

Personzentrierte Qualität in Hospiz und Palliative Care

Personzentrierung in der Begleitung von Sterbenden und Trauernden sowie in der multiprofessionellen Zusammenarbeit

Heidi Magerl

Praxis für Supervision, Regensburg-Lappersdorf

Der Leitgedanke von Hospiz- und Palliative Care ist ebenso wie der Personzentrierte Ansatz von einem zutiefst humanistischen Weltbild geprägt. Der Hospizbewegung ist es in den vergangenen 30 Jahren gelungen, Sterben, Tod und Trauer wieder in das gesellschaftliche Leben zurückzuholen. Die Zeiten, als Sterbende zum anonymen Sterben in eine Institution abgeschoben und sich oftmals selbst überlassen wurden, gehören der Vergangenheit an. Eine neue Sichtbarkeit und Popularität des Themas ist zu beobachten. Sterben, Tod und Trauer sind wieder Teil unserer Gesellschaft geworden. Dies zeigt sich auch darin, dass Hospizvereine seit Jahren einen ungebrochen großen Zulauf von Menschen haben, die eine Bereitschaft für bürgerliches Engagement mitbringen und ehrenamtlich unheilbar Erkrankte und deren Angehörige auf ihrem Weg begleiten und sich für diese anspruchsvolle Tätigkeit entsprechend qualifizieren lassen. Auch die Präsenz des Themas in den Medien spiegelt eine immer größere Bereitschaft und den Versuch wieder, unsere menschliche Endlichkeit in das Leben zu integrieren und dafür Sorge zu tragen, dass die Sehnsucht der Menschen, in einer vertrauten Umgebung angemessen umsorgt Sterben zu können, sich verwirklichen kann.

Die Hospizidee, unheilbar erkrankte, sterbende Menschen und deren Angehörige professionell, angemessen und würdig zu begleiten, wird heute in zahlreichen ambulanten und stationären Einrichtungen wie Hospizen und Palliativstationen durch speziell qualifizierte haupt- und ehrenamtliche Führungskräfte und Mitarbeiter gelebt und praktiziert. Auch in Kliniken, Einrichtungen der Altenhilfe und Seniorenheimen hält der Hospizgedanke beziehungsweise Palliativ Care immer mehr Einzug.

*Palliative Care, verstanden als eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte professionelle Sorgeskultur am Ende des Lebens, ist die entsprechende, aus der Hospiz Arbeit erwachsene Handlungsmethode, die sich heute weltweit etabliert hat. Palliative Care sieht den unheilbar erkrankten, sterbenden und trauernden Menschen in seiner *psychischen, physischen, sozialen und spirituellen* Dimension und ist somit ein ganzheitliches und multiprofessionelles Versorgungs- und Begleitungskonzept. Angehörige als Trauernde sind in dieses Sorgekonzept mit einbezogen (Sepulveda et al., 2002). Palliative Care ausgebildete Ärzte, Pfleger, Sozialpädagogen, Seelsorger sowie ehrenamtliche Hospizbegleiter gehören somit zum multiprofessionellen Versorgungsteam.*

Einer der größten fachlichen und menschlichen Herausforderungen ist es, Palliative Care in der Begleitungs- und Versorgungswirklichkeit im Sinne der unheilbar erkrankten Patienten und Angehörigen wirksam werden zu lassen.

Der Personzentrierte Ansatz entspricht in seinen Grundannahmen der palliativen Haltung und bietet für deren Umsetzung in den Praxisalltag die entsprechende Grundlage, bzw. den Begleitern das entsprechende kommunikative, innere Handwerkszeug. Sowohl für die Beziehungsgestaltung mit unheilbar erkrankten, sterbenden Menschen und deren Angehörigen, als auch für die multiprofessionelle Teamarbeit.

