

Hochschule Kempten

University of Applied Sciences

Masterarbeit

Abschied nehmen gestalten

Wie stationäre Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen
Angehörige, Bewohner/innen und ihr Personal bei einem Todesfall
unterstützen können

Studiengang: Führung in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft (M.A.)

Abgabedatum: 26.04.2021

Verfasserin: Sarah Elena Knissel
sarah@knissel.de

Inhaltsverzeichnis

Darstellungsverzeichnis.....	4
Zusammenfassung	5
1 Einleitung & Relevanz	6
1.1 Ziel, Forschungsfrage und Methodik	6
2 Eingrenzung und Definition.....	8
2.1 Zeitraum: Heimbetreute Leichenphase.....	8
2.2 Institution: Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen	9
2.3 Zielgruppen: Angehörige, Bewohner/innen, Personal.....	10
3 Einführung in die wissenschaftliche Datenbasis	13
3.1 Der Tod eines Menschen.....	13
3.1.1 Die Definition des Todes	13
3.1.2 Sterbeprozess und -vorbereitung	15
3.1.3 Gesellschaftliche Einstellung zum Tod	18
3.1.4 Gesetze, Pflichten und Fristen ab dem Todeszeitpunkt.....	20
3.2 Trauer.....	21
3.2.1 Das Wesen der Trauer.....	22
3.2.2 Trauerphasen nach Kast.....	24
3.2.3 Gezeitenmodell nach R. Smeding	25
3.3 Den Übergang gestalten	28
3.3.1 Rituale als Übergangshelfer.....	29
3.3.2 Neue Vielfalt von Trauer Ritualen	30
3.3.3 Die Bedeutung des Leichnams – BeGreifen	34
3.4 Sterben in Institutionen	35
3.4.1 Die Hospizbewegung & Palliative Care	36
3.4.2 Pflegeheim: ein Sterbeort?	38
3.4.3 Bewohnernahe Berufsbilder in Pflegeheimen	39
3.4.4 Arbeitsbelastungen und Prävention	41
3.5 Interviewbasierte Datenerhebung.....	43
3.5.1 Interviews mit Vertreterinnen aus den Pflegeheimen in Kempten.	43
3.5.2 Interviews mit Experten/Expertinnen aus Schnittstellenbereichen	44
3.5.3 Auswertung.....	45

4	Die heimbetreute Leichenphase	46
4.1	Abgrenzung und Namensgebung der „Leichenphase“	46
4.2	Eingrenzung auf die „heimbetreute“ Leichenphase.....	48
4.3	Analyse der „heimbetreuten Leichenphase“	50
5	Zielgruppenanalyse	54
5.1	Angehörige	54
5.2	Bewohner/innen	57
5.3	Personal	60
6	Zehn Ansatzpunkte für die positive Ausgestaltung	65
6.1	Bewusstsein schaffen	65
6.2	Zuständigkeiten klären	66
6.3	Weiterbilden	66
6.4	Angst überwinden.....	67
6.5	Ritualkonzept.....	67
6.6	(Arbeits-)Gesundheitsschutz (Personal).....	68
6.7	Trittsteine ermöglichen (Angehörige).....	69
6.8	Themenbezogene Aufklärungsarbeit (Angehörige).....	70
6.9	Sterbevorbereitung sozial begleiten (Bewohner/innen)	71
6.10	Erleichterung durch Kooperationspartner	71
7	Fazit, Reflexion und Ausblick.....	73
	Literaturverzeichnis	75
	Anhang	79

Darstellungsverzeichnis

Darstellung 1: "Die Gezeiten der Trauer"® (Smeding 2005a, S. 140).	26
Darstellung 2: Virtueller Friedhof „Bergfriedhof“ (https://www.strassederbesten.de)	33
Darstellung 3: Gedenkstätte auf virtuellem Friedhof (https://www.strassederbesten.de)	33
Darstellung 4: Die "Leichenphase" als Übergangsphase (eigene Darstellung)	47
Darstellung 5: Die „heimbetreute Leichenphase“ (eigene Darstellung)	49
Darstellung 6: Aktion-Zielgruppen Abgleich (eigene Darstellung)	52
Darstellung 7: Faktoren-Zielgruppen Abgleich (eigene Darstellung)	53

Zusammenfassung

Diese Arbeit geht der Frage nach, ob und mit welchen Maßnahmen stationäre Pflegeheime nach §71 Sozialgesetzbuch XI bei einem Todesfall das Erleben der ersten Phase bis zur Überführung des Leichnams von Angehörigen, Bewohnern/Bewohnerinnen und Personalkräften positiv beeinflussen können. Die Ausarbeitung basiert auf einer breiten Literaturanalyse sowie Interviews mit Experten/Expertinnen aus Pflegeheimen in Kempten und aus Schnittstellenbereichen. Betrachtet wurde dabei insbesondere die Phase zwischen Eintreten des Todes und der Überführung der Leiche. Trotz der in vielerlei Hinsicht großen Bedeutung dieser vor allem durch die Gegenwart der Leiche bestimmten Phase ist diese in Literatur und Bewusstsein weitgehend unbeachtet. Daher nimmt diese Arbeit im ersten Schritt eine Eingrenzung und Analyse dieses Zeitraums vor und benennt ihn mit dem neuen Begriff „heimbetreute Leichenphase“. Eine darauf basierende konkrete Analyse der drei Zielgruppen „Angehörige“, „Bewohner/innen“, „Personal“ verdeutlicht, dass diese den Todesfall in sehr unterschiedlichen Settings erleben: Privatleben, Wohnumfeld und Arbeitsplatz. Ebenso ergeben sich unterschiedliche Herausforderungen – Trauer und Organisatorisches, Sterbevorbereitung, Arbeitsbelastung –, die zumindest teilweise auch bei den jeweils anderen Gruppen als Nebenthemen relevant sind.

Am Ende der Arbeit werden zehn konkrete Ansatzpunkte dafür vorgestellt, wie Führungskräfte dazu beitragen können, dass sich die *heimbetreute Leichenphase* für alle Zielgruppen positiv gestaltet. Die Ansatzpunkte sind entweder auf die Bedürfnisse einzelner Zielgruppen ausgerichtet, beispielsweise eine Entlastung der Angehörigen durch die Förderung frühzeitiger Vorsorge (Ansatzpunkt 8), oder setzen übergreifend an, wie die Strukturierung des Übergangszeitraums durch ein Ritualkonzept (Ansatzpunkt 5).

1 Einleitung & Relevanz

Immer mehr Menschen sterben in Pflegeheimen und nicht im Kreis der Familie. Dass sich die Pflege und Betreuung von Senioren in institutionelle Einrichtungen verschiebt, liegt unter anderem an veränderten Familienstrukturen (Globalisierung, Berufsorientierung) und der verbesserten Medizin (höhere Lebenserwartung, multimorbide Alterserkrankungen). Dadurch gibt es weniger Bereitschaft und auch Möglichkeit zur Pflege im familiären Kontext, zudem ist die Pflege anspruchsvoller geworden (Bsp. Demenz) und kann privat Pflegende überfordern.

Gleichzeitig sind dadurch die Primärerfahrungen mit (pflegebedürftigen) kalendarisch alten Menschen und dem Tod verloren gegangen. Im Gegensatz zur vorindustriellen Zeit haben Sterben, Tod und Trauer eine geringe Präsenz in der modernen Gesellschaft. Seit der Aufklärung wurden diese Themen aktiv aus der Öffentlichkeit verdrängt und sind intime Privatangelegenheit geworden. Das Zeigen emotionaler Trauer oder Fremdbestimmung durch Pflegebedürftigkeit ist schambesetzt. Dies führt dazu, dass der Umgang mit dem (eigenen und dem fremden) Tod und der (eigenen und der fremden) Trauer nicht kollektiv erlernt werden.

Tritt ein fremder Tod ein oder steht der eigene Tod an, ist dies ein einschneidendes und emotional bewegendes Erlebnis. Niemand bleibt vom Tod unberührt und niemand kommt am Tod vorbei. Durch die gesellschaftlich verbreitete Unwissenheit und die mediale Prägung erleben viele Menschen im Zusammenhang mit dem Thema „Tod“ Überforderung, Befremden und Angst.

Ein Pflegeheim ist ein Ort, an dem viele Menschen das erste Mal in ihrem Leben den fremden Tod, den Anblick einer Leiche und die heftige Reaktion von Trauer erleben. Ebenso ist es ein Ort, wo Menschen leben, denen der eigene Tod bevorsteht. Das veranlasste mich dazu, in dieser Arbeit zu untersuchen, ob und wie Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen in diesen Momenten, in denen der Tod präsent wird, der gesellschaftlichen Ohnmacht entgegenwirken und dem Todesereignis Natürlichkeit zurückgeben können.

1.1 Ziel, Forschungsfrage und Methodik

Ziel der Arbeit ist es, die Herausforderungen von Angehörigen, Bewohnern/Bewohnerinnen und Personal in stationären Pflegeheimen bei einem Todesfall zu analysieren, um darauf aufbauend Unterstützungsmaßnahmen herauszuarbeiten, die in Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden können.

Die **Forschungsfragen** dieser Studie lauten:

1. Welche Bedeutung hat die kurze Phase nach einem Todesfall in Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen bis zur Überführung des Leichnams?
2. Welche Herausforderungen ergeben sich ausgelöst durch einen Todesfall in Pflegeheimen für Angehörige, Bewohner/innen und das Personal?
3. Über welche Maßnahmen können Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen die drei Zielgruppen unterstützen?

Die Arbeit ist folgendermaßen **aufgebaut**: Zu Beginn wird in Kapitel 2 der Rahmen der Arbeit definiert und eingegrenzt. In Kapitel 3 werden relevante Forschungserkenntnisse vorgestellt sowie die Vorgehensweise der Datenerhebung dargestellt. Auf dieser literaturbasierten und erhobenen Datenbasis erfolgt die Annäherung an die Beantwortung der Forschungsfragen in drei Schritten: Zuerst wird in Kapitel 4 die „heimbetreute Leichenphase“ systematisiert und charakterisiert. Dann werden im 5. Kapitel die Zielgruppen einzeln betrachtet. Es wird analysiert,

1. in welchem Setting die Zielgruppen den Tod des Heimbewohners/der Heimbewohnerin erleben,
2. welche Herausforderungen sich ergeben und
3. welches Resultat durch welche Unterstützung erreicht werden kann.

Basierend auf diesen Erkenntnissen werden in Kapitel 6 zehn Ansatzpunkte dafür vorgestellt, wie Führungskräfte in Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen für eine gut betreute *Leichenphase* sorgen können – „gut“ für alle drei Zielgruppen: das Personal, die Bewohner/innen und die Angehörigen.

In dieser Arbeit wird nach Möglichkeit **geschlechterneutrale Sprache** verwendet. Ist dies nicht möglich, wird auf folgende Form ausgewichen: Bewohner/in, bzw. eines Bewohners/einer Bewohnerin, wenn die Endungen nicht vereinheitlicht werden können. Durch sprachliche Formulierungen soll sich niemand ausgeschlossen oder diskriminiert fühlen. Da in dieser Arbeit keine geschlechterspezifischen Unterschiede für die Ergebnisse relevant sind, wird an keiner Stelle eine bewusste Geschlechtereingrenzung vorgenommen.

2 Eingrenzung und Definition

In diesem Kapitel wird der Rahmen der Arbeit vorgestellt und definiert, um ein gemeinsames Basisverständnis des Forschungsvorhabens zu erreichen. Die Autorin beschreibt und begründet die Annahmen und Rahmenbedingungen dieser Arbeit.

Gegliedert ist dieses Kapitel nach folgenden Leitfragen: **Was** wird betrachtet (Zeitraum), **wo** wird betrachtet (Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen) und **wer** wird betrachtet (Zielgruppen)? Im Rückschluss ergibt sich daraus das Forschungsziel: Wie können in Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen als Ort des Geschehens (wo) in dem betrachteten Zeitraum (was) die betroffenen Zielgruppen (wer) unterstützt werden?

2.1 Zeitraum: Heimbetreute Leichenphase

Die **bearbeitete Phase** dieser Thesis verläuft vom Todeszeitpunkt bis zur Abholung der Leiche durch einen Bestatter/eine Bestatterin. Der Todeszeitpunkt ist biologisch definiert als das irreversible Versagen des Herz-Kreislauf-Systems. Dieser Zeitpunkt wird, so genau wie möglich, nach der Leichenschau durch den untersuchenden Arzt/die untersuchende Ärztin in den Totenschein eingetragen und bekommt dadurch juristische Bedeutsamkeit, an diesem Zeitpunkt berechnen sich die gesetzlichen Fristen um den Toten (z. B. die Bestattungspflicht nach spätestens 96 Stunden, s. 3.1.4). Dieser biologische/klinische Tod ist offensichtlich. Auch die Abholung der Leiche durch einen Bestatter/eine Bestatterin kann als Aktion klar definiert werden. Da das Transportieren von Leichen ausschließlich professionellen Bestattern/Bestatterinnen vorbehalten ist (auch Rettungsdienste sind nicht befugt, Leichen zu überführen), ist dieser (End-)Zeitpunkt von der Aktion her klar definierbar.

Die (häufig bewusst) **vorangegangene Sterbephase** steht explizit nicht im Fokus dieser Arbeit. Selbstverständlich finden sich auch in der Sterbephase wichtige Ansatzpunkte, die das Erleben der Zielgruppen beeinflussen. Um dieser Tatsache gerecht zu werden, wird dieses Thema im Kapitel 3.1.2. als wissenschaftlich relevante Grundlage vorgestellt. Weiterführende Literatur zu diesem Thema findet sich außerdem unter den Schlagworten Palliative Care und Hospizarbeit. Doch die Chancen, Herausforderungen und Ansatzpunkte dieser Sterbephase (in welcher der/die Sterbende noch lebt) sind andere als die nach dem Versterben. Deswegen entschied sich die Autorin für eine Abgrenzung zur Sterbephase.

Als **Ende des Betrachtungszeitraums** wurde die Überführung der Leiche durch einen Bestatter/eine Bestatterin gewählt. Diese Abgrenzung findet ebenfalls in dem

Wissen statt, dass auch danach noch wichtige Ereignisse des Abschiednehmens und Berührungspunkte mit dem Heim stattfinden: Das Zimmer des/der Verstorbenen wird ausgeräumt, in vielen Fällen wird eine Kondolenzbuchseite gestaltet, teilweise nehmen Personalkräfte des Heims an der Trauerfeier und/oder der Beisetzung teil und je nach Konfession oder Konvention wird dem/der Verstorbenen im Rahmen eines Jahresgedenk-gottesdienstes noch einmal gedacht. Doch die Gegenwart des Leichnams am Sterbeort, also der Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtung, nimmt in dem eingegrenzten Zeitraum eine zentrale Rolle ein. Diese ist logischerweise nach der Abholung der Leiche nicht mehr gegeben, sodass sich die Rahmenbedingungen signifikant verändern.

Im Rahmen der eben vorgestellten Eingrenzung wird des Weiteren von folgenden **Annahmen** ausgegangen: Der Leichnam liegt noch in der Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtung, die zuvor der Wohnort des Verstorbenen war. Die Angehörigen waren zum Todeszeitpunkt nicht anwesend, es gibt aber Angehörige, denen die Totenfürsorgepflicht (s. 3.1.4) zufällt. Die Pflegekräfte sind für die Versorgung des Verstorbenen zuständig. Es handelt sich um einen natürlichen Todesfall, sodass die Bestattung ohne Verzögerung durchgeführt werden kann und muss (s. 3.1.1).

Der Todeszeitpunkt markiert den Beginn einer **Schnittstellen- und Übergangsphase**, in der viele Aktionen, Interessen und Zuständigkeiten zusammenlaufen und Veränderungen stattfinden. Dabei überlagern sich die drei Dimensionsbereiche Emotionen, Bürokratie und Finanzielles teilweise stark und ungünstig. In Kapitel 4 werden diese vielfältigen Einflussfaktoren und Zusammenhänge analysiert und versucht, die Komplexität dieser Zwischenphase transparent und verständlich darzustellen. Der bearbeitete Zeitraum wurde durch die Autorin als „heimbetreute Leichenphase“ betitelt und wird im Folgenden auch so verwendet. Die Erklärung für den Titel findet sich ebenfalls im 4. Kapitel.

