

5. Sterbebegleiterinnen benötigen Unterstützung durch Gruppensupervision

5.1 Das Problemfeld

In den hochentwickelten Ländern des Westens sind bedingt durch Industrialisierung, Verstädterung und kleinfamiliale Lebensformen in den letzten Jahrzehnten existenzielle Lebenssituationen wie Geburt, Krankheit oder Sterben immer mehr in Randbereiche und Spezialeinrichtungen abgedrängt worden. Unsere Lebensform ist geprägt von einem Allmachtsglauben an scheinbar unbegrenzte Möglichkeiten der Manipulation von Gesellschaft, Umwelt, Technik und Natur. Sozial und ökonomisch weniger „verwertbare“ Lebenslagen wie beispielsweise Krankheit, Behinderung, Alter, Sterben oder Tod widersprechen diesem machtbetonten Selbstverständnis. Mit großen Ängsten besetzt sind diese Lebenslagen daher immer mehr zum Gegenstand von Ausgrenzung, Verdrängung und Tabus geworden. Etwa neunzig Prozent der Bundesbürger möchten eigentlich gerne zu Hause sterben; in Wirklichkeit beenden weit über die Hälfte ihr Leben in der Anonymität der „totalen Institution“ eines Pflegeheimes oder Krankenhauses. In den letzten Wochen vor dem Tode ist die psychische Situation vieler Sterbender derjenigen von kleinen Kindern ähnlich. Ein Großteil der Sterbenden ist noch wenige Minuten vor ihrem Tode durch Ansprache kommunikativ erreichbar. Wer beim Sterben dabei ist, muß um diese Vorgänge wissen und die dabei auftauchenden intensiven Gefühle verarbeiten können. Allerdings verweist der sprachliche Umgang mit Sterben und Tod auf das Ausmaß von Ängsten und Tabus. Statt des Wortes „Tod“ findet man in den Sterbeanzeigen Umschreibungen wie „Erlösung“, „Abschied“ oder „Verlust“. Aus dem Sarg wird ein „Schrein“, in welchem die „sterblichen Überreste“ (die Leiche) bei einer „Feier“ (der Beerdigung) „heimkehrt“ (begraben wird). Die in den letzten Jahrzehnten vermehrte Tabuisierung dieser Lebenssituationen erschwert aber auch vielen jüngeren Menschen den Blick auf die Begrenztheit ihres eigenen Lebens. Für viele Mitarbeiterinnen aus dem Alten- und Krankenhilfe gehören Alter, Sterben und Tod jedoch zum Berufsalltag. Aber auch zunehmend beschäftigen sich Laienhelferinnen damit, Sterbende in ihren letzten Stunden und Tagen zu begleiten sowie den Familienangehörigen zu helfen.

5.2 Die öffentliche Diskussion

Seit dem Erscheinen des Buches von Kübler-Ross „Interviews mit Sterbenden“ (1969), der Kontroverse um die „Sterbehilfe“ des Medizinprofessors Hackethal und die Auseinandersetzungen um die Auftritte des australischen „Bio-Ethikers“ Singer ist das Thema hochaktuell und in den Medien vertreten. Viele Ärzte nehmen an Sterbenden in der Terminalphase keine künstlich lebensverlängernden Maßnahmen mehr vor bzw. verabreichen (überdosierte) Schmerzmittel, die dann den Tod beschleunigen. Damit befinden sich diese Ärzte in einer juristischen Grauzone. Die komplizierten Fragen von aktiver bzw. passiver Sterbehilfe, also Beschleunigung des Todeszeitpunktes, Euthanasie, ‘Sterben auf Verlangen’ usw. können hier nicht weiter thematisiert werden, zumal sie auch diskussionsmäßig in den juristischen, medizinischen und theologischen Bereich gehören. Es bestehen aber weiterhin berechnete Ängste in der Bevölkerung, im Zustand totaler Hilflosigkeit durch Apparate künstlich am Leben erhalten oder von professionellen Helferinnen unmenschlich behandelt zu werden. Weltweit standen seit 1976 etwa 10 Alten- und Krankenpflegerinnen wegen Tötung ihrer Schutzbefohlenen vor Gericht. Vor allem die Gerichtsverfahren in Wien und Wuppertal wurden wochenlang in der Öffentlichkeit diskutiert (Gibicek 1990). Das Geschäft mit der Angst betrieb auch der Diplom-Politologe Atrott mit seiner kommerziell aufgezogenen „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben“, über welche er illegal Zynkali-Kapseln veräußerte. Aktenkundig wurde dabei auch die Selbsttötung eines an „Aids-Phobie“ psychisch erkrankten, organisch allerdings völlig gesunden Juristen, der sich mit zwei von Atrott für 9.000 DM erworbenen Zynkali-Kapseln umgebracht hatte („Der Spiegel 8/1992). In dieser Situation rücken natürlich Fragen der Qualität der Betreuung von Sterbenden in den Vordergrund. Glücklicherweise finden sich in der pflegerischen Fachliteratur auch Gegenströmungen (Dörner 1991; Scheffler 1993).