Personzentrierte Grundannahmen für die Begleitung Sterbender und Trauernder

Selbstaktualisierung im Angesicht des Todes

Im Personzentrierten Ansatz gehen wir laut Rogers bekanntlich von der Überzeugung aus, dass unser Organismus über eine natürliche Selbstaktualisierungstendenz verfügt. Selbstaktualisierung als eine Neigung, all seine Fähigkeiten so zu entwickeln, dass sie ihn erhalten und er seine Entwicklungsaufgabe, die das Leben bereithält, meistern kann. Jeder Mensch trägt ein konstruktives Entwicklungspotenzial in sich um sich dem Lebensfluss von *Werden und Vergehen* anpassen zu können. So ist die Förderung der Selbstaktualisierungstendenz des Menschen bzw. seinen Drang zum Wachsen, zur Selbstverwirklichung *hin zum Tod als letzte Entwicklungsaufgabe* gerade in der Begleitung von unheilbar erkrankten Menschen von großer Bedeutung. Selbstaktualisierung als die am tiefsten verankerte Fähigkeit in uns, selbst existenzielle Krisen beschreiten zu können. *In einer Lebens- bzw. Sterbekrise Zugang zum eigenen, im Laufe der Biografie gewordenen Selbst finden bzw. dieses aktualisieren zu können, ist für Betroffene existenziell.*

Auch geht Carl Rogers davon aus, dass wir im Laufe unseres Lebens durch das Sammeln von Erfahrungswissen ein individuelles Selbstkonzept entwickeln. Wir alle haben schon zahlreiche Krisen bewältigt und es ist uns gelungen, unser individuelles, unverwechselbares Selbst an die jeweilige Lebenssituation anzupassen. Hierfür brauchen wir die Selbstaktualisierung als inne-

re Fähigkeit, die entsprechenden Entwicklungsschritte vollziehen zu können.

Der Tod fordert uns auf eine ganz besondere und schmerzliche Weise heraus, uns mit den realen Gegebenheiten menschlicher Existenz auseinanderzusetzen. Erweist uns radikal auf die Verletzlichkeit unseres Seins und auf unsere eigene Endlichkeit hin. So ist es wohl die größte Herausforderung und Aufgabe unseres Lebens, die Wirklichkeit unserer Sterblichkeit und die unserer geliebten Angehörigen in unser Leben zu integrieren.

Wie soll sich unser Selbst aktualisieren, wenn es durch den Tod bedroht ist?

Eine unheilbare Diagnose oder der drohende Verlust eines geliebten Menschen durchbricht unser natürliches Streben nach Autonomie und die darin liegenden Entwicklungswünsche. Betroffene erleben eine bisher nicht bekannte, existenzielle Erschütterung. Sie machen eine Grenzerfahrung, bzw. stehen an der Grenze Ihres Lebens und müssen erkennen, dass Ihre bisherigen, im Laufe ihres Lebens gewachsenen Bewältigungsmechanismen beziehungsweise Ressourcen und Resilienzen nicht mehr ausreichend sind um dieser Bedrohung begegnen zu können. Die damit einhergehenden tiefgreifenden Veränderungen stürzen uns in eine Krise und zwingen uns zu persönlicher Reifung. Wir sind gefordert, uns neu zu orientieren und uns zu dieser Realität zu verhalten. Wir brauchen eine *neue Haltung* zu diesem unfassbaren, unwiederbringlichen Geschehen. Im Angesicht des Todes brauchen wir ein gewandeltes Verständnis unseres Selbst und ein gewandeltes Weltverständnis. Dies kann nur gelingen, wenn wir in der Krise Zugang unserer Aktualisierungstendenz bzw. Vollendungstendenz finden. Wesentliche Aufgabe der Begleiter ist es von daher, für Sterbende und Trauernde ein *personenzentriertes Klima* zu schaffen, indem ihre Suchbewegungen Raum haben. Die Erkenntnis, bald sterben zu müssen oder einen geliebten Menschen zu verlieren, macht erfahrungsgemäß fassungslos.

Der Tod übersteigt unser *menschliches Fassungsvermögen*. In der Begegnung mit Betroffenen machen wir häufig die Erfahrung, dass sie anfänglich ihre gewohnte Fassung verlieren, in Fassungslosigkeit versinken und so in eine innere Inkongruenz geraten. Sie versuchen verzweifelt, ihrem Leben, das wie ein Kartenhaus in sich zusammen gefallen ist, wieder eine Fassung zu verleihen. Sie versuchen es, indem sie lange Zeit die Verlustsituation gedanklich durchspielen, tags und nachts immer wieder neu erzählen.