2.2 Institution: Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen

Mit Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen sind **stationäre Pflegeheime nach §71 SGB XI gemeint**. Im Sinne der §§36; 41-43 SGB XI haben sie ein Leistungsportfolio mit Pflege, Unterkunft und Versorgung. Durch die zentrale Unterbringung der Pflegebedürftigen in eigenen Räumlichkeiten ergeben sich die drei Zielgruppen, die von einem Todesfall betroffen sind: Angehörige, andere Bewohner/innen und das Personal. Im Vergleich dazu ergibt sich bei ambulanten Pflegediensten (§71 SGB XI) ein anderes Bild, da durch die häusliche Pflege die Zielgruppe der anderen Bewohner/innen wegfällt. Bei modernen Einrichtungskonzepten wie

Seniorenresidenzen (Betreutes Wohnen mit hausinternem ambulantem Pflegedienst) ergibt sich teilweise ein ähnliches Setting wie in Pflegeheimen nach §71 SGB XI, allerdings bei andersartigen rechtlichen wie auch konzeptionellen Rahmenbedingungen. Um auch hier eindeutige und einheitliche Rahmenbedingungen zu definieren, wird sich die Autorin nur auf die stationären Pflegeheime nach §71 SGB XI in der Bundesrepublik Deutschland, Anfang des 21. Jahrhunderts, konzentrieren. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die Begriffe Seniorenheim, Altersheim, Pflegeheim, Heim, Senioreneinrichtung, Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen in diesem Sinne verwendet und sollen keine qualitative Wertung darstellen.

Die Betitelung **Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen** wurde gewählt, um die Tatsache zu verdeutlichen, dass die modernen Pflegeheime neben der Pflege ebenso einen Fokus auf Wohnlichkeit und Freizeitgestaltung haben (s. 3.4.2). Bei der Erwähnung von Pflegeheimen denken viele Menschen an unpersönliche Einrichtungen, in denen die Betreuten als Teil des Systems Privatsphäre und Selbstbestimmung aufgeben müssen (vgl. Backes/Clemens 2013, S. 260f). Dieser schlechte Ruf zeigt sich beispielsweise in einer Umfrage, wo 13 Prozent der Befragten ihr *Misstrauen gegenüber Pflegeheimen* als Grund für häusliche Pflege nannten (DAK 2015). Doch in den vergangenen Jahren hat sich konzeptionell und durch vermehrte öffentliche Kontrolle an den früheren Bedingungen, die dieses schlechte Bild bis heute prägen, viel verändert (vgl. Backes/Clemens 2013, S. 260f).

Natürlich kann eine Einrichtung selbst keine **Unterstützung bei einem Todesfall** anbieten, wie der Titel missverständlich verstanden werden könnte. Aufgrund des Studiengangs (Führung in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft), der durch diese Thesis abgeschlossen werden soll, wird diese Arbeit aus Sicht einer Führungskraft geschrieben. Es geht um die Frage, wo Entscheidungsträger ansetzen können, um durch strukturelle und persönliche Führung (Rituale, Strukturen, Gesprächsangebote, Zuständigkeiten und eine Kultur) die Phase nach dem Tod eines Bewohners/einer Bewohnerin für die Zielgruppen positiv und unterstützend zu gestalten.

2.3 Zielgruppen: Angehörige, Bewohner/innen, Personal

Da es sich um eine Übergangs- und Schnittstellenphase handelt, sind viele Personen und Personengruppen von dem Todesfall betroffen. Bei palliativer Versorgung im Sterbeprozess (s. 3.1.2) hat ein interdisziplinäres Team den Verstorbenen/die Verstorbene bis zum Tod begleitet. Durch Verträge verlieren Versicherungen, Banken etc. einen Kunden/eine Kundin. Nach dem Tod kommt ein Arzt/eine Ärztin zur

offiziellen Feststellung des Todes (s. 3.1.1), eventuell kommt ein Pfarrer/eine Pfarrerin zur Aussegnung des/der Verstorbenen. In der Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtung sind viele Personen mit verschiedenen Aufgabenbereichen angestellt, die mehr oder weniger Bewohnerkontakt haben. Der Todeszeitpunkt ist für viele der Moment, in dem Kontakt zu einem Bestattungsunternehmen aufgenommen wird, die (enge) Zusammenarbeit mit dem Bestatter/der Bestatterin beginnt und die Wahl des Beisetzungsortes erfolgt (H14).

Die Liste der Stakeholder ist lang. Doch soll in dieser Arbeit der **Fokus auf drei Zielgruppen** liegen, die aus Sicht der Autorin von dem Todesfall am stärksten betroffen sind und durch Maßnahmen der Pflegeeinrichtung unterstützt werden können. Diese Zielgruppen sind: Angehörige, die anderen Bewohner/innen und das bewohnernahe Heimpersonal.

Unter **Angehörigen** werden in dieser Arbeit diese Personen verstanden, die bei einem Todesfall von den Zuständigen im Heim angerufen werden, damit sie zur Verabschiedung und Klärung der weiteren organisatorischen Aufgaben kommen. Das sind in den meisten Fällen Ehe- oder Lebenspartner/innen, Geschwister, (volljährige) Kinder und andere Personen, die in einem direkten verwandtschaftlichen Verhältnis standen. Diesen Personen fällt die Zuständigkeit der Angelegenheiten des Verstorbenen zu (s. 3.1.4). Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass sie eine intensive Bindung (negativ, positiv oder ambivalent) zu dem/der Verstorbenen haben, weshalb der Verlust zu einer starken Trauerreaktion führt (s. 3.2.1).

Als **Bewohner/innen** werden alle Personen bezeichnet, die auf Grundlage eines Heimvertrags durch die Einrichtung ebenfalls stationär versorgt werden. Alle Bewohner/innen leben in der Hausgemeinschaft der Einrichtung. Wie stark die Berührungspunkte der Personen sind, hängt mit der Organisationsstruktur zusammen. Wohngemeinschaften und Tischgemeinschaften fördern den Bezug zwischen Bewohnern/Bewohnerinnen, ebenso die Unterbringung in Mehrbettzimmern. Da der Umzug in eine stationäre Senioreneinrichtung seit der Einführung der Pflegeversicherung hinausgezögert wird (Maxime: ambulant vor stationär), sind Bewohner/innen überwiegend hochaltrig und pflegebedürftig (s. 3.4.2).

Unter **Personal** werden die Arbeitnehmer/innen der Einrichtung zusammengefasst, die im direkten Kontakt zu den Bewohnern/Bewohnerinnen stehen. Darunterfallendes Personal sind vor allem Arbeitskräfte und Auszubildende aus der Pflege

(Pflegefachkraft, Pflegeassistenz) und der Betreuung (Betreuungsassistenz, Sozialer/Therapeutischer Dienst) (vgl. Müller 2020, S. 211ff). Diese werden im Folgenden Pflegenden und Betreuungskräfte genannt. Auch Mitarbeitende in anderen Aufgabenfeldern können von einem Todesfall betroffen sein. Diese werden aber nicht explizit in die Analyse einbezogen, da sie arbeitsbedingt eine geringere Kontakthäufigkeit zu den verstorbenen Bewohnern/Bewohnerinnen haben und ihnen dadurch eine schwächere Bindung unterstellt wird (s. 3.2.1). Das Arbeitsverhältnis basiert auf einem Arbeitsvertrag, das den Arbeitgeber/die Arbeitgeberin zur Weisungsbefugnis berechtigt und zum Arbeitsschutz verpflichtet.

3 Einführung in die wissenschaftliche Datenbasis

Nachdem durch die Darstellung der Annahmen und Rahmenbedingungen dieser Arbeit ein gemeinsames Grundverständnis für das Forschungsvorhaben vorausgesetzt werden kann, werden in diesem Kapitel die relevanten Forschungsdaten dargestellt, die Grundlage für die Analysen und Ergebnisse der Kapitel 4-6 sind. Die meisten Daten basieren auf einer Literaturrecherche (s. 3.1-3.4) und skizzieren Erkenntnisse aus Forschung und Wissenschaft. Ergänzend wurden Daten für diese Studienarbeit erhoben. Die Vorgehensweise der Datenerhebung wird in Kapitel 3.5 dargestellt.

3.1 Der Tod eines Menschen

Die Wissenschaft zu den Themen Tod, Sterben und Trauer ist die *Thanatologie*. Ebenfalls gibt es viele Schnittstellen zu anderen Wissenschaftsbereichen, sodass in diesem Kapitel Erkenntnisse aus der Thanatosoziologie, der Thanatopsychologie, der Medizin und der Rechtswissenschaft dargestellt werden.

In diesem Kapitel wird der Tod im ersten Schritt erklärt und definiert (s. 3.1.1). Wann gilt ein Mensch als tot, wie kulturell bestimmt ist dieses Verständnis und was verstehen die Deutschen unter einem guten Tod? Danach wird die Sterbephase dargestellt (s. 3.1.2), die aufgreift, was vor dem Tod biologisch und psychisch passiert. Im dritten Unterkapitel (s. 3.1.3) wird skizziert, welche Prägungen Angehörige, Bewohner/innen und Personal durch das Aufwachsen in diesem Kulturkreis¹ in Bezug auf die Themen Sterben, Tod und Leichen mitbringen. Abschließend (3.1.4) werden die Gesetze, Pflichten und Fristen dargestellt, die bei einem Todesfall beachtet werden müssen.

3.1.1 Die Definition des Todes

In **Deutschland gilt ein Mensch als tot**, wenn die Lebensfunktionsfähigkeit seines Körpers irreversibel erloschen ist (vgl. Thieme 2019, S. 19). Dieser Zustand kann Resultat eines Herz-Kreislauf-Stillstands (klinischer Tod), eines irreversiblen Ausfalls aller Hirnfunktionen (Hirntod) oder des Erlöschens aller Zell- und Organfunktionen (biologischer Tod) sein. Juristisch gilt in Deutschland die Hirntoddiagnose als das (im Zweifelsfall) entscheidende Kriterium über den Tod eines Menschen. Diese Todesdefinition findet bei einer Organspende Anwendung. Den offiziellen Todeszeitpunkt markiert dagegen der klinische Tod. Auch wenn der Hirntod eines Menschen bereits eingetreten ist, terminiert den offiziellen Todeszeitpunkt, wann die

¹ Bundesrepublik Deutschland, Anfang des 21. Jahrhunderts

Aufrechterhaltung des Herz-Kreislaufsystems eingestellt wird. Erfolgt der Tod durch einen Herz-Kreislauf-Stillstand, in Pflegeheimen häufig durch Altersschwäche oder Krankheit, ist der Hirntod eine biologische Folge, die ca. zehn Minuten später durch eine Unterversorgung des Gehirns eintritt. Mit dem Todeszeitpunkt beginnt das Absterben des körperlichen Gewebes und die Zersetzung des Körpers. Der Tod wird dadurch sichtbar (farblose Haut) und spürbar (kalte Haut) (vgl. Menche 2014, S. 554ff; Großes Lexikon der Bestattungs- und Friedhofskultur 2010, S. 215ff, 257).

Zur offiziellen Feststellung des Todes muss per Gesetz ein Arzt/eine Ärztin eine **Leichenschau** durchführen und eine Totenbescheinigung ausstellen (BestG, Art. 2, 3a). In Heimen ist die Heimleitung verpflichtet, die Leichenschau nach Todeseintritt unverzüglich zu veranlassen (vgl. Madea/Weckbecker 2020, S. 17). Sinn der Leichenschau sind unter anderem die sichere Feststellung des Todes sowie der Todeszeit und die Überprüfung der Todesursache, um unnatürliche Todesgründe aufzudecken (vgl. ebd., S. 6). Sichere Todeszeichen sind Totenflecken, Totenstarre, Fäulnis und nicht mit dem Leben zu vereinbarende Körperverschädigungen (vgl. ebd., S. 25). Nach 30 Minuten treten die ersten Totenflecken auf, meistens im Nackenbereich des Rückens. Diese sind bei einem natürlichen Tod die ersten sicheren Todeszeichen, früher sollte die Leichenschau nicht durchgeführt werden (vgl. ebd., S. 28). An der im Totenschein verzeichneten Uhrzeit des Todes berechnen sich verschiedene einzuhaltende Fristen (s. 3.1.4). Sollte die Todesursache unklar sein, wird ein behördliches Todesermittlungsverfahren in Gang gesetzt, um die genaue Todesursache zu ermitteln (vgl. Madea/Weckbecker 2020, S. 56).

Das **deutsche Todesverständnis**, bei der die staatlich-juristische Definition entscheidend (Hirntod) und der (medizinisch irreversible) Körpertod definierend ist, ist keinesfalls alternativlos. In anderen Kollektiven definieren andere Ereignisse, wie das Ende der Reproduktionsfähigkeit oder das Durchleben der letzten Wiedergeburt, den Tod (vgl. Feldmann 2010, S. 17ff). In Deutschland wurden die Fragen um den Tod lange theologisch erklärt. Die Strukturtrennung von Kirche und Staat regelte die Machtverhältnisse neu, sodass „[d]er Staat [...] zum Schützer des Lebens der einzelnen [wurde], aber auch zur einzigen legalen Instanz, die Leben nehmen bzw. Tod geben durfte“ (ebd., S. 46). Im 18./19. Jahrhundert wurde die Todesdefinition staatlich geregelt und durch medizinische und rechtliche Wissenschaft legitimiert. Der Umgang mit den Toten wurde bürokratisiert, gesetzliche Regelungen und die Profession des Bestattens wurden eingeführt. Seitdem ist der Umgang mit den Toten dem Kreis der Familie entzogen. Diese geschaffenen Rahmenbedingungen prägen

das nüchterne Todesverständnis, das im hiesigen Kulturkreis als natürliche Tatsache wahrgenommen wird und doch eine soziale Tatsache ist (vgl. ebd., S. 17ff, 44ff).

Der Soziologe Klaus Feldmann **kritisiert die Reduzierung** dieses urmenschlichen Ereignisses auf den biologischen Körper und teilt die Meinung anderer Soziologen, dass der Tod mehrdimensional gesehen werden muss (vgl. 2010, S. 19; Thieme 2019, S. 25f). Nach soziologischem Verständnis partizipieren Menschen an drei Lebenssystemen (organisch, psychisch und physisch), Leben und Sterben findet auf allen drei Ebenen relativ unabhängig voneinander statt. Der Tod kann auf dieser Basis folgendermaßen differenziert werden:

1. Körpertod oder physischer Tod = Physisches Sterben
2. Tod von Seele/Bewusstsein = Psychisches Sterben
3. Sozialer Tod = Soziales Sterben

Im westlichen Weltbild gilt der physische (naturwissenschaftlich begründbare) Tod als tatsächlicher Tod, die Primärrealität. Das soziale und psychische Sterben findet kaum Beachtung und wird eher als Metapher und sozialwissenschaftliche Konstruktion (ab)gewertet (vgl. Feldmann 2010, S. 17ff). Diese einseitige Betrachtung des Körpers findet sich in Gesetzgebung, Sozialhilfe und Gesundheitssystem wieder (vgl. ebd., S. 24ff).

3.1.2 Sterbeprozess und -vorbereitung

Dem Tod voran geht ein **Sterbeprozess**. Dieser ist eine Phase unterschiedlicher Qualität und Länge, in denen eine psychische und körperliche Vorbereitung auf den Tod stattfindet. Der Beginn des Sterbeprozesses ist oft, beispielsweise bei Altersschwäche, nicht eindeutig zu definieren. Forschungen zur Sterbevorbereitung finden deshalb mit palliativ Erkrankten statt, bei denen die Diagnose einen klaren Beginn definiert. Das Ende der Sterbephase ist der Todeszeitpunkt. Wie der Sterbeprozess verläuft, beeinflusst das Erleben von und die Verfassung der Stakeholder während des Todes und in der *Leichenphase*. Palliative Care hat die gute Versorgung im Sterbeprozess zum Ziel (s. 3.4.1).

Medizinisch kann der Sterbeprozess folgendermaßen **definiert** werden:

„Der Sterbeprozess bezeichnet die letzte Phase des Lebens eines organischen Individuums, in der die Lebensfunktionen unumkehrbar zu einem Ende kommen. Der Sterbeprozess kann sich allmählich oder als plötzliches Versagen lebenswichtiger Organsysteme vollziehen; er endet unweigerlich mit dem Tod.“ (Groß/Grande 2020, S. 89)

Zur **Systematisierung** der Sterbephase gibt es aus der Palliativmedizin eine Dreiteilung (vgl. Wittkowski/Schröder 2008, S. 9, zit. nach Groß/Grande 2020, S. 89):

1. Rehabilitationsphase: Kann Monate oder Jahre andauern. In dieser Phase ist trotz der Krankheit ein relativ normales Leben möglich.
2. Terminalphase: eingeschränkte Aktivität und zunehmende Abhängigkeit.
3. Finalphase: umfasst mindestens die letzten 72 Stunden.

Es ist davon auszugehen, dass der Umzug in ein Pflegeheim in den meisten Fällen in der Rehabilitations- oder der Terminalphase erfolgt (s. 3.4.2).

