zielen nicht auf einen Heilerfolg ab, sondern sie ermöglichen vorwiegend chronisch erkrankten älteren Personen einen menschenwürdigen Aufenthalt. Zielsetzungen zur Verbesserung der Lebensqualität:

- ein freundlicher, respektvoller Umgang des Personals
- Gelegenheiten zu sozialen Kontakten (Feste, Animation, Ausflüge)
- gutes Essen
- ein attraktives Wohnen

2.2.2. Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP)

Im Gegensatz zu den Pflege- und Altenheimen steht in den Pensionisten-Wohnhäusern des KWP das Wohnen im Vordergrund und nur bei Bedarf werden die BewohnerInnen medizinisch versorgt. Der Begriff des Pensionisten-Wohnhauses steht für Wohnen mit Pflege. Die SeniorInnen können den Tag selbst gestalten und eine gewisse Alltagsnormalität beibehalten.³⁹

Das KWP wurde in den 1960er-Jahren gegründet, um der Kriegsgeneration einen gesicherten Lebensabend zu gewährleisten. Heute besteht das KWP aus 31 Häusern mit mehr als 3 300 MitarbeiterInnen und ist Teil des Betreuungsnetzwerkes der Stadt Wien. Derzeit leben mehr als 9 500 SeniorInnen in diesen Häusern.⁴⁰ Das durchschnittliche Einzugsalter ist heute auf ca. 86 Jahre gestiegen und die SeniorInnen möchten so lange wie möglich selbstbestimmt wohnen, wodurch sich ihre Ansprüche erhöht haben.⁴¹

Ende 1998 wurde das Leitbild für das Kuratorium präsentiert, das laufend von einem speziellen Team weiterentwickelt wird. Als große Aufgabe wird die Berücksichtigung der Wünsche von KundInnen sowie BewohnerInnen beschrieben. Es gilt auch, den älteren Menschen als Bereicherung zu sehen und ihm mit einem respektvollen Umgang zu begegnen. Obwohl das KWP sich der

³⁹ vgl. <http://www.wirtschaftsblatt.at/home/schwerpunkt/immobilien/414563/print.do> (Stand 6.4.2010)

⁴⁰ vgl. <http://www.kwp.at/geschichte.aspx> (27.2.2009)

⁴¹ vgl. <http://www.wirtschaftsblatt.at/home/schwerpunkt/immobilien/414563/print.do> (Stand 6.4.2010)

Seniorenbetreuung widmet, sind auch Gäste in jedem Haus willkommen und erleben dieselbe Wertschätzung wie die BewohnerInnen. Der Fokus der Häuser ist auf das Wohnen bzw. das Leben gerichtet, das heißt, dass unterschiedliche Aktivitäten, Freizeitgestaltungen und Abwechslungen im Alltag gegeben sind. Es ist wichtig, dass sich die BewohnerInnen in den Häusern wohl fühlen. Es wird darauf geachtet, dass der Mensch als Ganzes betrachtet wird (auch bei Pflege und Betreuung in der letzten Phase des Lebens).⁴²

2.2.3. Der ältere Mensch

Das durchschnittliche Lebensalter der Gesellschaft hat seit dem 19. Jahrhundert drastisch zugenommen. Betrug das ungefähre Lebensalter gegen Ende des 16. Jahrhunderts noch 25-30 Jahre, so spricht man heutzutage von einer Überalterung der Gesellschaft. Gründe, warum die Menschen damals eine so geringe Lebenserwartung hatten, waren Hungersnöte, Kriege, Krankheiten und Seuchen. Durch den medizinischen Fortschritt, das Hygienebewusstsein und die bessere Lebensmittelversorgung gelang eine Verbesserung der Lebensqualität ab Mitte des 18. Jahrhunderts. Weil die Menschen immer älter werden, aber die Geburtenrate zurückgeht, kommt es zu einem demographischen Wandel, mit gravierenden Folgen (Überalterung der Gesellschaft). Trotzdem legt die Gesellschaft ihren Fokus auf die jüngeren Generationen.⁴³

Je älter die Menschen werden, desto höher ist das Risiko pflegebedürftig zu werden. Die Krankheitssituation wird weniger überschaubar, denn mit höherem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit an mehreren Krankheiten gleichzeitig zu leiden, bei der die Diagnostik nicht einfach ist. Darüber hinaus gibt es Probleme bei Veränderungen der Lebenssituation, zum Beispiel bei der Übersiedelung in ein Altersheim oder in ein Pensionisten-Wohnhaus.⁴⁴ Weitere Probleme ergeben sich dadurch, dass ältere Menschen Einschränkungen aller Art haben können. *„Viele alte Menschen sind trotz gewisser Einschränkungen insgesamt im Alltag nur wenig beeinträchtigt und selbständig. Schon bei einer harmlosen Erkrankung*

⁴² vgl. <http://www.kwp.at/leitbild.aspx> (27.2.2009)

⁴³ vgl. JENNY (1996) S. 13-21

⁴⁴ vgl. SONNEK (2002) S. 240-243

kann aber das nur noch labile Gleichgewicht kippen und sich ihr Gesundheitszustand deutlich verschlechtern [...].“⁴⁵

Betrachtet man den älteren Menschen näher, so sind Barrieren im Umgang mit ihm zu berücksichtigen, die durch typische körperliche sowie geistige Beeinträchtigungen entstehen können:⁴⁶

- Muskelkraft sinkt
- Herzleistung nimmt ab
- Lungenfunktionen nehmen ab
- Schwächung des Abwehrsystems
- Beeinträchtigung der Nierenfunktion
- Nachlassen der Leistung aller Sinnesorgane
- Schwindel
- Akute Verwirrtheit
- Chronische Verwirrtheit (Demenz)⁴⁷

„[...] In der Altenpflege sind das Wissen um die teils komplexen Zusammenhänge und, darauf aufbauend, entsprechende Vorsichtsmaßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen von entscheidender Bedeutung.“⁴⁸

2.3. Das Ehrenamt

Das Ehrenamt, wie es in dieser Diplomarbeit verwendet wird, bedarf zunächst einer Definition der Begriffe Volunteering, Freiwilligenarbeit und Bürgerengagement.

2.3.1. Begriffsdefinitionen

Der Begriff Freiwilligenarbeit gilt nicht nur als sehr neutrale Definition, sondern auch als die in Deutschland am häufigsten verwendete. Es steht für jene

⁴⁵ zit. MENCHE (2007) S. 384

⁴⁶ vgl. SONNEK (2002) S. 244-246

⁴⁷ vgl. MENCHE (2007) S. 384-390

⁴⁸ zit. MENCHE (2007) S. 384

Aufgaben, die auch einen Nutzen für sich selbst darstellen, wie den eigenen Interessen nachgehen zu können und diese mit anderen zu teilen. Die Bezeichnung Ehrenamt gilt als die klassische Form, da angenommen wird, dass Ehrenamtliche in Verbänden oder Vereinen tätig sind. In der Politik wird eher von einem Bürgerengagement gesprochen. Dieser Begriff stammt aus dem 19. Jahrhundert, in dem sich engagierte Bürger um Menschen kümmerten, die in Not gerieten. Für eine internationale Verständigung wurde der Begriff Volunteer herangezogen, aber dieser wird auch von jenen verwendet, die ihre Hilfe in anderen Ländern anbieten wollen.⁴⁹

Da im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser die Bezeichnung Ehrenamt genutzt wird, wurde in dieser Arbeit selbiger verwendet.⁵⁰

Ehrenamtliche Arbeit ist im Prinzip eine Tätigkeit, die ohne Bezahlung (Geldbeträge) durchgeführt wird. Als Gegenleistung erhalten die Ehrenamtlichen soziales Ansehen, Anerkennung, Gutschriften und ähnliches. Eine unbezahlte Arbeit wird zu einer ehrenamtlichen Arbeit, wenn diese außerhalb des eigenen Haushalts stattfindet und zu Gunsten einer anderen Person passiert.⁵¹

2.3.2. Organisation und Management

Damit sich ehrenamtliche MitarbeiterInnen in einer Institution engagieren können, müssen zunächst einige Voraussetzungen geklärt werden. Motive und Werte der Ehrenamtlichen müssen erfragt, und mögliche Barrieren überwunden werden. Für mögliche freiwillige Helfer ist es wichtig, dass sie unterstützt, integriert und geleitet werden. Die Bedürfnisse und Wünsche des Ehrenamtlichen sind zu berücksichtigen, aber auch jene der Organisation sind zu vermitteln, damit beide Seiten davon profitieren können.⁵²

2.2.3.1. Voraussetzungen⁵³

Bevor eine Organisation ehrenamtliche MitarbeiterInnen einstellen kann, sollten folgende Punkte erarbeitet werden:

⁴⁹ vgl. ROSENKRANZ, WEBER (2002) S. 9-18

⁵⁰ vgl. <http://www.kwp.at> (Stand: 27.2.2009)

⁵¹ vgl. BADEL, HOLLERWEGER (2001) S. 2-3

⁵² vgl. DANEKE (2003) S. 62

⁵³ vgl. DANEKE (2003) S. 61-81

Ziele

Ziele orientieren sich an den Bedürfnissen von BewohnerInnen bzw. Pflegebedürftigen (Unterstützung von älteren Menschen bezüglich der Selbstständigkeit, Bedürfnis an sozialen Kontakten erfüllen). Auch dementiell erkrankte Menschen haben besondere Bedürfnisse, auf die die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen eingehen müssen. Demente Personen neigen zu einer hohen Aggressivität, die meist mit dem Gefühl des Bestohlenwerdens einhergeht.

Kompetenzen und Fähigkeiten von Ehrenamtlichen

Grundsätzlich gilt, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen zuverlässig, belastbar, geduldig, tolerant, einfühlsam, kontaktfreudig und offen gegenüber anderen Haltungen sein sollen. Es hängt auch stark davon ab, welchen Aufgaben die jeweiligen ehrenamtlichen MitarbeiterInnen nachgehen werden.

Tätigkeitsbereiche

Die Bereiche werden danach ausgewählt, je nachdem, ob die Ehrenamtlichen eine Person oder eine Gruppe betreuen. Sie können auch eine große Hilfe bei der Organisation von Festen sein oder bei der Essensverteilung in den stationären Bereichen helfen.

Zeitraumen

Die Zeit hängt von den Aufgaben ab. In jedem Fall brauchen Ehrenamtliche klare Angaben zum Zeitpunkt, Dauer und Häufigkeit ihres Einsatzes.

Unterstützungsmöglichkeiten

Für die ehrenamtliche Arbeit sollte von der Organisation ein gewisses Budget eingerichtet werden. Fahrkostenerstattung, Fortbildungen, kostengünstiges Mittagessen, Teilnahme an Veranstaltungen und Gesprächsrunden gelten als Gegenleistung, denn *„ohne Wertschätzung der unentgeltlichen Arbeit sinkt die Motivation und Zuverlässigkeit der Freiwilligen.“*⁵⁴

⁵⁴ zit. DANEKE (2003) S. 78

Arbeitsvereinbarungen

Die Vereinbarung ist meist in schriftlicher Form und beinhaltet eine detaillierte oder grobe Aufzählung von den Aufgaben der Ehrenamtlichen sowie von den Leistungen der Organisation.

2.2.3.2. Barrieren⁵⁵

Erfahrungsgemäß entstehen Probleme zwischen haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen eher im zwischenmenschlichen Bereich als Folge mangelnder Absprache bzw. Kommunikation.

Erwartungen

Seitens der Organisation wird von den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen erwartet, dass sie die Hauptamtlichen unterstützen. Weitere Erwartungen wären konstruktive Vorschläge zur Steigerung der Qualität der Versorgung und eine Erweiterung von Freizeitangeboten. Die hauptamtlichen MitarbeiterInnen erwarten sich eine Unterstützung, verbunden mit einer Zeitersparnis, die wiederum mehr Zeit für eine persönliche Betreuung zulässt. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen haben den Wunsch nach Anerkennung der Tätigkeit und erwarten sich durch eben diese Tätigkeit sich persönlich weiter entwickeln zu können. Ein Informationsaustausch der gegenseitigen Erwartungen könnte schon im Vorfeld Missverständnisse vermeiden.

Zusammenarbeit

Die Aufgaben der haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen ergänzen sich und stellen nie einen Ersatz für den anderen dar. Probleme die hier auftauchen beruhen meist auf eine unzureichende Kommunikation, die zu Missverständnissen führen kann. Um dem entgegenzuwirken sollten die hauptamtlichen MitarbeiterInnen über Tätigkeit und Dauer der Ehrenamtlichen ausreichend informiert werden und umgekehrt. Das Arbeitsklima innerhalb der Organisation hat großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Ehrenamtlichen und somit auf die Qualität ihrer Arbeit.

⁵⁵ vgl. DANEKE (2003) S. 63-66

Vorurteile

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit wird durch Vorurteile erheblich erschwert. Wichtig ist, dass die Gründe dafür ausfindig gemacht werden. Gründe könnten sein:

- Schlechte Erfahrungen, die gemacht wurden
- Angst vor erhöhtem Arbeitsaufwand
- Angst vor Unstimmigkeiten zwischen den Beteiligten
- Angst, mit diesen Hindernissen alleine gelassen zu werden

Um solche Vorurteile zu minimieren, sollte allen Seiten klar gemacht werden, dass niemand ersetzt werden soll.

Die ehrenamtliche Tätigkeit dient als Unterstützung der hauptamtlichen MitarbeiterInnen und als Ergänzung zu den Angeboten der Organisation. Es sollte allerdings bewusst gemacht werden, dass neue ehrenamtliche MitarbeiterInnen am Anfang vermehrte Unterstützung und Begleitung seitens der Organisation und der Hauptamtlichen brauchen.

2.2.3.3. Werte und Motive

Auch die Werte und Motive der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen müssen berücksichtigt werden. Diese haben sich im Laufe der Zeit verändert. Im 19. Jahrhundert wurden adelige Bürger dazu aufgerufen, ärmeren Menschen ihre Hilfe anzubieten. Das Elberfelder-System verpflichtete zur Armenfürsorge. Diese wurde hauptsächlich von Frauen übernommen, da für sie Geld und Zeit keine Rolle spielten. Angetrieben wurden sie durch religiöse Gründe, wie christliche Nächstenliebe. In der heutigen Gesellschaft stehen diese Motive nicht mehr im Vordergrund. Die Ehre und das bürgerliche Ansehen wurden von den Bedürfnissen der Selbstentfaltung und Nachgehen eigener Wünsche abgelöst.⁵⁶

Der heutige ehrenamtliche Helfer hat eigene Vorstellungen, wie er seine Tätigkeit ausüben will. Hinzu kommt auch die Tatsache, dass er ein Mitspracherecht bei Entscheidungen fordert.⁵⁷

⁵⁶ vgl. DANEKE (2003) S. 6

⁵⁷ vgl. ROSENKRANZ, WEBER (2002) S. 19

Ehrenamtliche entfernen sich von dem Gedanken *Ich mache es für dich.* zu einem *Ich mache es für dich und mich.* Dadurch werden sie zu „*hilfsbereiten Egoisten*“⁵⁸ und gehen neue Wege, bei denen aber die Balance zwischen Nehmen und Geben gegeben ist:

- Die Aufgaben wollen sie selbst auswählen, für sie müssen sie sinnvoll sein
- In einer Organisation tätig zu sein bedeutet, dass sie MitarbeiterInnen sind, das heißt gleichwertig mit hauptamtlichen MitarbeiterInnen
- Der/die Ehrenamtliche sucht den Kontakt zu anderen Menschen
- Die Ehrenamtlichen suchen sich jene Aufgaben, die aufgrund der familiären oder beruflichen Situation zeitlich und inhaltlich passen
- Verantwortlichkeit wird mehr Bedeutung zugeschrieben, denn Ehrenamtliche wollen ernst genommen werden
- Ehrenamtliche möchten sich qualifizieren können und ihre eigenen Fähigkeiten mit einbeziehen
- Bei Beendigung der ehrenamtlichen Tätigkeit darf kein Zwang einer Rechtfertigung bestehen⁵⁹

Ehrenamtliche sind Mitarbeiter, das bedeutet, dass ihnen ein Mitspracherecht zugesprochen werden sollte, denn: „Freiwillige sind keine Lückenbüßer.“⁶⁰

2.2.3.4. KoordinatorInnen⁶¹

KoordinatorInnen sind Ansprechpartner für die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen. Sie sind für die Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen der Ehrenamtlichen zuständig und sorgen für eine harmonische Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen. KoordinatorInnen sollten folgende Kompetenzen besitzen:

- Ausgeprägtes Kommunikationsvermögen
- Fähigkeiten in Mediation (Vermitteln zwischen verschiedenen Interessenten)

⁵⁸ zit. DANEKE (2003) S. 7

⁵⁹ vgl. DANEKE (2003) S. 7-8

⁶⁰ zit. DANEKE (2003) S. 8

⁶¹ vgl. DANEKE (2003) S. 86-90

KoordinatorInnen sind für den Erstkontakt mit Interessenten zuständig. Sie stellen die Organisation mit dem Leitbild vor, führen Einstellungsgespräche und entscheiden darüber, ob die Person für eine ehrenamtliche Tätigkeit in Frage kommt.

KoordinatorInnen nehmen eine neutrale Position innerhalb der Institution ein. Sie setzen sich als Vermittler zwischen haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen ein, das heißt sie vertreten die Interessen der Ehrenamtlichen, und nehmen dabei Rücksicht auf jene der Hauptamtlichen.

2.3.3. „Solidarität mit SeniorInnen“ (S.m.S.)⁶²

Das Projekt S.m.S. fördert die ehrenamtliche Tätigkeit in allen 31 Häusern des KWP. 2003 wurde es gegründet und zuerst nur in drei Häusern durchgeführt. Drei Jahre später wurde in allen Wohnhäusern dieses Projekt gestartet. Ehrenamtliches Engagement wird gezielt gefördert und durch KoordinatorInnen begleitet. Zurzeit engagieren sich 460 ehrenamtliche MitarbeiterInnen (385 Frauen und 75 Männer) und schenken den BewohnerInnen regelmäßig ihre Zeit. Das trägt zur Lebensqualität der BewohnerInnen bei, denn die Ehrenamtlichen:

- hören den Lebensgeschichten zu
- gehen mit den BewohnerInnen spazieren
- erledigen kleine Besorgungen
- begleiten die BewohnerInnen bei Ausflügen

Als Entschädigung für ihre Dienste, erhalten die Ehrenamtlichen:

- Einschulung durch die KoordinatorInnen (Integration in das Haus)
- Teilnahmen an interessanten Fortbildungen, Festen und Veranstaltungen
- Regelmäßige Teambesprechungen (Erfahrungs-/ Informationsaustausch)
- Haftpflicht- und Unfallversicherung
- Fahrtkostenersatz

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen sind im KWP nicht mehr wegzudenken. 2006 erhielt das Projekt S.m.S. den zweiten Platz des Innovationspreises des österreichischen Dachverbandes für Alten- und Pflegeheime. Das Motto lautete *Lebensqualität durch Normalität* und zielt auf die Bedürfnisse der

⁶² vgl. http://www.kwp.at/pics/web/Pressemitteilungen/smsdankefest_2008.pdf (27.2.2009)

BewohnerInnen ab. Ziel ist es, die Betreuung zu steigern, allerdings genügend Normalität mit einzubringen. Die BewohnerInnen sollen ein *normales* Leben führen können, was durch die Einbeziehung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen ermöglicht wird. Zudem findet ein Generationsaustausch statt.⁶³

2.4. Die Zusammenhänge

Es gibt ehrenamtliche MitarbeiterInnen in der Palliative Care, die vor ihrer Tätigkeit an einem Kurs teilnehmen müssen. Es gibt auch die Palliative Geriatrie, in der die Hochbetagten Lebensqualität bis zuletzt erleben.