5.3 Untersuchungsgegenstand

Dieser Beitrag konzentriert sich auf die Supervision von Sterbebegleitung; also der sozialen kommunikativen Betreuung sterbender Menschen. Im Gegensatz zur reichhaltigen amerikanischen Literatur liegen hierzu noch kaum deutsche Publikationen vor (Huck/Petzold 1984, S. 510ff). Zufällig ergab sich die Möglichkeit, neben einer mehrjährigen Gruppensupervision mit ehrenamtlichen Sterbegleiterinnen auch mehrere Stationen eines

Pflegeheimes zu beraten. Dadurch kam die folgende vergleichende Darstellung der Beratung von Laienhelferinnen und Altenpflegerinnen in der Auseinandersetzung mit diesem Thema zustande. Dabei wurden Chancen, Grenzen und unterschiedlichen Schwerpunkte beider Supervisionssettings mit deutlich. Nicht nur die Tatsache, daß die eine Gruppe ehrenamtlich tätig ist, sondern auch verschiedene institutionelle Einbindungen und Aufgaben bewirken beträchtliche Unterschiede in der praktischen Supervisionstätigkeit.

5.4 Gruppensupervision mit den Laienhelferinnen

In den letzten Jahren haben sich in Deutschland, auch aufgrund der angestiegenen öffentlichen Diskussion über Alter, Sterben und Tod, zahlreiche Vereinigungen gebildet, welche diese Herausforderungen menschlicher Existenz nicht nur thematisieren, sondern auch im Stile von Selbsthilfegruppen aktiv angehen. Derzeit sind in Deutschland mehrere hundert solcher Gruppierungen tätig: „Zuhause Sterben“, „Omega - mit dem Sterben leben“, Besucher-Dienste in Altenheimen und Krankenhäusern. Gemeinsames Merkmal dieser Initiativen ist nicht nur die Ehrenamtlichkeit, sondern auch die Tatsache, das viele der Mitglieder im *Grenzbereich* zwischen Selbst- und Fremdhilfe agieren. Ausgangspunkt und Motivation der Fremdhilfe war oftmals ein persönliches Erlebnis, daß nun in einer Betroffenen-Gruppe diskutiert und gleichzeitig als Hilfeangebot für andere organisiert wird. Dabei wurden als „Nebeneffekt“ die Motivationslagen reflektiert und im Zeitverlauf modifiziert; außerdem fanden soziale Kompetenzerweiterungen statt. Es handelte sich um eine Gruppe von 15 Frauen zwischen dreißig und knapp sechzig Jahren, die in soziologischer Hinsicht aus der gebildeten Mittelschicht (Lehrerinnen, Gesundheitsberufe) stammten und in einer westdeutschen Großstadt leben. Durch persönliche Sterbeerlebnisse im familiären Umfeld hatte sich diese Gruppe unter der Leitung einer behinderten Frau zusammengefunden. Um in anderen Familien und Institutionen, wie Krankenhäusern und Altenheimen einsam Sterbenden beizustehen, boten sich diese Frauen als Helferinnen für die letzten Tage und Stunden an. Über eine gute Öffentlichkeitsarbeit (Veranstaltungen, Presseartikel, Informationsblätter, Kontakte zu Ärzten, Pfarrern und Sozialstationen, Nottelefon) wurden sie immer angefordert, wenn das Pflegepersonal in den Einrichtungen oder Familienangehörige sie um Hilfestellung baten. Diese Hilfen bestanden vorwiegend darin, daß die Frauen - auch im Wechsel - vor allem dann zu den Sterbenden gingen, wenn diese sonst alleine geblieben wären; um mit ihnen zu reden, zuzuhören, vorzulesen, zu beten

oder einfach dabeizusein. Es handelte sich also um eine *geringe institutionelle Einbindung* der Helferinnen.

5.5 Anlaß zur Supervision

Die Supervision kam zustande, weil die Gruppe nicht mehr weiterkam und deswegen eine außenstehende Hilfe benötigte. Zufälligerweise geriet ich anlässlich einer Weiterbildung in Kontakt mit dieser Gruppe. Nach mehreren Gesprächen erklärte ich mich zur Hilfestellung bereit - unentgeltlich - wie die Helferinnen selber. Interessant ist dabei, daß niemand aus der Gruppe den Begriff *Supervision* vorher gehört hatte. Nach einer Rahmenabklärung und Zielfindung wurde klar, daß man genau diese Hilfemöglichkeiten gesucht hatte. Das Arrangement sah monatliche Gruppensitzungen von zwei Zeitstunden zu einem festen Termin in den Räumen einer Kirchengemeinde vor. Im folgenden werden dominierende Themen dieser über zweijährigen Gruppensupervision diskutiert.