Die **unmittelbare Nähe des Todes** (Finalphase) kündigt sich durch verschiedene Zeichen an. Medizinisch schränkt sich die Wahrnehmung des Patienten/der Patientin, durch verringerte Hirnaktivität, ein. Das Seh- und Hörvermögen nehmen ab oder erlöschen ganz und die Atmung wird flacher. Danach tritt der Herzstillstand ein (vgl. Groß/Grande 2020, S. 89). Diese medizinischen Vorgänge zeigen sich äußerlich unter anderem durch Unruhe und Verwirrtheit, veränderte Atmung (flach, unregelmäßig, tlw. rasselnd), ein eingefallenes Gesicht, veränderte Gesichtsfarbe (blass, blau, marmoriert), ein weißes Nasen-Mund-Dreieck und einen niedrigen bis ausbleibenden Puls (vgl. Weis-Krebs/Stoll 2014, S. 283). Durch diese Zeichen kann der anstehende Tod vom Personal erkannt werden. Das ermöglicht ein letztes Abschiednehmen und Sterbebegleitung, denn es ist ein verbreiteter Wunsch, dass Menschen nicht allein sterben (s. u.).

Die **thanatopsychologische** Forschung beschäftigt sich mit den Reaktionen von Sterbenden, ausgelösten Auseinandersetzungs- und Abwehrmechanismen, sowie aufkommenden Gedanken, Gefühle und Bedürfnissen. Ebenfalls aus der Palliativen Forschung kommen auch hier verschiedene Modelle. Elisabeth Kübler-Ross definierte folgende Phasen, die Patienten nach einer palliativen Diagnose durchlaufen (vgl. Kränzle/May 2018, S. 26f):

1. Nichtwahrhabenwollen und Isolierung: Verleugnen und Verdrängen der Diagnose
2. Zorn: Hilflosigkeit kanalisiert sich in Wut (gegenüber Gott, Angehörigen, Arzt, Pflegenden, ...)
3. Verhandeln: mit Gott, dem Schicksal
4. Depression: Resignation in Erwartung der anstehenden Endlichkeit
5. Zustimmung: Akzeptanz des anstehenden Todes

Die (bewusste) Nähe des Todes kann bei den Sterbenden **existenzielle Verzweiflung** hervorrufen. Existenzielle Verzweiflung ist ein multidimensionales

Leiden, dass Menschen am Lebensende im Zustand von Tod und Hoffnungslosigkeit erleben. Dafür kann es verschiedene Gründe geben: So wird durch die realisierte Begrenztheit des Lebens eine Lebensbilanz gezogen. Einige Zusammenhänge können erst am Lebensende erkannt werden, wodurch sich Ausstehendes und Offenstehendes herauskristallisiert. Sterbenden zeigt sich, wo sie ihr Leben fremdbestimmt gestaltet haben und wo es noch unerledigte Situationen, unvergebene Schuldgefühle und unabgeschlossene Trauer gibt. Diese unerledigten Lebensaufgaben drängen sich auf. Sie sollten entweder real gelöst, oder durch das Erzählen neu bewertet und in die Biografie integriert werden. Ungelöste Lebensaufgaben machen es Menschen häufig schwer, vom Leben loszulassen (vgl. Patzlsperger 2018, S. 102; Weis-Krebs/Stoll 2014, S. 281). Des Weiteren erforschte Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung (s. 3.4.1), bei Sterbenden einen spirituellen Schmerz, der neben den körperlichen Schmerzen auftrat. Dieses Phänomen des *Total Pain*, kann in Bereutem aus der Vergangenheit liegen oder aus der Sorge um Bezugspersonen nach dem eigenen Ableben resultieren. Ganz grundlegend kann die existenzielle Verzweiflung auch von der Angst vor dem bevorstehenden Tod kommen (vgl. Patzlsperger 2018, S. 102).

Menschen **reagieren** sehr unterschiedlich auf diese Konfrontation mit dem Tod. Der Gerontologe J.M.A Munnichs hat folgende Reaktionsmuster von Heimbetreuten erkannt:

- „Annahme der Endlichkeit,
- Hinnahme der Endlichkeit,
- Ausweichen vor der Beschäftigung mit der Endlichkeit,
- Negierung der Endlichkeit und
- Flucht vor den Gedanken an die Endlichkeit.“ (Munnichs 1995, S. 284)

Tendenziell kamen Menschen mit dem Thema besser zurecht, die in ihrer Biografie bereits mit der Endlichkeit konfrontiert wurden, beispielsweise durch die Pflege Anderer, den Tod Nahestehender oder eigene Erkrankungen (vgl. ebd., S. 284ff). Eher ängstlich reagieren Menschen mit stärkeren gesundheitlichen Problemen, psychischen Beeinträchtigungen (in der Vergangenheit), gering ausgeprägten religiösen Überzeugungssystemen, einer schwachen Ich-Identität, geringer Lebenszufriedenheit und/oder geringer psychischer Widerstandsfähigkeit. Auch die Wohnform in einem Heim wird für größere Schwierigkeiten mit dem Thema benannt (vgl. Neimeyer/Fortner 1995, zit. nach Kruse 2007, S. 150f). Eine Begleitung der

Sterbevorbereitung muss sehr sensibel und individuell auf die biografisch bedingten Bedürfnisse der einzelnen Bewohner/innen eingehen.

3.1.3 Gesellschaftliche Einstellung zum Tod

Personen im deutschen Kulturkreis sind durch den Tod (oft) überfordert. Im Gegensatz zum Lebensereignis der Geburt, die vor- und nachbereitet und gefeiert wird, ist der Umgang mit dem letzten Lebensereignis „unbeliebter“ und wird wenig thematisiert (H4, 14).

Die Themen Sterben und Tod wurden in der Aufklärung aus der Öffentlichkeit und dem Bewusstsein **verdrängt**. Zu dieser Zeit richtete sich der Blick der Menschen auf das Diesseits. Das eigene Glück wurde zum Ziel des Lebens. Die leidigen Themen Sterben und Tod passten nicht zum Glücksstreben des aufstrebenden Menschen. Dadurch wurde der Tod immer mehr ins Private und Individuelle verschoben. Die oft unterstellte Tabuisierung stimmt laut der Soziologen Thieme und Feldmann nicht. Jedoch kann dieser verbreiteten These dahingehend zugestimmt werden, dass Tod und Sterben nur selten thematisiert und als unangenehm empfunden werden. (vgl. Thieme 2019, S. 67f; Feldmann 2010, S. 57ff)

Durch veränderte Familien- und Gesellschaftsstrukturen und eine geringere Sterberate in der eigenen Familie, werden Umgang, Realität und Bedeutung von Tod und Sterben **nicht mehr gesellschaftlich erlernt**. Früher war die Primärerfahrung mit dem Tod normal. Der Tod gehörte in die alltägliche, gesellschaftliche Mitte. Dadurch wusste man, wie man mit Sterbenden umgeht, wie eine Leiche aussieht und sich anfühlt, wie Trauer sich äußert und dass Trauernde die Unterstützung der Gesellschaft brauchen. Heute fehlen diese Erfahrungen. Dadurch hat sich ein Befremden etabliert, was sich häufig in Ablehnung und Angst äußert (vgl. Feldmann 2010, S. 59). Diese Haltung wird gesellschaftlich an nachfolgende Generationen weitergegeben. Kinder lernen ca. mit drei Jahren zu begreifen, was Tod bedeutet. Aber weil die Eltern nicht offen mit dem Thema umgehen, lernen auch die Kinder keinen unbefangenen Umgang mit dem Tod. Eltern suchen ihre Kinder zu schützen und verwehren ihnen doch zu verstehen. Was wir nicht verstehen, macht uns Angst (vgl. Reuther 2020, S. 159).

Dass die soziale Gruppe der kalendarisch Alten entstanden ist, liegt unter anderem in den **Fortschritten der Medizin** begründet. Durch die erfolgreiche Behandlung von Krankheiten hat sich die Lebenserwartung in den letzten 130 Jahren verdoppelt. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei aktuell geborenen Kindern liegt bei 78,5

Jahren (männlich) und 83,3 Jahren (weiblich) und steigt statistisch jedes Jahr um drei Monate (vgl. Statistisches Bundesamt 2019; Schmitt 2014, S. 3). Morbiditätskompression hat zum Ziel, chronische Krankheiten weiter hinauszuzögern, um eine schönere und längere Hochaltrigkeit zu erreichen (vgl. Kruse 2007, S. 47ff; Feldmann 2010, S. 142). Gleichzeitig wird auch das Sterben verlängert und die Menschen werden herausgefordert, Entscheidungen über den (eigenen oder fremden) Tod zu treffen. Juristisch und auch aus dem eigenen Berufsverständnis heraus muss medizinisches Fachpersonal einen Menschen am Leben erhalten. Gelingt dies nicht, wird es teilweise als Versagen der eigenen Leistung empfunden. Ebendiese Möglichkeiten versetzen viele Menschen in Angst, da teilweise sehr unschöne Situationen entstehen können. Durch eine Patientenverfügung müssen Personen heute festlegen, welche ärztlichen Interventionen sie möchten und welche sie ablehnen. Wird diese Willenserklärung nicht verfasst, müssen die Angehörigen über diese Fragen entscheiden (vgl. Mandla 2020, S. 273ff). Diese Entscheidungen zu treffen, ist aus den oben genannten Gründen eine Herausforderung. Dieser Fortschritt der Medizin ist ebenfalls sehr einseitig auf die körperliche Ebene fokussiert. Die psychische und soziale Ebene wird dagegen weniger beachtet bis übergangen (vgl. Feldmann 2010, S. 27). Der Soziologe Klaus Feldmann pointiert: „Zuletzt stirbt – in den meisten Fällen im Krankenhaus oder Heim – nur mehr ein Körper, der als Leiche säkular-rituell beseitigt wird“ (2010, S. 25).

Mit der Abnahme der Sterblichkeit durch fortschrittliche Medizin und ein sicheres Lebensumfeld hat sich ein Gefühl der **Todeskontrolle** verbreitet. Heute gehen die meisten Menschen davon aus, dass sie mindestens 60 Jahre alt werden. Es gibt klare Vorstellungen von einem zu frühen und einem zu späten Tod und dem Wunsch zu dem dazwischenliegenden *rechtzeitigen Zeitpunkt* zu sterben. Zu frühes Sterben ist vor dem Erreichen der „Normalzeit“ terminiert. Als zu spätes (körperliches) Sterben wird ein solches empfunden, wenn das soziale und psychologische Sterben schon deutlich früher durchlebt wurde. Als negatives Sterben wird der Selbstkontrollverlust empfunden und gefürchtet. Das gilt für den Kontrollverlust über den eigenen Körper (z. B. Lähmung) und den Kontrollverlust über das eigene Bewusstsein (z. B. Demenz). Letzteres ist eine Form des psychologischen Sterbens. Um auch hierüber die Kontrolle zu behalten, kämpfen einige Menschen für die aktive Sterbehilfe, mit denen sie solche Situationen abwenden können (vgl. Feldmann 2010, S. 33, 158). Dass diese Todeskontrolle eine Illusion ist, zeigt sich aktuell in der Corona-Pandemie.

Die Sicherheit vor dem Tod wirkt stabil, kann aber durch Ereignisse wie Krankheiten oder Kriege versagen.

Gesellschaftlich geprägt gibt es immer ein **Ideal**, was ein **gutes Sterben** angeht. Im deutschen Kulturkreis bedeutet ein „gutes Sterben“:

- im hohen Alter
- schnell und schmerzfrei
- nicht allein (idealerweise von Bezugspersonen betreut)
- versöhnt mit dem eigenen Leben
- in Würde.

Da sich diese Ideale in Wünschen von Sterbenden und Angehörigen zeigen, sind sie Gegenstand der palliativen Bemühungen (vgl. Kränzle 2018, S. 27; Feldmann 2010, S.154; s. 3.4.1).

3.1.4 Gesetze, Pflichten und Fristen ab dem Todeszeitpunkt

Die gesetzlichen Bestimmungen zum Thema Tod sind in Deutschland im Bestattungsgesetz des jeweiligen Bundeslandes festgelegt. In Bayern beispielsweise gilt das Bayerische Bestattungsgesetz (BestG) von 1970, ergänzt durch die Bestattungsverordnung (BestV). Die **Leichenschau** ist nach Art. 2 des BestG verpflichtend durchzuführen und muss durch definierte Personen unverzüglich veranlasst werden (§1 Abs. 1 BestV). Eine Frist für die Leichenschau gibt es in Bayern nicht, sie darf jedoch frühestens stattfinden, wenn Todeszeichen festgestellt werden können (s. 3.1.1). Bundeseinheitlich gilt eine **Bestattungspflicht**, jede Leiche muss bestattet werden. Es gibt die Möglichkeit der Erdbestattung in einer Grabstätte oder einer Einäscherung durch eine Feuerbestattung (Art. 1 BestG). Die Bestattung der Leiche darf frühestens 48 Stunden und muss spätestens 96 Stunden nach dem festgestellten Tod erfolgen (§19 Abs.1 BestV).

Eine **Aufbahrung** des/der Toten im eigenen Haus ist möglich. In Bayern legen die Kommunen die Frist fest, die Zeiträume liegen zwischen 24 und 48 Stunden. Der Transport der Leiche zum Aufbahrungsort oder dem Bestattungsunternehmen ist dem professionellen Bestatter/der professionellen Bestatterin vorbehalten. Der Bundesverband deutscher Bestatter e.V. rät dazu, das Bestattungsinstitut frühzeitig zu kontaktieren, um Unterstützung zu erhalten (BDB o.J.b, Abschnitt 2).

Die **Totenfürsorgepflicht** fällt per Gesetz (Art. 15 BestG in Verbindung mit §1 Satz 1 BestG) den Erben zu. Dies sind nach BGB §§1924-1929 in erster Linie der Partner/die Partnerin, Kinder, gefolgt von den Eltern und den Großeltern. Die

gewohnheitsrechtliche Vorgabe sieht vor, dass diese Personen sich nach dem Ableben fürsorglich und würdevoll um Trauerfeier, Bestattungsart und -ort sowie die spätere Gedenkstättenpflege kümmern. Dabei sollen stets die Wünsche und Vorstellungen des/der Verstorbenen berücksichtigt werden, die im besten Fall schriftlich festgehalten wurden. Die Erben sind bei der Bestattung auch **kostentragungspflichtig** (BGB §1968). Wenn es für die Erben aus finanziellen oder aus schwerwiegenden moralischen Gründen unzumutbar ist, die Kosten der Bestattung zu tragen, kann eine Sozialbestattung beim Sozialamt beantragt werden (§74 SGB XII).

Die **Kosten von Bestattungen** belaufen sich nach einer Zusammenstellung von Dwayne Jäger insgesamt auf eine Gesamtsumme von 3.950-23.950 Euro, wobei 12.980 Euro als Durchschnittssumme angegeben werden (vgl. o.J., Tab. 1). Einige Anbieter werben aber auch mit deutlich günstigeren Preisen. Auf der Internetseite www.bestatter-preisvergleich.de zum Beispiel ist das günstigste Angebot eine anonyme Bestattung im Ruheforst. Hier belaufen sich die Gesamtkosten auf 1.040 Euro (vgl. Pohl o.J., o.S.). Vor allem der Verzicht auf eine Trauerfeier und ein Grab mit Grabstein senken die Kosten signifikant.

In den ersten Stunden nach dem Todesfall müssen folgende bürokratischen Hürden genommen werden. Für die Leichenschau und den Weitertransport der Leiche durch den Bestatter/die Bestatterin sind folgende **Dokumente** bereitzuhalten: Personalausweis, Personenstandsnachweis (z. B. Heiratsurkunde), die Rentennummer und der Totenschein (BDB o.J.b, Abschnitt 3). Direkt nach dem Todesfall müssen zwei **Versicherungen** informiert werden, die Lebensversicherung und die Sterbeversicherung. Da diese die Todesursache ggf. noch eigenständig prüfen wollen, gilt auch hier eine knappe Frist einzuhalten.

3.2 Trauer

„‘Der Tod ist ein Problem der Lebenden‘, so der Soziologe Nibert Elias (2002, S. 11), denn tot sind immer die Anderen. Trauern und Handeln [sic!] müssen bzw. können allein die Lebenden. Dabei ist der Tod im Leben der Lebenden die vielleicht größte Herausforderung.“ (Thieme 2019, S. 2f)

Die Worte Todesfall und Trauerfall werden häufig synonym verwendet, müssen aber in ihrem Kern voneinander abgegrenzt werden. Ein Todesfall bedeutet emotionslos das Ableben eines Menschen im Allgemeinen (s. 3.1). Ein Trauerfall dagegen

beschreibt einen spezifischen Todesfall, der in einer anderen Person Trauer auslöst. Diesem Phänomen wird in diesem Kapitel nachgegangen.