Im Angesicht des Todes wird die Aktualisierung als Schöpfungskraft empfindlich verletzt

Im Laufe unseres Lebens haben wir bereits zahlreiche Krisen erfolgreich bewältigt. Bisherige Aktualisierungs- und Bewältigungserfahrungen, die wir für uns und unseren Lebensweg nutzbar

machen konnten sind außer Kraft gesetzt. Angst, Verzweiflung, Schuldgefühle, Orientierungslosigkeit und Hoffnungslosigkeit drängen sich in den Vordergrund.

„Ich bin doch erst 46 Jahre alt. Wie soll denn mein Sohn ohne mich aufwachsen? Ich kann doch jetzt meine Frau nicht alleine lassen.“

„Ich weiß nicht, wie es weitergehen soll. Ich habe furchtbare Angst und keine Hoffnung mehr. Für mich ist alles aus.“

„Ich bin fest davon überzeugt, dass meine Frau mir am letzten Abend etwas mitteilen wollte. Ich habe nicht gehört und bin einfach gegangen. Ich weiß, ich hätte ihren Tod nicht verhindern, aber ich hätte bei ihr sein können. Das werde ich mir nie verzeihen.“

„Hätte ich früher einen Arzt konsultiert, könnte mein Kind heute noch am Leben sein.“

Sterbende und Trauernde müssen immer wieder *neu* Hoffnung schöpfen. Dies kann gelingen durch Begegnungen, die von Echtheit, Wertschätzung und Empathie geprägt sind. In der Begegnung mit unheilbar erkrankten und sterbenden Menschen ist zu beobachten, dass sie am Lebensende eine *Vollendungstendenz* haben. Sie möchten oder müssen ihr Leben vollenden. Um gehen zu können wünschen Sie sich ein gutes, befriedetes Ende. Sie möchten Ihr Leben, ihre Beziehungen und alles, was ihnen wichtig ist *in Ordnung bringen*. In Gesprächen mit Betroffenen wird immer wieder deutlich, dass ihre Situation für sie hoffnungsvoller wird, wenn es ihnen gelingt, ihrem Leben und Sterben *einen Sinn geben* zu können. Sie beschäftigen sich mit den Fragen:

Wo komme ich her und wo gehe ich eigentlich hin?

Warum ich?

Oftmals ist es den Menschen wichtig, sich im Rückblick mit dem eigenen Leben, mit allen Höhen und Tiefen und mit nahen Angehörigen aussöhnen zu können. Der Tod weist über das Leben hinaus. Keiner von uns hat Erfahrung mit dem Tod. Deshalb kommt der Möglichkeit, spirituelle Fragen klären zu können, eine wesentliche Bedeutung zu.

Die eigenen relevanten Sinnfragen klären zu können in der Begegnung der *Absichtslosigkeit*, das *So-Sein-Lassen können* der aktuellen Krisenwirklichkeit der Betroffenen, *gemeinsames aushalten* können der Unabwendbarkeit des nahenden Todes, lassen Hoffnung schöpfen. Dies stärkt ihre Resilienz und macht ihnen Mut ihren individuellen Weg zu Ende zu gehen.

Die Personzentrierte Haltung in der Begleitung Sterbender und Trauernder

Sterbende und trauernde Menschen sind darauf angewiesen, in ihrer aktuellen Lebenswirklichkeit wahrgenommen und verstan-

den zu werden. Mit dem subjektiven Erleben ihrer existenziellen Lebenskrise, ihrer Wirklichkeitskonstruktion, ihrem Selbst und Weltbild stehen sie im Zentrum der Begleitung. Sich für diese ihre Wirklichkeit zu sensibilisieren, ist eine vorrangige Aufgabe Personenzentrierter Begleiter. Diese wahrnehmen, aushalten und wertschätzen zu können, gehört zu den Grundkompetenzen hospizlicher Begleitung in der Beziehungsgestaltung. Aus dem subjektiven Erleben heraus erwächst der *Auftrag* an die Begleiter.