5.6 Themen der Gruppensupervision

In methodischer Hinsicht orientierte sich diese Gruppensupervision an einem mehrperspektivischem Ansatz, der seine Wissens- und Handlungselemente vor allem aus der Gruppendynamik und der Balintgruppenarbeit, aber auch aus der Integrativen Therapie und Psychoanalyse, bezog. In den Sitzungen wurde sehr ernsthaft und die eigene lebensgeschichtliche Dimension betreffend gearbeitet. Es begann regelmäßig mit einer „Fallschilderung“; diese wurde auf die Gruppenebene bezogen, an die Falleinbringerin rückgekoppelt und dann neu diskutiert. Dieser Gruppenprozeß ist vergleichbar mit dem „Billard-Modell“ (Fengler 1986). Eine Person gibt den Anstoß, andere reagieren. Niemand weiß, wohin die Kugel (das Thema) sich bewegen wird. Nach den Erfahrungen der Balint-Arbeit ist die Fallschilderung und das anschließende Gruppengespräch über die Ursprungssituation (die Beziehung der Helferinnen zu den Sterbenden) selten direkt identisch, aber ähnlich, mit der Ausgangssituation. Gleichzeitig bilden sich ähnliche Phänomene in der Supervisionssitzung ab. Dieses aus der Balint-Arbeit bekannte Resonanz- oder Spiegelphänomen wurde regelmäßig für die Arbeit genutzt (Kutter 1990). Durch die geringe institutionelle Anbindung dieser Gruppe kam es nicht zu Themen, die typisch für

Teamsupervisionen sind wie z.B. Arbeitsabläufe, Hierarchiefragen oder Konflikte zwischen dem Personal. Am Rande tauchten Themen aus der Familiendynamik der Sterbenden auf. Im folgenden einige thematische Schwerpunkte dieser zweijährigen Supervisionsarbeit:

- Am Anfang des Supervisionsprozesses standen persönliche *Verstrickungen* der Helferinnen mit den Sterbenden im Vordergrund. Die Supervision hatte hierbei sowohl zur notwendigen Abgrenzung, als auch zur konkreten Hilfestellung zu verhelfen. Die Schwere der Themen bewirkte regelmäßig einen morbiden und depressiven Sog, der bei mir oft Betroffenheit und Lähmung auslöste und mir dann nach einiger Zeit durch bewußte Ausnutzung dieser Gegenübertragungsgefühle zur inneren Abgrenzung von der Gruppe verhalf. Durch die darauffolgende Deutungs- und Abgrenzungsarbeit konnte sich dann auch die Gruppe wieder selber finden und die Begrenztheit ihrer Kräfte erkennen und nutzen.
- *Stellvertretende Trauer* um den Tod eines fremden Menschen. Wenn man sich um sterbende fremde Menschen kümmert, kann man bei sich Trauervorgänge erleben, die einem selber beim Abschiednehmen von persönlich Nahestehenden aus der Vergangenheit nicht möglich waren. Hinter dem unbekanntem Verstorbenen tauchen dann plötzlich der eigene Vater, die Mutter, Geschwister, Partner oder andere Personen auf. Relativ schnell stellte sich dann für mich in der Gruppensupervision heraus, daß dies auch ein zentrales und anfänglich unbewußtes Motiv für die Bereitschaft zur Sterbebegleitung selber gewesen sein mußte. Bei derartigen Themen war es dann mein Ziel, die Falleinbringerin über eine begrenzte Bearbeitung der Ursprungssituation von der Verschmelzung mit dem unbekanntem Sterbenden „abzukoppeln“. Bei derartigen Szenen spürte ich immer seitens der Gruppe den Wunsch, die Supervision in eine Gruppentherapie umzufunktionieren. Private Rückblicke und Untersuchung der Motivation zum Helfen wurden zugelassen. Wichtig war es jedoch, daß danach die aktuelle Beziehung zum Sterbenden wieder in den Vordergrund rückte. Am Ende der Sitzung ging es um die Reflexion des „nächsten Schrittes“. Die Gruppe der Laienhelferinnen mußte also immer wieder aus der „Tiefe“ der mitgebrachten und erneut angestoßenen unbewußten Prozesse herausgeholt werden. Wie noch dargestellt werden wird, war es bei der Professionellengruppe eher umgekehrt.
- *Schuldgefühle und Wiedergutmachung*: Der Tod eines nahen Menschen löst sicherlich auch Schuldgefühle und Wiedergutmachungswünsche, aber auch aggressive Phantasien, aus. Wichtig ist es, daß diese Gefühle emotional erlebt und dann kognitiv bearbeitet werden können. Schließlich waren es gerade Erlebnisse und Gefühle dieser Art, welche ein Motiv zur Sterbebegleitung sind. „Das Thema hat mich nicht mehr losgelassen, über Jahre

hinweg“ war eine häufige Äußerung dazu. Gerade hierbei wird der Nutzen der Supervision deutlich. Nur durch eine außenstehende, nicht-verstrickte Person kann die eigene Lebensthematik erkannt und bewältigt, werden, um innerlich abgegrenzter wirklich helfen zu können. Das bedeutet, daß man den sterbenden Menschen nicht mehr im Sinne der klassischen Übertragung mit einer früher verstorbenen Beziehungsperson verwechseln muß.