Dazu wird im ersten Schritt dargestellt, was *Trauer* überhaupt ist, welche Faktoren Trauer beeinflussen und was unter einem Trauerprozess zu verstehen ist (s. 3.2.1). Danach werden zwei Trauermodelle vorgestellt (s. 3.2.2, 3.2.3). Die Modelle fassen Regelmäßigkeiten und Herausforderungen von Trauerprozessen zusammen und ermöglichen dadurch eine Sprachfähigkeit und Einordnung des ansonsten sehr abstrakten Phänomens. Zudem geben sie Hinweise zur richtigen Begleitung Trauernder.

3.2.1 Das Wesen der Trauer

Trauer beschreibt, nach einer verbreiteten Definition von Freud (1915), die Reaktion und das psychische Erleben auf den (sich anbahnenden) Verlust von etwas Geliebtem, in den meisten Fällen von einer nahestehenden Person, doch ebenso den Verlust anderer emotional-verbundener Abstraktionen (Heimat, Freiheit, Ideal). Verlust bedeutet, dass etwas nicht mehr da ist und nun eine neue Realität (ohne das Verlorene) besteht. Das löst intensive Erlebniszustände aus, als eine zutiefst menschliche, normale und angemessene Reaktion (vgl. Schnelzer 2016, S. 11).

Der Mensch muss nach dem Verlust lernen, sich in einer neuen Realität zurechtzufinden. Der Begriff des Trauerprozesses beschreibt entsprechend „den Weg, den jeder Mensch gehen muss, der nach einem Verlust eines geliebten Menschen wieder einen Zugang zu Welt und Mensch finden möchte“ (ebd., S. 12). Dieser Prozess läuft dabei nicht passiv ab, sondern die Trauernden müssen durch **Trauerarbeit**, ein Begriff geprägt durch Sigmund Freud, bestimmte Aufgaben bewältigen. Die Aufgaben sind das Ablösen der alten Beziehung zum Geliebten und der Neuaufbau einer neuartigen Beziehung zu diesem, sodass die Aufmerksamkeit wieder anderen Menschen zugewendet werden kann. Dieser Schritt ermöglicht es den Trauernden, in der neuen Realität zu partizipieren. Trauer ist die Gestaltung eines Abschiedes und eines Neuanfangs, eine Ablösung von der alten Realität muss genauso gelingen wie ein Zurechtfinden in der neuen Realität. Am „Ende der Trauer“ geht der Mensch gereift aus dem Prozess (vgl. ebd., S. 11f). Ziel des Trauerprozesses ist es, dass das „Vorher“ und „Nachher“ friedlich zueinanderfinden, dazu muss der Graben dazwischen überbrückt werden (vgl. Bender 2019, S. 3).

Trauer kann sehr unterschiedlich ausfallen. Das ist über die Theorie von Bowlby (1994/2006) zu erklären, der Trauer als **Bindungsverlust** versteht. Trauer ist

demnach so individuell wie die zwischenmenschliche Bindung, die durch den Verlust verlorengegangen ist. Nach einer langen, glücklichen Partnerschaft sind viele Bindungen entstanden (Gesprächspartner, Tanzpartner, Geliebter) und der Verlust an vielen Stellen spürbar. Die Trauer wird intensiv sein, da sich die alte Realität von der neuen stark unterscheidet und viele Bindungen ins Leere laufen. Bestand zwischen einem Elternteil und dem Kind keine intensive Bindung mehr, kann die Trauer gering ausfallen, allerdings nur, wenn sich das Hinterbliebene Kind wirklich von dem Elternteil abgelöst hat. Andernfalls können auch unterdrückte Bindungen Trauerreaktionen auslösen. (vgl. Schnelzer 2016, S. 13f)

Trauer wird auf geistlicher/emotionaler/seelischer und körperlicher Ebene erlebt. Das zeigt sich in einem großen Spektrum an (teilweise befremdlichen) **Symptomen**. Im Folgenden werden einige Symptome dargestellt. Die Auflistung ist keinesfalls vollständig, sondern soll lediglich einen Eindruck vermitteln: auf *körperlicher (somatischer Ebene)* hat der/die Trauernde „viel von seiner Lebendigkeit verloren“. Er/sie ist niedergeschlagen, kraft- und antriebslos, die Haltung ist gebückt, es treten Schlafstörungen auf und es kann zu körperlichen Missempfindungen, wie Leergefühl im Magen und Kurzatmigkeit sowie Schmerzzuständen, wie Kopf- oder Rückenschmerzen, kommen. Die Symptome scheinen der Depression ähnlich, können aber klar abgegrenzt werden. Die *affektive Ebene* umfasst die vielfältigen Gefühle, die den Mittelpunkt des Trauerprozesses bilden und intensiv und impulsiv/chaotisch erlebt werden. Recht verständliche Gefühle sind Traurigkeit, Einsamkeit, Sehnsucht nach dem Verstorbenen und eventuell Erleichterung über das Ende einer langen Krankheit. Weniger verständlich werden die Gefühle Aggression, Schuld und Angst erlebt. Die Aggression bildet sich aus dem Gefühl der Machtlosigkeit und der Regression auf eine kindliche Hilflosigkeit und zeigt sich als Zorn gegen den Verstorbenen. Da Hinterbliebene diesem keine negativen Gefühle entgegenbringen wollen, wird häufig ein Ersatzobjekt gesucht, gegen den diese Gefühle gerichtet werden können (Ärzte, Pfarrer, Bestatter, Familienmitglieder, Gott). Die Schuldgefühle erleben Trauernde in der Regel gegen sich selbst, mit dem fantasierten Vorwurf, dass man mehr hätte tun müssen. Zentral wird Angst erlebt. Angst vor dem Bevorstehenden, Angst vor dem eigenen Tod und Angst davor, noch weitere Verluste zu erleiden. Auf *kognitiver Ebene* leiden Trauernde oft an Verwirrtheit und Konzentrationsschwäche. Zudem ist es ein häufiges Phänomen, dass die Nähe des Verstorbenen durch Träume, Halluzinationen und Illusionen erlebt wird. Dies tritt vor allem in der Phase direkt nach dem Tod auf und ist ein Teil der gesunden Trauer, sollte also nicht vorschnell für eine psychische Erkrankung mit ebendieser

Symptomatik gehalten werden. Auf *volitiver (verhaltensbezogener) Ebene* zeigt sich Trauer durch sozialen Rückzug, das Beseitigen der Erinnerungen an den Toten und ein Suchen nach etwas an den Stellen, an denen eine Lücke entstanden ist. (vgl. Schnelzer 2016, S. 19ff)

Die Intensität und teilweise an pathologische Erkrankungen erinnernden Symptome können die Trauernden ängstigen. **Trauerbegleitung** kann dadurch helfen, dass sie das Erleben der/des Trauernden verbalisieren und einordnen und die Symptome von pathologischen abgrenzen können. Die meisten Trauernden können den Trauerprozess ohne professionelle Hilfe bewältigen (vgl. Weber u. a. 2018, S. 533). Um den Stand im Trauerprozess einordnen zu können, wurden **Trauermodelle** entwickelt. Diese fassen Regelmäßigkeiten zusammen, die auf eine ähnliche Grundstruktur der Trauerbewältigung hindeuten. Dabei verkennen die Modelle nicht die Individualität von jedem Trauerprozess (wie teilweise kritisiert wird), der maßgeblich von Rahmenbedingungen und der Persönlichkeit des Trauernden geprägt wird (vgl. Schnelzer 2016, S. 23f). In den nächsten Kapiteln werden die folgenden zwei Trauermodelle vorgestellt:

1. Die Trauerphasen nach Kast (1982)
2. Das Gezeitenmodell nach Smeding (2005)

3.2.2 Trauerphasen nach Kast

Das **Modell der Trauerphasen** ist weit verbreitet. Nach diesem Modell durchlaufen Trauernde verschiedene Phasen, bis sie in einem gewöhnlichen Zeitraum die Trauerarbeit gut zum Ende gebracht haben. Diese Phasen laufen in der Praxis ineinander über. Ein Stagnieren oder Rückschritte sind möglich und nicht negativ zu bewerten. Die Trauerphasen nach Verena Kast stellen sich folgendermaßen dar:

1. Die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens

Nach der Todesnachricht, vor allem bei plötzlichen Todesfällen, wird die Realität erst einmal abgewiesen. Das hat den Grund, dass die Gefühle in dieser Phase so umfangreich und stark sind, dass sie kaum auszuhalten wären. Die Trauernden sind wie betäubt. Das Erkennen der Realität erfolgt schrittweise, erst über intellektuelles Verstehen und im Nachfolgenden (bis in Phase zwei) auch durch emotionales Begreifen. Zeitlich: wenige Stunden bis eine Woche.

2. Die Phase der aufbrechenden Gefühle

Hier endet die anfängliche Betäubung, und der Trauerschmerz wird im vollen Umfang durch starke Gefühle von „widersprüchlich-chaotischem Charakter“ erlebt. Welche

Emotionen hier besonders intensiv erlebt werden, hängt an der Persönlichkeit des/der Trauernden. Die Persönlichkeit des/der Trauernden gestaltet diese Phase. Emotionen, die für die Person ohnehin schon charakteristisch waren, treten auch in dieser Phase besonders hervor. Dauer: in der Regel einige Monate.

3. Die Phase des Suchens und Sichtrennens

Diese Phase tritt ein, wenn der Trauerschmerz weniger und dadurch erträglicher wird. Es beginnt eine aktive Suche nach dem/der Verstorbenen, beispielsweise durch das Aufsuchen typischer Orte, durch das Reden über den Verstorbenen/die Verstorbene und das Nachahmen von Eigenheiten und Interessen, die zum Teil eigentlich der eigenen Neigung widersprechen. Da diese reale Suche erfolglos bleibt, hilft sie zu realisieren, dass der Tote tatsächlich „von dieser Welt gegangen“ ist. In dieser Phase ist der Trauerschmerz noch stark spürbar. Am Ende dieser Phase ist das Loslösen soweit erreicht, dass der Trauernde seine Energie wieder für andere Dinge aufbringen kann. Dauer: einige Wochen bis Jahre.

4. Die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Diese letzte Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass der Verlust der alten Realität weitgehend akzeptiert wurde, der Trauerschmerz nicht mehr allumfassend ist und genug Energie zur Verfügung steht, um die neue Realität zu gestalten und aufzubauen. „Der Verlustschmerz ist abgeklungen, neue Beziehungen, Rollen, Verhaltensmöglichkeiten und Lebensstile werden erschlossen“ (Schnelzer 2016, S. 27). Diese Phase ist zeitlich kaum einzugrenzen. Der Trauerschmerz wird nie komplett überwunden werden, sondern durch Erinnerungen in abgeschwächter Form wieder punktuell aufbrechen. Das behindert aber nicht das vollwertige Leben in der neuen Lebensrealität, sondern ist Teil dieser (vgl. ebd., S. 23ff).

3.2.3 Gezeitenmodell nach R. Smeding

Das Modell „Gezeitenmodell“ oder „Trauer erschließen“ von Ruthmarijke Smeding ist moderner (2005) und bezieht auch neuere Trauerforschung mit ein. Dieses Modell teilt den Trauerprozess in verschiedene Zeiten ein, die nicht chronologisch, sondern spiralförmig, also wiederkehrend wie Gezeiten, durchlebt werden. Die Phasen dieses Modells sind:

- Die Schleusenzeit
- Die Januszeit
- Die Labyrinthzeit
- Die Regenbogenzeit

Der Leitsatz des Modells ist: „Das **Loch**, in das ich fiel, wurde zur **Quelle**, aus der ich lebe“ (Smeding 2005a, S. 140). Das Loch, in der visuellen Darstellung des Modells als Mitte dargestellt, ist die Verlusterfahrung, die Trauer. Ziel des Modells ist es, dass die „Hiergebliebenen“ die Trauer so verarbeiten können, dass dem/der Verlorenen eine neue Ordnung zugewiesen werden kann, es ein Jahresring der Biographie wird und zur Kraftquelle beim Weiterleben (vgl. ebd., S. 140f).



Darstellung 1: "Die Gezeiten der Trauer"® (Smeding 2005a, S. 140).

Diese Begleitung der Trauernden fällt verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Zeiten mit unterschiedlichen Aufgaben zu (vgl. ebd., S. 141). So gibt es in der ersten Zeit nach dem Tod die Chance, durch von professionellen Begleitern initiierte Möglichkeiten den Tod zu begreifbar zu machen. Solche ermöglichten Chancen nennt das Modell **Trittsteine**, die den Trauerverlauf nicht verkürzen, aber vereinfachen. Trittsteine sind beispielsweise das durch Professionelle begleitete Abschiednehmen, Berühren und Versorgen des Leichnams. Nicht ermöglichte Trittsteine zeigen sich bei dem Trauernden als einer Sehnsucht und dem Gefühl, eine Chance verpasst zu haben. „Trittsteine für den Trauerweg sind Möglichkeiten zum Festhalten, zur ersten Orientierung, oder zur ersten Beruhigung alles noch getan zu haben auf dem langen Weg der Trauer, auf dem der Betroffene lernt, sein Leben neu zu gestalten.“ Schlecht durchgeführte Interventionen, durch fehlende Strukturen oder Kompetenz, können ebenso zu **Stolpersteinen** werden (vgl. Smeding 2005b, S. 157f).

Die **Schleusenzeit** ist die erste Phase und als einzige klar terminiert und einmalig. Sie beginnt mit dem Eintritt des Todes und endet mit der Bestattung. Ihr kommt eine besondere Bedeutung zu, weil die „Chancen“ für Trittsteine in dieser Phase nicht nachgeholt werden können. Wie eine Schiffsschleuse überbrückt sie in einem eingeschlossenen Zeitraum zwei unterschiedliche Niveaus. In dieser Zeit gibt es keinen Fortschritt nach vorne. Um gut und ohne Schaden in und durch die Schleuse zu kommen, braucht die Bootsbesatzung Hilfe von Personen, die auf dem Land stehen. Diese werden im Trauermodell *Schleusenwärter/in* genannt und stehen für professionelle Begleiter/innen in dieser Zeit. *Schleusenwärter/innen* sollten darin geschult werden, die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und sie durch die Phase zu lotsen. Das bedarf auch der Reflexion des eigenen Handelns, um ein zuerst ablehnendes Verhalten nicht einfach hinzunehmen, sondern ggf. als Hilflosigkeit und Angst richtig zu interpretieren und daraufhin zu intervenieren.