„Aber dann kommt er (der Tod H. M.) und reißt mir ein ums andere Mal die Geliebten aus den Armen, mein Denkwissen platzt zur Wirklichkeit auf. Aus der Wahrheit, die ich eingeübt und mir vertraut gemacht habe, fährt es plötzlich heraus, wie ein Blitz in die Krone durch den Stamm bis in die Wurzeln des Baumes schlägt ... Dann schmecke ich ihn. Die Wahrheit wissen ist das eine, sie zu schmecken, bekommen das andere ...“ (Stier, 1981, S. 11).

Sich für die Wirklichkeit des Todes zu sensibilisieren bedeutet auch, zu wissen, dass wir nichts wissen. Wir haben keine Erfahrung mit dem Tod. Begleiter wissen nicht, wie es wirklich ist, nur noch eine begrenzte Zeit leben zu können und sterben zu müssen. Wir können versuchen, uns in die Lebenswirklichkeit der Betroffenen empathisch einzufühlen. Verstehen und erfassen können wir ihre Situation nicht wirklich.

Personenzentrierte Begleitung bedeutet, den Betroffenen einen Beziehungsrahmen zu eröffnen, indem sie wieder Zugang zu ihrer Aktualisierungstendenz finden können und so ihren Lebensweg in ihrer individuellen, unverwechselbaren Art und Weise vollenden zu können.

Rogers plädiert in seinem Lebenswerk unermüdlich für diesen allerersten Schritt der radikalen Toleranz: „Immer zuerst zu akzeptieren und zu verstehen versuchen, wie die individuelle *Wirklichkeitskonstruktion* und das *Selbst- und Weltverständnis* des anderen aussehen. Dann ebenso sorgfältig zu beobachten, wie ich selber meine „Wirklichkeiten“ hervorbringe. Dann – erst dann! – „weitergehen“: Sich in einem dialogischen Akt zueinander in Beziehung setzen, zum *Zweck von Veränderung, Heilung und Wachstum* in der Psychotherapie, zum Zweck von Konsensfindung und Kreativität im politischen und sozialen Feld (Geiser, 1999, S. 34 f.). „Das Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, sodass es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird.“ (Rogers, 1999, S. 36).

Es geht im Personenzentrierte Ansatz nicht darum, den Klienten zu bewerten oder zu beurteilen, sondern ihn bei der Entdeckung seiner Individualität zu unterstützen. Der Therapeut hat somit nur eine Katalysatorfunktion: Er fördert den Prozess, aber der Prozess selbst muss vom Klienten geleistet werden (Sachse, 1996). „Die nichtdirektive Beratung basiert auf der Voraussetzung, dass der

Klient das Recht hat, seine Lebensziele selbst zu wählen, selbst wenn diese im Gegensatz zu den Zielen stehen, die der Berater für ihn ausgewählt hätte. Außerdem glauben wir, dass das Individuum wahrscheinlich eine kluge Wahl treffen wird, wenn es zu einer gewissen Einsicht in sich selbst und in seine Probleme gelangt ist“ (Rogers, 1999, S. 119). Zusammenfassend: „Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen“ (Rogers, 1999, S. 28). Die achtsame Gestaltung der Beziehung ist die eigentliche Qualität hospizlichen und palliativen Wirkens.

Trauernde und Sterbende spüren intuitiv, dass sie von ihren Mitmenschen als Belastung empfunden werden. In der Begegnung erinnern sie uns an unsere eigene Endlichkeit bzw. unsere eigenen Verlusterlebnisse. Deshalb fällt es ihnen so schwer, ihre erlebte Wirklichkeit anderen mitzuteilen. Gerade sie benötigen die Möglichkeit, sich aus ihrer Tiefe heraus mitteilen zu können. Sich hinter einer Fassade verstecken zu müssen kostet unendlich viel Lebenskraft, die ihnen eh nur begrenzt zur Verfügung steht. Sterbende und Trauernde haben nicht mehr die Möglichkeit, sich auf die Zukunft zu beziehen. Ein Morgen gibt es vielleicht nicht mehr. Umso wesentlicher ist die Qualität der Begegnungen, die sie im *Hier und Jetzt* leben können. Trauernde Angehörige können sich in die Zukunft orientieren, auf eine Zukunft hoffen. Das Besondere in der Begegnung mit Menschen in ihrer letzten Lebenszeit ist die Beziehung als Hoffnungsträger. In der Begegnung, egal ob sie nur einen kurzen Augenblick oder längere Zeit währt, spiegelt sich das noch mögliche Leben wider. Inklusiv aller noch bestehenden letzten Lebenswünsche. Eine Angehörige erzählte mir einmal:

Mein Vater war kein Mann großer Worte. In unserer Familie wurde über Vieles nicht gesprochen. Als er von den Sanitätern abgeholt wurde, schenkte er mir aber noch einmal einen Blick, der sagte: Alles ist gut, alles ist verziehen. Kurze Zeit später ist er verstorben. Sein Blick hat unsere Liebe zueinander spürbar gemacht und mir die Trauer um ihn sehr erleichtert.

Aus personenzentrierter Sicht im Kontext von Sterben, Tod und Trauer gelten die gleichen Grundsätze wie bei anderen Leiden. Die wesentlichen Wirkfaktoren für Beratung und Begleitung sind somit

- die Aktualisierungstendenz der Sterbenden und Trauernden
- die personenzentrierte Haltung auf Seiten des Begleiters
- der Sterbende und Trauernde ist Experte seiner eigenen Lebenswelt

Im Arbeits- und Begleitungsalltag, stehen sich die subjektive Lebens- und Krisenwirklichkeit der unheilbar Erkrankten einer-

seits und bereitgestellte Kompetenzen der Begleiter andererseits gegenüber. Durch eine wertschätzende, einführende und echte Haltung entsteht eine Beziehungsatmosphäre, in der unheilbar erkrankte Menschen oder dessen Angehörige in Kontakt kommen können mit ihrem realen Krisenselbst. Dies ermöglicht eine entwicklungsfördernde Beziehungsgestaltung und kann auf diese Weise einen Zugang der Betroffenen zu ihrer Selbstaktualisierung und ihrem Selbstkonzept im Angesicht des (drohenden) Todes eröffnen. Sie können Zugang finden zu ihren individuellen Ressourcen, Fähigkeiten aber auch Grenzen um wachsen zu können. Dies ist ein innerseelischer Prozess und der Betroffenen ist und bleibt Experte seiner eigenen subjektiven Lebens- und Sterbewelt.

Sterbende und ihre Angehörigen haben auf ihrem Weg unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen

Sich zu sensibilisieren für die Situation Sterbender und Trauernder bedeutet auch zu erkennen, dass Sterbende und ihre Angehörigen im Laufe der Erkrankung peu a peu voneinander getrennt werden und unterschiedliche Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben. Beiden gemeinsam ist die Trauer.

Sterbende als Trauernde müssen Stück für Stück alles freigeben.

- Ihre Lebenswünsche, Hoffnungen, Planungen
- Alles Materielle, das ihnen wichtig ist
- Ihre Autonomie und Unabhängigkeit
- Ihre Mobilität
- Die Welt als Ganzes und zum Schluss
- Den eigenen Körper

Angehörige als Trauernde sind gefordert, den Verlust in ihr weiteres Leben zu integrieren.

Sie müssen lernen,

- ohne den geliebten Angehörigen weiterzuleben,
- alle gemeinsamen Lebens- und Zukunftswünsche loszulassen und
- dem Verstorbenen einen neuen, inneren Platz zuzuweisen.

Personzentrierte Selbstfürsorge und Sorgeskultur für Mitarbeiter in Hospiz und Palliative Care

Der Tod geht immer mit und schaut täglich in das Leben der Mitarbeiter hinein. Begleiter im Angesicht des zu erwartenden Todes benötigen eine gute Selbstfürsorge einerseits und eine bereitgestellte Sorgeskultur der Arbeitgeber andererseits, um heil und gesund bleiben zu können. Die oft langjährige, tägliche Arbeit mit sterbenden Menschen und deren Angehörigen, der Umgang mit Leid und unausweichlicher Endlichkeit stellt an Mitarbeiter besondere Anforderungen. Sie gehen immer wieder zeitlich begrenzte Bindungen ein, die durch den herannahenden Tod geprägt sind. Verstirbt ein Patient, sind sie ebenfalls Trauernde.