- *Ausgeschlossen* und um den *Abschied betrogen* werden: Auch hierbei sind Übertragungsmuster im Spiel. Manchen dieser Frauen war es wichtig, beim Sterbevorgang direkt anwesend zu sein. „Ich durfte dabei sein“ lautete eine häufige Redewendung, die zum Bestandteil einer neuen Sprache dieser Helfer-Subkultur geworden war. Oft wurde dann in der Besprechung deutlich, daß diese Frauen aus verschiedenen Gründen beim Sterben einer Beziehungsperson nicht dabeisein konnten. Sei es, weil man es ihnen verwehrte oder weil sie sich davor fürchteten. Jahrelang haben sie sich deswegen Vorwürfe gemacht. Erst in jüngster Zeit sind diese unbewältigten Trauervorgänge ein Thema für die Forschung geworden. Wohlfahrtsverbände, Psychotherapeuten, Beratungsstellen und sogar Bestattungsinstitute bieten inzwischen „Trauerberatung“ an. Möglicherweise sind jährlich 100.000 Menschen neu von chronifizierter, d.h. nicht aufgearbeiteter Trauer, betroffen (Jerneizig u.a. 1991). Stellvertretend konnte in der Laiengruppe nun Trauer erlebt und Trennung vollzogen werden. Insofern bildeten die anfänglich unbewußten Motivationsstrukturen die Anfänge eines „Selbsteilungsprozesses“.
- Bei der Schilderung derartiger Vorgänge tauchte auch oft das Symbol von *Geben* und *Nehmen* auf. Aufgrund ihrer komplexen Motivationslage sahen sich die Laienhelferinnen nicht so sehr als die Gebenden, sondern sie waren die Nehmenden. Sie fühlten sich in der Schuld der Sterbenden. Dahinter fanden sich dann regelmäßig Schuldgefühle den verstorbenen Beziehungspersonen gegenüber. Nach einer „Entkopplung“ der Sterbeerlebnisse aus der eigenen Familie mit den Erfahrungen als Laienhelferin konnte in der Supervision dann die „Erlaubnis“ erteilt werden, daß man sich diese Erfahrung *nehmen* dürfte, weil man auch *gegeben* hatte. Auf einer tiefergehenden Ebene wurden auch Bereiche der Selbstwerts berührt und, um die Grenze zur Therapie zu wahren, eher indirekt angesprochen worden.
- Auf der Ebene der Gruppendynamik kam es immer wieder zu latenten *Rivalitäten* der Helferinnen untereinander. Denn der Einsatz bei den Sterbenden war in der Terminalphase „rund um die Uhr“ planstabsmäßig organisiert. „Niemand soll in Einsamkeit sterben müssen“ lautete eine weitere Regel dieser Subkultur. So kam es, daß manchmal vier

Frauen einen Sterbenden betreuten, aber nur eine von ihnen in den Genuß des *Dabeiseins* gekommen war.

Reflexion der Motivationen zum Helfen, das Erkennen von Übertragungsmustern und die damit einhergehende gesteigerte Abgrenzungsfähigkeit waren die wichtigsten Lernschritte dieser Supervision mit den Sterbebegleiterinnen. Gegen Ende der supervisorischen Betreuung konnten sich die Frauen viel bewußter und abgegrenzter verhalten. Sie gingen nicht mehr suchartig zu den fremden Sterbenden und ließen sich nicht mehr im Stile „hilfloser Helfer“ (Schmidbauer 1977) in deren Familiendynamik hereinziehen. Sie waren besonnener geworden und konnten auch „Nein“ sagen, ohne von Schuldgefühlen geplagt zu werden. Ein Indikator war auch der besonnene Umgang mit neuen Gruppenmitgliedern. Nach den Regeln der Gruppentherapie handelte es sich um eine „halboffene“ Gruppe oder „slow open group“ (Foulkes 1974). Es kamen immer wieder neue Frauen (sehr selten Männer) hinzu. Teilnahme war nicht verbindlich. Wenn die „Neuen“ nun in die „Anfängerfehler“ verfielen, wurde ihnen verständnisvoll, kompetent und auch mit einem Schmunzeln zur inneren Abgrenzung verholfen. Dabei zeigt sich deutlich, daß die ehrenamtliche Tätigkeit und ihre Supervision auch zu allgemeinen Kompetenzgewinnen über den Umgang mit der Zielgruppe hinaus, beigetragen hatte. Nun soll zu Vergleichszwecken eine Schilderung der Gruppensupervision mit Altenpflegerinnen in einem Altenheim herangezogen werden.