Mit dem Todeszeitpunkt schließt sich das Tor der Schleuse und damit haben die Betroffenen das Alte unwiderruflich hinter sich gelassen. In der Schleusenzeit muss dieser eigene neue Zustand, der nun final begonnene Weg, realisiert werden. Der Grund für die Zustandsänderung ist noch da, der tote Körper des verstorbenen Menschen. Seine Gegenwart hilft, die Veränderung zu begreifen und vom Toten und dem Alten Abschied zu nehmen. Ein wichtiger Faktor ist dabei Zeit; Zeit zum Begreifen zu ermöglichen, wo es die Betroffenen oft selber nicht tun. Ebenfalls wichtig ist, **positive Erfahrungen** zu gestalten. Die *verknüpfte Erfahrung* wird durch den/die Professionellen mitgestaltet, während Professionelle, Tote/r und Betroffene beieinander sind. Wie der/die Professionelle hier handelt, wird immer mit der Erfahrung des Todes verknüpft sein. Ein respektvoller, ruhiger und ehrenvoller Umgang mit der Leiche wird eine Erfahrung positiver prägen als ein unbefangenes Herunterspielen oder Übergehen der Situation. Eine weitere Chance entsteht, wenn *ein Schleusenwärter/eine Schleusenwärterin* zum Todeszeitpunkt anwesend ist, falls die Angehörigen es nicht sind. Diese/r kann den Angehörigen eine *angekoppelte Erfahrung* ermöglichen, indem er/sie durch das Teilen seiner Erfahrung eine Verbindung zwischen dem Tod und der jetzigen Situation darstellt. Die Hinterbliebenen können die Erfahrung, die sie selbst nicht erlebt haben, so durch jemand anderen nacherleben. (vgl. Smeding 2005b, S. 148ff)

Die **Januszeit** beginnt mit der Bestattung und ist der Anfang des Trauerwegs. Janus ist ein römischer Gott, der zwei Gesichter hat, die nach vorne und hinten gerichtet sind. Es ist die Zeit, in der die Hinterbliebenen in der Struktur ihres Alltags immer

wieder mit dem Verlust konfrontiert werden. Es entsteht eine Spannung zwischen „entweder-oder“. Der Blick ist noch stark zurückgerichtet, die Betroffenen erinnern sich viel – freiwillig und unfreiwillig. Der nach vorn gerichtete Blick sieht in eine Zukunft, in der es unmöglich scheint zu leben. (vgl. Smeding 2005c, S. 205ff)

Wenn aus dem Chaos heraus langsam wieder eine Struktur erkennbar wird, beginnt die **Labyrinthzeit**. Das Ziel des Labyrinths ist es, mit dem Verlust umzugehen. Sinn dieser Phase ist es, einen passenden Weg zum Ziel zu finden. Diese Wegfindung ist besonders schwierig, weil nicht auf alte Bewältigungsstrategien zurückgegriffen werden kann. Wie jede Beziehung einzigartig ist, so ist auch die Trauer um den Bruch der Bindung individuell. Der Weg wird dabei nicht gradlinig und auf Anhieb gefunden, es ist eine Zeit des Ausprobierens, des Fort- und Rückschritts. (vgl. Smeding 2005c, S. 209f)

In der **Regenbogenzeit** wird der Blick zurück in die Außenwelt gerichtet, die zunehmend wieder gelebt und genossen werden kann. Ein Weiterleben erscheint möglich und lebenswert. Mit der neu erlernten Struktur wird eine neue Ordnung aufgebaut und der Verstorbene wird in das neue Leben integriert. (vgl. Smeding 2005d, S. 267f)

Durch die **Spirale der Gezeiten** im Titel des Modells soll dargestellt werden, dass der Trauerprozess kein streng gradliniger ist. Wie die Gezeiten des Wassers kommen auch die Trauerzeiten immer wieder, folgen aufeinander, überspülen alles. Die Trauergezeiten sind nicht regelmäßig, sondern kommen unvorhersehbar. Wenn ein Hinterbliebener/eine Hinterbliebene bei der Trauerfeier herzlich lacht, ist das eine Regenbogenzeiterfahrung in der Januszeit. Ebenso gibt es in der Regenbogenzeit Januserfahrungen. Diese werden als frustrierend erlebt, weil der ganze bisher gegangene Weg wieder in Frage gestellt wird. Sie bedeuten aber keine Rückschritte, sondern gehören zum normalen Verlauf der Trauerverarbeitung. (vgl. Smeding 2005a, S. 140f; Smeding 2005e, S. 280)

3.3 Den Übergang gestalten

Trauer wird nach der obigen Darstellung als (heftige) Reaktion auf einen Verlust verstanden, der Trauerprozess als das Wiedezurechtfinden in der neuen Realität, ohne das Verlorene. Der kurze Zeitraum zwischen dem Versterben und der Bestattung kann als Übergangsphase gewertet werden (s. Kapitel 4). Diese Differenz zwischen der alten und der neuen Realität ist je nach Bedeutung des Verlusts unterschiedlichen Ausmaßes (Verlust des Ehepartners vs. Wechsel der

Arbeitsaufgabe). Aber unabhängig von der Qualität ist es für Betroffene ein Übergang. Wie dieser gestaltet werden kann, ist Gegenstand dieses Kapitels.

Zuerst wird der Inhalt, die Bedeutung und die Gestaltung von Ritualen erläutert (s. 3.3.1). Rituale sind in diesem Zusammenhang sehr wichtig, weil sie genau diesen Zweck erfüllen: Übergänge zu gestalten, zu markieren und zu erleichtern. Danach werden Trauerrituale im Speziellen fokussiert (s. 3.3.2). Wie prägend ist dabei die Gesellschaft, welche Chance hat das bewusste Wählen von Trauerritualen und welche Möglichkeiten gibt es aktuell? Im dritten Unterkapitel (s. 3.3.3) wird auf die Bedeutung des Leichnams für das Be-greifen des Übergangs und die daraus resultierenden Chancen für die Zeit bis zur Bestattung eingegangen. Dieser Gegenwärtigkeit des Leichnams kommt in der weiteren Ausarbeitung eine bedeutende Rolle zu.

3.3.1 Rituale als Übergangshelfer

Das Wort **Ritual** (lat. *ritus*), bedeutet in seinem Wortursprung: heiliger Brauch. Ein Brauch beschreibt, was in einer Gemeinschaft „in Gebrauch“ ist, um Übergangssituationen zu gestalten (vgl. Schärer-Santschi 2019, S. 131). Ein Ritual gestaltet den Übergang durch eine festgelegte, gleichbleibende und wiederholbare Abfolge von Handlungsschritten (vgl. Schmid 2018, S. 358). Gemeinschaftliche Rituale finden zu vielen Anlässen der Veränderung statt: So finden Hochzeiten ähnlich ritualisiert statt wie Bestattungen. Andere Kulturen kennen noch mehr Rituale, die zum Beispiel den pubertären Übergang in das Erwachsenenalter markieren. Gemein haben alle Anlässe, dass sie in „das Neue und Unbekannte“ überleiten und deshalb durch Unsicherheit und Angst geprägt sind. In diesen Phasen sind Rituale Wegweiser für das richtige Verhalten. Rituale entstehen in Gemeinschaften oder können bewusst geplant und eingesetzt werden. (vgl. Schnelzer 2016, S. 78)

Rituale haben die Kraft, durch ihre strukturierte und standardisierte äußere **Ordnung** auch innere Ordnung in den Beteiligten entstehen zu lassen. Sie machen das „Unfassbare“ greif-, hör- und sehbar. Sie helfen, unfassbare Gefühle und Gedanken durch die Symbolik eines Rituals zu kanalisieren und ihnen Ausdruck zu verleihen. Anstatt aufgrund der Überforderung der Situation zu resignieren und sich zurückzuziehen, ermöglichen Rituale, sinnstiftend (in Gemeinschaft) aktiv zu werden. Rituale haben demnach zwei Vorteile. Sie helfen, die eigenen Gefühle zu ordnen und auszudrücken. Und sie ermöglichen ein sicheres Tun in Gemeinschaft. (vgl. Schärer-Santschi 2019, S. 131ff)

Um wirksam zu sein, müssen Rituale **in Symbolik und Ablauf unmissverständlich** sein. Rituale helfen emotional, wenn Menschen sich mit ihren Gefühlen in der Symbolhandlung wiederfinden. Dann wird erreicht, dass den eigenen Gefühlen durch die äußere Ordnung Ausdruck verliehen werden kann. Nicht passende Rituale werden als starr, befremdlich und peinlich erlebt und können in der ohnehin fragilen Situation die Überforderung und Angst verstärken, da sich die Personen in ihrem Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit bestärkt sehen. Ebenso wichtig ist die Einhaltung des standardisierten Ablaufs. Eine Abweichung führt zu Verunsicherung und Irritation und verfehlt dadurch die sicherheitsspendende Wirkung von Ritualen. So kann dem durch den Alltag bedingt unterschiedlich langen Zeitraum, in dem ein Kondolenzbuch vor der Zimmertür von Verstorbenen steht, eine versteckte Symbolik unterstellt werden. Ablauf, Symbolik und Ziel sollten daher stets hinterfragt und Rituale niemals als schnelle Lösung und undurchdacht eingesetzt werden. Der Zugang sollte eher niederschwellig gehalten werden und die Teilnahme freiwillig bleiben. (vgl. ebd., S. 133)

Angebotene Abschiedsrituale sind von den **Rahmenbedingungen** der Institution abhängig. Wichtigste Faktoren bei der Wahl und Einführung von Ritualen sind:

- „Aufwand
- zur Verfügung stehende Zeit
- personelle und räumliche Ressourcen
- Frequentierung der verstorbenen Patientinnen bzw. Patienten und der Angehörigen
- Beziehung zum verstorbenen Menschen.“ (vgl. ebd., S. 134)

3.3.2 Neue Vielfalt von Trauerritualen

In Gesellschaften gab es schon immer Rituale, um Mitgliedern in Umbruchssituationen Sicherheit und Halt zu geben. Modernen Gesellschaften geht dieser allgemeine und standardisierte Ritualablauf zunehmend verloren.

Traditionell sind **Trauerkultur und -rituale in Deutschland** stark von der Kirche geprägt. Als Trauer noch zum Alltagserleben gehörte, gab die Kirche den meisten Menschen Antworten auf die Sinnfrage, einen liturgischen Ablauf für das Bestattungsverhalten und seelsorgerische Trauerbegleitung. Da die Zugehörigkeit zur Kirche hoch war, hatten die Rituale für die Beteiligten überwiegend eine sinnvolle Bedeutung. Durch Bräuche wie das Trauerjahr und die Trauerkleidung wurde Trauer für die Gemeinschaft sichtbar gemacht und durch diese mitgetragen. Wenn eine Person in Trauerkleidung ein ungewöhnliches Verhalten zeigte, konnte dies auf die

Trauer zurückgeführt werden. Durch die Aufklärung wurde parallel zum Verhalten gegenüber Tod und Toten auch das zugehörige Thema der Trauer verdrängt (vgl. Sunderbrink 2020, S. 241ff; Bender 2019, S. 5). Die Loslösung der modernen Gesellschaft von christlichen Ritualen ist in vielen Fällen sinnvoll, weil diese in der überwiegend säkularisierten Trauergemeinschaft nicht mehr verstanden werden und dadurch wirkungslos sind.

Wie Trauer ge- und erlebt wird, ist neben individuellen Faktoren auch von der Gesellschaft abhängig und beeinflusst auch die Wahl der Trauerrituale. Dieser gesellschaftliche Einfluss wird durch die **Trauerkultur** beschrieben. Im heutigen deutschen Kulturkreis wird Trauer zurückgezogen und psychisch bewältigt. Im Gegensatz dazu kennen andere (traditionelle) Kulturen deutlich expressivere Ausdrucksformen, wie das Ausreißen der eigenen Haare oder das öffentliche und absichtliche Zufügen von Wunden. Ein solches Verhalten würde im modernen Kulturkreis befremdlich wirken und als eine psychische Krankheit interpretiert werden, in anderen Kulturen ist es dagegen ein erwartetes Verhalten (vgl. Feldmann 2010, S. 23f). Das zeigt, wie vielseitig Trauerrituale gestaltet werden können. Die Verschiebung von Trauer in die Privatsphäre und das Loslösen von gesellschaftlichen Pflichten birgt die große Chance, dass solche Trauerrituale ausgewählt werden, die für die Betroffenen passend und dadurch sinn- und bedeutungsvoll sind. Diese Freiheit hat zwei Seiten, denn sie ist gleichzeitig fordernder, da die Wahl passender Rituale die Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen und dem Verlust voraussetzt. Mit anderen Worten: Diese Reflexion braucht Bewusstsein, Mut und Zeit.

Um einen Eindruck moderner Trauerrituale zu vermitteln, soll die aktuelle Vielfalt der Angebote im **Bestattungswesen** aufgezeigt werden. Neben der traditionellen Erdgrabbestattung ermöglicht eine Feuerbestattung mehrere Beisetzungsarten. Es besteht die Möglichkeit zur Urnengrabbestattung, Friedwaldbestattung², Seebestattung³, Luftbestattung⁴, Almwiesenbestattung⁵ oder Diamantbestattung⁶. Bei letzterem wird aus der Asche des Verstorbenen ein Diamant hergestellt, der dann zu einem Schmuckstück verarbeitet von Angehörigen getragen werden kann (vgl. BDB o.J., o.S.). Luft-, Almwiesen- und Diamantbestattung sind aufgrund der

² Die Urne wird in einem Bestattungswald beigesetzt.

³ Die Asche des Verstorbenen wird in einer wasserlöslichen Urne in der Nord- oder Ostsee beigesetzt.

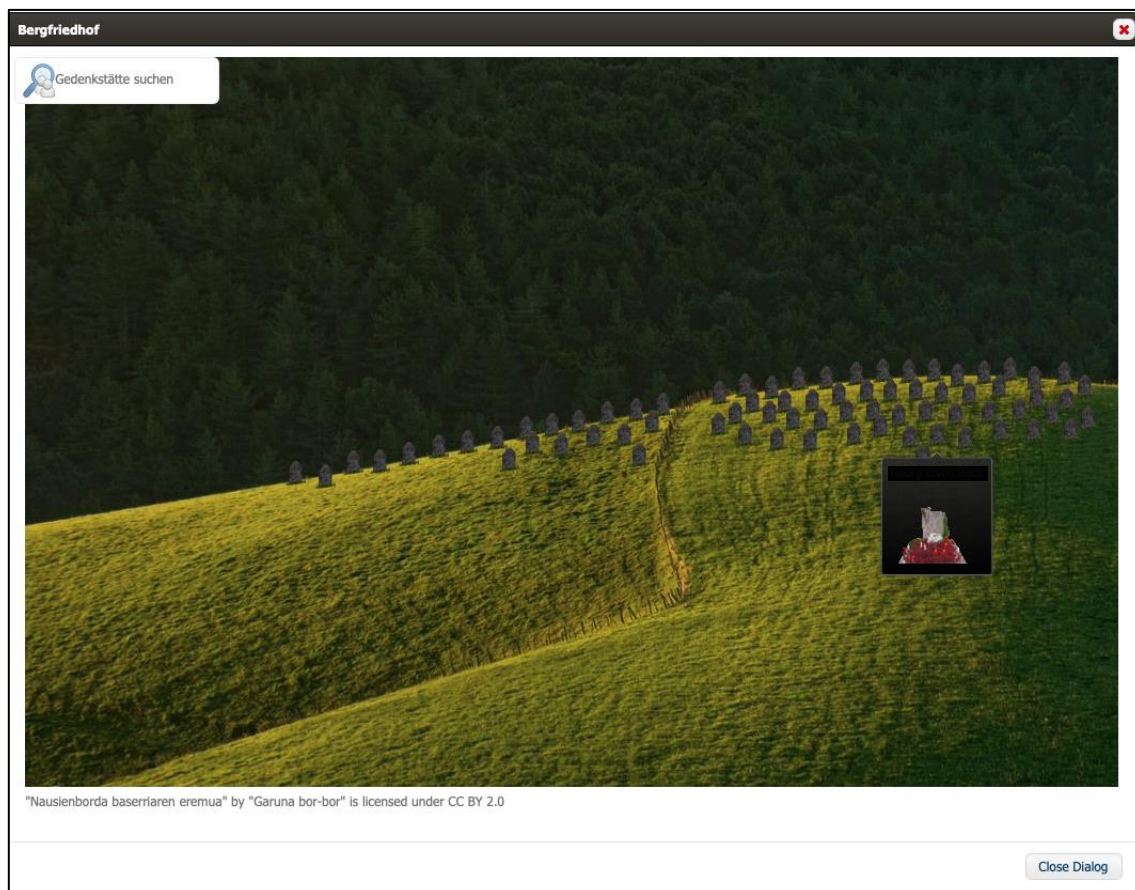
⁴ Die Asche des Verstorbenen wird (beispielsweise) aus einem Flugzeug verstreut.

⁵ Die Asche des Verstorbenen wird auf einer Wiese in der Schweiz verstreut.

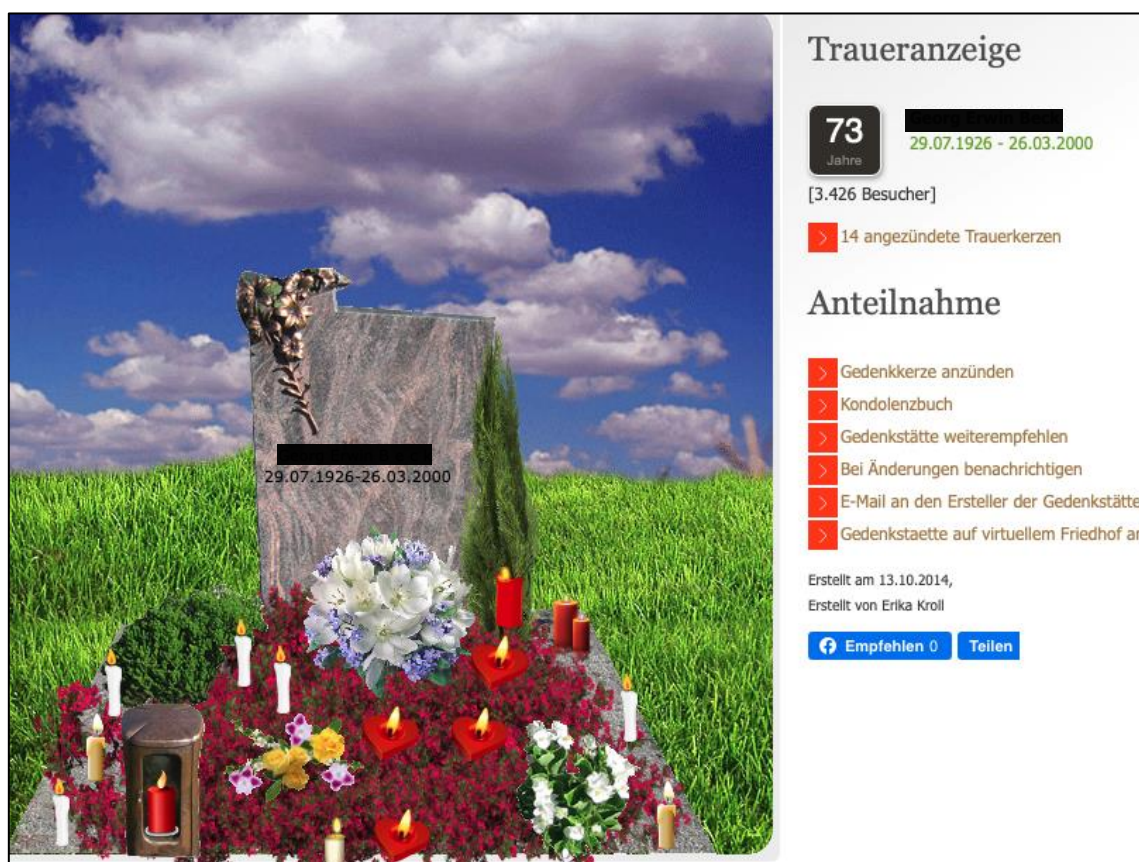
⁶ Die Asche des Verstorbenen wird zu einem Diamanten verarbeitet.