2.4.1. Ehrenamt in der Palliative Care

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen sind in der Palliative Care nicht mehr wegzudenken. Für die entsprechenden Aufgaben, brauchen sie eine spezielle Ausbildung.⁶⁴

2.4.1.1. Ausbildung⁶⁵

Nicht jeder Mensch ist dafür gemacht, ehrenamtlich in der Palliative Care tätig zu sein. Voraussetzungen sind unter anderem eine entsprechende Haltung und Sensibilität. Ein Auswahlverfahren findet deshalb vor dem Befähigungskurs (ca. 70 Stunden Einführung in die Hospizarbeit und ca. 40 Stunden Praktikum) statt. Dabei sind das Ausfüllen eines schriftlichen Fragebogens, die Teilnahme an einem Informationsabend und ein persönliches Gespräch sehr hilfreich. Die Auswahlkriterien umfassen:

- Motivation, sonstige ehrenamtliche Engagements
- Vorerfahrungen mit Tod, Krankheit und Trauer
- Einstellungen zu diesen Themen
- Zustimmung des familiären Umfeldes
- Weltanschauungen
- Fähigkeit zur Empathie, Abgrenzung, Zurücknehmen, Kommunikation, Teamfähigkeit und Verschwiegenheit
- Bereitschaft sich zu engagieren
- Behutsamkeit und Taktgefühl

⁶³ vgl. http://www.lebensweltheim.at/catit/pdf_usr/LWH%2030%20S.12-15.pdf (15.3.2009)

⁶⁴ vgl. STEURER (2008) S. 96-100

⁶⁵ vgl. STAPEL <http://www.palliative-care.at> (23.10.2006)

Nachdem die Entscheidung getroffen ist, den/ die BewerberIn in das Team aufzunehmen, ist ein Kurs zu absolvieren. Erst dann kann eine definitive Entscheidung über eine längerfristige Zusammenarbeit getroffen werden. Die Themen des Kurses lassen sich in vier Bereiche einteilen:

Biographischer Bereich

Auseinandersetzung mit persönlichen Erfahrungen von Verlust, Sterben und Tod; offener Umgang mit eigenen Ängsten; Entdeckung der eigenen Ressourcen

Kommunikativer Bereich

Schärfung der persönlichen Wahrnehmungsfähigkeit für eigene Bedürfnisse und Grenzen; Grundlagen der Krisenintervention; Vertiefung der Ausdrucksfähigkeit; Balance von Nähe und Distanz

Informativer Bereich

Grundinformation zur Hospizbewegung und Palliative Care; medizinisch-pflegerische Grundinformationen; psychodynamische Prozesse; ethische und juristische Aspekte in der Begleitung; Öffentlichkeitsarbeit

Spirituetller Bereich

Kennenlernen der seelsorgerischen Dimension; Erlernen der Rituale der großen Religionen; Beistand in der Sterbestunde; Totenpflege, Trauergeleit, Trauerrituale

Der Lernprozess erstreckt sich über die gesamte Zeit der ehrenamtlichen Tätigkeit. Es ist notwendig eine Reflexion von mindestens acht Stunden im Jahr zu absolvieren. Solche Reflexionen werden von einem/r KoordinatorIn oder SupervisorIn durchgeführt. Diese Treffen sind wichtig, damit die Qualität der Hospizbegleitung aufrechterhalten wird und vor allem um die Psychohygiene der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zu schützen.

2.4.1.2. Aufgaben

Grundsätzlich ist die Botschaft der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen jene, die den Angehörigen und PatientInnen zeigt, dass sie nicht alleine sind. Allein dieser Gedanke entfacht in einer schweren Stunde einen Funken Hoffnung. Gleichzeitig

werden Angehörige durch das Erleben einer Menschlichkeit und durch die Zuwendung eines Menschen dazu befähigt, das Sterben ihrer Liebsten leichter zu akzeptieren.⁶⁶ Die drei wichtigsten Aufgaben sind *Hoffnung geben*, *aktives Zuhören* und *Trauern als Aufgabe*.

Hoffnung geben

In der Studie von Verhaege (2007) wurde deutlich, dass die Angehörigen sich ehrliche Informationen wünschen, denn Hoffnung bedeutet für sie einen guten Ausgang. Es ist wichtig, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen keine *falsche* Hoffnung verbreiten. Denn daraus kann eine Fehlinterpretation resultieren, die den Zustand schön redet.⁶⁷

Aktives Zuhören

Das Zuhören, wie es Marmet (1999) beschreibt, wird als eine Form des Da-Seins beschrieben, denn es kennzeichnet sich unter anderem auch als Schweigenkönnen aus. Man stellt sich somit auf seinen Gesprächspartner ein und entwickelt eine gewisse Empathie. Einfach da zu sein heißt, dass man sich auch mit den Problemen des anderen beschäftigt. Man sollte aber diese Probleme nicht auf die eigene Person übertragen bzw. Lösungen suchen. Nicht nur beim stillschweigenden Menschen geschieht eine Veränderung, sondern auch bei jenem, der sich seine Last von der Seele reden möchte. Zuerst erlebt er das Gefühl des Miteinanders, oder auch: er ist nicht mehr alleine, es ist jemand für ihn da. Trauer, Ärger und Ängste müssen nicht verleugnet werden, sondern man kann zu diesen Gefühlen stehen und sie können somit besser verarbeitet werden.⁶⁸

Trauern als Aufgabe

Laut Wingchen (2006) gibt es keine Trauer ohne Schmerz. Es ist (über-) lebenswichtig, seinen Zorn, seine Ängste und eben den Schmerz auszuleben. Wingchen nennt zwei Voraussetzungen um die Aufgabe des Trauerns gut meistern zu können:

⁶⁶ vgl. ROSENKRANZ, WEBER (2002) S. 189

⁶⁷ vgl. VERHAEGE (2007) S. 730-743

⁶⁸ vgl. MARMET (1999) S. 89-95

- Eine Person, die sich den Kummer anhört und für den Trauernden da ist
- Gefühle äußern können

Hier werden die Aufgaben der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen gesehen. Sie besitzen Akzeptanz, eine gewisse Form der Empathie und können den Trauernden eine Stütze sein. Ratschläge erteilen und/oder vom Ereignis ablenken, behindern nur das Verarbeiten und das Zulassen der Trauer. Ratschläge und falsche Worte behindern den Menschen SEINE Gefühle zu äußern und SEIN Verhalten zu zeigen.⁶⁹

Gordon (1989) stellte dadurch zwölf Kommunikationssperren zusammen, die jedoch davon abhängig sind, wie der Empfänger diese versteht und in welcher Situation er sich befindet. Er zeigt diese auf, um zu veranschaulichen, wie Trauernde *getröstet werden können*.⁷⁰

1. **Befehlen, Anordnen** (z.B.: *Ich erwarte von Ihnen, dass...*) kann Furcht auslösen
2. **Warnen, Drohen** (z.B.: *Das sollten Sie nicht tun.*) kann zu Angst führen
3. **Moralisieren, Predigen** (z.B.: *Ich bitte Sie...*) signalisiert: alleine schaffst du es nicht
4. **Vorschläge machen, Lösungen vorgeben** (z.B.: *Versuchen Sie doch...*) macht abhängig
5. **Durch Logik überzeugen** (z.B.: *Fakt ist, ...*) provoziert eine Verteidigungshaltung
6. **Urteilen, Kritisieren** (z.B.: *Sie haben unrecht...*) Urteil wird zur Selbsteinschätzung
7. **Loben, Zustimmung** (z.B.: „Sie haben große Fähigkeiten!“) signalisiert hohe Erwartungen
8. **Beschimpfen, Lächerlich machen** (z.B.: *Sie stellen sich dumm an.*) provoziert verbale Vergeltung
9. **Interpretieren, analysieren** (z.B.: *Das sagen Sie nur, weil...*) kann als Enttäuschung empfunden werden

⁶⁹ vgl. WINGCHEN (2006) S. 240-243

⁷⁰ vgl. WINGCHEN (2006) S. 66-69

- 10. **Beruhigen, Trösten** (z.B.: *Morgen sieht alles anders aus. Oder Das ist doch nicht so schlimm*) sich nicht ernst genommen fühlen oder man darf diese Gefühle nicht haben
- 11. **Forschen, Verhören** (z.B.: *Wer war das?*) Fragen schüchtern ein
- 12. **Ablenken, Aufziehen** (z.B.: *Reden wir über etwas Angenehmes.*) man sieht es falsch: es ist kein Problem

Abbildung 1: Kommunikationssperren nach Gordon (1989)⁷¹

Zusammenfassend kann behauptet werden, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen hauptsächlich da sind, um da zu sein. So einfach und simple diese Tätigkeit auch klingen mag, verlangt es viel an Energie und Kraft. Es gehört mehr dazu, als sich nur auf einen Stuhl zu setzen und die Angehörigen reden zu lassen. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen helfen auf den Palliativstationen, unterstützen das Pfllegeteam und die Angehörigen in der Betreuung. Sie hören zu, stehen als Gesprächspartner zur Verfügung und leisten praktische Hilfestellungen im Alltag.⁷²

2.4.2. Palliative Geriatrie

Hochbetagte in der Geriatrie können mit jenen PatientInnen in den Hospizen verglichen werden: keine Chance auf Heilung, daher gilt Lebensqualität bis zuletzt. Pflegedürftige haben oft Schmerzen, die nicht lokalisierbar sind, leiden unter einer Sinnlosigkeit und es kann vorkommen, dass sie nicht mehr mit ihren Helfern *verbal* kommunizieren können. *Kojer (2007)* nennt das den *sozialen Tod*. Die PatientInnen nehmen nicht mehr am Leben teil, für sie macht es erstens keinen Sinn und zweitens lohnt es sich nicht mehr. Hochbetagte verlieren kognitive und motorische Fähigkeiten und können sich dadurch nicht genau ausdrücken, weswegen ein Eingehen auf die Bedürfnisse ein wichtiger Schritt ist. Auch die Bildung eines multidisziplinären Teams, von speziell ausgebildeten Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten sowie Seelsorger und Ehrenamtlichen führt zu einer angemessenen Begleitung der PatientInnen.⁷³

⁷¹ vgl. WINGCHEN (2006) S. 67-68

⁷² vgl. ROSENKRANZ, WEBER (2002) S. 189-198

⁷³ vgl. KOJER (2007) S. 75-86

*„Palliative Geriatrie ist für alle da, für die man nichts mehr tun kann: Für
Schwerkranke mit chronischen Leiden, für Demente, für Schwache, Müde und
Hilflose.“⁷⁴*

⁷⁴ zit. KOJER (2007) S. 86

3. Aktuelle Forschung

Es hat sich gezeigt, dass es mehr Studien über die Bedürfnisse ehrenamtlicher MitarbeiterInnen in der Palliative Care gibt, als über jene in der Geriatrie. Über das Sterben und den Tod wurden keine Studien gefunden, das heißt es gibt derzeit keine Daten darüber, wie die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen in der Geriatrie mit dem Tod umgehen.

Als Basis dieser Diplomarbeit dienen Studien der Palliative Care, da die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen vor dem ehrenamtlichen Einsatz geschult werden. Somit können sie sich abgrenzen und ihre Psychohygiene schützen.⁷⁵

Cannaerts et al. (2004) erhoben die Einschätzungen von PatientInnen, deren Angehörigen und Mitgliedern des multiprofessionellen Teams über die erbrachten Leistungen in Hospizen. In einem zweiten Schritt verglichen sie die Ergebnisse und kamen zu der Schlussfolgerung, dass diese Einschätzungen sich gleichen. Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass durch eine gute Kommunikation ein Zusammenarbeiten möglich ist. Voraussetzung hierfür ist, dass alle Beteiligten offen über das Sterben sprechen können.⁷⁶

Claxton-Oldfield et al. (2004) ermittelten die Motive von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen:

- Tod eines Verwandten/ Bekannten
- Jemanden helfen wollen, der mit Tod und Sterben konfrontiert ist
- Religiöse Gründe
- Sterbenden Menschen mit Schmerzen helfen/ versuchen die Schmerzen zu lindern⁷⁷

Die Aussage von *McKee et al. (2007)* ist, dass niemand alleine sterben sollte. Gegenstand dieser Untersuchung sind ältere Menschen, die womöglich alleine sterben würden. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen der Gemeinde (ländliches Gebiet) engagieren sich hier in einem sehr hohen Maße. Es sind junge Menschen

⁷⁵ vgl. STAPEL, B. (2005) <http://www.palliative-care.at> (23.10.2006)

⁷⁶ vgl. CANNAERTS et al. (2004) S. 816-833

⁷⁷ vgl. CLAXTON-OLDFIELD et al. (2004) S. 78-84

Anfang 20 bis ältere Menschen Anfang 80, die der Aussage von *McKee et al. (2007)* zustimmen.⁷⁸

Claxton-Oldfield et al. (2007) hielten fest, dass die befragten Ehrenamtlichen durch ihre Arbeit im Hospiz ihre Lebenseinstellung verändert haben. Sie setzen sich bewusster mit Sterben, Sterblichkeit und Tod auseinander und meinen, dass sie dadurch das eigene Leben mehr zu schätzen wissen.⁷⁹

Dein et al. (2005) befragten ehrenamtliche MitarbeiterInnen, wie sie mit Stress in ihrer Arbeit umgehen. Durch entsprechende Ausbildungen können sie gut mit Stresssituationen umgehen. Des Weiteren wurde das hauptamtliche Team bewertet. Ehrenamtliche fühlen sich durch das Team gut betreut und als sehr hilfreich wird das Reden miteinander angemerkt.⁸⁰

Worthington (2008) greift das Thema der Kommunikation auf und beschreibt jene zwischen Ehrenamtlichen, PatientInnen und deren Angehörigen. Worthington fand heraus, dass es für ehrenamtliche MitarbeiterInnen sehr wichtig ist, dass sie ein Trainingsprogramm erhalten, das nicht nur die verbale, sondern auch die nonverbale (Empathie) Kommunikation fördern soll.⁸¹

⁷⁸ vgl. MCKEE et al. (2007) S. 163-172

⁷⁹ vgl. CLAXTON-OLDFIELD et al. (2007) S. 259-263

⁸⁰ vgl. DEIN et al. (2005) S. 58-64

⁸¹ vgl. WORTHINGTON (2008) S. 17-37

4. Empirischer Teil

4.1. Forschungsziele und Forschungsfragen

Aus den Erkenntnissen des Kapitels *Aktuelle Forschung* ergab sich folgende Forschungsfrage: „**Wie bewältigen ehrenamtliche MitarbeiterInnen im KWP die Situation, wenn die von ihnen betreuten BewohnerInnen sterben?**“ mit den Zielen:

- herauszufinden, ob ein Gesprächsbedarf über das Sterben vorhanden ist
- zu erheben, in wie weit die Bedürfnisse der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen in diesem Bereich berücksichtigt werden
- aufzuzeigen, ob sich ehrenamtliche MitarbeiterInnen bewusst mit dem Sterben auseinandersetzen/ auseinander gesetzt haben
- eine Basis zu schaffen, für weitere Forschungsvorhaben, die den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen würde

Weitere Forschungsfragen, die zu beantworten sind betreffen folgende Themenbereiche:

- Aus- und Weiterbildungen
- Bewältigungsstrategien
- Abgrenzung (z.B.: zu Hause)

4.2. Methodik

Zunächst wird der qualitative Forschungsansatz beschrieben. Danach folgt ein kurzer Einblick in die Datenerhebung. Anschließend werden in dem Kapitel Datenauswertung die Transkriptionsmethode, die Methoden nach *Mayring (2008)* und *Leithäuser et al. (1988)* dargestellt. Zuletzt werden die Situation der ProbandInnen und die Settings beschrieben.

4.2.1. Postulate und Säulen der qualitativen Forschung⁸²

Der qualitative Forschungsansatz fordert von humanwissenschaftlichen Untersuchungen eine starke Subjektbezogenheit, eine Deskription, eine Interpretation der Subjekte, Untersuchung der Subjekte in ihrer alltäglichen Umgebung und eine Generalisierung, auch Verallgemeinerungsprozess genannt.

⁸² vgl. MAYRING (2002) S. 19-39

Diese fünf Postulate der qualitativen Forschung werden nun näher beschrieben und mit weiteren wichtigen Kriterien, die so genannten 13 Säulen, ergänzt.

Subjektbezogenheit

Diese sagt aus, dass Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung immer Menschen sind. Sie müssen sowohl Ausgangspunkt, als auch Ziel der Untersuchung sein.

Deskription

Am Anfang jeder Analyse ist es notwendig, dass der Gegenstand vorab beschrieben wird. Diese Beschreibung muss sehr genau und umfassend sein, denn sie gilt als Ausgangspunkt jeder Untersuchung. Zu der Deskription kommen die Säulen *Einzelfallbezogenheit*, *Offenheit* und *Methodenkontrolle* hinzu. Die Einzelfallbezogenheit drückt aus, dass die Ergebnisse auf die Einzelfälle bezogen werden sollen. Es wird versucht eine allgemein gültige Aussage zu machen, denn die Ergebnisse werden auf die Einzelfälle bezogen und somit überprüfbar gemacht. Es sollte offen an den Forschungsprozess herangegangen werden, zum Beispiel für unerwartete Aspekte, die sich als interessant herausstellen. Diese Offenheit kann auf theoretischer oder methodischer Ebene entstehen, das heißt der/die ForscherIn hat gegenüber dem Untersuchungsgegenstand eine offene Haltung einzunehmen. Zu dem Postulat der Deskription gehört auch die Methodenkontrolle. Auch wenn dies als kleiner Widerspruch zu der oben genannten Offenheit gesehen wird, so ist doch die Kontrolle der beste Garant dafür, dass die Ergebnisse nachvollziehbar sind. Mayring (2002) formuliert es so: „Denn das Ergebnis kann nur nachvollzogen werden über den Weg, der zu ihm geführt hat.“⁸³ Der Forschungsprozess wird Schritt für Schritt beschrieben, damit die daraus resultierenden Ergebnisse nachvollziehbar und somit nutzbar sind.

Interpretation

Die Interpretation lässt sich sehr gut an folgendem Beispiel beschreiben: Wenn es um das Wohlbefinden einer bestimmten Menschengruppe geht, diese befragt, wie glücklich sie sich fühlen und als Antwortmöglichkeiten *sehr*, *etwas* und *gar nicht* zur Verfügung stehen, so werden keine brauchbaren Ergebnisse daraus

⁸³ zit. MAYRING (2002) S. 29

resultieren, weil nicht nur die ProbandInnen, sondern auch die ForscherInnen unterschiedliche Vorstellungen vom Glücklich-Sein haben. Verschiedene Interpretationen entstehen durch unterschiedliche *Vorverständnisse*. Auch hier soll das Vorverständnis am Anfang offen gelegt werden, damit es weiterentwickelt werden kann. Diese Weiterentwicklung dient dazu, dass das Vorverständnis überprüfbar wird. Die Analyse des eigenen Denkens kann natürlich angeführt werden, muss sich allerdings begründen und überprüfen lassen. Die *Introspektion* muss also als solche erkennbar sein. Zum Postulat der Interpretation gehört auch die *Forscher-Gegenstands-Interaktion*. Gegenstand und ForscherInnen befinden sich in einem Prozess, in dem sie sich ständig weiterentwickeln. Somit kann auch die Bezeichnung Dialog für die qualitative Forschung verwendet werden.