5.7 Gruppensupervision mit professionellen Pflegekräften

Einer psychologischen Diplom-Arbeit von Wolfgang George zufolge halten 72 % von etwa 300 befragten Krankenhaus-Mitarbeitern (Ärzte, Schwestern, Pfleger) die Sterbebegleitung in ihren Einrichtungen für „unvereinbar mit der Menschenwürde“ (Psychologie heute 8/1990, S. 8). Nach einer nicht-repräsentativen Mitarbeiterbefragung im Bereich der Altenheime meinen etwa 70% der dort Beschäftigten, die Sterbebetreuung in der eigenen Institution sei „verbesserungswürdig“. In 13 % der Einrichtungen müssen die Menschen alleine sterben. Allerdings empfinden 2/3 der Mitarbeiterinnen die Betreuung sterbender Menschen als „Höhepunkt“ der eigenen Tätigkeit. Jeweils knapp die Hälfte gab an, daß andere Heimbewohner beim Sterben eines Mitbewohners ferngehalten bzw. einbezogen werden (Altenpflege 4/1992). Die Arbeitsteilung im Pflegeheim hilft die Angst zu verarbeiten. Die Ärzte diagnostizieren und verabreichen Medikamente. Das Pflegepersonal nährt, säubert und pflegt. Pfarrer und Sozialarbeiter stehen vor allem während der Dienstzeiten für Gespräche

zur Verfügung. Sterben steht in vielerlei Hinsicht im Widerspruch zur Zielsetzung der Institution. Entsprechend haben sich Kommunikationsmuster ausgebildet: „Einverleibendes Wir“, „Suggestivfragen“, „Einweg-Kommunikationen“ oder die Gleichsetzung der Sterbenden mit ihren Symptomen (Glaser/Straus 1968).

5.8 Anlaß zur Supervision

Zwölf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von fünf Stationen eines großen Pflegeheimes hatten sich freiwillig zu dieser thematisch orientierten Supervision „Beratung über Sterben und Tod“ angemeldet. Es handelte sich um ein Weiterbildungsangebot der Heimleitung. Diese Mitarbeiterinnen hatten es über Jahre hinweg vorwiegend mit älteren teilweise schwer pflegebedürftigen und verwirrten Menschen zu tun. Diese hohe institutionelle Anbindung und die Tatsache, daß Altenpflege hier berufsmäßig ausgeübt wurde, haben es mit sich gebracht, daß das Thema Sterben schon seit der Ausbildung zu kurz kam. Aus dieser hohen institutionellen Einbindung der Professionellengruppe erklärt sich auch der andere Umgang mit dem Tode fremder Menschen.

5.9 Themen der Supervisionsgruppe im Altenpflegeheim

Wie schon erwähnt ergeben sich von der beruflichen Rolle und institutioneller Einbindung her andere Themen und Schwerpunkte im Umgang mit dem Sterben.

- Die Institution Pflegeheim bot für die Bewohnerinnen *totale Versorgung* durch das Personal. Im Gegenzug mußte das Personal vor der jahrelangen Konfrontation Leid, Gebrechlichkeit und Tod geschützt werden. Die Altenpflegerinnen waren zwar freiwillig gekommen, um „Beratung über Sterben und Tod“ zu erfahren; aber das Thema selber wollten sie nicht angehen. Regelmäßig wurden die Supervisionsstunden mit Diskussionen über Dienstplanung, Arbeits- und Schichtzeiten sowie anderen organisatorischen Problemen begonnen. Verspätungen, zwischendurch Telefonieren oder Rausgehen, den Raum früher verlassen, ließen sich - trotz wiederholter Bitten um Beseitigung dieser „Störfaktoren“ - nie ganz vermeiden. Das Thema war widerständig und die Teilnehmerinnen halt auch.