Begleiterpersönlichkeiten zeichnen sich, neben ihrem fachlichen Know-how, vor allem durch eine persönliche *Haltung* aus, die aus einer Auseinandersetzung mit eigenen Auffassungen, Überzeugungen und Werten zu Sterben, Tod und Trauer sowie zur eigenen Endlichkeit erwächst. Im Laufe unseres Lebens haben wir uns durch Erfahrung intuitiv Resilienzen und Ressourcen angeeignet, um krisenhafte Belastungssituationen heil und gesund leben zu können. Diese Fähigkeiten und inneren Kräfte gehören zu unserem Resilienzrepertoire und bilden eine *wesentliche Säule der Selbst-Fürsorge*.

Empathisches Verstehen des eigenen beruflichen Selbstkonzeptes, das Wahrnehmen der eigenen subjektiven Lebenswirklichkeit, das Kennen des persönlichen Motives Sterbende und Trauernde begleiten zu wollen, das Kennen der eigenen Stärken und Schwächen und die Fähigkeit zu Humor sind für Begleiter hilfreich, um heil bleiben zu können. Andernfalls werden Begleiter in ihrer Wirksamkeit empfindlich gestört. So wird von den Begleitern ein hohes Maß an Empathie und Eigenreflexion gefordert. Supervisionsangebote, Kollegiale Fallberatungen, die entsprechende Gestaltung von Teamsitzungen und Rituale für die Mitarbeiter gehören zu einer *institutionellen Sorgeskultur* um die Belastungen der Mitarbeiter aufzufangen und zu mildern.

Personzentrierung in der multiprofessionellen Teamarbeit

Die Umsetzung des Palliativen Sorgekonzeptes in die Praxis kann nur gelingen durch ein gut funktionierendes, eng zusammenarbeitendes Netzwerk aller beteiligter Berufsgruppen. Das Zusammenführen unterschiedlicher, professioneller Sichtweisen der am palliativen Prozess beteiligten Mediziner, Pflegenden, Seelsorger, Sozialarbeiter und Ehrenamtliche dient dazu, gemeinsam das übergeordnete Ziel im Sinne der Patienten und Angehörigen zu erreichen. Aufgabe ist es, eine gemeinsame Wirklichkeit herzustellen, die für die Teammitglieder kongruent ist und mit der sie die jeweilige subjektive, in der Krise entstandene Lebens- und Sterbewirklichkeit der Betroffenen wahrnehmen, verstehen und reflektieren können. Das Verbindende ist die gemeinsame Haltung, die die Begleiter einnehmen. Eine Haltung, die sich radikal an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert und sie als Experten ihrer eigenen Lebenswelt sieht.

Fachspezifische, multidisziplinäre und menschliche Fähigkeiten stehen in der Zusammenarbeit im Vordergrund. Entsprechende kommunikative Kompetenzen stellen hier eine Schlüsselqualifikation dar.

Bedingt durch diese *hohen Anforderungskriterien* sehen sich Mitarbeiter im interdisziplinären und multiprofessionellen Kontext mit *hohen Erwartungshaltungen* von allen am Prozess Beteiligten

konfrontiert. Dies birgt die Gefahr einer *überhöhten oder eines inkongruenten persönlichen und beruflichen Selbstkonzeptes* in sich, was zu chronischen Belastungssituationen und Frustrationen führen kann (Müller & Pfister, 2012). Der *Aspekt der Beziehung* zeigte sich als der am stärksten belastete Bereich (ebd.).

Dies spiegelt sich in der supervisorischen Praxisbegleitung ebenfalls wider und ist von besonderer Relevanz. In der Interdisziplinarität und Multiprofessionalität werden Konflikt – und Reflexionsfähigkeit einerseits, Teamkompetenzen und entsprechende Bewältigungsmethoden andererseits vorausgesetzt. Es braucht Rollen- und Auftragsklarheit, Schnittstellenkompetenz zur Zusammenarbeit der Disziplinen und die Fähigkeit des reflexiven Austausches darüber. Zudem wird der Auftrag interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeitens auf einer *gleichwertigen Ebene* der einzelnen Professionen durch *hierarchische* Strukturen in ambulanten und stationären Palliativeinrichtungen erschwert.