Subjekt und Alltag

Wie oben erwähnt, sind Subjekte (Gegenstand) der humanwissenschaftlichen Forschung immer Menschen. Sie verhalten sich in ungewohnter Umgebung (zum Beispiel im Labor) anders, als in ihrem alltäglichen Umfeld. Es soll versucht werden, so nah wie möglich die natürliche, alltägliche Lebenssituation der Subjekte zu erfassen. Dadurch lassen sich Verzerrungen minimieren. Der Mensch muss als *Ganzes* betrachtet werden, zwar in Funktions- und Lebensbereiche differenziert, aber schlussendlich wieder zusammengeführt werden. Die *Historizität* spielt hierbei eine große Rolle, denn das Subjekt (Untersuchungsgegenstand) hat immer eine Geschichte, die ihn geprägt hat. Missachtet man die persönliche Geschichte des Menschen, so missachtet man die Säule der *Ganzheit*. Auch Probleme gehören zum Subjekt und der/die ForscherIn muss an diesen ansetzen. Die *Problemorientierung* ist Ziel und Ausgangspunkt gleichermaßen, sie setzt am Gegenstandsbereich an und die Ergebnisse werden wiederum auf die Praxis bezogen.

Verallgemeinerungsprozess

Das letzte Postulat stellt den/die ForscherIn vor eine schwierige Aufgabe, denn in der qualitativen Forschung geschieht eine Generalisierung nicht nach einem bestimmten Verfahren (zum Beispiel nach dem Verfahren repräsentativen Stichproben). Hier wird gefordert, dass an spezifischen Fällen angeknüpft wird

und eine Argumentation gefunden werden soll, die in anderen Situationen noch gelten könnte. Diese *argumentative Verallgemeinerung* hat das Ziel, Ergebnisse für andere Bereiche nutzbar zu machen. Es muss argumentiert werden, warum die Verallgemeinerung zulässig ist und es muss genau definiert werden, für welche Situationen, Bereiche, Zeiten etc. sie zu verwenden ist. Die *Induktion* beschreibt einen Weg, den viele WissenschaftlerInnen wählen: sie gehen von einzelnen Fällen aus und versuchen dadurch Zusammenhänge zu erstellen, die durch weitere systemische Fälle bestätigt werden sollen. Das Problem dabei ist, dass der Mensch nicht konstant lebt und handelt. Um ein wenig dagegen zu wirken, wurde der *Regelbegriff* erstellt. Im Gegensatz zu immer gültigen Gesetzen, sind Regeln situationsabhängig und kontextgebunden. Die *Quantifizierbarkeit* ist ein weiterer wichtiger Schritt zu der Verallgemeinerung. Diese kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden.

4.2.2. Gütekriterien qualitativer Forschung⁸⁴

Damit die Qualität der durchgeführten Forschung gemessen werden kann, wurden folgende sechs Gütekriterien entwickelt.

Verfahrensdokumentation

Die Datenerhebung muss genau beschrieben werden, damit die Ergebnisse nachvollziehbar sind, denn ohne Beschreibung des Prozesses sind diese Ergebnisse wertlos.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Die Interpretationen müssen argumentativ begründet werden, damit sie in sich schlüssig sind. Natürlich können Brüche vorkommen. Diese müssen jedoch als solche gekennzeichnet und erklärt werden.

Regelgeleitetheit

Qualitative Forschung hat sich an bestimmte Verfahrensregeln zu halten. Auch wenn der Prozess vorab definiert wurde, so muss doch eingeplant werden, dass vielleicht einige Schritte anders zu tätigen sind.

⁸⁴ vgl. MAYRING (2002) S. 140-148

Nähe zum Gegenstand

Ein wichtiges Gütekriterium ist möglichst weit in das Feld zu gehen. Qualitative Forschung findet in der Alltagswelt der Beforschten statt. Die Nähe zum Gegenstand ermöglicht eine Untersuchung, in der sich die Subjekte *natürlich* verhalten.

Kommunikative Validierung

Damit ist gemeint, dass die Ergebnisse den Beforschten vorgelegt werden, um diese zu überprüfen.

Triangulation

Triangulation heißt, dass durch unterschiedliche Methoden und Theorieansätze versucht wird, unterschiedliche Lösungswege zu finden, die dieselben Ergebnisse anstreben. Damit werden die Ergebnisse vergleichbar gemacht.

4.2.3. Datenerhebung

Die qualitative Vorgehensweise bietet den ProbandInnen die Möglichkeit, ihre Eindrücke und Erlebnisse in ihren eigenen Worten darzustellen, das heißt es geht um die subjektive Wahrnehmung.⁸⁵ Für dieses Vorhaben wurde als Datenerhebungsmethode die Gruppendiskussion gewählt. Vorteile von Gruppendiskussionen sind, dass heikle Themen angesprochen werden können, dass die ProbandInnen in einer natürlichen Situation über unterschiedliche Ansichten diskutieren können und dass durch diese Interaktion die Ergebnisse näher am Alltagsgeschehen sind als zum Beispiel bei Einzelinterviews (man traut sich mehr in der Gruppe).⁸⁶

Mithilfe eines Leitfadens sollte das Thema im Rahmen gehalten werden, ohne die Gruppendiskussionen stark zu beeinflussen. Da die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen nur wenige Impulse benötigten und von sich aus sehr viel diskutierten, stimmen die Transkriptionen mit dem Leitfaden nicht ganz überein (siehe dazu den Leitfaden im Anhang). Der Leitfaden beinhaltet folgende Schwerpunkte, die auch in der Transkription zu finden sind:

⁸⁵ vgl. MAYER (2002) S. 126

⁸⁶ vgl. LAMNEK (1998) S. 23-73

- Einstieg in die Gruppendiskussion (zum Beispiel: welche Motivation steckt hinter einer ehrenamtlichen Tätigkeit; Fragen über die Eingewöhnungsphase)
- Angebote des KWP im Bereich Weiterbildung
- Einstellung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer

Als Einstieg wurde zum Beispiel gefragt, wie der Beginn der ehrenamtlichen Tätigkeit empfunden wurde, damit ein Herantasten an das eigentliche Thema gegeben war. Die ProbandInnen haben ohne Aufforderung frei erzählt und miteinander agiert. Ziel der Gruppendiskussion ist, dass sich die ProbandInnen an persönliche Ereignisse erinnern. Mit offenen Fragen wurde versucht neutrale Aussagen zu minimieren.⁸⁷

In der Literatur wird vorwiegend die Teilnehmeranzahl von Gruppendiskussionen beschrieben. Die Meinungen darüber gehen auch weit auseinander: von drei bis 20 Personen, sechs bis zehn Personen und zehn bis 12 Personen werden als optimale Teilnehmerzahl angegeben.⁸⁸ Es wurde beschlossen, dass drei kleinere Gruppendiskussionen (von fünf bis sieben Personen) durchgeführt werden. Die Gruppengröße ergab sich aus dem Durchschnittswert von den in der Literatur vorgeschlagenen Teilnehmerzahlen. Diese Gruppendiskussionen fanden in jeweils drei Pensionisten-Wohnhäusern des KWP statt. Damit sich die ProbandInnen wohl fühlten, wurde in dem Haus die Gruppendiskussion durchgeführt, in dem sie ehrenamtlich tätig sind.

Zunächst wurde die Einverständniserklärung seitens des Qualitätsmanagements des KWP eingeholt. Danach wurden die zuständigen KoordinatorInnen gefragt, ob eine Teilnahme seitens der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen an dieser Untersuchung möglich wäre. Erklärt wurden Thema und Inhalt sowie die Methode. Nachdem interessierte ehrenamtliche MitarbeiterInnen einwilligten, wurden Termine für persönliche Gespräche festgelegt. Diese dienten dazu, dass die ProbandInnen die Interviewerin näher kennenlernten, ihr Fragen stellen konnten und dass ein gemeinsamer Termin für die Gruppendiskussion gefunden werden konnte.

⁸⁷ vgl. LAMNEK (1998) S. 91-92

⁸⁸ vgl. LAMNEK (2005) S. 435

Auswahlkriterien für ProbandInnen:

- Ehrenamtliche MitarbeiterInnen des KWP
- Mindestens seit zwei Jahren im KWP ehrenamtlich tätig (durch eine gewisse Zeit, die die Ehrenamtlichen im KWP verbracht haben, könnten sie von Erfahrungen berichten)
- Weitere Beschränkungen wie Alter, Geschlecht oder ähnliches waren nicht vorgesehen, da es im Vorfeld nicht bekannt war, wie viele Männer und Frauen welchen Alters ehrenamtlich tätig sind)

Aufgrund des regen Interesses der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen wurde beschlossen, das Auswahlkriterium *mindestens seit zwei Jahren tätig* nicht zu berücksichtigen. Bei den Gruppendiskussionen wurde dann gesehen, dass jene ProbandInnen, die noch keine zwei Jahre ehrenamtlich tätig waren, andere Perspektiven hatten.

Die Kontaktaufnahmen mit den KoordinatorInnen und die persönlichen Gesprächen mit den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen erfolgten im Zeitraum von April bis Juli 2009. Im Juni, August und September 2009 wurden die drei Gruppendiskussionen durchgeführt.

4.2.4. Datenauswertung

Zunächst wird die Methode der Transkription genauer beschrieben und danach die qualitative Inhaltsanalyse nach *Mayring (2008)*, sowie die Methode nach *Leithäuser et al. (1988)*.

3.2.3.1. Transkription

Um die Gruppendiskussionen auswerten zu können, wurde die kommentierte Transkription verwendet. Bei der Transkription wurden typische österreichische Dialekte durch das Schriftdeutsch ersetzt, um einerseits den Text lesbar zu machen und zum anderen, dass einzelne Textteile miteinander verglichen werden können. Einige Wörter, die für den Sinn des Satzes wichtig sind, wurden beibehalten (zum Beispiel in Gruppendiskussion1 „*es hat mir einen Depscher gegeben*“; Zeile 483). Wenn die Namen bzw. auch Vornamen der Koordinatorinnen in der Gruppendiskussion genannt wurden, wurde diese schlicht durch „Frau/ Herr KoordinatorIn“ ersetzt, um auch hier die Anonymität zu

gewährleisten. Auf Wunsch zweier KoordinatorInnen bei den Gruppendiskussionen dabei sein zu dürfen, sind diese in den Transkriptionen mit einem *K* versehen. Nachteil dieser Beteiligung hätte darin bestehen können, dass die ProbandInnen eine gewisse Scheu haben, Dinge auszusprechen. Jedoch war dies in den Gruppendiskussionen nicht der Fall. Vorteil war hingegen, dass die Koordinatorinnen ihre Sicht zum Thema *Erstgespräch* schildern konnten. Somit wurde entschlossen, die KoordinatorInnen in die Gruppendiskussionen aufzunehmen und sie mit einzubeziehen.

Durch die kommentierte Transkription hat man die Möglichkeit, Pausen und Lachen zu vermerken. Folgende Sonderzeichen wurden verwendet:⁸⁹

(,) kurzes Absetzen einer Äußerung

(...) kurze Pause (ca. zwei Sekunden)

Weitere Sonderzeichen, die in der Transkription zu finden sind:

@..@ lachen (Wörter zwischen den Zeichen)

| gleichzeitiges Sprechen der ProbandInnen

() Anmerkungen zum Teil auch unverständliche Satzteile

I: Interviewerin

P...: ProbandInnen

(?) Fragestellung, Stimme geht leicht nach oben

K: KoordinatorInnen

3.2.3.2. Auswertung nach Mayring und Leithäuser

Methode nach Mayring (2008)⁹⁰

Die qualitative Inhaltsanalyse hat den Vorteil, dass sie streng methodisch das Textmaterial durcharbeitet. Gewählt wurde das zusammenfassende Ablaufmodell, das sieben Schritte enthält. Der erste Schritt ist die Bestimmung der Analyseeinheit. Es wurden jene inhaltstragende Stellen markiert, die von dem

⁸⁹ vgl. MAYRING (2002) S. 92

⁹⁰ vgl. MAYRING (2008) S. 59-61

Umgang mit dem Tod, von der Kommunikation, von dem Interesse an Fortbildungen, von den Beziehungen zu den BewohnerInnen und von neutralen Aussagen (ohne persönlichen Bezug) handeln. Der zweite Schritt ist die Paraphrasierung der inhaltstragenden Stellen, das heißt dass die Textstellen auf eine Sprachebene (zum Beispiel: Schriftdeutsch) umgeschrieben werden. Im dritten Schritt wird das angestrebte Abstraktionsniveau bestimmt, das bedeutet, dass alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen, verallgemeinert werden. Es kann sein, dass einige Paraphrasen gestrichen werden, weil sie zusammengefasst werden können. Das wird Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau genannt und ist der vierte Schritt. Der fünfte Schritt beschreibt die zweite Reduktion, wobei die Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage (Kategoriesystem) wiedergegeben werden. Nach diesen Reduktionsschritten muss überprüft werden, ob die Kategorien das Ausgangsmaterial repräsentieren. Danach folgt die Darstellung der Ergebnisse.

Methode nach Leithäuser et al. (1988)⁹¹

Bei der Auswertung nach *Leithäuser et al. (1988)* muss darauf geachtet werden, dass die Transkriptionen mehrmals durchgelesen werden. Dies dient dazu, dass die verschiedenen Ebenen der Aussagen bearbeitet werden können. Es wird nicht nur über ein Thema gesprochen, sondern es muss auch betrachtet werden, wie und warum über dieses Thema gesprochen wird. Bei Gruppendiskussionen ist die Chance sehr gering, dass alle ProbandInnen dieselbe Meinung haben. Hier muss diesen Gegensätzen nachgegangen werden.

Da die Gruppendiskussionen zahlreiches Schriftmaterial haben (ca. 80 Seiten), wurde zuerst die qualitative Inhaltsanalyse nach *Mayring (2008)* angewendet, um die Kategorien zu finden. Danach wurden nach den Regeln von *Leithäuser et al. (1988)* die ausgewählten Textstellen interpretiert. Die Auswahl an Textstellen erfolgt nach den Regeln der Kernsatzfindung:

- Wiederholung (wenn die ProbandInnen mehrmals einige Themen ansprechen, können diese von Bedeutung sein)
- Betroffenheit (wenn die ProbandInnen sich selbst erwähnen, zeugt das von Betroffenheit)

⁹¹ vgl. LEITHÄUSER, VOLMERG (1988) S. 238-261

- Erlebnisse und Erfahrungen (gekoppelt mit der Betroffenheit, es werden Erlebnisse geschildert, die selbst erlebt wurden)
- Beteiligung der Interviewerin (Gruppendynamik: sprechen die ProbandInnen miteinander?)

Nach den Methoden von *Mayring (2008)* und *Leithäuser et al. (1988)* wurden die Daten folgendermaßen erhoben:

- die Transkriptionen wurden mehrmals durchgelesen
- inhaltstragende Stellen wurden markiert und aufgelistet
- nach *Mayring (2008)* wurde paraphrasiert, generalisiert und Kategorien zugeordnet
- die Kategorien wurden mit Schlagworten benannt
- nach *Leithäuser et al. (1988)* wurden die Gemeinsamkeiten von allen drei Gruppendiskussionen erhoben

Die Kategorien/ Themen wurden je nach Gruppendiskussion aufgelistet, graphisch dargestellt und anschließend pro Kategorie mit Literatur ergänzt.

4.2.5. ProbandInnen und Settings

Von den 19 ProbandInnen waren 18 Frauen und ein Mann. Die meisten Frauen und der Mann waren über 60 Jahre alt. Frauen, die jünger als 30 Jahre sind waren kaum vertreten.

Die Gruppengrößen variierten von fünf bis neun ProbandInnen und die Längen der Diskussionen beliefen sich von 45 bis 70 Minuten.

Die Gruppendiskussionen wurden in jenen Häusern geführt, in denen die ProbandInnen ehrenamtlich tätig sind. Der Raum bzw. der Ort wurde so gewählt, dass die ProbandInnen sich wohl fühlen. Das Setting sollte möglichst angstfrei und natürlich sein, damit das Gespräch ungezwungen ist.⁹² Somit befanden sich die ProbandInnen in einer vertrauten Umgebung. Die Diskussionen wurden nach den Team-Sitzungen durchgeführt, bei denen es Kaffee, Kuchen und belegte Brötchen gab. Diese „Café-Haus-Atmosphäre“ erleichterte den ProbandInnen das Erzählen von sehr persönlichen, und auch intimen Erlebnissen.

⁹² vgl. Mayer (2002) S. 133

Die Räume wurden reserviert, damit keine Störung durch andere Personen die Diskussion beeinflussen konnte. Weiteres wurden Plakate an die Türen gehängt, die mit der ungefähren Dauer und der Aufforderung *!!Bitte nicht stören!!* versehen wurden. Keine der drei Gruppendiskussionen wurde von anderen Personen unterbrochen.

Die Zustimmung, dass die Diskussionen mit einem Audio-Recorder aufgezeichnet werden, wurde eingeholt. Den ProbandInnen wurde Anonymität gewährleistet, das heißt, erwähnte Namen (von ProbandInnen, BewohnerInnen, KoordinatorInnen, Krankenanstalten etc.) wurden durch AB, BC usw. ersetzt.

Aufgrund des Audio-Recorders wurde darauf geachtet, dass mögliche laute Nebengeräusche, wie Klirren von Gläsern oder Kaffeegeschirr, gemieden wurden.

4.2.4.1. Persönlichkeitsschutz

Die interessierten ProbandInnen erhielten ein Schreiben der Forscherin, in dem die Methode, das Ziel und die Fragen der Forschung beschrieben wurde und welches Anliegen die Forscherin hat. Dieses Informationsschreiben dient als Erstkontakt zu den ProbandInnen. Über die KoordinatorInnen erfolgte dann die Zu- oder Absage der Interessierten. Nach dem persönlichen Gespräch wurde abermals festgehalten, dass eine Anonymität gewährleistet wird und eine Beendigung der Teilnahme während der Gruppendiskussion möglich ist.

EINLADUNG ZUR GRUPPENDISKUSSION <i>Die Bewältigung, wenn BewohnerInnen sterben</i> Sehr geehrte Damen und Herren, ich bin Studentin der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, und möchte folgender Frage nachgehen: „Wie bewältigen ehrenamtliche MitarbeiterInnen des KWPs die Situation, wenn die von ihnen betreuten BewohnerInnen sterben?“ Mit ihrem Einverständnis wird diese Gruppendiskussion mittels eines Audio-Recorders aufgenommen, anschließend transkribiert und ausgewertet. Ich versichere Ihnen natürlich einen vertrauten Umgang mit Ihren Daten sowie Anonymität. Die Ergebnisse werden allgemein, ohne Rückschlüsse auf einzelne Personen in der Diplomarbeit verfasst. Für etwaige Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung!
--

Abbildung 2: Einladung und kurzes Informationsschreiben an ehrenamtliche MitarbeiterInnen

4.3. Ergebnisse der Gruppendiskussionen

Nach den Richtlinien der Datenauswertung, werden die Ergebnisse beschrieben. Es werden zuerst die einzelnen Gruppendiskussionen näher betrachtet und dann werden die Ergebnisse als Zusammenfassung präsentiert.

Neben den Aussagen, die eine Verdrängung vermuten lassen, wurden auch Ereignisse geschildert, die einige ProbandInnen zu Tränen rührten. Bemerkbar machte sich eine tiefe Betroffenheit, wenn den ProbandInnen die Stimme leicht versagte oder sie tief Luft holten. Auch die Aussagen der KoordinatorInnen werden diskutiert, da sie für die Erstgespräche zuständig sind.

4.3.1. Ergebnisse der Gruppendiskussion 1

Nach der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Aussagen in Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorien werden als Themen dargestellt und näher erläutert. Für das Verständnis mancher Kategorien, wurden diese mit Zitaten aus der Transkription ergänzt.