- Als es dann doch zum Gespräch über „Sterben und Tod“ kam, stellte sich heraus, daß dieses Thema zuerst institutionell und formal abgehandelt wurde. Man zeigte mir einen Aushang der Heimleitung. Dieser enthielt exakte Anweisungen, was im Todesfall zu tun sei. So ist der sterbende Mensch vorher in einem Einzelzimmer zu isolieren; nach seinem Tode zu waschen, umzukleiden und unbemerkt mit dem Aufzug in einen speziellen Kellerraum zu bringen. Während dieses Transports ist dafür Sorge zu tragen, daß alle Bewohnerinnen in ihren Räumen bleiben. Ferner ist genau festgelegt, wann der Arzt, die Angehörigen und die Heimleitung zu benachrichtigen seien: was mit den persönlichen Gegenständen der Verstorbenen zu geschehen habe usw. Diese durchaus sinnvollen Regeln geben den Mitarbeiterinnen der Pflegestationen Sicherheit; sie wissen was zu tun ist. Damit sind aber auch *Rituale* entstanden, welche die Angst bannen. Das alles ermöglicht die Entdramatisierung der existenziellen Situation durch arbeitsteilige Zerlegung der Aufgaben und Delegation von Verantwortung. Emotionale Reflexion wird so kanalisiert. Das Dabeisein beim Sterben vermeidet man nach Möglichkeit. Amerikanische Soziologen haben das schon viele Jahre vorher genau beschrieben (Glaser/Straus 1968).
- Trotz dieser routinemäßigen Vorsorge war der Wechsel von der alltäglichen vielfältigen Pflegearbeit in eine Sterbeszenerie mit einem vertrauten Menschen immer wieder schwer verkraftbar. Nur langsam und oft über subkulturelle Stichworte war für mich dieses Problematik angebar. Denn auch Terminalstationen bilden ebenso wie die unbekannte Subkultur der Laienhilfe einen in sich abgeschlossenen „Sinnbezirk“ (Schütz), der für Außenstehende nur über Chiffren erschließbar ist. Eine solche Sprachhülse war das Wort vom „Schichtwechsel“. Als ich verstanden hatte worum es ging, konnte ich der Gruppe Entlastung verschaffen. Die Hoffnung auf den raschen Schichtwechsel meinte, daß man beim Sterben einer Bewohnerin sich wünschte, daß dieses Sterben sich über den Schichtwechsel hinauszog, daß also die Kolleginnen davon betroffen wären. Mir fiel dazu spontan eine Passage aus dem Buch von Gibicek über den „Todesengel von Wuppertal“, Michaela Röder ein. Diese sprach davon, daß „sie“ (also eine Bewohnerin) es bis zum Länderspiel hoffentlich „geschafft“ haben werde. Wenn der Beginn des Länderspieles nahte, „half“ sie mit der Spritze nach. Doch diesen Einfall behielt ich für mich. Als mir klar wurde, was mit Schichtwechsel gemeint war und deshalb eine entsprechende Deutung geben konnte, kam Erleichterung und Heiterkeit in der Gruppe auf. Alle saßen in einem „Boot“ und jede hoffte, daß die nachkommenden Kolleginnen die Belastungen der SterbeprozEDUREN zu tragen hätten.

- Es wurde deutlich, daß die Sterbenden alleine gelassen wurden, weil man sich selber alleine fühlte; vor allem nachts. Heimpfarrer, Sozialarbeiter und Heimleitung waren meistens nur während der Tagsschicht erreichbar. So hat man die eigene Isolation einfach weitergegeben. Aus dieser Situation wurde dann eine grandiose Phantasie geboren. Wenn die Vorgesetzten und die Öffentlichkeit wüßten, was man alles für die sterbenden Menschen täte, dann würden diese - und die Mitarbeiterinnen - besser behandelt. So gerieten die ferne Heimleitung und die abwesenden Angehörigen in die Rolle des Hoffnungsträgers für die Zukunft. Supervision konnte hierbei vor allem Anerkennung vermitteln und Trost spenden. Dabei habe ich auch versucht, auf den Zugewinn von Lebenserkenntnis durch die Extremsituation hinzuweisen. Wenn das Leben für viele so endet, was kann man für sich noch sinnvolles tun, solange man noch autonom und gesund ist und diese Grenzsituation immer wieder erlebt hat? Supervision gerät angesichts dieses schlecht ausgebildeten, mit zuwenig Anerkennung versehenen und gering bezahlten Personals immer in den Geruch billige „Sozialhygiene“ betreiben zu müssen.
- Ein interessantes Thema für die Fachdiskussion bilden die *Übertragungsprozesse*. Anders als bei den Laienhelferinnen sind Motive aus Eigenbetroffenheit kein Thema gewesen. Waren doch die meisten in die Altenhilfe gelangt, weil sie allgemein helfen und pflegen wollten oder weil der Arbeitsmarkt (auch aus dem kriegsgeschüttelten ehemaligen Jugoslawien) sie dorthin gebracht hatte. Die Motive und die Abwehrformen waren also anders gelagert. Berufliche Arbeit und institutionelle Zwänge oder auch Entlastungen durch die Institution führten deshalb zu anderen Beziehungsmodalitäten als bei den Laienhelferinnen. Bei den älteren Pflegerinnen dominierte die Abwehr von Übertragungen und Selbstreflexion. Das fremde Schicksal wurde professionell gehandhabt. Dazu half die Institution mit vielen Regeln und Ritualen. Demgegenüber gerieten jüngeren Altenpflegerinnen immer wieder in die „Übertragungsfalle“. Wir neigen dazu die Gegenwart so zu sehen, wie wir durch Muster unserer Vergangenheit geprägt sind. Gefühle, Wahrnehmungen und Stimmungen aus der Vergangenheit, vor allem mit wichtigen Beziehungspersonen, stellen oftmals unsere Folien für das Erleben in Gegenwart und Zukunft dar. Hierbei kommt es häufig vor, daß jüngere in anderen, vor allem älteren Menschen, Personen aus ihrer Vergangenheit erleben und sich entsprechend verhalten. Wie wir nun auf uns zugemutete Übertragungen anderer reagieren, nennt man Gegenübertragung. Wenn wir diese erkennen, hilft sie uns, das unklare Geschehen zu erhellen. Ein noch weitgehend unbekannter Typus der Übertragungsproblematik ist jedoch die *umgekehrte Übertragung* in der Altenarbeit. Jüngere Helferinnen haben es in