Friedhofspflicht in Deutschland nicht zulässig, werden aber durch Kooperationen mit Anbietern im Ausland durch Bestatter angeboten. Im Interview gibt der Bestatter aus Kempten an, dass überwiegend traditionelle Beisetzungsarten gewählt würden, wobei die Erdbestattungen abnehmen (heute 10 Prozent, im Gegensatz zu 70 Prozent vor 32 Jahren; H4). Die traditionelle Wahl führt der Befragte auch auf die Region und eine geringe Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten zurück (H10-14).

Globalisierung und Digitalisierung führen dazu, dass der **Trauerort** zunehmend an Bedeutung verliert. So geben bei einer Studie 72 Prozent der Befragten an, keinen besonderen Ort zum Trauern und dem Gedenken an den Verstorbenen zu brauchen. Nur 12 Prozent geben an, einen Trauerort zu brauchen, und für 9 Prozent muss dieser ein Grab auf einem Friedhof sein (statista-research 2017a). Die räumliche Distanz, die viele Familien heute trennt, macht die Grabpflege und das Besuchen des Grabes zur Erinnerung mühsamer. 62 Prozent der Befragten geben an, höchstens einmal in Jahr auf einen Friedhof zu gehen (statista-research 2017b). Gleichzeitig ist ein Grab mit langfristigen Kosten verbunden. Die Wahl von pflegefreien Ruhestätten nimmt zu. Zudem schafft die Digitalisierung neue Möglichkeiten des ortsungebundenen Trauerns und Gedenkens. Websites, Facebook-Profile und Diskussionsforen dienen der gemeinsamen Erinnerung an den Verstorbenen/die Verstorbene (Humer, S. 2016, S. 15). Für Online-Gamer/innen gibt es die Möglichkeit, Trauerfeiern in virtuellen Welten oder Online-Games stattfinden zu lassen. Online-Friedhöfe bieten physisch ortsungebunden einen digitalen Ort der gemeinsamen Trauer. Optisch erinnert der digitale Ort an einen traditionellen Friedhof, auch typische Ausdrucksformen wie das Anzünden einer Grabkerze und das Ablegen von Blumen am Grab können hier vollzogen werden. Bei einem Beispielanbieter (<https://www.strassederbesten.de>) kann der Nutzer zwischen verschiedenen Orten wählen („Berg der Ruhe“, „Feld der Ewigkeit“, „Christlicher Friedhof“). An diesen Orten kann eine Gedenkstätte, gleich einem realen Grab, platziert werden (siehe Darst. 2). Ein späterer Umzug an einen anderen Ort ist möglich. Einzelne Gedenkstätten kann man durch Anklicken aufrufen (siehe Darst. 3). Die Gestaltung ist individuell und je nach Mitgliedschaft gibt es verschiedene Möglichkeiten. Auf der Startseite der Homepage wird allen Verstorbenen des aktuellen Datums gedacht. Völlig unabhängig vom physischen Ort können Menschen die Gedenkstätte aufsuchen und schriftlich, symbolisch oder still gedenken. Auch bietet dies die Möglichkeit der Trauer um persönlich unbekannte Verstorbene wie Prominente oder Opfer eines Flugzeugabsturzes. Darüber hinaus bietet eine digitale Gedenkstätte die Plattform für ein Trauernetzwerk.



Darstellung 2: Virtueller Friedhof „Bergfriedhof“ (<https://www.strassederbesten.de>)



Darstellung 3: Gedenkstätte auf virtuellem Friedhof (<https://www.strassederbesten.de>)

Diese **digitalen Trauer- und Gedenkalternativen** sind sicher nicht für alle geeignet. Doch insbesondere für jüngere und digitalaffine Personen schaffen sie Trauerorte, die näher an ihrer Lebenswelt sind. Als weiteren Vorteil bietet die Anonymität des Internets einen Raum, an dem Trauer ohne Schamgefühle geteilt werden kann (vgl. Thieme 2019, S. 160). Der Internetsoziologe Dr. Stephan Humer schreibt, digitale Trauer würde von vielen Menschen misstrauisch abgewertet, sei aber im gleichen Maße wirksam wie analoge (2016, Abschnitt 9-11).

3.3.3 Die Bedeutung des Leichnams – BeGreifen

Der Leichnam ist der tote Körper des/der Verstorbenen. Er ist der **zentrale Grund/das Symbol** für die Trauer, für den (Bindungs-)Verlust, das Vorher-und-Nachher. Der Mensch ist gestorben, das ist die neue Realität. Durch die Gegenwart dieses Symbols besteht die Möglichkeit, die Veränderung mit verschiedenen Sinnen wahrzunehmen, was dem Geschehenen die Abstraktion nehmen kann. Es hilft, das Unbegreifliche zu begreifen.

Früher kannten die Menschen viele Rituale, um sich von den Toten zu trennen. Augen schließen, Spiegel verhängen, Verhüllung der Leiche (vgl. Frenschkowski 2020, S. 21). Während der **Totenwache** war es üblich, dass der Leichnam noch bei den Familien blieb und Nachbarn und Angehörige zum Abschiednehmen vorbeikommen konnten (vgl. ebd., S. 21; Sunderbrink 2020, S. 242). Auch heute ist eine Hausaufbahrung möglich (s. 3.4.1), wird aber kaum noch wahrgenommen. Im Interview berichtet der Bestatter von einer einzigen Hausaufbahrung in seiner 13-jährigen Tätigkeit (H24). Wie die Journalistin Carmen Thomas in ihrem Buch „Berührungängste? Vom Umgang mit der Leiche“ darstellt, löst eine bewusst wahrgenommene Totenwache in der Gesellschaft Befremden aus. Die Journalistin dokumentiert Erfahrungen von Menschen, die sich in unterschiedlichen Szenarien Zeit mit dem Leichnam des Verstorbenen nahmen. Sie fasst die Erfahrungen so zusammen, dass, sobald die Abschreckung überwunden wurde, das (lange) Abschiednehmen am Totenbett für die Hinterbliebenen eine friedliche und natürliche Erfahrung sei (vgl. 1994, S. 7ff).

Die **Angst vor Leichen** und dem Tod ist keine natürliche Tatsache, sondern wird Kindern anezogen und unter den Generationen weitergegeben. Kinder versuchen ca. ab dem dritten Lebensjahr, den Tod zu verstehen. Meistens mit der Absicht, diese zu schützen, gehen Erwachsene auf diese Fragen nicht ehrlich ein, sondern lehren das Thema symbolhaft. Gleichzeitig überspielen die Eltern dadurch ihr eigenes Unbehagen, das sich trotzdem auf die Kinder überträgt (vgl. Prinz 2020, S. 152).

Verstärkt wird diese Angst vor Leichen durch mediale Verstärkung und durch Mythen wie einem austretenden Leichengift oder Scheintote. Diese Angst führt dazu, dass die Leiche so schnell wie möglich vom Bestatter und aus der Gegenwart der Hinterbliebenen entfernt werden soll (H24). Auch C. Thomas zitiert in Ihrem Buch einen Bestatter, der folgende Erfahrung beschreibt:

„Wie giftigen Sondermüll lassen manche um drei Uhr nachts den Partner oder die Partnerin, mit denen sie ein Leben lang Tisch und Bett teilten, entsorgen. Die Möglichkeit, Tote aus dem Krankenhaus nach Hause zu nehmen und von dort aus ohne Zwischenstation die Bestattung vorzunehmen, wird gar nicht in Betracht gezogen.“ (1994, S. 12)

Dass die **Begegnung mit dem Leichnam** beim **Begreifen und Trauern hilft**, zeigen die Trauerfälle, wo kein Leichnam vorhanden ist. Das war beispielsweise bei einem Tsunami-Unglück der Fall, bei dem viele Menschen Angehörige verloren. Forschungen zeigen, dass überdurchschnittlich viele der Hinterbliebenen in eine pathologische Trauer verfielen. Die plötzliche Trauer überforderte sie und das Begreifen des Todes war vielen durch den fehlenden Leichnam nicht möglich (vgl. Frick 2020, S. 229f). Andere Hinterbliebene, denen auch der Leichnam des Verstorbenen fehlte, berichten von der Erfahrung, dass sie immer mit dem Zweifel lebten, ob die Person wirklich tot sei, und diese an vielen Orten zu sehen glaubten. Dieses unfreiwillige Festhalten bedingte einen langen und intensiven Trauerprozess (vgl. Thomas 1994, S. 10f). Weber, Weiher und Smeding führen in einem Artikel für Ärzte zum Thema Trauer ein verwehrtes Abschiednehmen vom Leichnam als Risikofaktor für eine komplizierte Trauer auf. Eine gute Verabschiedung am Sterbebett sei dagegen ein wichtiger Faktor für die eigenständige Bewältigungsfähigkeit des Trauerprozesses (vgl. 2018, S. 533ff). Das schließt auch unansehnliche Leichen ein. Die Angst, das Bild der (entstellten) Leiche würde die vorherigen Erinnerungen auslöschen, ist falsch, sodass auch hier die Vorteile der bewussten Konfrontation hilfreich sind (vgl. Thomas 1994, S.10f; Smeding 2005b, S. 153).

3.4 Sterben in Institutionen

Wie bereits an mehreren Stellen erwähnt, hat sich die Versorgung von Sterbenden und Toten vom Kreis der Familie in Institutionen mit professioneller Pflege verschoben. Das bringt Vor- und Nachteile mit sich, ist aber vor allem eine Realität, der man sich, auch in der Wissenschaft, stellen muss.

Aspekte dieser Realität sollen in diesem Kapitel dargestellt werden. Dazu werden im ersten Schritt (s. 3.4.1) die Hospizbewegung und das Versorgungskonzept der

Palliative Care vorgestellt. Diese Ansätze beschäftigen sich explizit mit der guten Versorgung Sterbender in institutioneller Betreuung. Danach wird ein Blick in Einrichtungen der Seniorenheime geworfen (s. 3.4.2). Wie haben sich diese Wohn- und Pflegeeinrichtungen entwickelt, welche Ausrichtung haben sie aktuell und passen Kunden und Angebot zusammen? Daraufgehend wird das Personal aus Pflegeeinrichtungen betrachtet (s. 3.4.3). Welche Entwicklung gab es im Pflegeberuf, welche Inhalte werden in der Ausbildung behandelt, und welche Schwerpunkte haben verschiedene bewohnernahe Berufsgruppen? Abschließend wird auf die überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelastung des Pflegeberufs eingegangen (s. 3.4.4), die durch Selbstfürsorge und Gesundheitsschutz des Arbeitgebers kompensiert werden muss, damit keine gesundheitlichen Schäden entstehen.

3.4.1 Die Hospizbewegung & Palliative Care

Ein Hospiz ist der Ort, an dem unheilbar kranke Menschen ihre letzte Lebenszeit verbringen können. Palliative Care ist das Versorgungskonzept, dass ebendiesen Menschen die letzte Zeit so lebenswert wie möglich gestalten möchte.

Hospize sind Herbergen. In ihren Anfängen lagen diese Herbergen an Pilgerrouten und boten Rast und Versorgung für Erschöpfte, Arme und Kranke. In Heilkunst ausgebildete Mönche und Nonnen kümmerten sich im Sinne der christlichen Nächstenliebe um die Fremden, die bei ihnen Unterkunft und Hilfe suchten. Die moderne Hospizbewegung wird auf das Jahr 1967 terminiert. Als Begründerin gilt Cicely Saunders. Motiviert durch einen verstorbenen Geliebten, erforschte die ausgebildete Krankenschwester, Ärztin und Sozialarbeiterin 20 Jahre lang die Bedürfnisse und Wünsche von Sterbenden. Mit diesem Wissen erbaute sie 1967 *ein Haus für Sterbende*, das St. Christophers, das als das erste moderne Hospiz gilt. Die Ausrichtung auf die speziellen Bedürfnisse Sterbender soll diesen ein würdevolles Lebensende ermöglichen, das nicht frühzeitig beendet wird und bis zum Ende lebenswert ist. C. Saunders fasst ihre Vision in folgendem berühmten Zitat zusammen:

„Du bist wichtig, weil du eben du bist. Du bist bis zum letzten Augenblick deines Lebens wichtig. Wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben kannst.“

Das spezielle hospizliche Versorgungskonzept wird als **Palliative Care** bezeichnet und auch im deutschsprachigen Raum, in Ermangelung einer passenden Übersetzung, verwendet. Die WHO definiert Palliative Care folgendermaßen:

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Verbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO 2002, S. 1)

Konkret umfasst Palliative Care folgende Punkte:

- Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- das Leben bejahen und Sterben als normalen Prozess anerkennen
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z. B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.

Um dieses Ziel zu erreichen, arbeitet Palliative Care in einem interdisziplinären Team. Zu diesem gehören Ärzte/innen, Pflegepersonal, Seelsorger/innen, hauswirtschaftliches Personal, Therapeuten/innen, Psychologen/innen, Sozialarbeiter/innen und Ehrenamtliche der Hospizgruppe. Durch die Zusammenarbeit soll eine intensive medizinische, soziale und psychologische Betreuung ermöglicht werden, im Idealfall im eigenen Wohnumfeld (Haus oder Altenheim). Dazu gibt es die Allgemeine (AAPV) und die Spezialisierte (SAPV) ambulante Palliativversorgung (vgl. Seeger 2018, S. 166). Durch Entwicklung und Ausbau von Palliative Care droht die Palliativmedizin den Ursprung der Hospizidee in den Hintergrund zu rücken. Das Hospiz als Herberge beinhaltet mehr Elemente als das reine palliative Versorgungskonzept. (vgl. Kränzle/Weihrauch 2018, S. 4ff)

3.4.2 Pflegeheim: ein Sterbeort?

Pflegeheime haben sich in ihrer Geschichte entwickelt. Konzeptionell wurde die reine **Pflegeorientierung** durch zusätzliche **Wohn- und Kundenorientierung** ausgebaut. Bis ca. 1940 waren es sogenannte *Siechenheime*, wo Menschen ohne private Versorgungsstrukturen untergebracht wurden. Die *Insassen* wurden in Mehrbettzimmern verwahrt und grundversorgt, Freizeitgestaltung gehörte nicht zum Versorgungsauftrag. In den 1960-1970er Jahren verlegte sich der Fokus auf die Funktionspflege. Die *Pflegeheime* hatten den Charakter von Krankenhäusern und versorgten vor allem Senioren/Seniorinnen mit den neuartigen Alterskrankheiten. Die Abläufe und Inneneinrichtung waren, wie im Krankenhaus, effizient und praktisch. Das Sterben und der Tod von *Patienten/Patientinnen* wurden als unangenehm empfunden und fand im Verborgenen statt. Viele Vorurteile, Prägungen und Strukturen sind auf diese Episode zurück zu führen. In den 1980er Jahren fand dann eine Veränderung in Richtung Wohnorientierung statt. Den *Bewohnern/Bewohnerinnen* sollte durch Einzelzimmer und der Möglichkeit, eigene Möbel mitzubringen, ein Ersatz für die verlorene Wohnung ermöglicht werden. Privatsphäre und Freizeitgestaltung wurden wichtige Bausteine der Einrichtungen. Die neueste Entwicklung ist die in Richtung Kundenorientierung. Um die Unterschiede in den Heimen abzubilden, haben sich zunehmend Dokumentations- und Kontrollstrukturen etabliert. Ein gutes Management, Effizienz und Qualitätssicherung sollen das eigene Angebot für die *Kunden* attraktiv machen (vgl. Kostrzewa/Gerhard 2010, S. 34ff; Fichtl/Ehlers 2014, S. 1249). Der Umgang mit dem Tod wird in den Einrichtungen immer offener. Heute ist Sterbebegleitung ein Angebot, mit dem die Kunden geworben werden. Auch in den Interviews ist dieses offene Verhalten zu bemerken, denn alle Interviewpartner grenzen sich klar von dem Verhalten aus den 1960er Jahren ab (A16; B14; C33, 43; D33).