In der Gruppendiskussion1 wurde über folgende Themen diskutiert:

<u>THEMEN GD1</u>
Beim Erstgespräch
Vor dem ehrenamtlichen Antritt
Seminare des KWPs
Verdrängen
Distanz vs. Nähe
Probleme
Erfahrung
Hilflosigkeit
Hoffnung

Abbildung 3: Themen der Gruppendiskussion 1

Beim Erstgespräch

Es wurde der Wunsch geäußert, dass man über die Konfrontation mit Krankheit und Tod informiert wird.

Einerseits wurde auch geäußert, dass Vorgespräche unabhängig von Alter notwendig sind, andererseits wurde betont, dass ältere Personen mehr Erfahrungen haben und somit besser damit umgehen könnten. Einige Ehrenamtlichen gingen davon aus, dass nur junge Ehrenamtliche solche Informationen beim Erstgespräch benötigen.

Vor dem ehrenamtlichen Antritt

Es wurde von einigen Ehrenamtlichen nicht bedacht, dass die BewohnerInnen in Pensionisten-Wohnhäusern sterben werden. Ein/e Ehrenamtliche/r sagte, dass er/sie nicht bedacht hat, dass die Situation im stationären Bereich sehr bedrückend sein kann.

Seminare des KWPs

Einige Ehrenamtlichen besuchten das Seminar *Sterben und Trauer* sowie *Kommunikation einmal anders*. Sie empfanden diese Fortbildungen als sehr hilfreich. Jene, die diese Seminare nicht besucht haben, hatten prinzipiell Interesse daran teilzunehmen, allerdings waren keine Plätze mehr frei.

Verdrängen

Gegen Ende der Gruppendiskussion sagte ein/e Ehrenamtliche/r, dass seine Motivation die Verschönerung des Lebensabend von den BewohnerInnen ist und er/sie sagte auch dazu, „[...] **dass das mit dem Sterben verbunden ist das weiß doch ein jeder bitte**“ (Zeilen 1000-1002).

Distanz vs. Nähe

Die Ehrenamtlichen erzählten von der engen Beziehung zu den BewohnerInnen und dass sie ihnen sehr am Herzen liegen. Wenn es den BewohnerInnen nicht gut geht, dann sind die Ehrenamtlichen auch öfter zu Besuch, zum Beispiel bei Krankenhausaufenthalten. Ein/e Ehrenamtliche/r möchte sich bewusst nicht so stark an die BewohnerInnen binden und betreut mehrere BewohnerInnen.

Probleme

Wie schon bei *Nähe und Distanz* erwähnt, besuchen die Ehrenamtlichen die BewohnerInnen häufiger, wenn sie in ein Krankenhaus überstellt werden. Ein/r Ehrenamtliche/r erzählte von einer Bewohnerin, die lange im Krankenhaus lag. Der/die Ehrenamtliche hatte nicht den Eindruck, dass das Personal auf die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnerin eingegangen ist. Der/die Ehrenamtliche erzählte auch noch, dass die Bewohnerin eigentlich sterben wollte, doch die Ärzte haben weiterhin versucht sie am Leben zu erhalten.

Erfahrung

Die Ehrenamtlichen nehmen an, dass wenn jemand schon Erfahrungen mit Tod, Sterben und Trauer gemacht hat, er auch damit besser umgehen kann.

Hilflosigkeit

Wenn Sterbende nicht sterben dürfen, fühlen sich die Ehrenamtlichen hilflos. Die Erzählung von der Bewohnerin im Krankenhaus soll auch hier als Beispiel dienen. Der/die Ehrenamtliche konnte nichts für die Bewohnerin tun, sie kannte weder Ärzte noch Personal, mit denen er/sie reden konnte. Ein weiteres Thema, bei dem die Ehrenamtlichen sich hilflos fühlen, ist das Leid vor dem Tod, insbesondere, wenn die BewohnerInnen starke Schmerzen haben.

Hoffnung/Wunsch

Ein/e Ehrenamtliche/r wünschte sich nie mit Sterbefälle konfrontiert zu werden. Er/sie hatte bis jetzt noch nie mit einem Sterbefall zu tun gehabt und hofft, dass er/sie nie damit konfrontiert wird.

4.3.2. Ergebnisse der Gruppendiskussion 2

In der Gruppendiskussion 2 wurde über folgende Themen diskutiert:

<u>THEMEN GD2</u>
Beim Erstgespräch
Vor dem ehrenamtlichen Antritt
Erfahrung
Distanz vs. Nähe
Kommunikation: Ich will sterben
Hilflosigkeit
Probleme
Wünsche
Keine Gedanken
Verdrängen

Abbildung 4: Themen der Gruppendiskussion 2

Beim Erstgespräch

Auf die Frage hin, ob sich die Ehrenamtlichen an das Erstgespräch erinnern konnten, verneinten alle. Es konnte sich kein/e ProbandIn erinnern, ob die Themen Sterben und Tod angesprochen wurden (siehe dazu *Aussagen der KoordinatorInnen GD2*).

Vor dem ehrenamtlichen Antritt

Als sich die ProbandInnen für diese ehrenamtliche Tätigkeit entschieden, haben sie nicht bedacht, dass die BewohnerInnen sterben werden. Ein/e Ehrenamtliche meinte, es wird einem erst bewusst, wenn die BewohnerInnen schon gestorben sind.

Erfahrungen

Bezüglich Gesprächsbedarfs wurde festgehalten, dass Ehrenamtliche ältere Menschen sind und Erfahrungen haben. Ein/e Ehrenamtliche meinte, er/sie kenne das von den eigenen Eltern und wusste, was auf einem zukommt.

Distanz vs. Nähe

BewohnerInnen werden als Familienangehörige gesehen. Ehrenamtliche erzählten, dass die Bewohnerinnen als Oma oder Urgroßmutter verglichen werden. Es wurde auch betont, dass die BewohnerInnen in die Urlaubsplanung mit einbezogen werden. Die/der Ehrenamtliche hat auch erzählt, dass sie sich Sorgen macht, wenn sie verreist. Er/sie macht sich Gedanken darüber, ob die/der BewohnerIn noch lebt, wenn er/sie zurück kommt. Ein weiterer wichtiger Punkt, der besprochen wurde, ist das Begräbnis. Es ist dazu da, um Abschied zu nehmen. Ein/e Ehrenamtliche/r hat auch gesagt, dass die intensive Beziehung zu den BewohnerInnen unterschätzt wird, vor allem mit dem/ der ersten betreuten BewohnerIn. Der/die erste BewohnerIn hat einen besonderen Platz und diesen ewig. Auch in der zweiten Gruppendiskussion gab es eine/n Ehrenamtliche/n, der/die mehrere BewohnerInnen betreut. Der/die KoordinatorIn hat dies angeboten, um einer intensiven Bindung entgegenzuwirken. Der/die Ehrenamtliche/r hat in sehr kurzer Zeit relativ viele BewohnerInnen betreut, die plötzlich verstorben sind.

Kommunikation: *Ich will sterben*

Es sollen nun hier die Reaktionen aufgelistet werden, wie Ehrenamtliche auf den Satz *Ich will sterben*. reagieren:

„[...] da bin ich dann aber schon traurig wenn ich sie nicht mehr besuchen kann [...]“ (Zeilen 569-577)

„tut ihnen was weh, nein, sage ich dann was jammern sie dann“ (Zeilen 569-577)

„[...] jetzt komme ich bald her wo soll ich dann hingehen du bist die einzige die ich kenn sage ich immer du darfst jetzt nicht sterben“ (Zeilen 600-602)

„habe ich gesagt sie haben versprochen sie werden 110 Jahre bitte und dann hat sie wieder gelacht“ (Zeilen 613-615)

Die Ehrenamtlichen reagieren auf den Satz *Ich will sterben*. mit einer Art Humor. Sie gehen alle von der Annahme aus, dass ***„wenn man selbst darauf eingehen würde macht man sich selbst auch fertig [...]“ (Zeilen 624)***. Alle Ehrenamtlichen sind auch der Meinung, dass wenn BewohnerInnen so reden, dass

sie nicht mehr lange leben werden. Ein/e Ehrenamtliche bestätigte dies durch Erfahrungen. Aber es wurde auch gesagt, dass wenn das Bedürfnis von einem Menschen besteht darüber zu sprechen, so sind die ProbandInnen auch bereit zuzuhören. Diese Aussage steht im klaren Widerspruch zu den Reaktionen der Ehrenamtlichen.

Hilflosigkeit

Hilflosigkeit wird auch empfunden, wenn BewohnerInnen sich bei jedem Besuch verabschieden. Damit ist ein endgültiger Abschied gemeint. Wie auch schon in der ersten Gruppendiskussion erwähnt worden ist, fühlen sich die Ehrenamtlichen hilflos, wenn die BewohnerInnen vor dem Tod leiden müssen. Ein/e Ehrenamtliche/r schilderte die Reaktionen auf den Tod eines/r BewohnerIn und konnte nicht glauben, dass er/sie so reagiert hatte. Die Reaktion beschrieb er/sie als einen Zustand eines Schockes und wollte im ersten Moment nicht wahrhaben wollen, dass der/die BewohnerIn gestorben ist.

Probleme

Probleme tauchen auf, wenn die Ehrenamtlichen nicht verständigt werden, wenn die BewohnerInnen gestorben sind. Der/die KoordinatorIn sagte aber, dass dies mit dem stationären Bereich vereinbart worden ist. Probleme tauchen auch auf, wenn die Ehrenamtlichen eine/n neue/n BewohnerIn zum Betreuen haben. Entweder können sie das ehemalige Zimmer nicht mehr betreten, oder gingen automatisch in das ehemalige Zimmer/ Appartement der vorherigen BewohnerInnen. Nach dem Tod der BewohnerInnen traten nicht nur Probleme innerhalb der Institution auf, sondern auch außerhalb. Ein/e Ehrenamtliche hatte eine sehr intensive Beziehung zu einer Bewohnerin und als sie starb, nahm sie ihre Traurigkeit mit in die berufliche Arbeit.

Wünsche

Die Ehrenamtlichen wünschen sich, dass sie sich von den BewohnerInnen verabschieden können. Durch die Erfahrungen als Ehrenamtliche haben sie auch den Wunsch, niemals selbst im stationären Bereich gepflegt zu werden. Sie stellen sich den eigenen Tod so vor: Ein hohes Alter erreichen und ohne Schmerzen und Leid einschlafen können.

Keine Gedanken an das Sterben

Ehrenamtliche denken nicht an das Sterben, solange die BewohnerInnen gesund sind. Es wurde bestätigt, dass das Sterben verdrängt wird, mit der Begründung, dass das Etwas-Gutes-Tun im Vordergrund steht.

Verdrängen

Abermals gegen Ende der Gruppendiskussion sagte ein/e Ehrenamtliche/r:

„natürlich weiß man dass im Pensionistenheim natürlich alte kranke Leute gibt die nicht mehr lange leben“ (Zeilen 783-784)

KoordinatorIn

Bei der zweiten Gruppendiskussion war der/die zuständige KoordinatorIn anwesend. Da sich die ProbandInnen an das **Erstgespräch** nicht erinnern konnten, wurde er/sie dazu befragt.

Es wird bei jedem Einstellungsgespräch dazu gesagt, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen mit dem Tod konfrontiert werden. Er/sie erwähnte auch, dass viele BewerberInnen die Situation unterschätzen und sie dadurch auch abgelehnt werden. Diese Ablehnung gilt als Schutz für die BewerberInnen, denn wenn der/die KoordinatorIn den Eindruck hat, dass der/die BewerberIn dies unterschätzt/ nicht wahrhaben will/ dies ignoriert, *„geht er zugrunde“ (Zeile 435).*

AUSSAGEN KOORDINATORIN GD2

Bei jedem Gespräch, Konfrontation mit Tod
Erkenntnis, dass viele Bewerber Situation
unterschätzen
Ablehnung zum Schutz des Bewerbers

Abbildung 5: Zusammenfassung Aussagen KoordinatorIn Gruppendiskussion 2

4.3.3. Ergebnisse der Gruppendiskussion 3

In der Gruppendiskussion 3 wurde über folgende Themen diskutiert:

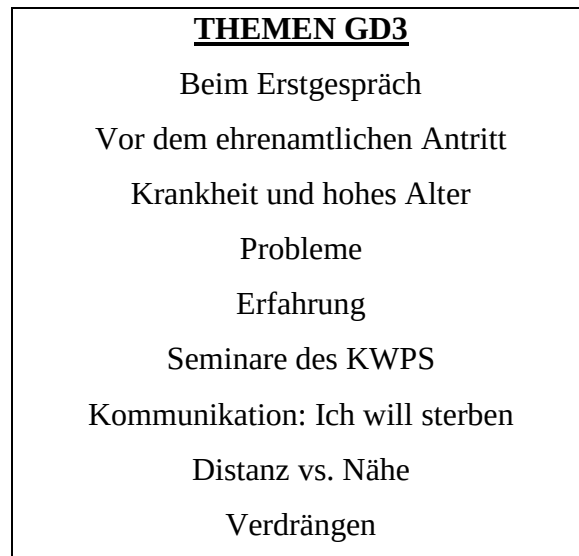


Abbildung 6: Themen der Gruppendiskussion 3

Beim Erstgespräch

Es konnte sich kein/e ProbandIn erinnern, ob die Themen Sterben und Tod angesprochen wurden.

Vor dem ehrenamtlichen Antritt

Vor dem ehrenamtlichen Antritt wurde angenommen, dass der/die BewohnerIn nicht so schnell versterben wird. Erst wenn eine Krankheit auftritt oder der/die BewohnerIn ein hohes Alter erreicht hat, wird darüber nachgedacht, dass er/sie bald versterben könnte.

Probleme

Als Problem wird von den Ehrenamtlichen die Situation vor dem Tod dargestellt. Wenn die BewohnerInnen leiden und Schmerzen haben, empfinden die Ehrenamtlichen diesen Umstand für sie als problematisch. Auch die Krankenhausbesuche werden als belastend erlebt, speziell „*das Hin und Her*“ (Zeilen 336-339).

Erfahrungen

Ein/e Ehrenamtliche meint, dass durch Erfahrungen die Situation bezüglich Sterben, Tod und Trauer besser bewältigt werden kann. Allerdings schilderte der/die Ehrenamtliche keine Situation.

Seminare des KWPs

Ein/e Ehrenamtliche/r hat die Seminare *Sterbebegleitung* und *Biographiearbeit* besucht und es für die ehrenamtliche Tätigkeit als sehr hilfreich empfunden. Die anderen ProbandInnen wurden gefragt, ob sie auch Seminare besucht haben und alle verneinten. Es wurden unterschiedliche Gründe genannt, warum eine Teilnahme nicht möglich war: die berufliche Arbeitszeit, damals noch nicht als ehrenamtliche MitarbeiterInnen tätig, das Thema (man glaubt, man verkraftet es nicht).

Kommunikation *Ich will sterben*

Die Ehrenamtlichen haben erzählt, dass sie nicht wissen, wie sie in solchen Momenten reagieren sollen. Im Nachhinein meinte ein/e Ehrenamtliche sogar, dass er/sie weiß, dass er/sie falsch reagiert hat.

Distanz vs. Nähe

An die BewohnerInnen wird auch im Urlaub gedacht, beziehungsweise es wird auch daran gedacht, ob derjenige noch lebt, wenn man zurück kommt. Ehrenamtliche stellen fest, **„die Leute wachsen einem dann ans Herz“ (Zeilen 387-38)** wissen aber, dass eine gewisse Distanz notwendig ist. In dieser Gruppendiskussion wurde das Thema des per Sie oder des per Du behandelt. Alle, bis auf eine/n Ehrenamtliche/n, verwenden das Sie, meinen dazu allerdings, dass dadurch die Beziehung nicht minder intensiv ist.

Verdrängen

Eher am Anfang der Gruppendiskussion sagt ein/e Ehrenamtliche, dass es **„natürlich vollkommen klar [ist] dass grad der Umgang mit dem Tod und mit dem Sterben dass jeder Mensch einen anderen Zugangspunkt hat [...] das ist ja vollkommen klar jeder Mensch ist verschieden keine Frage“ (Zeilen 140-148)**. Weitere Ansichten, die eine Verdrängung der eigentlichen Thematik vermuten

lassen, wurden auch eher am Anfang der Diskussion dargelegt: *„der Tod gehört zum Leben dazu“ (Zeile 86)* und *„jetzt ist er auch 91 und [...] dass man da damit rechnen muss dass es vielleicht einmal dass er einen Winter nicht mehr überlebt“ (Zeilen 105-111).*

KoordinatorIn

Auch bei der dritten Gruppendiskussion war der/die zuständige Koordinatorin anwesend. Da im Gespräch mit den ProbandInnen das Erstgespräch und das Seminar *Sterbebegleitung* gefallen sind, wurde der/die KoordinatorIn dazu befragt.

Beim Erstgespräch wurde das Thema Sterben nicht angesprochen weil es für den/die KoordinatorIn bislang kein Thema war und sich erst eine Beziehung entwickeln soll, in der darüber gesprochen werden kann. Das Thema Sterben wird angesprochen wenn sich der Zustand des/der BewohnerIn verschlechtert. Der/Die KoordinatorIn hat auch erzählt, dass das Angebot einer Supervision schon öfters in Anspruch genommen wurde. Diese Einzelgespräche können vereinbart werden, wenn die Ehrenamtlichen Probleme mit dem Tod der BewohnerInnen haben.

AUSSAGEN KOORDINATORIN GD3

Beim Erstgespräch, keine Thematisierung

Thematisierung erst wenn Problem auftritt

Wenn Problem auftritt, Weiterleitung zu SupervisorIn

Abbildung 7: Zusammenfassung Aussagen KoordinatorIn Gruppendiskussion 3

4.3.4. Gemeinsame Themenbereiche

Durch die Methode nach *Leithäuser et al. (1988)*, haben die Gruppendiskussionen folgende Kategorien/Themen gemeinsam:

<u>Themen</u>	<u>Zusammenfassung</u>	<u>GD1</u>	<u>GD2</u>	<u>GD3</u>
Abgrenzung , Beziehung	<i>Distanz vs. Nähe</i>	x	x	x
Probleme	<i>Angst, Probleme, Unsicherheit, Hilflosigkeit</i>	x	x	x
Hilflosigkeit		x	x	
Wünsche			x	
Hoffnung		x		
Krankheit und hohes Alter				x
Kommunikation: Ich will sterben	<i>Kommunikation in schwierigen Situationen</i>		x	x
Erstgespräch	<i>Gesprächsbedarf der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen</i>	x	x	x
vor dem Antritt		x	x	x
Erfahrungen		x	x	x
keine Gedanken			x	
Seminare des KWP's		x		x
Verdrängen	<i>Verdrängen</i>	x	x	x

Abbildung 8: Gemeinsame Themen der Gruppendiskussionen

Somit werden folgende Bereiche beschrieben:

- (1) **Distanz vs. Nähe**
- (2) **Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Probleme**
- (3) **Kommunikation in schwierigen Situationen**
- (4) **Gesprächsbedarf der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen**
- (5) **Verdrängen**

Zusätzlich zu dem Erzählten der Ehrenamtlichen, wird noch folgende Kategorie genauer betrachtet:

- (6) **Aussagen der KoordinatorInnen**

4.4. Ergebnisse

Für die nähere Beschreibung und für die Auswertung nach *Leithäuser et al. (1988)*, werden zu jeder Kategorie die dazu passenden inhaltstragenden Stellen hinzugefügt und mit Literatur ergänzt.

4.4.1. Distanz vs. Nähe

In allen drei Gruppendiskussionen wurde über die Beziehung zu den BewohnerInnen gesprochen. Zum einem hinterlassen die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen den Eindruck, dass sie einen intensiven Kontakt zu den BewohnerInnen haben. Zum anderem wird gesagt, dass eine gewisse Distanz zu den BewohnerInnen wichtig sei. Diese wäre zum Beispiel durch eine Betreuung von mehreren BewohnerInnen möglich.