beruflichen Zusammenhängen mit älteren Menschen zu tun, die sich aufgrund der Alternsprozesse ihrerseits als „Kinder“ erleben. Das ist vor allem beim Umgang mit den über 800.000 von der „Alzheimer-Krankheit“ Betroffenen der Fall. Dabei kommt es für die jüngeren Helferinnen zu einer unverständlichen „Rollenumkehr“ (Kempner 1990). Die geistesmäßig abgebauten alten Menschen sprechen die Berufsanfängerinnen mit „Vater“ oder „Mutter“ an; diese erleben sich allerdings eher als „Kinder“ oder „Enkel“ der alten Menschen. Dadurch entsteht eine Sprach- und Beziehungsverwirrung. Die Übertragungsmodalitäten der Professionellen haben also einen anderen Schwerpunkt als bei den Laienhelferinnen. Das muß man in der Supervision wissen und berücksichtigen.

- Bei den Professionellen ist der psychohygienische Aspekt in der Supervision viel bedeutender, als in der Laiengruppe. Die Erhaltung und Förderung von Arbeitsfähigkeit und psychischer Gesundheit der Gruppenmitglieder wurde deshalb zum zentralen Anliegen der Supervision. In diesem beschränkten Rahmen konnte einiges geleistet werden. Nach und nach wurden die Frauen offener zur Reflexion ihrer Berufsentscheidungen, zur Untersuchung des Arbeitsplatzes und möglicher beruflicher Alternativen. Ein weiterer Themenkomplex war, welche Erlebnisse man mit den älteren Menschen und ihren Angehörigen machen konnte wie auch Gedanken über das eigene Lebensende. Hierzu gehörte auch das gegenseitige Sich-Eingestehen von Ängsten und Abwehrhandlungen oder das Aushandeln von wechselseitiger Hilfe. Gegen Ende des Gruppenprozesses konnten dann auch zunehmend die positiven Seiten dieser schwierigen Arbeit anerkannt werden. Der tägliche Umgang mit Menschen, existenzielle Fragen des Lebens und ein sicherer Arbeitsplatz. Es dürfte auch die Freude darüber, daß man selber noch jung und gesund ist, ausgedrückt werden. Auch der lange tabuisierte Ärger über die alten Menschen, deren Angehörige und die Kolleginnen, wurde behutsam zugelassen. In dieser hochprofessionalisierten Einrichtung war niemand so richtig für die letzten schweren Stunden der Bewohnerinnen zuständig. Erst seit kurzem bieten die Fachverbände der Altenhilfe spezialisierte Weiterbildungskurse für Sterbebegleitung an. Im Gegensatz zur Laiengruppe war die Behandlung des Sterbethemas im Pflegeheim eher geprägt von sachlicher Auseinandersetzung, Abwehr und Verleugnung, Hilflosigkeit. Zwischen Waschen, Essen und Hygiene stirbt jemand. Wer hat Zeit? Viele der Mitarbeiterinnen, zum großen Teil Altenpflegehelferinnen aus dem Ausland mit entsprechenden Sprachproblemen, schienen regelrecht abgestumpft zu sein. Vor allem die Tatsache, daß kein berufliches Fortkommen und keine psychohygienische Entlastung möglich war, führte zum Gefühl des „burn-out“. Im Gegensatz zu den Laienhelferinnen wurden in der

Supervision kaum persönliche Verstrickungen mit den Bewohnerinnen thematisiert. Emotionale Tiefe kam, aus verständlichen Gründen des Selbstschutzes, selten vor.