In meiner Tätigkeit als Supervisorin erfahre ich, dass Mitarbeiter und Führungskräfte immer wieder *im kommunikativen Kontext* an Grenzen stoßen, die eine angemessene, erfolgreiche Begleitung von Sterben und Trauernden einerseits sowie eine fruchtbare interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeit andererseits behindern oder nicht im Sinne der Patienten und deren Angehörigen zustande kommen lassen. Kollegiale Konflikte oder Konkurrenzen der jeweiligen Professionen untereinander binden Ressourcen und Arbeitsenergien und können zu Erschöpfung und Frustrationen führen. Gerade langjährige Mitarbeiter erleben sich oftmals als gescheitert.

Derzeitige Qualifizierungsangebote

In Deutschland sind in Abstimmung mit den Fachorganisationen Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV) Palliative Care Curricula entstanden. Darüber hinaus existiert ein Curriculum Palliativmedizin der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Die Curricula entsprechen den gesetzlichen Anforderungen der ambulanten und stationären Hospizarbeit und Palliativmedizin (§§ 39 a I S. 4, II S. 6, 132 d in Verbindung mit § 37 b SGB V) und decken Aspekte der Schmerztherapie, Symptombehandlung, Kommunikation, Ethik und Recht, sowie eigener Umgang mit Sterben, Tod und Trauer ab. In den Curricula mit einem Stundenumfang von 160 Stunden sind beispielsweise für Pflegende und psychosoziale Berufsgruppen 16 Stunden zum Thema Kommunikation vorgesehen (Kern, Müller & Aurnhammer, 1996).

In den derzeitigen Qualifizierungskursen wird zwar die *Wichtigkeit von Kommunikation herausgestellt* und es werden in der Regel unterschiedliche Kommunikationsmodelle vorgestellt. Es gibt

aber kaum Angebote für die Mitarbeiter, diese kommunikativen Schlüsselqualifikationen zu erlernen.

Gelingende Interdisziplinarität und Multiprofessionalität im kommunikativen Kontext stellen eine *Entwicklungsaufgabe* für Führungskräfte, Mitarbeiter, Teams und Berufsgruppen dar. Diese muss *prozesshaft wachsen* und befindet sich erst in ihren Anfängen. *Nicht existent* ist eine grundlegende, theoriegestützte und handlungsleitende Basiskonzeption im kommunikativen Kontext. Die Praxis zeigt, dass strukturelle Rahmenbedingungen benötigt werden, damit entsprechende kommunikative Kompetenzen ausreichend vermittelt, geschult und entwickelt werden können. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen *Anspruch* und *Arbeitswirklichkeit* der im palliativen Bereich Tätigen. Um diese Lücke zu schließen bietet die GwG ab 2014 eine Weiterbildung an (siehe Kasten S. 195).

Literatur

- Geiser, C. (1999). Die Wirklichkeit der Person, *GfK-Text 4*, 34-44.
- Kast, V. (1982). *Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Freiburg: Kreuz.
- Kern, M., Müller, M. & Aurnhammer, K. (1996). *Basiscurriculum Palliative Care*. Bonn: Pallia Med Verlag.
- Müller, M. & Pfister, D. (2012). *Wieviel Tod verträgt ein Team?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rogers, C. (1999). *Die nicht direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stier, F. (1981). *Vielleicht ist irgendwann Tag. Aufzeichnungen*. Freiburg: Herder.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World of Health Organisation's Global Perspektive, *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91-96.



Heidi Magerl, Dipl. Sozialpädagogin, Supervisorin, langjährige Leiterin eines ambulanten Erwachsenen- und Kinderhospiz-Beratungsdienstes, arbeitet jetzt in eigener Praxis für Supervision und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Hospiz- und Palliativ-Fachkräften.

Kontakt: Heidi.Magerl@gmx.de