Trotz der positiven Veränderungen ziehen Menschen in der Regel erst in **letzter Instanz in ein Pflegeheim**. Diese Entwicklung ist auf die bevorzugte Finanzierung ambulanter Pflege (§3 des SGB XI) seit der Einführung der Pflegeversicherung 1994 zurückzuführen. Durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll erreicht werden, dass die Versicherten so lange wie möglich im häuslichen Umfeld wohnen können. „Jetzt zieht der Bewohner, meist als Liegendtransport, in sein neues Zuhause um“, schreiben G. Kostrewa und C. Gerhard zur Beschreibung der neuen Heimsituation. Der durchschnittliche Bewohner/die durchschnittliche Heimbewohnerin sei „hochaltrig, multimorbid, weiblich und mit hoher Wahrscheinlichkeit demenzerkrankt“ (Kostrzewa/Gerhard 2010, S.40). Dadurch hat die Verweildauer der Bewohner/innen

ab- und die Sterberate zugenommen. Heime werden vermehrt ein Ort, an dem gestorben wird (vgl. Kostrzewa/Gerhard 2010, S. 37ff). In den Pflegeheimen in Kempten wurde eine durchschnittliche Verweildauer von ungefähr 26 Monaten ermittelt (Anhang 9).

Um auf diese Entwicklung zu reagieren, wurde 2015 das **Hospiz- und Palliativgesetz** (HPG) in Kraft gesetzt, ein Ergebnis der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“. Dies sind gute Interventionen und Signale, die den Ausbau des palliativen Netzwerks und des palliativen Verständnisses vorantreiben. Hilfen ab dem Todeszeitpunkt finden dagegen wenig Beachtung.

Pflegeheime sind nach dem Hospiz- und Palliativgesetz zur **Zusammenarbeit mit der SAPV und Transparenz über palliative Kooperationspartner** verpflichtet. Dadurch wird die palliative Versorgung in den Heimen an Raum gewinnen. Jedoch droht hier die Hospizidee zu wenig Beachtung zu finden, die neben Versorgungsstrukturen auch die räumliche und kulturelle Ausrichtung umfasst (s. 3.4.1). Hier sind Seniorenheime teilweise noch stark aus der Krankenhausstradition geprägt. Zwar werben viele Heime mit einer guten Sterbebegleitung, aber die Autoren Kostrewa und Gerhard schreiben von der Erfahrung, dass dies eher der Kundenakquisition dient und nicht zwangsläufig einer guten Umsetzung in den Strukturen in der Realität entspricht (2010, S. 45f). In vielen Pflegeeinrichtungen können die Bewohner/innen noch nicht von palliativen Strukturen profitieren. (vgl. Kränzle/Weihrauch 2018, S. 6f)

3.4.3 Bewohnernahe Berufsbilder in Pflegeheimen

Die **Geburtsstunde des Berufs der Altenpflege** liegt in den 1950er Jahren, während des Wirtschaftswunders nach dem Zweiten Weltkrieg. Mit dem medizinischen Fortschritt, der ein höheres Lebensalter ermöglichte, nahmen auch die Fälle an Alterskrankheiten zu. Um diese Personen zu betreuen, wurden Alteneinrichtungen im krankenhausähnlichen Stil errichtet (s. 3.4.2), die einen Fokus auf pflegerische Betreuung hatten. Für diese neuen Einrichtungen fehlte es aber an ausgebildetem Personal, da die Zahl an Diakonissen abnahm und Krankenpfleger/-schwestern den Arbeitsplatz im Krankenhaus bevorzugten. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wurden erstmals Personen speziell für die Altenpflege qualifiziert. Mit der Zeit wurde die Ausbildung immer mehr an die der Krankenpflege angeglichen (vgl. Fichtl/Ehlers 2014, S. 1248f). Im Januar 2020 wurden die Ausbildungen zusammengelegt, unter der Berufsbezeichnung *Pflegefachkraft* (vgl. STMGP 0.J., Absatz 1).

In der **dreijährigen Ausbildung** zur Pflegefachkraft lernen die Schüler/innen in der curricularen Einheit 08 „Die palliative Pflege“, Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten. Im Mittelpunkt der Einheit stehen „das Vorbeugen und Lindern von Leiden unter Einbezug aller Dimensionen des Menschseins“ (BiBB 2020, S. 128). Es werden Pflege, Analyse, Einbeziehung und Begleiten der Bezugspersonen und angemessene Gesprächsführung gelehrt (vgl. ebd., S. 128ff). Ob die Vereinheitlichung der Pflegeausbildungen den Fokus auf diese palliativen Kompetenzen fördert, ist kritisch zu hinterfragen, da diese im besonderen Maße ein Thema der Altenpflege sind und somit in einer speziellen Altenpflegeausbildung wahrscheinlich mehr Priorität bekommen würde. Spezielle palliative Kompetenzen sind für die sensible und professionelle Betreuung bei einem Todesfall von großer Bedeutung. Die Autoren Kostrewa und Gerhard kritisieren in ihrem Buch, dass auch in der praktischen Ausbildung die wichtigen Anteile der Reflexion dieser Themen zu kurz kommen. Die zeitlich intensive Reflexion würde aus Wirtschaftlichkeitsgründen vielfach übergangen. Diese sei aber grundlegend für eine gute palliative Kompetenz (vgl. 2010, S. 57f). Eventuell bringt hier die neue Ausbildungsfinanzierungsverordnung (2020) eine Entlastung, die die Ausbildungsbetriebe bei der Finanzierung der Auszubildenden unterstützt.

Mit den Jahren hat sich auch das **Berufsverständnis** der (Alten-)Pflegerinnen verändert. In seinen Anfängen und bei den vorangegangenen Berufsgruppen 1950 war der Beruf der Lebensinhalt. Pflegerinnen hatten kein Privatleben, sondern waren rund um die Uhr für den Pflegedienst verfügbar. Sie sollten die Anweisungen des Arztes/der Ärztin kritiklos durchführen und eine umsorgende Beziehung zu den Patienten/innen aufbauen. Im modernen Rollenverständnis ist die Pflege eine Dienstleistung, die einen gleichberechtigten Platz im interdisziplinären Versorgungsteam einnimmt. Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten, Tarife und Arbeitszeiten sind wie in anderen Berufen selbstverständlich. Dieser Wandel in der Berufsrolle kann zu unterschiedlichen Erwartungen und Anspruchshaltungen führen, persönlich, durch Andere und strukturell. (vgl. Ekert/Ekert 2019, S. 388f)

Für eine ausgebildete Pflegefachkraft gibt es die Möglichkeit, eine Weiterbildung als **Palliative-Care-Fachkraft** zu absolvieren. Die Weiterbildung dauert ein Jahr und umfasst 160 Unterrichtseinheiten (kompletter und modularer Aufbau), die durch praktische Unterrichtseinheiten ergänzt werden können (modularer Aufbau). Die Themenschwerpunkte basieren auf dem Curriculum von M. Kern, M. Müller und K.

Aurnhammer und umfassen: Grundlagen und Anwendungsbereiche der Palliativmedizin und Hospizarbeit, medizinisch-pflegerische Aspekte, psychische und soziale Aspekte, ethische Aspekte, spirituelle und kulturelle Aspekte, Aspekte der Teamarbeit und Selbstpflege, Qualitätssicherung und Lernkontrolle und Reflexion. Die Weiterbildung ist von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin anerkannt und registriert. (vgl. Melching o.J, Absatz 1-7)

In stationären Senioreneinrichtungen sind neben den Pflegekräften auch **Betreuungskräfte** angestellt. Nach dem §43b SGB XI haben Pflegebedürftige ein Recht „auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht“. Die Qualifikation zur Betreuungsassistenz umfasst ein Orientierungspraktikum von 40 Stunden, eine Qualifizierungsmaßnahme von 160 Stunden und regelmäßige Weiterbildung (§4 Betreuungskräfte-RL). Die Aufgaben der Betreuungskräfte sind vor allem auf die Aktivierung der Bewohner/innen ausgerichtet (malen, Gottesdienstbesuche, etc.), aber auch das aktive Gesprächsangebot über alltägliches und die Sorgen der Bewohner/innen (§2 Betreuungskräfte-RL). Die Themen Tod, Sterben oder Sterbevorbereitung sind nicht explizit erwähnte Inhalte des Leistungsauftrags, ebenso wenig die Betreuung von oder Kooperation mit den Angehörigen. Diese niedrige Priorisierung zeigt sich auch in einem gesichteten Lehrbuch für Betreuungsassistenten, wo das Kapitel zur Begleitung Sterbender und deren Angehöriger nur 3 ½ von 360 Seiten umfasst (vgl. Völkel/Ehmann 2019, S. 352ff). Die Themen Tod und Umgang mit der Leiche werden nicht behandelt.

3.4.4 Arbeitsbelastungen und Prävention

Altenpflege ist ein Beruf mit hoher **Arbeitsbelastung**. Diese Tatsache aufgreifend, thematisiert der Pflegereport 2016 die Belastungsfaktoren auf fünf Ebenen von Altenpflegenden im Beruf. Diese werden hier ausschnittsweise dargestellt:

Organisationsbezogene Ebene: Führungsstil und Führungsqualität, geringe Unterstützung von Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der geringe Einfluss durch wenig Handlungs- und Gestaltungsspielraum und quantitative Arbeitsanforderungen.

Interpersonale Ebene: widersprüchliche und unvereinbare Arbeitsanweisungen, mangelnde Zusammenarbeit und dadurch Übernahme pflegefremder Tätigkeiten, zwischenmenschliche Konflikte und Feindseligkeiten sowie mangelnde Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte.

Personalsoziopsychische Ebene: die Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leid, die Konfrontation mit Aggression und zeitlicher Vereinnahmung in der Interaktion mit Patienten, psychosomatische Beschwerden, Burnout, emotionale und psychische Belastungen, individuelle Persönlichkeitsmerkmale der Berufsgruppe, Konflikt zwischen Arbeit und Familie, Rollenkonflikte und moralischer Stress durch Spannung von Berufsideal und Arbeitsrealität. (vgl. Jacobs u.a. 2016, S. 74f)

Dass die Arbeitsbelastung überdurchschnittlich hoch ist, zeigt sich auch am hohen Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen. Für die Erkrankung **Burnout** wird explizit das Personal von Altersheimen hervorgehoben (vgl. ebd., S. 75). Burnout ist ein Erschöpfungszustand als Folge von Überlastung. Überlastung entsteht, wenn Berufsbelastungen zur Überforderung führen und bei den Arbeitnehmern das Gefühl entsteht, diese mit den eigenen Ressourcen nicht bewältigen zu können (vgl. Dierkes-Zumhasch 2014, S. 1284).

Im Bereich der Pflege sollte aus dem Grund ein besonderer Fokus auf den **Gesundheitsschutz** der Arbeitnehmer/innen gelegt werden. Arbeitnehmer/innen müssen im Sinne der Selbstfürsorge auf die eigenen Grenzen achten und im Privatleben für einen Ausgleich zur Arbeit sorgen. Vonseiten der Einrichtung müssen im Sinne des Arbeitsschutzes die körperlichen und psychischen Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz nach Möglichkeit minimiert werden (§3 ArbSchG). Welche Ansatzpunkte es dazu gibt, kann unter anderem über folgende Modelle abgeleitet werden:

Das **Stressverarbeitungsmodell nach Lazarus** (1974) zeigt, dass es nicht Belastung ist, die einen Menschen in Stress versetzt, sondern die individuelle Bewertung auf diesen Reiz. Menschen reagieren auf denselben Reiz unterschiedlich, abhängig von der persönlichen Bewertung, ob genug Ressourcen zur Handhabung der Situation vorhanden sind. Ist die eigene Einschätzung negativ, führt das zu Stress und Überforderung. Die subjektive Bewertung der Situation kann aber verändert werden. Durch Selbst- oder Fremdrelexion kann der Bezug zur Situation geändert (kognitiv) oder eine Änderung der Situation (instrumentell) vorgenommen werden. (vgl. Ekert/Ekert 2019, S. 397ff)

Die Lehre der **Salutogenese** beschäftigt sich mit dem Thema, wie ein Mensch gesund bleibt/wird (im Gegensatz zur Pathogenese: Lehre der Krankheitsentstehung). Das Modell geht zurück auf Aaron **Antonovsky**. Es besagt, dass ein Mensch gesund bleibt, wenn er eine *kohärente* Grundhaltung zum Leben

hat. Dieses Kohärenzgefühl umfasst drei Aspekte: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

- Verstehbarkeit heißt, dass Ereignisse und Anforderungen des Lebens eingeordnet werden und als natürlich gewertet werden können und nicht willkürlich und unerfreulich sind.
- Handhabbarkeit ist das Vertrauen, die Herausforderungen des Lebens mit den eigenen Ressourcen oder durch die Hilfe anderer bewältigen zu können.
- Bedeutsamkeit ist die Überzeugung, dass das Bewältigen von Herausforderungen die Anstrengung lohnt.

(vgl. Menker 2014, S. 42; Menche 2014, S. 543)

3.5 Interviewbasierte Datenerhebung

Nachdem die literaturbasierten Grundlagen vorgestellt wurden, wird in diesem Kapitel das Vorgehen der Datenerhebung dieser Thesis beschrieben. Hierbei wurden keine grundsätzlich neuen Erkenntnisse erhoben und Ziel der Erhebung ist nicht die alleinige Beantwortung der Forschungsfrage. Vielmehr soll dieser Teil Erfahrungen aus der Praxis in die Ergebnisse dieser Studienarbeit einbringen. Deswegen wird in diesem Kapitel nur die Vorgehensweise der Interviewbefragung erläutert, aber keine Ergebnisse präsentiert. Die Ergebnisse sind in die Kapitel 4-6 integriert, sowie teilweise in weitere Teile der Studie. Daten wurden einerseits in Pflegeheimen zu ihrer Praxis der *heimbetreuten Leichenphase* erhoben. Andererseits wurden Vertreter aus den Schnittstellen Bestattung, Altenheimseelsorge und Palliative-Care-Fachkraft befragt.

3.5.1 Interviews mit Vertreterinnen aus den Pflegeheimen in Kempten.

Die Erhebung mit den Pflegeheimen in Kempten fand in zwei Teilen statt. Die **erste Interviewbefragung** fand im Dezember 2020 und Januar 2021 statt. Das *Untersuchungsziel* der Befragung ist, einen realitätsnahen Einblick in die Praxis von Umgang und Ritualen bei Todesfällen in stationären Senioreneinrichtungen darzustellen. Die Ausgestaltung der Untersuchung sollte eine Vollerhebung der sechs Pflegeheime in der Stadt Kempten sein. Als *Untersuchungsmethode* wählte die Autorin ein informationsorientiertes, strukturiertes Experteninterview (vgl. Helfferich 2011, S. 44). Als *Untersuchungsmaterial* wurde ein teilstandardisierter Interviewleitfaden entwickelt. Die Ausgestaltung des Leitfadens fand durch das Operationalisieren der Forschungsfrage statt (vgl. Kaiser 2014, 52ff), die zu dem Zeitpunkt folgendermaßen formuliert war: Wie können Standards für das Sterben von

Bewohnern/Bewohnerinnen in stationären Senioreneinrichtungen gestaltet werden, dass ein würdevoller Umgang mit dem Verstorbenen und ein den Trauerprozess unterstützendes 'Abschiednehmen' für Personal, Bewohner/innen und Angehörige realisiert wird?

Der Leitfaden wurde in vier Themenblöcke eingeteilt:

1. Wie präsent ist das Thema Tod und Sterben?
2. Wie standardisiert ist das Heim im palliativen Bereich?
3. Umgang mit dem Gestorbenen
4. Unterstützung im Trauerprozess von Angehörigen, Bewohnern/Bewohnerinnen und Personal.

Am 30.11.2020 wurde ein *Pretest* mit einer stellvertretenden Heimleitung aus einem ortsfremden Seniorenheim durchgeführt. Der Pretest zeigte keinen Veränderungsbedarf, sodass der Interviewleitfaden in seiner Ursprungsversion für die Erhebung verwendet wurde (Anhang 2).

Zur Vorbereitung der *Hauptuntersuchung* wurden am 24.11.2020 alle Pflegeheime in Kempten (Anhang 1) telefonisch kontaktiert, über das Forschungsvorhaben informiert und um einen Interviewtermin gebeten. Zwei Einrichtungen bestätigten die Anfrage direkt, alle weiteren erbaten eine aufschlussreiche E-Mail. Auf die versendeten E-Mails kamen 50 Prozent Zusagen, sodass die Erhebung mit vier Interviewpartnerinnen durchgeführt werden konnte (Anhang 7). Die *Datenerhebung* fand vom 02.12-07.12.2020 und am 12.01.2021 statt, mit Interviews von 20-58 Minuten. Die Auswertung erfolgte mit dem Programm MaxQDA.