Der/die Ehrenamtliche sollte sich im Klaren darüber sein, ob eine Einzel- oder Gruppenbetreuung erwünscht ist. Bei der Einzelbetreuung kann eine persönliche Beziehung entstehen. Im Laufe der Zeit vertraut der/die BewohnerIn den/der Ehrenamtlichen mehr und daraus kann auch eine Freundschaft entstehen.⁹³

In der Sozialpsychologie sind für soziale Beziehungen verschiedene Faktoren ausschlaggebend: physische Attraktivität, Ähnlichkeit und Reziprozität. Letzteres sagt aus, dass wir mit jenen Menschen eine Beziehung eingehen, von denen wir eine gewisse Art der Zuneigung zurückbekommen.⁹⁴

Wenn ein uns nahestehender Mensch stirbt, ist es ein natürliches Bedürfnis zu trauern und Abschied zu nehmen. Der Abschied zeigt uns, wie die Beziehung zu dem Menschen ist.⁹⁵

Die Ehrenamtlichen beschreiben die Beziehung zu den BewohnerInnen folgendermaßen:

„ [...] die ist mir besonders am Herz gelegen“ (GD1; 34)⁹⁶

⁹³ vgl. http://arzneimittelliste.com/site/fileadmin/user_upload/PDF/Pflegeversicherung/praxishilfe_freiwilligen_management.pdf (20.4.2010) S. 7

⁹⁴ vgl. ZIMBARDO (2004) S. 785-792

⁹⁵ vgl. GRASHORN (2008) S. 43-44

⁹⁶ GD steht für die Gruppendiskussion, die dahinter stehenden Zahlen beschreiben die Zeilen.

„das ist auch weil man den Kontakt zu den Bewohnern der wirklich intensiv dann war die Leute wachsen einem dann ans Herz aber man muss dann schon distanzieren auch“ (GD3; 387-389)

„ich nehme niemanden alleine [...] da geht das Herz noch mit [...] dass tut einem nur leid und wenn ich ihn dann so sehe wie der immer [...] weniger und schlechter wird das tät mich sehr treffen“ (GD1; 454-491)

„bis er irgendwann einmal nach drei vier Monaten sagt herst wir sind ja noch beim sie kannst du nicht [Vorname des Bewohners] sagen (?) [...] habe ich die Frau Koordinatorin gefragt und sie meinte wenn ich kein Problem habe und wenn es von ihm kommt [...] hat mich ganz freudestrahlend seinen Söhnen vorgestellt das ist der [Vorname des Probanden] mein Freund“ (GD3; 423-431)

„ich glaube dass sie dadurch dass sie meine erste Dame ist jetzt schon einen besonderen Platz hat und ich glaube das hat sie in 50 Jahren auch noch“ (GD2; 260-261)

Damit die Beziehung nicht zu intensiv wird, betreut der/die Ehrenamtliche mehr als eine Person.

„die Frau Koordinatorin hat mir dann zwei Patienten auf einmal gegeben dass ich mich nicht so binde“ (GD2; 525-526)

Eine Sichtweise ist, dass die Ehrenamtlichen den intensiven Kontakt zu den BewohnerInnen unterschätzen.

„ich habe das schon unterschätzt wie intensiv eine Beziehung werden kann“ (GD2; 248)

Die vorherige Aussage ist mit den Folgenden gekoppelt. Bei Situationen, die nicht alltäglich sind (im Krankenhaus und beim Begräbnis) kann der Eindruck entstehen, dass die Beziehung verstärkt wird.

„in diesen fünf Monaten wo die Frau im Krankenhaus war da war ich sehr intensiv bei ihr zwei drei Mal in der Woche“ (GD1; 578-579)

„also am Begräbnis wie ich war also das war schon herzerreißend [...] ich glaube das vergesse ich nie“ (GD2; 150-151)

„ja, es ist mir [nach dem Begräbnis] besser gegangen [Abschied nehmen können] [...] aber man denkt ja immer wieder noch daran“ (GD2; 164-166)

„ich weiß nur wenn wenn das Begräbnis ist dann ist es für mich immer sehr schlimm weil ich mich da es ist für mich immer sehr tränenreich und sehr schmerzhaft und danach ist der Schmerz aber weg und es bleibt eine Erinnerung an den Menschen“ (GD3; 583-585)

Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen haben sogar die BewohnerInnen mit Familienangehörigen verglichen.

„sie lebt mit uns mit ja als wenn sie eine Urgroßmutter wäre“ (GD2; 274-275)

„zu Weihnachten hat sie sich ein Foto von uns gewünscht [...] das hat sie am Nachtkästchen stehen [...] wie eine Oma“ (GD2; 326-327)

„wir sind auch per sie aber ich glaube dass sie großes Vertrauen zu mir hat weil sie lässt sich gerne von mir helfen [...] das sind so Handgriffe die man was weiß ich die man zu einer Mutter oder so macht“ (GD3; 446-450)

Überraschend kam die Aussage von zwei Ehrenamtlichen, die meinten, sie haben Bedenken, wenn sie in den Urlaub fahren. Es wird erzählt, dass daran gedacht wird, wie es sein wird, wenn man vom Urlaub nach Hause kommt.

„Angst [...] dass sie stirbt [...] schlimm wird es wenn ich so wie jetzt drei Wochen im Urlaub war denke ich [...] hoffentlich geht es sich noch aus“ (GD2; 309-313)

„[Frage der Interviewerin] Sie beschäftigt dich auch im Urlaub [Antwort der ProbandIn] Ja“ (GD2; 316-317)

„wenn ich jedes Mal in Urlaub fahre oder wegfahre von Wien dann frage ich mich immer was wird sein wenn ich zurück komme lebt der

alte Herr noch oder nicht ist inzwischen was passiert also das beschäftigt mich schon wenn ich wegfahre aber das lässt sich gar nicht vermeiden“ (GD3; 353-356)

Bei der ersten Gruppendiskussion erzählte ein/e Ehrenamtliche/r, dass je intensiver der Kontakt zum/zur BewohnerIn ist, desto schlechter könne man mit dem Tod umgehen. Er/sie formulierte es so.

„einmal in der Woche [...] zu einer Person maximal zu einer Zweiten [...] und dann kannst du auch mit dem Tod umgehen“ (GD1; 971-978)

4.4.2. Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Probleme

Diese Kategorie beinhaltet beschriebene Situationen, in denen sich die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen hilflos gesehen, Probleme erkannt oder sich unsicher gefühlt haben.

Lang (2006) erhob nicht nur positive Aspekte einer freiwilligen Tätigkeit, sondern auch spezifische Belastungsfaktoren. Dazu zählt auch das Miterleben von körperlichem und geistigem Verfall. Diese Situation kann in Ehrenamtlichen Mitleid auslösen, das wiederum eine Wut auf die Situation auslösen kann. Die Ehrenamtlichen fühlen sich hilflos und das wirkt belastend. Die Hilflosigkeit kann auch auf die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten empfunden werden. Schuldgefühle können entstehen, wenn man der Person den Tod wünscht (aufgrund schlechter Gesundheit). Das auszusprechen, fällt vielen schwer. Auch das Infrage stellen der Weltansicht belastet viele ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Es kann unfair erachtet werden, warum gerade *der* Bewohnerin das passiert oder warum gerade *der* Bewohner sterben musste. Ein weiterer Belastungsfaktor ist, wenn nicht genug Zeit vorhanden ist, sich zu verabschieden. Wenn die Belastungsfaktoren überhand nehmen, nicht erarbeitet werden, kann das schwere gesundheitliche Probleme mit sich bringen, zum Beispiel Burn-out. Um das zu verhindern, ist es ratsam, sich zwischen *Zulassen* und *Vermeiden von Gefühlen* zu bewegen. Zu Problemen kommt es erst, wenn entweder nur das Zulassen oder nur das Vermeiden verwendet wird. Durch Gespräche (mit Vorgesetzten oder Kolleginnen) können die Warnzeichen gut erkannt werden.⁹⁷

⁹⁷ vgl. LANG (2006) S. 239-251

Für die Ehrenamtlichen scheint es eine schwierige Situation zu sein, wenn die BewohnerInnen in Krankenhäuser überstellt werden. Auch die Bemühungen des Spitals, die Person am Leben zu erhalten, stellt Ehrenamtliche vor eine große Herausforderung.

„die ist dem Tod geweiht und man lässt sie nicht sterben und das macht mich so fertig“ (GD1; 283)

„also ich kann vor mir aus nur sagen wie ich da eingetreten bin habe ich überhaupt nicht irgendwie daran gedacht dass ich vielleicht einmal eine Klientin meine Klientin begleite bis zu den letzten Stunden [...] ich habe meine Klientin begleitet wirklich bis zum Einschlafen [...] aber was mich persönlich sehr bedrückt hat die Krankenhausbesuche immer wieder vorher“ (GD3; 166-173)

„Frau XY kann nur im Rollstuhl sitzen mir tut das so leid“ (GD2; 204)

In den Gesprächen wurde auch über die eigene Einstellung zum Tod und zum Sterben besprochen. Der Tod wird eigentlich als nichts Schlimmes angesehen, in manchen Fällen sogar als Erlösung bezeichnet. Die Gruppendiskussionen handeln zwar von älteren Menschen in Pensionisten-Wohnhäusern, doch es wurde der Unterschied gemacht, ob man jung oder alt stirbt.

„so gach sterben, das hätt ich gern [...] das ist gesundes Sterben“ (GD1; 503-505)

„sie war schon sehr arm zum Schluss [...] und ich habe es eigentlich dann schon fast gewünscht dass sie sterben kann [...] dass es für sie dann wirklich eine Erlösung war“ (GD2; 62-65)

„[m]eine Dame ist gestorben [...] aber ich habe kein Problem damit gehabt sie ist eigentlich eingeschlafen [...] wenn sie gelitten hätte [...] hätte ich wahrscheinlich mitgelitten“ (GD2; 30-36)

„es wird nur schwierig sein für mich das das Leid zu sehen [...] die Augen die so ängstlich werden [...] und das ist was was mich sehr berührt der Tod selber glaube ich ist nichts Schlimmes weil es eine

„Erlösung ist von der Krankheit und weil jeder sterben muss“ (GD3; 45-52)

„ich denke dass es sehr darauf ankommt ob man stirbt ob man ein Leben vollendet hat oder ob man jung stirbt [...] also da fällt einem diese Aussage der Tod gehört zum Leben und das ist alles wunderbar und normal mehr als schwer zu akzeptieren“ (GD3; 99-103)

Der nächste Satz ist besonders interessant, weil erstens der Konjunktiv verwendet wurde und zweitens, weil gesagt wurde, dass erst wenn eine Krankheit auftritt, an das Sterben gedacht wird. Der Konjunktiv vermittelt den Eindruck, dass die betreute Person des/der Ehrenamtlichen keine Krankheiten hätte. Es ist eine Tatsache, dass ältere Menschen nicht nur an einer Krankheit leiden, sondern die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch, dass sogar mehrere Krankheiten gemeinsam auftreten können.⁹⁸

„erst wenn eine Krankheit auftreten würde denke ich an das Sterben“ (GD1, 885-890)

Es besteht nicht nur der Wunsch, einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen, sondern es besteht die Hoffnung, nicht mit Sterbefällen im Altersheim konfrontiert zu werden. Zwei weitere Anregungen sind, dass die Ehrenamtlichen die Möglichkeit haben sollten, sich verabschieden zu können und verständigt zu werden, wenn der/die BewohnerIn *nicht da ist*:

„mit Sterbefälle im Altersheim habe ich nichts zu tun gehabt noch nicht und ich hoffe ich werde es auch nicht“ (GD1; 553-555)

„ich würde mir halt wünschen dass ich die Möglichkeit habe mich zu verabschieden“ (GD2; 253-254)

„ich möchte verständigt werden nicht dass ich einmal komm und es heißt sie ist nicht mehr oder ich gehe in ihr Zimmer und ihr Bett ist leer“ (GD2; 72-73)

⁹⁸ vgl. SONNEK (2002) S. 240-243

In der zweiten Gruppendiskussion wurde über die Zeit nach dem Tod von BewohnerInnen gesprochen. Die Ehrenamtlichen erzählten von Problemen, zum Beispiel, dass sie nicht mehr das ehemalige Zimmer betreten konnten und abermals in den stationären Bereich gehen wollten, obwohl die betreute Person nicht mehr dort war.

„Pause habe ich nicht gehabt nur in das Zimmer habe ich nicht mehr rein können“ (GD2; 129)

„und ich habe immer die erste Zeit versucht in die Bettenstation in ihr Zimmer zu gehen [...] die gibt es ja nicht mehr [die BewohnerIn]“ (GD2; 67-69)

Ein/e Ehrenamtliche erzählte von seiner/ihrer eigenen Reaktion auf den Tod von BewohnerInnen. Zuerst wurde geglaubt, dass mit der Situation umgegangen werden kann, doch es stellte sich das Gegenteil heraus. Für den/die Ehrenamtliche/n war unklar, warum in diesem Moment so reagiert wurde.

„ich gehe rein ins Zimmer [...] und das Bett ist leer [...] und habe sie eigentlich gesucht und ich glaube ich habe ein bisschen einen Schock gehabt weil irgendwie wollte ich mir nicht einreden dass sie tot ist [...] und irgendwie habe ich mir gedacht ich kann mit der Situation umgehen [...] und da hat es mich mal so geschüttelt also ich habe mich selber nicht erkannt ich habe mir gedacht das gibt es jetzt nicht was ist jetzt los mit dir“ (GD2; 492-506)

Die Betroffenheit dürfte sich auch in anderen Bereichen des Lebens bemerkbar machen. Ein/e Ehrenamtliche/r erzählte, dass der Tod der BewohnerInnen ihn/sie im Beruf beschäftigt hat.

„mich hat das schon sehr mitgenommen weil in [der] Arbeit ich wollte mir überhaupt nichts anmerken lassen und [...] ich fange zum Weinen an [...] also ich habe mit der Situation nicht umgehen können“ (GD2; 555-558)

4.4.3. Kommunikation in schwierigen Situationen

Diese Kategorie hat eine besondere Bedeutung. Es ist eine schwierige Situation, wenn BewohnerInnen sagen *Ich will nicht mehr!* oder *Ich möchte sterben!* Die Ehrenamtlichen erzählten von solchen Gesprächen.

Rogers (1972) formulierte drei Kernvariable der Gesprächspsychotherapie: Akzeptanz, Echtheit, Empathie (einführendes Verstehen). Die Akzeptanz sagt aus, dass der Gesprächspartner so akzeptiert wird, wie er ist. Die Echtheit bedeutet, dass man sich selbst nicht verstellen sollte.⁹⁹ Die Empathie ist die Fähigkeit, die Gefühle des anderen zu erfassen und sie zu verstehen. Man sieht die Welt mit den Augen des anderen. Es ist aber nicht so zu verstehen, dass die Gefühle interpretiert und Ratschläge gegeben werden sollen. Eine gute Gesprächskultur kann erreicht werden, wenn auch Zugeständnisse gemacht werden können, auch wenn einer nicht der Meinung des anderen ist. Weitere wichtige Regeln sind:

- *Ich*-Botschaften
- Keinen Druck erzeugen
- Versuchen, den anderen zu verstehen
- Zeit nehmen für Gespräche¹⁰⁰

„die Frau BC hat gesagt [...] ich will nicht mehr [...]also ich habe dann halt immer gesagt naja da bin ich dann aber schon traurig wenn ich sie nicht mehr besuchen kann [...] tut ihnen was weh [Antwort der Bewohnerin] nein sage ich dann was jammern sie dann“ (GD2; 569-577)

„das sagt meine Dame auch immer [siehe GD2; 569-577] und ich sage ich habe mich angemeldet ins Pensionistenheim jetzt komme ich bald her wo soll ich dann hingehen du bist die einzige die ich kenne sage ich [ProbandIn lacht und sagt] du darfst jetzt nicht sterben“ (GD2; 600-602)

„hat sie gesagt sie will nicht mehr habe ich gesagt sie haben versprochen sie werden 110 Jahre bitte und [...] da hat sie dann wieder gelacht“ (GD2; 613-615)

⁹⁹ vgl. KROPIUNIGG (2002) S. 149

¹⁰⁰ vgl. GROND (2004) S. 111-118

Die nächste Aussage könnte auch zu den Themenbereichen *Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Probleme* zugeordnet werden, da von einer gewissen Art der Hilflosigkeit erzählt wird. Zugeteilt wurde sie in den Bereich der Kommunikation, da die Bewohnerin sich bei jedem Besuch verabschiedet.

„sie bedankt sich jedes Mal wenn ich gehe und verabschiedet sich immer die will sterben [...] ich weiß nicht die ist momentan so so deprimiert ich weiß nicht was sie hat momentan“ (GD2; 193-195)

Die nächsten Aussagen stehen in einem starken Widerspruch zu einander. Einerseits möchte nicht auf das Thema eingegangen werden, andererseits wurde im Laufe der Diskussion geäußert, dass man bereit wäre zuzuhören.

„ich glaube wenn man selbst darauf eingehen würde macht man sich selbst auch fertig [...] wenn man jetzt hört der will sterben“ (GD2; 624)

„wenn das ein Bedürfnis ist von dem Menschen über das Sterben zu sprechen [...] dann wäre ich dann auch bereit zum Zuhören weil die meisten verdrängen das eh“ (GD2; 799-801)

Eine andere Situation wurde geschildert, in der der/die Ehrenamtliche nicht wusste, wie er/sie reagieren sollte.

„meine Dame hat gesagt letztes Mal es wird nicht mehr lange dauern ich bin wahrscheinlich nicht richtig damit umgegangen weil ich hätte sie vielleicht fragen können wie sie das meint und wie sie sich das vorstellt oder ob sie darüber reden will das konnte ich in dem Moment nicht ich habe sie getröstet ich habe gesagt schauen sie sie bekommen jetzt Blutkonserven sie werden jetzt da wieder aufgepäppelt und es wird wieder besser werden und so [...] ja im ersten Moment nicht darüber reden wollen wahrscheinlich im tiefsten Inneren nehme ich an sonst hätte ich automatisch gefragt“ (GD3; 267-282)

Ein/e Ehrenamtliche erzählte, dass er/sie das Seminar *Sterbebegleitung* als hilfreich empfunden hat. Das KWP bietet verschiedene Seminare und Fortbildungen an.¹⁰¹

„einmal bei einem Besuch sagte sie zu mir ich mag nicht mehr leben ich will sterben [...] bin dann einige Wochen nicht gekommen und wie ich dann gekommen bin ist sie gelegen Infusionen dann hat sie meine Hand genommen und hat sie gesagt ich habe nicht gewusst dass das Sterben so lange und mühsam sein kann ich will wieder leben [...] da hat man dann aber wie gesagt danach hat mir das Seminar Sterbebegleitung sehr geholfen“ (GD3; 192-199)

4.4.4. Gesprächsbedarf der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen

Gespräche für ehrenamtliche MitarbeiterInnen sind sehr wichtig, denn sie ermöglichen eine Selbstreflexion, das heißt eine bewusste Auseinandersetzung mit sich selbst, seinem Tun, seinen Gedanken und seinen Gefühlen. Viele gehen einer Begegnung mit sich selbst bewusst aus dem Weg. Einerseits trauen sie sich nicht, andererseits wird ihnen nicht erklärt, warum eine Selbstreflexion so wichtig ist (Wahrung der Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe).¹⁰²

Auf die Frage hin, ob auf die Konfrontation mit Sterben und Tod beim Erstgespräch hingewiesen wurde, erzählte ein/e Ehrenamtliche, dass es schon ein Wunsch gewesen wäre.