5.10 Zusammenfassung

Die Laiengruppe fand aufgrund persönlicher und zumeist unverarbeiteter Erlebnisse zur Sterbebegleitung. Ihr Hilfeangebot war gleichzeitig ein „Selbstheilungsversuch“. Entsprechend gestalteten sich die Schwerpunkte in der Supervision. Die Teilnehmerinnen hatten sich zu „tief“ eingelassen und mußten mit Hilfe der Supervision von den Sterbenden „abgekoppelt“ werden. Auflösung von Übertragungen sowie die Stabilisierung notwendiger zwischenmenschlicher Grenzen war notwendig geworden. Die Supervision drohte des öfteren in eine Gruppentherapie umzukippen. Völlig anders war der Umgang der Professionellengruppe mit dem Thema „Sterben und Tod“. Hauptfaktoren für diesen anderen Umgang ist die starke institutionelle Einbindung und die Tatsache, daß es sich um eine berufsmäßige Beziehung zu den älteren Menschen handelte, die alle Lebensbereiche umschloß, nicht nur die Kommunikation in den letzten Stunden. Auch war die Beschäftigung mit „Sterben und Tod“ nicht ein zentraler Aufgabenbereich der Altenpflegerinnen, sondern ein in der Ausbildung vernachlässigtes Betätigungsfeld. Bei der Berufswahl hatten die wenigsten auch an Sterben und Tod von Bewohnerinnen gedacht. Entsprechend überwogen zu Beginn der Gruppensupervision „technische“ Lösungsversuche, wofür die Institution auch genügend „institutionelle Abwehrstrategien“ (Mentzos 1988) zur Verfügung stellte. Im Gegensatz zur Laiengruppe bewegten sich die Professionellen zu sehr an der Oberfläche des emotionalen Geschehens. Beide Beispiele verdeutlichen die Möglichkeiten und Grenzen von Gruppensupervision bei einer angstmachenden Thematik, die ihrerseits in sehr unterschiedlichen institutionellen und handlungsmäßigen Kontexten reflektiert wird. Supervision mit ehrenamtlichen Helferinnen kommt nicht umhin, die Motive, Verstrickungen und Vorgeschichten, die zum Hilfeangebot geführt haben, zu untersuchen. Daß dabei problematische Motive und Aktionsformen deutlich werden, ist „normal“. Doch gleichzeitig können diese „Defizite“ mit Unterstützung von außen in bedeutende Aktivposten und Kompetenzerweiterungen umgewandelt werden. Die ehrenamtliche Sterbebegleitung wird in der Zukunft zunehmen, weil man diese Arbeit nur in begrenzter Weise auch hauptberuflich vollbringen kann. Umso wichtiger ist die Supervision dabei als begleitende Unterstützung.

Dieser Beitrag ist ein Vergleich zweier unterschiedlicher Erfahrungen in Gruppensupervision. Laienhelferinnen und Pflegerinnen handeln und verhalten sich sehr unterschiedlich, wenn sie sterbenden Menschen beistehen. Die Gründe hierfür liegen in den Motiven und im Grad der Institutionalisierung des Helfens.

5.11 Literatur

- Aries, P. (1981): Zur Geschichte des Todes im Abendland. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- Belardi, N. (1992): Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Belardi, N. (1992): Sterbebegleitung. Eine sozialpädagogische Aufgabe? In: Neue Praxis 4.
- Belardi, N. (1996): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. Weinheim und Basel: Beltz.
- Belardi, N. (1996): Supervision. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg: Lambertus.
- Dörner, K. (1991): Helfen und Töten. Vorläufige Gedanken zu den Patiententötungen in Krankenhäusern und Heimen. In: Die Schwester/Der Pfleger 10.
- Fengler, J. (1986): Soziologische und sozialpsychologische Gruppenmodelle. In: Petzold, H./Frühmann, R. (Hg): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psycho-sozialer Arbeit. Band 1. Paderborn: Junfermann.
- Foulkes, S.H. (1974): Gruppenanalytische Psychotherapie. München: Kindler.
- Gibicek, C. (1990): Tatort Krankenhaus. Der Fall Michaela Roeder. Bonn.
- Glaser, B.G./Straus, A.L. (1968): Interaktionen mit Sterbenden. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Huck, K./Petzold, H. (1984): Death Education, Thanatagogik. Modelle und Konzepte. In: Spiegel-Rösing, I./Petzold, H. (Hg) (1984): Die Begleitung Sterbender. Paderborn. Junfermann.
- Jerneizig, R./Langenmayr, A. u.a. (1991): Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Keizer, B. (1995): Das ist das Letzte. Erfahrungen eines Arztes mit Sterben und Tod. Berlin: Argon.
- Kempner, J. (1990): Alternde und ihre jüngeren Helfer. München und Basel: Reinhardt.
- Kübler-Ross, E. (1984): Interviews mit Sterbenden. Gütersloh: Mohn.
- Kutter, P. (1990): Das direkte und indirekte Spiegelphänomen. In: Pühl, H. (Hg): Handbuch der Supervision. Berlin: Marhold.
- Mentzos, S. (1988): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg) (1993): Versorgung Sterbender und ihrer Angehöriger. Düsseldorf.
- Nuland, S.B. (1994): Wie wir sterben. München: Kindler.
- Rest, F. (1989): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Stuttgart und Berlin: Kohlhammer.
- Scheffler, N. (1993): Kein Sterbezimmer. In: Heim und Pflege 8.
- Schmidbauer, W. (1977): Die hilflosen Helfer. Reinbek: Rowohlt.
- Schreyögg, A. (1991): Supervision. Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Spiegel-Rösing, I./Petzold, H. (Hg) (1984): Die Begleitung Sterbender. Paderborn. Junfermann.
- Stoddard, S. (1987): Die Hospiz-Bewegung. Ein anderer Umgang mit Sterbenden: Lambertus.

Worden, J.W. (1987): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. Bern: Huber.