„Vorinformation bevor du das annimmst das hätte ich eigentlich schon ganz gern gehabt [dass man auch mit Tod konfrontiert wird]“ (GD1; 982-983)

„dass man darauf aufmerksam gemacht wird dass wenn man so eine Tätigkeit ausübt auch damit konfrontiert werden kann“ (GD1; 1019-1020)

Badelt und Hollerweger (2001) haben aufgezeigt, dass die österreichische Bevölkerung schon ab dem 15. Lebensjahr ehrenamtlich tätig wird. 1982 war der Österreicher erst ab dem 16. Lebensjahr ehrenamtlich tätig. Zu berücksichtigen ist

¹⁰¹ vgl. <http://www.kwp.at/ehrenamt.aspx> (27.2.2009)

¹⁰² vgl. KULBE (2008) S. 111

natürlich, dass die Studie nicht nur im Gesundheitsbereich durchgeführt wurde, sondern noch in den Bereichen Umwelt, Natur, Tierschutz, Katastrophenhilfe und anderes.¹⁰³

Einerseits wurde gesagt, dass bei jeder Altersgruppe der Tod beim Erstgespräch thematisiert werden sollte, andererseits wurde gesagt, dass eher junge Menschen dies brauchen. Ein möglicher Grund dafür wurde auch genannt: ehrenamtliche MitarbeiterInnen sind eher älter und haben schon Erfahrungen in diesem Bereich.

„ich finde das braucht man in jedem Alter [Vorab-Gespräche]“ (GD1; 1068)

„ich glaube junge Menschen brauchen eine Einführung weil in unserem Alter [über 60 Jahre] haben wir genug erlebt“ (GD1; 1063-1064)

„die Leute die das machen [ehrenamtliche Tätigkeit] sind ja auch nicht so jung die haben ja alle Erfahrung mit wem wer gestorben ist oder in der Familie und so“ (GD2; 382-383)

In der dritten Gruppendiskussion teilte der/die KoordinatorIn mit, dass er/sie bei jedem Einführungsgespräch die Konfrontation mit Krankheit und Tod erwähnt. Die Ehrenamtlichen konnten sich daran nicht erinnern.

„das Einführungsgespräch [...] ob da das Thema [Krankheit und Tod] erwähnt worden ist [...] ich kann mich nicht erinnern dass das besprochen worden wäre“ (GD3; 18-20)

Für Hospize sind ehrenamtliche MitarbeiterInnen kaum wegzudenken. Sie sind *Fachleute fürs Alltägliche* und begleiten schwer kranke und sterbende Menschen. In diesem Bereich sind die Auswahl und die Vorbereitung sehr wichtig. Der Bayrische Hospizverband hat 2001 Mindeststandards für ehrenamtliche MitarbeiterInnen aufgestellt. Ein Standard davon ist die Auseinandersetzung mit Tod, Sterben, Trauer sowie der eigenen Sterblichkeit. Neben den Fortbildungen ist die Begleitung ein zentraler Punkt in der Unterstützung von Ehrenamtlichen. In

¹⁰³ vgl. BADEL, HOLLERWEGER (2001) S. 6

regelmäßigen Gruppengesprächen können Ängste und Unsicherheiten ausgesprochen werden.¹⁰⁴

Den Ehrenamtlichen scheint es klar zu sein, dass sie die BewohnerInnen bis zuletzt begleiten. Ein/e Ehrenamtliche/r meinte, er/sie habe gedacht, dass es nicht gleich passieren würde. Es wird auch gesagt, dass nicht gern darüber nachgedacht und auch nicht gerne darüber gesprochen wird.

„ich bin persönlich davon ausgegangen dass ich dass dass ich jemanden schon begleite aber das es nicht so schnell sein wird und weil man überhaupt über das Thema nicht unbedingt gleich nachdenkt und gerne darüber redet“ (GD3; 28-30)

Es entsteht der Eindruck, dass es kein Gesprächsbedarf innerhalb der Institution gäbe, sehr wohl aber im familiären Umkreis.

„Gesprächsbedarf [...] da jetzt im Pflegeheim nicht ich habe natürlich mit meinem Partner darüber gesprochen“ (GD2; 133-139)

4.4.5. Verdrängen

Im Kapitel 4.4.2. wurde beschrieben, dass die Ehrenamtlichen schwierige Situationen erlebt haben. Sie erzählten von ihren Ängsten, Unsicherheiten, Hilflosigkeit und Problemen. Im Gegensatz dazu, fielen Aussagen ohne persönlichen Bezug auf. Diese können nicht außer Acht gelassen werden, weil sie im Widerspruch zu dem Gesagten stehen. Ein Merkmal dieser Aussagen ist, dass das Wort *ich* durch das Wort *man* ersetzt wurde. Diese Formulierung lässt vermuten, dass der/die Ehrenamtliche/r nicht näher auf ein Thema eingehen möchte.

Nach *Leithäuser et al. (1977)* besitzt der Mensch vorgefertigte Handlungs- und Denkweisen, die er in bekannten Situationen einsetzt. Somit fällt es schwer, Änderungen vorzunehmen. Das Problem dabei ist, dass Widersprüche und Konflikte nicht thematisiert werden. Das Wissen soll allgemein bekannt und gültig sein, damit die Umwelt als vertraut wirkt. Veränderungen oder neue unbekannte Situationen werden durch so genannte Abwehrmechanismen abgewendet. Eine solche ist die Feinbildkonstruktion (bzw. Nicht-betroffen-sein-

¹⁰⁴ vgl. LACK (2007) S. 93

wollen). Besondere Bedeutung wird auch dem Wort *man* zugeteilt, deshalb müssen neutrale Aussagen genauer betrachtet werden. Man nennt das die Reduktion auf standardisierte Praxisfiguren. Damit ist gemeint, dass Gesetzmäßigkeiten erwartet werden. Ein Beispiel wäre der Satz *Es liegt in der Natur des Menschen, dass...*¹⁰⁵

Die Psychologie beschreibt die Abwehrmechanismen als eine mentale Strategie. Ziel ist es, sich gegen Konflikte verteidigen zu können. Dabei ist die Verdrängung die grundlegendste Methode, sich gegen schmerzhaft Gedanken zu schützen¹⁰⁶ und wird wie folgt beschrieben: „*Verdrängung ist der psychische Prozess, der das Individuum davor schützt, extreme Angst oder Schuld zu empfinden, weil seine Impulse, Vorstellungen und Erinnerungen inakzeptabel sind und/oder weil ihr Ausdruck gefährlich wäre. [...] Verdrängung gilt als die grundlegendste der verschiedenen Methoden, mit welchen sich das Ich vor einer Überwältigung durch bedrohliche Impulse und Vorstellungen schützt.*“¹⁰⁷

Ein anderer Ansatz zur Erklärung der neutralen Aussagen, findet sich in den Kommunikationsstilen von Schulz von Thun (2008). Im Gegensatz zu der Theorie von Leithäuser et al. (1977), die auf die Gesellschaft bezogen ist, beschreibt die Theorie von Schulz von Thun (2008) das Individuum. Es gibt unterschiedliche Kommunikationsstile, die unterschiedliche Botschaften an den Empfänger haben. Durch die Kommunikationsstile sind Persönlichkeitsstile erkennbar. Einer davon ist *Der-sich-distanzierende-Stil*. Die Grundbotschaft lautet, dass man einem nicht zu nahe kommen soll. Wie im Namen schon enthalten ist, möchte man sich distanzieren und sich nicht mit dem Thema befassen. Die Sachebene ist hier besonders stark ausgeprägt, das heißt die Beziehungsebene wird in den Hintergrund gestellt. Durch Generalisierungen, Abstraktionen und der Vermeidung des Wortes *Ich* werden die Gefühle unterdrückt. Die Gefühle und die persönliche Betroffenheit müssen versteckt werden, damit sie nicht gefunden und verletzt werden können.¹⁰⁸

¹⁰⁵ vgl. LEITHÄUSER (1977) S. 46-98

¹⁰⁶ vgl. ZIMBARDO, GERRIG (2004) S. 618

¹⁰⁷ zit. ZIMBARDO, GERRIG (2004) S. 618

¹⁰⁸ vgl. SCHULZ (2008) S. 191-193

In den Gruppendiskussionen lassen sich solche Verdrängungsmechanismen und Nicht-wahr-haben-wollen- Stile erkennen. Zum Beispiel sind philosophische Ansichten zu Leben und Tod geäußert worden, über die nicht weiter diskutiert wurden.

„der Tod gehört zum Leben dazu“ (GD3; 86)

Der Lebensabend ist mit dem Sterben verbunden und es wurde nicht nur betont, dass wir nicht ewig leben, sondern auch, dass wir das wissen.

„man möchte [...] den Lebensabend verschönern [...] dass das mit dem Sterben verbunden ist das weiß doch ein jeder bitte und dass wir nicht ewig leben das weiß auch ein jeder“ (GD1; 1000-1002)

Auch die Tatsache, dass in einem Pensionistenheim ältere und auch kranke Menschen leben, ist bekannt.

„natürlich weiß man dass im Pensionistenheim natürlich alte kranke Leute gibt die nicht mehr lange leben“ (GD2; 783-784)

Das hohe Alter lässt vermuten, dass der Bewohner nicht mehr lange leben wird. Wie der/die Ehrenamtliche damit umgeht, wird nicht gesagt.

„jetzt ist er auch 91 und [...] dass man da damit rechnen muss dass es vielleicht einmal dass er einen Winter nicht mehr überlebt“ (GD3; 105-111)

Es liegt auch klar auf der Hand, dass unterschiedlich mit dem Tod umgegangen wird. Die Menschen sind unterschiedlich.

„es ist natürlich vollkommen klar dass grad der Umgang mit dem Tod und mit dem Sterben dass jeder Mensch einen anderen Zugangspunkt hat [...] das ist ja vollkommen klar jeder Mensch ist verschieden keine Frage“ (GD3; 140-148)

4.4.6. Aussagen der KoordinatorInnen

In der zweiten und dritten Gruppendiskussion erzählten die KoordinatorInnen von den Erstgesprächen. Wenn sich Personen vorstellen, die ehrenamtlich tätig sein möchten, so wird einerseits auf die Konfrontation mit Krankheiten, mit dem Sterben und mit dem Tod hingewiesen, andererseits nicht. Man könnte meinen,

dass das Erwähnen dieser Themen, viele Personen einschüchtert. Doch es wurde gesagt, dass dies zum Schutz der/des BewerberIn gedacht ist, denn viele unterschätzen dies. Auch wenn jede/r ehrenamtliche MitarbeiterIn für die BewohnerInnen eine Bereicherung darstellt, so muss auch auf die Persönlichkeit des/der BewerberIn geachtet werden.

Das Erstgespräch dient dazu, dass sich BewerberInnen und Organisation kennen lernen. Es ist der erste Schritt in eine ehrenamtliche Arbeit. Im Erstgespräch werden zunächst die Motivationen und die persönlichen Hintergründe erfragt. Zu den Motivationen gehören zum Beispiel, warum man gerade für diese Institution ehrenamtlich tätig sein möchte. Zu den persönlichen Hintergründen zählen die Fragen, wie die derzeitige Lebenssituation ist und welche Interessen man hat.¹⁰⁹

„ich sage bei jedem Einstellungsgespräch [...] das ist interessant weil das hat keiner mehr mehr gewusst anscheinend schon dazu dass man hier auch mit dem Tod zu tun hat“ (GD2; 406-407)

„wobei sich viele vorstellen kommen die ich wirklich ablehne [...] zum Schutz des Ehrenamtlichen ist es [...] für den Bewohner ist es eine Bereicherung aber der Ehrenamtliche geht zugrunde“ (GD2; 430-435)

„und da bin ich drauf gekommen dass viele das unterschätzen [Konfrontation mit dem Sterben]“ (GD2; 412-413)

Im Gegensatz zu dem/der KoordinatorIn der zweiten Gruppendiskussion, wird bei der dritten Diskussion die Konfrontation mit dem Tod nicht erwähnt. Gründe wurden genannt, wieso sich der/die KoordinatorIn für diese Variante entschlossen hat:

- Persönlich mit dem Thema nicht konfrontiert
- Meinung, dass es beim Erstgespräch keinen guten Eindruck hinterlässt
- Wenn der Fall eintritt, oder wenn ein Problem entsteht, ist jemand zum Gespräch bereit (KoordinatorIn und/ oder SupervisorIn)

[Frage der Interviewerin] ***„beim Erstgespräch thematisieren sie das Sterben“*** [Antwort der KoordinatorIn] ***„nein [...] weil das für mich***

¹⁰⁹ vgl. DANEKE (2003) S. 112-114

sagen wir bis jetzt kein Thema war [...] ich selber finde es halt nicht so gut wenn ich gleich beim Erstgespräch mit dem mit dem Tod beginne sondern es entwickelt sich eine Beziehung und ich aber biete immer den Ehrenamtlichen an also wenn es Probleme gibt gerade wenn der Bewohner die Bewohnerin verstirbt dann haben die Ehrenamtlichen die Möglichkeit zu ein einen Termin mit unserer Supervisorin auszumachen das wurde schon ein paar Mal in Anspruch genommen“ (GD3; 480-496)

Einige Zeilen später folgte die Aussage, dass das Thema im Laufe der Zeit sehr wohl angesprochen wird. Es kommt auf den Gesundheitszustand des/der BewohnerIn an. Wird eine Verschlechterung bemerkt so werden das Sterben und der Tod thematisiert. Danach ergriffen die Ehrenamtlichen das Wort und erzählten von vor zwei Jahren als „*wie wenn der Sensenmann durchgegangen*“ (GD3; 514) wäre.

„wenn wir dann merken dass es dem Bewohner nicht mehr so gut geht dann kommt schon dann wird schon das Thema angesprochen“ (GD3; 505-506)

Die Aussagen der KoordinatorInnen lassen vermuten, dass ihnen viel Freiraum gelassen wird, welche Themen sie beim Erstgespräch ansprechen.

Schumacher und Stier (2002) haben eine Check-Liste entwickelt, die zu einem eigenen Leitfaden anregen soll:

Informationen über die Organisation

- Es ist zu klären, welche Informationen der/die BewerberIn über die Organisation erfahren hat. Im persönlichen Gespräch werden die zentralen Bereiche vertieft, zum Beispiel welche Aufgabenschwerpunkte und Zielsetzungen die Organisation hat.
- Es sind auch die Formen und Inhalte der ehrenamtlichen Tätigkeit zu klären. Folgende Fragen sollten besprochen werden:
 - Welche Aufgaben werden von Freiwilligen in der Organisation übernommen?
 - Besteht eine Offenheit für ganz neue Ideen?

- Für welche Aufgaben wird die verstärkte Mitwirkung von Freiwilligen gewünscht?

Informationen über die Person, die sich ehrenamtlich engagieren möchte

- In einem Gespräch ist es schwer, die Hintergründe und die Motive vollständig zu erfragen. Es dient dazu, eine Informationsgrundlage zu erstellen und die Frage zu klären, ob die Organisation in der Lage ist, den Wünschen der Person zu entsprechen.

Absprachen zum weiteren Vorgehen zu den konkreten Bedingungen

- Es ist zu klären, welche Arbeitsbereiche für die zukünftige ehrenamtliche Tätigkeit in Frage kommen würden.
- Bestehen für diese Aufgabe besondere Erwartungen seitens der Organisation? Möglich ist es, ein Anforderungsprofil zu erstellen.
- Zu erläutern sind vor allem die Arbeitsbedingungen, sowie der Versicherungsschutz und weitere Regelungen der Organisation.
- Besonders zu empfehlen ist eine Schnupperwoche. Sie dient dazu abzuklären, ob vielleicht Probleme oder Unsicherheiten auftreten und ob der/die BewerberIn den Aufgaben gewachsen ist.
- Es wird empfohlen, ein Merkblatt für Ehrenamtliche zu entwerfen. Es ist eine Zusammenfassung der Organisation, der ehrenamtlichen Aufgaben sowie der Rahmenbedingungen.¹¹⁰

¹¹⁰ vgl. SCHUMACHER, STIEHR (2002) S. 84-89

5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Es können vier Themenblöcke gebildet werden: *Ehrenamtliche MitarbeiterInnen im geriatrischen Bereich*, *Angst-Unsicherheiten-Hilflosigkeit-Probleme*, *Wenn BewohnerInnen sagen sie möchten sterben* und *KoordinatorInnen*.

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen im geriatrischen Bereich	Angst, Unsicherheiten, Hilflosigkeit, Probleme	Wenn BewohnerInnen sagen, sie möchten sterben	KoordinatorInnen
sind MitarbeiterInnen, die eine besondere (intensive) Beziehung zu den BewohnerInnen haben	wenn sie nicht verständigt werden (bei Abwesenheit der BewohnerInnen)	wissen einige Ehrenamtlichen nicht, wie sie richtig damit umgehen sollen	einige erwähnen die Konfrontation mit dem Sterben
wissen über die Notwendigkeit der Abgrenzung	bei Leid und Schmerz vor dem Tod	wissen einige Ehrenamtliche, dass sie falsch damit umgehen	einige erwähnen die Konfrontation mit dem Sterben nicht
interessieren sich sehr für Fortbildungen	wenn sie mit Sterbefälle konfrontiert werden	versuchen die Ehrenamtlichen vom Thema abzulenken	
besuchen aber die Fortbildungen nicht (aus Scheu, Platzmangel)	wenn die Betroffenheit sie ins Privat- und Berufsleben begleitet	Widerspruch in den Aussagen der Ehrenamtlichen	
Verdrängen z.T. die Thematik (Sterben und Tod) mit Aussagen, die keinen persönlichen Bezug erkennen lassen	bei den Krankenhausbesuchen	befassen sich die Ehrenamtlichen nicht mit der eigentlichen Botschaft der BewohnerInnen	
	wenn sie sich nicht verabschieden können		

Abbildung 9: Ergebnisse- Themenbereiche

Die Forschungsfragen wurden wie folgt beantwortet:

„Wie bewältigen ehrenamtliche MitarbeiterInnen im KWP die Situation, wenn die von ihnen betreuten BewohnerInnen sterben?“

Das Bewältigen der Situation wurde von keinem/r ehrenamtlichen MitarbeiterIn direkt angesprochen, doch lässt sich erkennen, dass alle Beteiligten Probleme damit haben. Der Tod an sich wurde nicht als Belastung angesehen, vielmehr wurde gesagt, dass der Tod eine Art Befreiung für die BewohnerInnen sei. Belastend empfanden die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen eher die Situationen vor dem Tod: Schmerzen und Leid der BewohnerInnen, Krankenhausaufenthalte,

wenn BewohnerInnen sagen, sie möchten sterben und wenn sie selbst nicht informiert werden, wenn die BewohnerInnen *nicht da* sind (Krankenhausaufenthalt, Ableben).

„Fühlen sie sich für diese Aufgaben genügend vorbereitet (Gespräche, Aus- und Fortbildungen)?“

Seitens der KoordinatorInnen wurde angegeben, dass die Themen Tod und Sterben nicht immer im Erstgespräch angesprochen werden. Hier teilen sich die Meinungen der Ehrenamtlichen. Einerseits wird gesagt, dass ältere MitarbeiterInnen nur wenig Vorbereitung brauchen, da sie schon eigene Erfahrungen gemacht haben und dass jüngere MitarbeiterInnen dies eher benötigen. Andererseits wird gesagt, dass Vorabgespräche unabhängig vom Alter nötig sind. Fortbildungen werden zwar angeboten, doch von den MitarbeiterInnen nicht ausreichend genutzt (siehe dazu die Frage: *„In wie weit sind sie an Fort- und Weiterbildungen interessiert?“*).

„Welche Bewältigungsstrategien verwenden sie, um den Tod von BewohnerInnen zu verkraften?“

Bewältigungsstrategien im Sinne der Psychologie (Coping) wurden nicht angesprochen. Es wurde zwar über die tiefe Betroffenheit nach dem Tod eines/r BewohnerIn gesprochen, doch äußerten sich die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen nicht genau darüber, wie sie das Ereignis verarbeiten. Die Abschiednahme (Begräbnis) wurde als sehr wichtig empfunden.

„Wie intensiv beschäftigt es sie außerhalb der Einrichtung (z.B.: zu Hause)?“

Mehrere ehrenamtliche MitarbeiterInnen haben Bedenken, wenn sie in den Urlaub fahren. Die Betroffenheit dürfte sich auch in anderen Bereichen des Lebens bemerkbar machen. Ein/e Ehrenamtliche/r erzählte, dass der Tod der BewohnerInnen ihn/sie im Beruf beschäftigt hat.

„In wie weit sind sie an Fort- und Weiterbildungen interessiert?“

Ein Interesse an Fortbildungen ist von Seiten der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen gegeben. Doch aus persönlichen Gründen, wie Angst, dass sie eine Konfrontation mit den Themen Sterben und Tod überfordert, nehmen sie an den Fortbildungen

nicht teil. Auch berufliche Gründe werden genannt (Arbeitszeit lässt keinen Raum für Fortbildungen). Außerdem ist die Kapazität der Plätze beschränkt.

„In wie weit können sie das Gelernte in ihrer Arbeit umsetzen?“

Jene MitarbeiterInnen, die an Fortbildungen teilgenommen haben, gaben an, dass die Fortbildungen sehr hilfreich waren und dass sie das Gelernte umsetzen können.

6. Schlussfolgerungen

Ziel dieser Diplomarbeit war es, herauszufinden, wie die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen im KWP mit den Themen Sterben, Tod und Trauer umgehen. Bei der Themenfindung und der Literaturrecherche viel auf, dass derzeit keine Studien in diesem Bereich zu finden waren. Hingegen gibt es zahlreiche Forschungsvorhaben über ehrenamtliche MitarbeiterInnen in der Palliative Care: von den Motivationen, über Fortbildungsangebote bis hin zu der Integration in das multidisziplinäre Team (siehe dazu das Kapitel *Aktuelle Forschung*).

Die vorliegende Diplomarbeit liefert einen Überblick über das Empfinden von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, wenn sie mit dem Tod konfrontiert werden. Einerseits bestand ein sehr großes Interesse, an den Gruppendiskussionen teilzunehmen, andererseits wurde der Eindruck vermittelt, dass die Situation, über Tod und Sterben zu sprechen, für die ProbandInnen neu ist. Die Themenbereiche *Gesprächsbedarf der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen* und *Verdrängen* zeigen, dass nicht über Sterben, Tod und Trauer gesprochen wird. Sie müssen mit schwierigen Situationen umgehen, seien dies Krankenhausbesuche, das Gefühl der Hilflosigkeit bei Krankheit oder die Gespräche mit den BewohnerInnen über das Sterben. Die ProbandInnen beschreiben die Beziehung zu den BewohnerInnen, als sehr intensiv. Einige vergleichen sie sogar mit Familienangehörigen. Sie erreichen die BewohnerInnen auf einer besonderen Ebene und können für deren Lebensqualität beitragen. Die Menschen werden älter und leiden im hohen Alter an mehreren Krankheiten, die lange andauern können. Ehrenamtliche sind von der Sterblichkeit der BewohnerInnen genauso betroffen wie Hauptamtliche und brauchen eine Unterstützung. KoordinatorInnen haben die Aufgabe, Ehrenamtliche zu begleiten. Der Themenbereich *Aussagen der KoordinatorInnen* erläutert, dass es keine einheitliche Regel gibt, was im Erstgespräch zu erwähnen ist (Wird darauf aufmerksam gemacht, dass man hier mit dem Tod konfrontiert wird? Sind sich die BewerberInnen bewusst, auf was sie sich einlassen?).

Im Zuge der Diplomarbeit sind neue Themenbereiche aufgetaucht, deren Beantwortung den Rahmen dieses Vorhabens sprengen würde. Ein weiterer bedeutender Schritt wäre es, in diese Richtungen zu gehen:

- Leitfadenentwicklung/ -überarbeitung des Erstgespräches
- Angebot von Einzelgesprächen erweitern (SupervisorInnen, externe BeraterInnen, KoordinatorInnen)
- Rollendefinition der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen (*Welche Rolle glauben Ehrenamtliche zu haben?*)
- Fortbildungsangebot (Kapazität überdenken)

Folgendes Zitat soll nicht nur den Abschluss dieser Diplomarbeit bilden, sondern Anreiz für Neues sein:

„Bereits seit mehr als zehn Jahren existiert eine Bewegung, die es sich zum Ziel gesetzt hat, dem Tod wieder einen Platz in unserem Bewusstsein und Denken zu geben und unsere Institutionen menschengerechter zu gestalten.

Sie konnte sich entwickeln, weil einige Vereine und im Pflegebereich arbeitende Menschen beschlossen hatten, sich dem Tod zu stellen statt vor ihm zu flüchten.“¹¹¹

¹¹¹ zit. HENNEZEL, LELOUP (2000) S. 13

7. Literaturverzeichnis

ALBRECHT, E.; ORTH, C.; SCHMIDT, H. (1995): „Hospizpraxis. Ein Leitfaden für Menschen, die Sterbenden helfen wollen.“ Verlag Herder, Freiburg im Breisgau

BABANEK, A. (2002): „Wenn Sterbende aufhören zu sprechen.“ In: BÖKE, H; SCHWIKART, G.; SPOHR, M. (2002): „Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motivationen. Schutzräume. Problemfelder.“ Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh

BAUSEWEIN, C.; ROLLER, S.; VOLTZ, R. (2007): „Leitfaden Palliativmedizin Palliative Care.“ 3. Auflage, Elsevier GmbH, München

CANNAERTS et al (2004): „Palliative Care, Care for Life: A Study of the Specificity of Residential Palliative Care.“ In: Qualitative Health Research, Vol.14 No. 6, 816-833

CLAXTON- OLDFIELD, S.; CLAXTON- OLDFIELD, J. (2007): „The Impact of Volunteering in Hospice Palliative Care.“ In: American Journal of Hospice and Palliative Medicine Care; Vol. 24; Nr. 4 Aug/Sept p. 259-263

CLAXTON-OLDFIELD, S.; JEFFERIES, J.; FAWCETT, C.; CLAXTON-OLDFIELD, J. (2004): „Palliative Care Volunteers: Why do they do it?“ In: Journal of Palliative Care 20:2; 78-84

DANEKE, S. (2003): „Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe. Motivieren- Organisieren- Honorieren.“ Urban&Fischer Verlag, München- Jena

DEIN , S.; ABBAS, S.Q. (2005): „The stresses of volunteering in a hospice: a qualitative study.“ In: Palliative Medicine 19: 58-64

FEICHTNER, A.; NAGELE, S. (2005): „Lehrbuch der Palliativpflege.“
Facultas Verlag, Wien

FUCHS, R. (2001): „Das Geschäft mit dem Tod. Plädoyer für ein Sterben in Würde.“ Patmos Verlag, München

GRASHORN, B. (2008): „Hospizarbeit & Sterbebegleitung. Ein Leitfaden.“
Health Books Verlag

GROND, E. (2004): „Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie. Leitfaden für Pflegende in der Altenhilfe.“ Kohlhammer GmbH, Stuttgart

HEIMERL, K. (2008): „Orte zum Leben- Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen.“ Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

HENNEZEL, M; LELOUP, J. (2000): „Die Kunst des Sterbens. Der Tod und wie wir mit ihm umgehen können.“ Wolfgang Krüger-Verlag GmbH, Frankfurt am Main

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E. (2000): „Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation.“ 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin Heidelberg

JENNY, M. (1996): „Psychische Veränderungen im Alter. Mythos- Realität- Psychologische Interventionen.“ Facultas Universitätsverlag, Wien

KOCH, U.; LANG, K.; MEHNERT, A.; SCHMELING-KLUDAS, C. (2006):

„Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung.“ Schattauer GmbH, Stuttgart

KOJER, M. (2007): „Die Welt der Alten respektieren, ihre Sprache sprechen...

Was ist Palliative Geriatrie?“ In: HELLER, A.; HEIMERL, K.; HUSEBØ, S.

(2007): „Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun.“ 3. Auflage, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

KROPIUNIGG (2002): „Grundregeln in der ärztlichen Gesprächsführung.“ In:

FRISCHENSCHLAGER et al: „Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen.“ 7. Auflage, Facultas Verlag, Wien

KÜBLER-ROSS, E. (2009): „Interviews mit Sterbenden.“ Kreuz Verlag GmbH, Freiburg; Titel der Originalausgabe (1969): „On Death and Dying.“ Deutsche Übersetzung (1971), Kreuz Verlag, Stuttgart

KULBE, A. (2008): „Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege Sterbender.“ Elsevier GmbH, München

LACK, P. (2007): „Palliative Care und Freiwilligenarbeit- Mitmenschliches Handeln und soziales Engagement.“ In: KNIPPING, C.: „Lehrbuch Palliative Care.“ 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

LAMNEK, S. (1998): „Gruppendiskussion. Theorie und Praxis.“ Psychologie Verlags Union, Weinheim und Basel

LAMNEK, S. (2005): „Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch.“ 4. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

LEITHÄUSER, T.; VOLMERG, B. (1988): „Psychoanalyse in der Sozialforschung. Eine Einführung.“ Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen

LEITHÄUSER, T.; VOLMERG, B.; SALJE, G.; VOLMERG, U.; WUTKA, B. (1977): „Entwurf zu einer Empirie des Alltagsbewusstseins.“ Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

MARMET, O (1999): „Ich und du und so weiter“ Weinheim: Beltz Verlag

MAYER, H. (2002): „Einführung in die Pflegeforschung.“ UTB, Wien

MAYRING, P. (2002): „Einführung in die qualitative Sozialforschung.“ 5. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

MAYRING, P. (2008): „Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.“ 10. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

MCKEE, M.; KELLEY, M.L. (2007): „So no one dies alone: a study of hospice volunteering with rural seniors“ In: Journal of Palliative Care 23:3; 163-172

MENCHE, N. (2007): „Biologie, Anatomie, Physiologie.“ 6. Auflage, Elsevier Urban& Fischer Verlag, München

PSCHYREMBEL®(2004): Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin

ROSENKRANZ, D.; WEBER, A. (2002): „Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der sozialen Arbeit.“ Juventa Verlag, Weinheim und München

SAUNDERS, C. (1993): „Hospiz und Begleitung im Schmerz.“ Verlag Herder, Freiburg

SCHROETER, K.R.; PRAHL, H.-W. (1999): „Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe. Ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule.“ Beltz Verlag, Weinheim und Basel

SCHULZ VON THUN, F. (2008): „Miteinander reden: 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation.“ Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

SCHUMACHER, J.; STIEHR, K. (2002): „Handbuch für die Freiwilligenarbeit von und mit älteren Menschen.“ Ergebnisse des Projekts >Seniorengerechte Rahmenbedingungen für das Soziale Ehrenamt<.“ Verlag Peter Wiehl, Stuttgart, Marburg, Erfurt

SONNECK, G. (2002): „Der alte Mensch.“ In: FRISCHENSCHLAGER et al: „Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen.“ 7. Auflage, Facultas Verlag, Wien

VERHAEGE, S. et al (2007): „The process and the meaning of hope for family members of traumatic coma patients in intensive care“. Qual Health Res. 2007 Jul;17 (6) :730-743

WINGCHEN, J. (2006): „Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Ein Lehr- und Arbeitsbuch.“ 2. Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hannover

WORTHINGTON, D.L. (2008): „Communication Skills Training in a Hospice Volunteer Training Program.“ In: Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care Vol. 4 (1); 17-37

ZIMBARDO, P.G.; GERRIG, R. (2004): „Psychologie.“ 16. aktualisierte Auflage, Pearson Studium, München

Online-Dokumente

BADELT, C.; HOLLERWEGER, E. (2001): „Das Volumen ehrenamtlicher Arbeit in Österreich.“ Working Papers / Institut für Sozialpolitik, Nr. 06/2001
[Online-Dokument: <http://www.wu-wien.ac.at/sozialpolitik/pub/wp6> (Stand: 29.5.2008)]

FREIWILLIGEN-AGENTUR HALLE-SAALKREIS E.V.: „Ehrenamtliche Besuchsdienste für Ältere Menschen. Praxishilfe Freiwilligen-Management für Pflegeeinrichtungen.“ 2006 [Online-Dokument: http://arzneimittelliste.com/site/fileadmin/user_upload/PDF/Pflegeversicherung/praxishilfe_freiwilligen_management.pdf (Stand: 20.4.2010)]

KURATORIUM WIENER PENSIONISTEN-WONHÄUSER- Häuser zum Leben: [Online: <http://www.kwp.at> (Stand: 27.2.2009)]

KURATORIUM WIENER PENSIONISTEN-WOHNHÄUSER- Häuser zum Leben: „S.m.S. steht für *Solidarität mit SeniorInnen*.“ 2009 [Online-Dokument: http://www.kwp.at/pics/web/Pressemitteilungen/smsdankefest_2008.pdf (Stand: 27.2.2009)]

LEBENSWELT HEIM- Dachverband der Alten- und Pflegeheime

Österreichs: „Innovationspreis 2006 an das KWP-Haus am Mühlengrund!“ 30/2006 [Online-Dokument: http://www.lebensweltheim.at/catit/pdf_usr/LWH%2030%20S.12-15.pdf (Stand 15.3.2009)]

MANNER, M. (2010): „Die Ansprüche der Senioren steigen.“ Wirtschaftsblatt

[Online-Dokument:

<http://www.wirtschaftsblatt.at/home/schwerpunkt/immobilien/414563/print.do>

(Stand 6.4.2010)]

STAPEL, B.: „Palliative Care Österreich. Ein Überblick.“ Österreichische

Palliativgesellschaft, 2005 [Online Dokument: <http://www.palliative-care.at>

(Stand: 23.10.2006)]

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kommunikationssperren nach Gordon (1989).....	28
Abbildung 2: Einladung und kurzes Informationsschreiben an ehrenamtliche MitarbeiterInnen.....	42
Abbildung 3: Themen der Gruppendiskussion 1	43
Abbildung 4: Themen der Gruppendiskussion 2	46
Abbildung 5: Zusammenfassung Aussagen KoordinatorIn Gruppendiskussion 2	49
Abbildung 6: Themen der Gruppendiskussion 3	50
Abbildung 7: Zusammenfassung Aussagen KoordinatorIn Gruppendiskussion 3	52
Abbildung 8: Gemeinsame Themen der Gruppendiskussionen.....	53
Abbildung 9: Ergebnisse- Themenbereiche	71

9. Anhang

9.1. Abstract

Die Versorgung in Pensionisten-Wohnhäusern ist auf das Leben gerichtet, obwohl die BewohnerInnen bei ihrem Einzug schon betagt sein können. Es sind nicht nur Häuser zum Leben, sondern auch Häuser zum Sterben. Dort, wo gut gelebt wird, kann auch gut gestorben werden (vgl. *Heimerl, 2008*). Trotz dieser Erkenntnis werden die Themen Tod und Sterben nicht behandelt. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen nehmen Rücksicht auf die Bedürfnisse der anderen und möchten ihre eigenen mit einbeziehen (vgl. *Daneke, 2003*). Ein wichtiger Schritt ist es, ihre eigenen Bedürfnisse, vor allem im Bereich Sterben, Tod und Trauer, zu erfragen und festzuhalten, um die Qualität der Begleitung zu erhalten bzw. zu verbessern. Daraus ergibt sich die Fragestellung, wie ehrenamtliche MitarbeiterInnen im KWP (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser) die Situation bewältigen, wenn die von ihnen betreuten BewohnerInnen sterben.

Die derzeitigen Studien, die sich mit den Themen Sterben und Tod bezüglich ehrenamtlicher MitarbeiterInnen beschäftigen, befinden sich in der Palliative Care. Wissenschaftliche Untersuchungen in der Geriatrie sind nicht vorhanden. Somit haben *Cannaerts et al. (2004)* es für wichtig empfunden, dass im gesamten Team offen über gewisse Themen gesprochen werden kann, auch über das Sterben und den Tod. Erst dann ist eine gute Zusammenarbeit möglich (vgl. *Cannaerts et al., 2004*). *McKee et al. (2007)* fanden heraus, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen einer Gemeinde sich im hohen Maße engagieren. Die Kernaussage ist: niemand sollte alleine sterben (vgl. *McKee et al., 2007*). *Dein et al. (2005)* untersuchten, wie ehrenamtliche MitarbeiterInnen mit Stress umgehen. Durch entsprechende Ausbildungen gelingt es ihnen mit Stresssituationen umzugehen (vgl. *Dein et al., 2005*). *Worthington (2008)* erkannte, dass es für Ehrenamtliche sehr wichtig ist, dass sie ein Trainingsprogramm erhalten, das nicht nur die verbale, sondern auch die nonverbale (Empathie) Kommunikation fördern soll (*Worthington, 2008*).

Die qualitative Vorgehensweise bietet den ProbandInnen die Möglichkeit, ihre Eindrücke, Erlebnisse und Ansichten in ihren eigenen Worten darzustellen (vgl. *Mayer, 2002*). Für dieses Vorhaben wurde als Datenerhebungsmethode die

Gruppendiskussion gewählt. Vorteile von Gruppendiskussionen sind, dass heikle Themen angesprochen werden können, dass die ProbandInnen in einer natürlichen Situation über unterschiedliche Ansichten diskutieren können und dass durch diese Interaktion die Ergebnisse näher am Alltagsgeschehen sind als zum Beispiel bei Einzelinterviews (vgl. *Lamnek, 2005*). Es wurden drei Gruppendiskussionen (insgesamt 19 ProbandInnen) in drei Häusern des Kuratoriums durchgeführt.

Die Auswertung der Gruppendiskussionen erfolgte durch die qualitative Inhaltsanalyse nach *Philipp Mayring (2008)* und nach *Thomas Leithäuser et al. (1988)*. Durch das Paraphrasieren, Selektieren und Bündeln werden Gemeinsamkeiten aller Gruppendiskussionen aufgezeigt. Es zeigt sich, mit welchen Problemen die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen am meisten konfrontiert sind. Nach *Leithäuser et al. (1988)* werden diese inhaltstragenden Stellen nochmals herausgenommen und mit Literatur unterlegt (vgl., *Leithäuser et al., 1988*).

Durch diese methodische Vorgangsweise wurden die Forschungsfragen beantwortet. So wurden folgende Themenbereiche erarbeitet: (1) Distanz vs. Nähe (2) Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Probleme (3) Kommunikation in schwierigen Situationen (4) Gesprächsbedarf der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen (5) Verdrängung (6) Aussagen der KoordinatorInnen.

9.2. Interviewleitfaden

„Wie bewältigen ehrenamtliche MitarbeiterInnen im KWP die Situation, wenn die von ihnen betreuten BewohnerInnen sterben?“

Kurzes Vorstellen der einzelnen TeilnehmerInnen

Welches Ereignis hat Sie bewegt, sich im KWP als ehrenamtliche/r MitarbeiterIn zu melden?

Können Sie die Anfangs-/ Eingewöhnungsphase beschreiben?

Wie lange sind Sie tätig?

Welche sind Ihre genauen Aufgaben? Was möchten Sie erreichen?

Mit welchem Gefühl gehen Sie an diese Aufgaben heran?

Was empfinden Sie, wenn Sie die BewohnerInnen besuchen?

Meinungen zu den Weiterbildungsangeboten des KWPs

Jedes Jahr bietet das KWP verschiedene Weiterbildungsmöglichkeiten, z.B. Intraversionen, Seminare u.a.. Wie denken Sie darüber?

Wie oft haben Sie daran teilgenommen?

Was haben Sie gelernt?

Schlagwort Intraversion Sommer 2008 „Sterben und Trauer“

Meinungen zu Tod und Sterben

Haben Sie sich vor dem Beginn Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit mit dem Thema Sterben auseinandergesetzt?

Wie sehr wurden Sie auf dieses Ereignis vorbereitet?

In wie weit beschäftigt Sie der Tod eines/r BewohnerIn (z.B.: auch zu Hause)?

Wie bewältigen Sie diese Situation?

Wie lange brauchen Sie persönlich, bis Sie sich bereit genug fühlen, eine/n neue/n BewohnerIn zu betreuen?

Beschreiben Sie die Situationen, wenn Sie sich überfordert fühlen.

9.3. Auszüge- Transkriptionen

Die Auszüge der Transkriptionen sollen exemplarisch darstellen, wie die Gruppendiskussionen verlaufen sind. Sie zeigen, dass es zu Diskussionen, aber auch zu ausgelassenen Gesprächen kommen kann. In der letzten Transkription wurde die Passage mit dem/der KoordinatorIn gewählt.

9.3.1. Gruppendiskussion 1

P1: Naja (,) Frau XY ist 77 (,) die ist relativ jung

P4: Ja (,) es hat eigentlich mit dem Alter nichts zu tun (,) es kommt auf den Gesundheitszustand an

P1: Aber ich habe überhaupt keine Gedanken (,) dass sie jetzt demnächst sterben könnte (,) das ist eigentlich nicht da und wenn es dann einmal da ist (,) naja (,) dann ist es da (,) aber ich mache mir jetzt keine Gedanken und wenn es dann da ist (,) ist es da (,) der Tod ist für mich eigentlich kein Thema (,) würde ich sagen

I: Bist ja seit deiner Jugend damit @konfrontiert@

@P1- P5@

P2: @Du nimmst deinen Grabstein mit@

P1: Na (,) ich geh auf das @anatomische Institut@

I: Deine Meinung (,) ob du (,) wie du gemeint hast alleine gelassen (?)

P3: Ich habe das nur gemeint (,) dass man auch darauf aufmerksam gemacht wird (,) dass wenn man so eine Tätigkeit ausübt (,) auch damit konfrontiert werden kann (,) sonst nicht (,) ich fühle mich nicht alleine gelassen

P2: Erstens einmal (,) wirst du schon vorher darauf vorbereitet

P3: Von wem (?)

P4: Von wem (?)

P2: Na von der Frau Koordinatorin

P4: Was willst du denn da für eine Vorbereitung (,) entweder ich komm zu dieser Frau oder nicht

P3: Ja

P4: Es ist deine Einstellung (,) du willst kommen

P2: Ja und das eine Monat (,) wo man sich entscheiden kann (,) gefällt es dir oder nicht

P4: Ja (,) aber was soll dir die Frau Koordinatorin alles erklären (?) entweder du kommst zu Frau XY (,) plauderst mit ihr (,) gehst mir ihr

P1: Und was soll sie über den Tod

P2: Na (,) nicht über den Tod (,) nur die allgemeine

P3: Das ist falsch (,) ja

P2: Nur die Allgemeinheit

I: Ob man dran gedacht hat (,) einfach (,) oder ob da irgendwie ein Gespräch haben kann

P3: Genau das meine ich

P5: Ob man sich damit beschäftigt

P3: Das ist genau das was ich meine

P4: Meine Dame sagt zu mir (,) sie möchte schon sterben (,) ihre Schwester ist zwei Jahre jünger (,) ist auch in einem Heim und kann halt nicht mehr aufstehen (,) ist quasi schon längere Zeit bettlägerig (,) sie sagt zu mir (,) wann ist es soweit (,) dass sie sterben kann (,) sage ich (,) ich weiß nicht wann der Tag ist (,) es kommt für jeden der Tag (,) wo der Tag X ist (,) wo es dann zu Ende geht (,) damit gibt sie sich zufrieden (...) die sagt nur (,) ihre Schwester tut ihr leid (,) weil sie kann mit ihr nicht telefonieren (,) sie kann mit ihr nicht sprechen (,) es geht ganz einfach nicht mehr (,) obwohl sie zwei Jahre jünger ist

I: Es ist ja nicht nur das Reden über den Tod (,) oder über das Sterben (,) es ist auch das Reden mit den Bewohnerinnen (,) wenn sie sagen (,) sie möchten sterben (,) dass man da so ein bisschen eine Hilfestellung bekommt

P3: Ganz genau das habe ich gemeint

P4: Ja

P3: Man wird nämlich (,) zumindest (,) ich kann nur für mich sprechen (,) ich hätte nicht eine Sekunde daran gedacht (,) dass wenn ich da bin (,) dass die Dame da jetzt sterben wird (,) irgendwann (,) oder auch gleich oder so (,) nur dass man einfach damit rechnen muss (,) ganz einfach (,) nichts anderes (,) keine Aufklärung oder so (,) also ich habe (,) drei Tage Sterbebegleitung gemacht

P1: Ja (,) aber die meisten Menschen schieben Tod hinaus

P3: Das weiß ich alles (,) das ist überhaupt kein Problem (,) aber nur wenn man so eine Tätigkeit beginnt (,) weil du hast genauso gefragt (,) ob man vorher damit konfrontiert wurde(,) das war nur meine Antwort drauf

I: Genau (,) diese Hilfestellung (,) wie man damit umgeht (,) oder dass man jemanden speziellen zum Reden hat (,) oder wie man auch mit Patienten spricht (,) und ob man in dieser Eingewöhnungsphase eine (,) Hilfestellung haben möchte

P5: Ich glaube junge Menschen brauchen eine Einführung (,) aber in unserm Alter haben wir genug erlebt und automatisch ist es halt so

P1: Ja

P4: Ja

P1: Weil wir schieben den Tod nicht mehr raus

P3: Nein (,) ich finde (,) das braucht man in jedem Alter (,) glaube ich

P1: @Der ist schon im Vorzimmer bei uns@

@P2, P5@

9.3.2. Gruppendiskussion 2

P1: Sie hält mich eigentlich auf Trab aber ich kann eigentlich sehr viel lernen von ihr (,) also von der kann ich wirklich viel lernen (,) also ich hoffe sie bleibt mir noch recht lange erhalten (,)

I: Weil du eben gesagt hast mit es kommt oft dieser Satz ich möchte sterben (,) ist das jemanden auch schon passiert und wusste nicht was er darauf sagen soll (?)

P2: Oja (,) das sagt meine Dame auch immer und ich sage ich habe mich angemeldet ins Pensionistenheim jetzt komme ich bald her (,) wo soll ich dann hingehen du bist die einzige die ich kenne sage ich immer (,) @du darfst jetzt nicht sterben@ wo soll ich dann hingehen (,) und dann dann vertut sie das (,) ja (,) na wann kommst du denn (,) sage ich @demnächst werde ich da sein@ (@P1-P8@) (,) das tu ich immer (,) sag ich dann was mache ich dann (,) ich geh zu niemanden anderen sage ich ich gehe nur zu dir (,) da nehme ich dich in meine Wohnung hinauf habe ich gesagt werden wir oben Kaffee trinken (,) und am Abend führe ich dich wieder heim (,) das gefällt ihr irgendwie (,) ja

I: Es wird mit Humor genommen

P2: Ja ja (,) ich mache das so (,) muss man so machen weil sonst wird sie zu depressiv

P3: Ich glaube es ist besser (,) mit Humor ist es am Besten

P5: Ja

P3: Weil die Dame bei der ich war die (,) die Frau EF die hat immer gesagt ich werde 110 und (,) und wenn es ihr nicht gut gegangen ist dann hat sie gesagt sie will nicht mehr habe ich gesagt sie haben das versprochen sie werden 110 Jahre bitte und sie so mit irgendeinem Scherz dann (,) da hat sie dann wieder gelacht sie hat gern gelacht (,) glaube ich das ist das Beste (,) das war bei ihr so ein Tages (,) sie hat überhaupt sehr viel gelacht (,) sie wollte sich auch einen ((P3 sagte ein Wort, ähnlich wie „jungen Mann“)) angeln sie hat gesagt (,) die Männer im Haus wollen alle Junge haben dabei können @sie eh nichts mehr@ (@P1-P9@) sie war sehr lustig und dann ist mal ein Herr von Direktion gekommen bei einem Fest hat

sie gesagt der ist schon fesch ist der verheiratet (?) sage ich @geh frage ihn@
 (@P1-P9@)

I: Also es wurde keiner negativ überrascht von solchen Worten oder Aussagen dieser Art (?)

(P1-P9 verneinen)

P3: Ist eine Bereicherung

P6: Ich glaube wenn man selbst darauf eingehen würde macht man sich selbst auch fertig (,) mit dem wenn man drauf eingehen würde (,) glaube ich nehme ich an (,) wenn man jetzt hört der will sterben und da mache ich mir ja selber fertig um Gottes willen hoffentlich stirbt die jetzt nicht wirklich oder was (,) sondern

P3: Ja genau

P2: Man möchte das ja auch schön abschließen wenn man geht

P1: Aber die was so reden (,) da dauert es nicht mehr lange (,) weil die wollen dann nicht (,) nicht mehr bei der Frau DE und bei der Frau BC war es so

P3: Ich habe den Eindruck die Leute so über 80 85 (,) die reden gar nicht so viel über Krankheiten weil manche sagen na du hörst da nur Krankheiten sage ich (,) Leute in meinem Alter reden viel mehr von Krankheiten wie diese ganz alten Leute

P4: Das stimmt ja

P7: Genau

P3: Die reden nicht mehr von Krankheiten von (,) die so alt sind um die 70 die eiern (,)

P1: Die haben schon vorher so viel geredet (,) dass sie nachher nicht mehr können

P3: Ich finde so alte Menschen reden über das gar nicht

P7: Das stimmt (,) ja ist eh war

P3: Die wollen ja selber fröhlich sein (,) ab einem gewissen

P4: Ich mein die planen ja auch nicht lange (,) die leben ja mehr oder weniger nehme ich mal an von einem Tag auf den anderen (,) die sind immer froh wenn sie am Tag (,) so halbwegs gut über die Runden gebracht haben ohne große Schmerzen und ohne Ding (,) glaube ich dass das so ist wenn man mal so um die 90 ist (,)

I: Dass es den Bewohnern hier gut geht davon gehe ich aus

P4: Ja

I: Aber wie geht es den Ehrenamtlichen (,) das ist der Punkt

P1: Ich habe eine ganz eine andere Lebenseinstellung seit ich da bin

I: Inwiefern (?)

P1: Naja (,) ich weiß nicht ich lebe das Leben irgendwie bewusster (...) also ich mache mir auch keinen Druck und keinen Stress mehr früher hat das alles immer müssen so passen wenn ich von die Wohnung verlassen und in die Arbeit gehe und (,) da habe ich mich noch umgedreht und habe noch das Flankerl aufgehoben vom (,) jetzt können das drei Flankerln ist mir wurscht also (,) ich (,) genieße das Leben irgendwie anders wenn ich (,) seit ich da sehe (,) wie kurz das Leben eigentlich sein kann (,)

I: Eben durch die Erfahrungen die du gemacht hast lebst du anders bewusster (?)

P1: Ja (,) eigentlich schon (,) also für mich ist das eine Bereicherung da (,) ich freue mich schon auf die Pension (,) @da gehe ich zwei Mal her@

@P2-P9@

9.3.3. Gruppendiskussion 3

I: Ich frage sie direkt (,) beim Erstgespräch (,) thematisieren sie das Sterben (?)

K: Nein

I: Nicht (?)

K: Nein

I: Darf ich fragen wieso (?)

(...)

K: Weil (,) weil das für mich (,) sagen wir bis jetzt kein Thema war (,) und auch (,) was die Fortbildung betrifft Sterbebegleitung gilt ja also gilt ja auch für hauptamtliche Mitarbeiter (,) und (,) ich habe dieses Seminar deshalb noch (,) nicht besucht weil eben (,) ja weil ich mich noch nicht getraut habe (,) also meine Mutter ist selber vor eineinhalb Jahren verstorben war (,) war sechs Jahre lang schwer krank (,) sehr sehr krank (,) und (,) ich glaube man muss sich selber auch die Zeit geben dieses Seminar zu besuchen und (,) ich selber finde es halt nicht so gut wenn ich gleich beim Erstgespräch (,) mit dem (,) mit dem Tod beginne sondern es (,) es entwickelt sich eine Beziehung (,) und ich aber biete immer den Ehrenamtlichen an also (,) wenn es Probleme gibt (,) gerade wenn (,) der Bewohner die Bewohnerin verstirbt (,) dann (,) haben die Ehrenamtlichen die Möglichkeit (,) zu (,) ein (,) einen Termin mit unserer Supervisorin auszumachen (,) das (,) das wurde schon ein paar Mal in Anspruch genommen (,) wie die Bewohnerin verstorben ist (,) und das ist einfach das Angebot

I: Die Supervisorin ist eine Psychologin (?)

K: Ja (,) eine klinische Psychologin (,) es gibt regelmäßig Supervisionen (,) und wenn Bedarf besteht dann (,) kann (,) also gibt es Einzelgespräche (,) ja

I: Also von ihrer persönlichen Meinung sollte man beim Erstgespräch das nicht thematisieren (?)

K: Nein

(...)

I: Ich möchte einfach (,) jede Koordinatorin macht das natürlich anders (,) und (,) ich möchte die Motivation das sagt man (,) was sagt man nicht und dafür halt die Gründe

K: Das kommt dann im Laufe der Zeit also wenn ich wenn wir dann merken dass es dem Bewohner nicht mehr so gut geht dann kommt schon (,) dann wird schon das Thema angesprochen aber nicht wenn sich jemand vorstellt und sagt er möchte mitarbeiten also das ist (,) ist dann das Thema Tod kein (,) Gesprächsthema (,) also in meinem Fall

I: Ist das zu früh (?) oder

K: Ja also ich habe ich bin seit ich arbeite seit acht Jahren (,) im Kuratorium (,) und, werde in den letzten zwei Jahren mit Todesfällen konfrontiert und vorher war das kein Thema (,) ja und in den letzten zwei Jahren sind (,) mehr Menschen sind viele Menschen verstorben und das merkt man eben auch deswegen weil die Leute immer älter werden wenn sie einziehen

P2: Da war es so in der Bettenstation als wie wenn der Sensenmann durchgegangen ist

K: Ja ja ja

P2: Das sind meine beiden Klientinnen innerhalb von einer Woche (,) da war man vorher noch im Zimmer (,) eine Woche drauf kommst du und ist keiner mehr da

K: Ja (,) vor (,) Ja vor zwei Jahren war das gell (?)

P2: Ja

K: Vor zwei Jahren war das gell (?)

P2: Ja das war und (,) dann auch eine Bewohnerin von von den Appartements (,) nicht nur in der Bettenstation ich mein (,) du gehst ja freiwillig in die Bettenstation man wird ja gefragt (,) ob man dort (,) jemanden betreuen möchte oder ob man sich das zutraut (,) und bei mir war es eben (,) dass ich gesagt habe ja ok interessiert mich eben weil ich schon in (,) jungen Jahren immer wieder (,) mit Krankheit und mit Pflegefälle konfrontiert war also (,) und ein gewisses Helfersyndrom (,) dazu (,) was in meinem Körper steckt (,) daher auch (,) diese

Zusage für die Bettenstation (,) und das war irgendwo kein Problem du schaust in jedes Zimmer rein aber (,) da war das vor zwei Jahren das war schon sehr (,) also der Winter (,) das war (,) das glaubt man nämlich nicht (,) dass so etwas möglich ist

I: Und wie sind sie damit umgegangen (?) also war das so richtig dass man selber baff ist (,) oder hat man da überhaupt genug Zeit gehabt darüber nachzudenken oder war das einfach nur

P2: Ich glaube nachgedacht erst (,) wie (,) wie wirklich diese (,) ich sage jetzt (,) unter Anführung (,) diese Saison oder diese (,) dieser Abschnitt vorüber war (,) dann hat man nachgedacht wenn du gegangen bist und durchgegangen bist den Gang und gesehen hast (,) wie dein Namenschild geändert oder (,) oder weg dann ist es dir erst so bewusst (,) zum Bewusstsein gekommen (,) wie gesagt (,) hallo da sind sechs oder acht auf einmal (,) nicht (?) wie gibt es das (?) also man glaubt das ja gar nicht wenn du so hörst was im Krankenhaus stirbt aber (,) da (,) da nimmt man das schon ganz anders zur Kenntnis (,) dass sowas möglich ist in der kurzen Zeit (,) von den Bewohnerinnen (,) also das hat mich dann auch irgendwo beschäftigt (,) man denkt halt dann immer wieder es kommt dann wieder so eine Spirale das Rad rennt da durch und man denkt halt immer wieder darüber nach beziehungsweise wird auch dann wieder erinnert (,) daran

9.4. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Daniela Sackl

Geburtsdatum: 21.10.1986

Geburtsort: Wien

Ausbildung

1993- 1997 Volksschule Josefinum, 1140 Wien

1997- 2005 Gymnasium GRG16 Maroltingergasse, 1160 Wien

Seit 2005 Inskription des Studiums Pflegewissenschaft, Universität
Wien
Vorrausichtlicher Abschluss 2010

Berufliche Tätigkeiten

10/2005- 11/2005 Abteilungshelferin, Sanatorium Liebhartstal, 1160 Wien

03/2006- 06/09 Lernhilfe der MA10, 1200 Wien bzw. 1190 Wien

06/2008- 07/2008 Praktikum als Stationsangestellte im stationären Bereich,
Haus Liebhartstal2, 1160 Wien

09/2008- 12/2009 Büroangestellte im stationären Bereich, Liebhartstal2, 1160
Wien

Seit 01/2010 Sachbearbeiterin, KWP-Kundenservice, 1090 Wien

12/2007 u. 04/2008 Teilnahme an „Einführung in die Validation“ bzw.
„Einführung in die Validation 2.Teil“, im Rahmen von
S.M.S., KWP, Wien

- 07/2008** Teilnahme am Intervisionsthema „Sterben und Trauer“, im Rahmen von S.M.S. „Psychologie & Ehrenamtliche Tätigkeit“, KWP, Wien
- 02/2009** Teilnahme an „Gerontopsychologie Heute- Ressourcen im Alter“, im Rahmen des psychologischen Dienstes, KWP, Wien
- 05/2009** Teilnahme am Symposium „DA-SEIN im Leben/ Volunteers in Palliative Care“ im Rahmen des 11. EAPC-Kongresses, Austria Center Vienna
- 11/2009** Mitarbeit und Teilnahme am Pflegekongress09, Austria Center Vienna
- 03/2010** Teilnahme an „Ethik Workshop“ im Rahmen der beruflichen Weiterbildung, KWP, Wien
- 04/2010** Teilnahme an „Instant Ageing“ im Rahmen der beruflichen Weiterbildung, KWP, Wien
- 04/2010** Teilnahme an „Vernetzung von Lehre- Forschung- Praxis- Politik“ mit dem Titel: „Es war eine schlimme Zeit. Die andere Perspektive des Krankseins.“ Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen, Medizinische Universität Wien
- 07/2010** Teilnahme und aktive Präsentation der Diplomarbeit an „9. Workshop Qualitative Inhaltsanalyse“ des Instituts für Psychologie/ Alpen-Adria-Universität Klagenfurt von Univ.-Prof. Mag. Dr. Philipp Mayring, Velden