Die **zweite Erhebung** erfolgte im April 2021. Da im Februar nochmal eine Zentralisierung des Themas stattfand, wodurch sich die Forschungsfrage veränderte, ergaben sich weitere Fragen an die Pflegeheime. Zwei Interviews wurden am 09.04.2021 telefonisch geführt und dauerten 11-16 Minuten, eine Interviewpartnerin antwortete per E-Mail am 15.04.2021. Für diese zweite Befragung nahmen noch drei der Pflegeheime in Kempten teil. Die Fragen ergaben sich aus der Ausarbeitung der Kapitel 4.,5. Und 6. Der Fragenkatalog ist im Anhang 4 vorzufinden.

3.5.2 Interviews mit Experten/Expertinnen aus Schnittstellenbereichen

Ebenfalls Teil der zweiten Erhebung waren Interviews mit weiteren relevanten Akteuren der Phase. Das *Untersuchungsziel* ist, Erkenntnisse aus Schnittstellenerfahrungen abzuleiten. Als *Untersuchungsmethode* wurde die

Befragung am Telefon gewählt und als *Untersuchungsmaterial* ein standardisierter Fragenkatalog erstellt, der dem Interviewpartner/den Interviewpartnerinnen im Vorfeld zugeschickt wurde (Anhang 5-7).

Die Auswahl der Interviewpartner/innen (*Sampling*) erfolgte aus den Schnittstellen der *heimbetreuten Leichenphase*. Die Autorin behielt die Eingrenzung auf den Stadtraum Kemptens auch bei dieser Auswahl bei. Es wurden Interviews geführt mit:

- einem Vertreter eines Bestattungsunternehmens
- einer Altenheimseelsorgerin
- einer ausgebildeten Palliative-Care-Fachkraft

Die Interviewpartner wurden am 07.04.2021 telefonisch angefragt. Die Durchführung erfolgte am 08.04. und 09.04.2021 und dauerte 16-18 Minuten.

3.5.3 Auswertung

Alle Interviews wurden transkribiert und die Absätze durchnummeriert, die entsprechenden Dokumente sind im Anhang zur Korrektur dieser Studienarbeit einsichtig (Anhang 10-19). Alle erhobenen Daten werden anonym verwendet. Der Bestatter wird männlich und alle weiteren Interviewpartnerinnen weiblich zitiert. Das entspricht den realen Geschlechtern und berührt (aufgrund der Häufigkeit dieser Geschlechter in den Rollen) die Anonymität nicht.

Die Interviews sind folgenden Bezeichnungen zugeordnet:

- Interviewerhebung 1: Expertinnen aus Pflegeheimen in Kempten = A, B, C, D
- Interviewerhebung 2: Expertinnen aus Pflegeheimen in Kempten = E, F, G
- Interviewerhebung 2: Bestatter = H
- Interviewerhebung 2: Altenheimseelsorgerin = I
- Interviewerhebung 2: Palliative-Care-Fachkraft = J

Die Verweise innerhalb der Arbeit werden nach folgendem Schema angegeben: H24 = Interview H, Absatz 24.

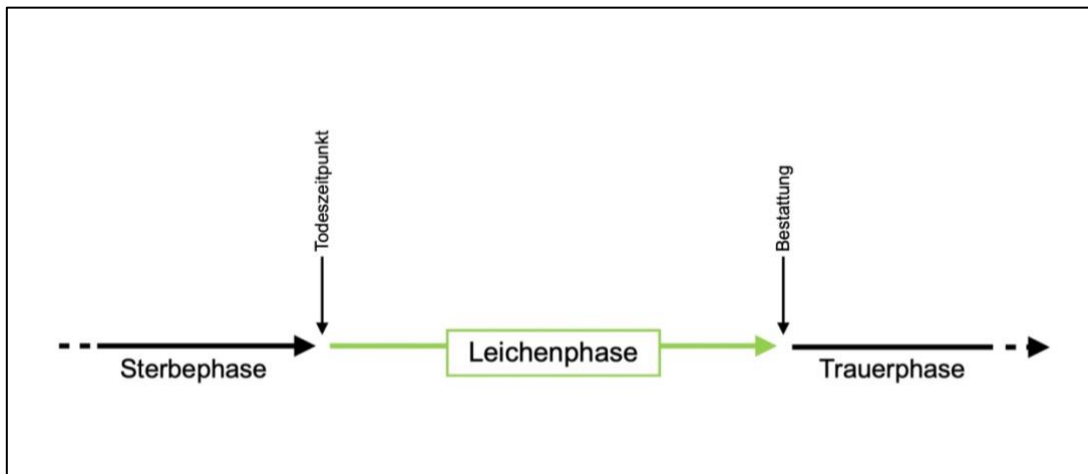
4 Die heimbetreute Leichenphase

Während der Ausarbeitung zeigte sich, dass der in dieser Studie untersuchte Zeitraum in der einschlägigen Literatur relativ unbearbeitet ist. Außerdem kann die Verwunderung eines Interviewpartners über den Forschungsschwerpunkt so gedeutet werden, dass ihm eine geringe Relevanz und Präsenz in der Praxis zukommen (D3). Aus dem Grund wird in diesem Kapitel als erstes Ergebnis dieser Arbeit die „heimbetreute Leichenphase“ eingeführt und systematisiert.

Dazu wird im ersten Schritt die Betitelung erklärt und hergeleitet, zuerst die *Leichenphase* im Ganzen (s. 4.1), dann der *heimbetreute* Teil der *Leichenphase* (s. 4.2). Danach wird die Phase selbst analysiert (s. 4.3), um die Komplexität aufzuzeigen, die eine ganze Studienarbeit über diesen (teilweise sehr kurzen Zeitraum) rechtfertigt.

4.1 Abgrenzung und Namensgebung der „Leichenphase“

Als *Leichenphase* wird die **Zeit** zwischen Todeseintritt (irreversibler Funktionsverlust des Körpers) und Beerdigung (Bestattung des Körpers) bezeichnet, also der Zeitraum, indem der Leichnam noch unbestattet zugänglich ist. Sie wird als Zeitraum zwischen Sterbephase und Trauerphase definiert. Der Anfang ist durch einen klaren Übergang, ein klares Ereignis markiert, denn der Sterbeprozess endet mit dem Tod. Anders ist das beim Trauerprozess. Dieser fängt oft schon vor dem Tod, also parallel zum Sterbeprozess, an und ist somit häufig auch ein Teil des betrachteten Zeitraums. Trotzdem entschied sich die Autorin, in dieser Ausarbeitung den Beginn der Trauerphase an das Ende der *Leichenphase* zu terminieren, da nach der Bestattung in vielen Fällen eine neue Qualität der Trauer anfängt, die auf der Endgültigkeit des Verlustes durch den Tod basiert. Zudem ist es für dieses Forschungsvorhaben eine legitime Annahme, da auf Trauerbearbeitung im Sterbeprozess (also vor der *Leichenphase*) nicht näher eingegangen wird und die Trauer während der *Leichenphase* häufig unterdrückt wird (vgl. 1. Trauerphase nach Kast; s. 3.2.2). Stattdessen steht vielmehr die Fragestellung im Fokus, wie der Trauerprozess nach der Bestattung durch geeignete Maßnahmen in der *Leichenphase* vorbereitet und vereinfacht werden kann. Aus diesem Grund kommt die Autorin zu dem Schluss, die *Leichenphase* als Übergang zwischen Sterbephase und Trauerphase zu definieren (s. Darst. 4).



Darstellung 4: Die "Leichenphase" als Übergangsphase (eigene Darstellung)

Für die **Namensgebung** war folgendes Zitat aus dem Klappentext des Buches „*Berührungängste?*“ von Carmen Thomas (1994) ausschlaggebend:

„Vor dem letzten Moment im Leben heißt ein Mensch "Sterbende-r", vom Augenblick des Todes bis zur Bestattung "Leiche" und danach "Tote-r."“

Die Unterteilung basierend auf dem Zustand des Ablebenden schien sehr passend, da gerade dieser „Zustand“ die Phasen unterscheidet und unterschiedliche Chancen des Abschiednehmens ermöglicht. Eine Leiche ist der Körper eines/einer Toten. Frau Thomas hat sich im Rahmen ihrer Journalistentätigkeit und praktisch durch Erfahrungsberichte mit der Befremdung in der Begegnung mit Leichen auseinandergesetzt. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass, wenn diese Befremdung überwunden werden kann, der Tod versöhnter und natürlicher erlebt wird (vgl. 1994, S. 7ff).

Alternativ hat die Autorin überlegt, einen Namen angelehnt an die *Schleusenzeit* aus dem Gezeitenmodell von Dr. Ruthmarijke Smeding (s. 3.2.3) zu wählen. Sehr passend ist die gleiche Eingrenzung der Phase, die Herausstellung der einzigartigen Chancen dieses Zeitraums, sowie die Bedeutung anderer in Form *des Schleusenwärters/der Schleusenwärterin*. Dieses Symbol der Schleuse ist ebenfalls passend und trifft im Kern den Rahmen der Phase: Es gibt ein Vorher und ein Nachher, das durch die Aktionen in der Schleuse überbrückt wird. Man durchschreitet zwei Tore als klaren Anfang und klares Ende. Die Zeit der Schleuse bringt kein Vorankommen und ist trotzdem unumgänglich und unumkehrbar.

Beide Begründungen haben ihre Vorteile. Aus folgenden drei **Gründen** hat sich die Autorin für den Titel der „Leichenphase“ entschieden:

1. Das Gezeitenmodell mit der Schleusenzeit ist ein Trauermodell und würde in der Gefahr stehen, die Betrachtung des Zeitraums auf das Thema Trauer zu reduzieren. Das wäre aber eine falsche Reduzierung, denn nicht für alle Personen und Zielgruppen ist die zentrale Herausforderung bei einem Todesfall im Pflegeheim die Trauer.
2. Spricht man das Wort *Leiche* aus, assoziiert jeder Mensch gleich einen toten Körper, wogegen das Wort *Schleuse* Bilder der Seefahrt aufruft. Die Betitelung über den Zustand der Ablebenden ist somit eindeutiger und themenbezogener.
3. Dem toten Körper kommt in dieser Phase eine zentrale Bedeutung zu (s. 3.3.3). Der Leichnam macht diese Phase so einzigartig, bestimmt die Aktionen und ermöglicht das Sehen und Begreifen des Todes.

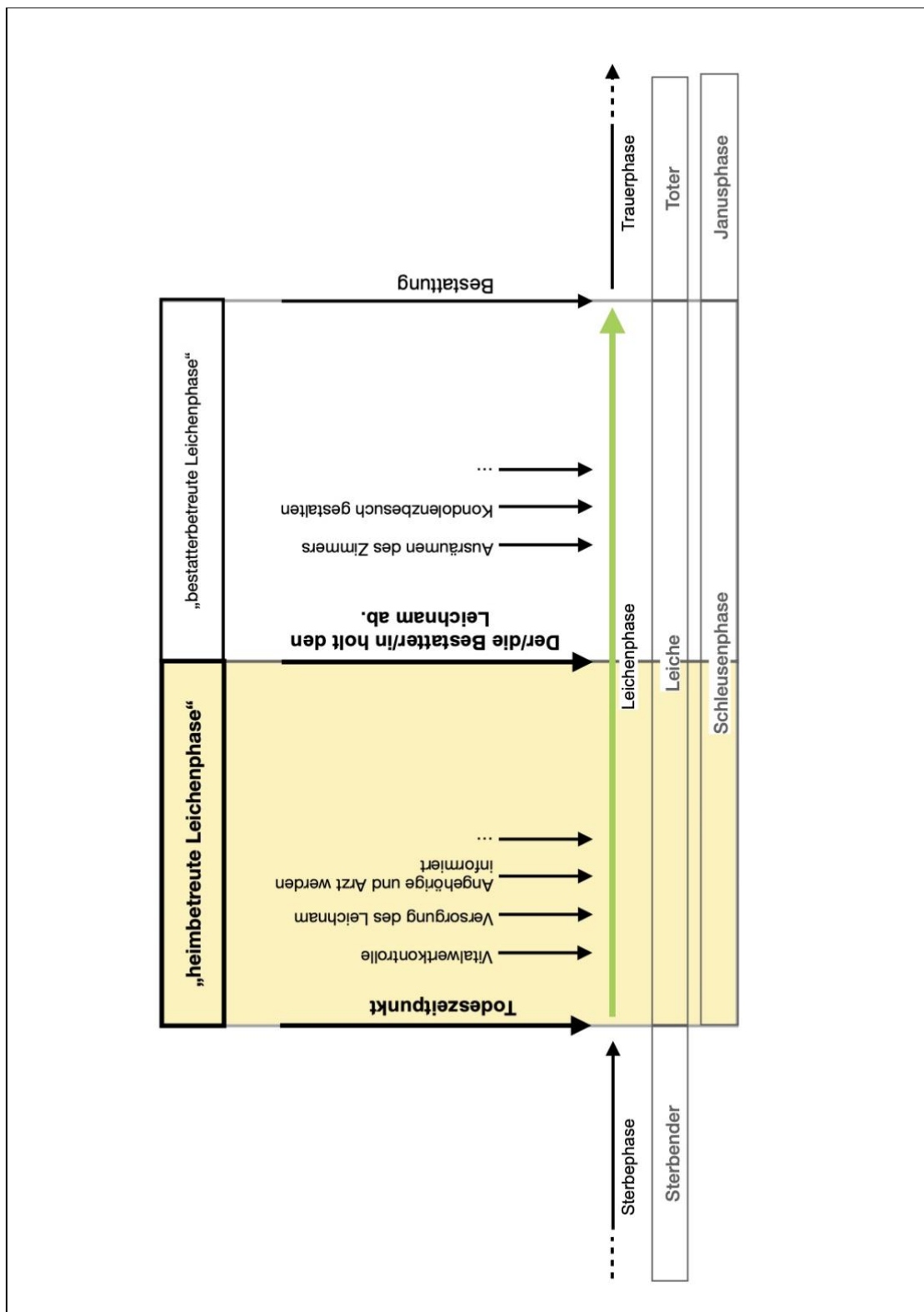
4.2 Eingrenzung auf die „heimbetreute“ Leichenphase

Wendet man nun den Blick in den eingegrenzten Zeitraum, zwischen Sterbe- und Trauerphase, ergibt sich in Bezug auf die Einflussmöglichkeiten von Pflegeheimen eine weitere Unterteilung, basierend auf der Zuständigkeit für den Leichnam. Im Pflegeheim sind die Pflegekräfte im Rahmen ihrer Profession für die korrekte Versorgung des Leichnams zuständig. Trotz beendetem Heimvertrag kann man ihnen diese Verantwortung unterstellen, bis der Leichnam das Heim verlässt. Da der Transport von Leichen dem professionellen Bestattungsberuf vorbehalten ist (§11 BestV), ergibt sich ein lückenloser Übergang in der Zuständigkeit, wenn der Bestatter/die Bestatterin den Leichnam aus dem Heim abholt. Ob die Leiche zu einer Aufbahrung oder direkt in das Bestattungsinstitut transportiert wird, ist irrelevant, da beides in der Verantwortung des Bestatters/der Bestatterin geschieht.

Um diese Unterteilung sprachlich zu verdeutlichen, entschied sich die Autorin, die *Leichenphase* noch einmal zweizuteilen. Daraus ergaben sich die „heimbetreute“ und die „bestatterbetreute“ *Leichenphase*.

- *Heimbetreute* Leichenphase: Leichnam befindet sich im Heim, das Pflegepersonal ist für die professionelle Versorgung verantwortlich.
- *Bestatterbetreute* Leichenphase: Die Verantwortung zum Umgang mit dem Leichnam liegt bei dem beauftragten Bestatter/der beauftragten Bestatterin.

In folgendem Schaubild wird die dargestellte Argumentation, Definition und Eingrenzung noch einmal visualisiert, wobei der für diese Studie relevante Teil gelb hervorgehoben wird.



Darstellung 5: Die „heimbetreute Leichenphase“ (eigene Darstellung)

4.3 Analyse der „heimbetreuten Leichenphase“

Nach der oben dargestellten Ab- und Eingrenzung ergibt sich für die *heimbetreute Leichenphase* ein relativ kurzer Zeitraum von ungefähr 12-24 Stunden (E11; F5; G4), der sich bei Bestattungen außerhalb der Stadt auf bis zu 72 Stunden verlängern kann (G4). Diese Stunden sollen im Weiteren analysiert und in ihrer Komplexität aufgezeigt werden.

Chronologisch finden im Heim in diesem Zeitraum folgende Aktionen statt:

1. Tod tritt ein (Todeszeitpunkt)
2. Tod wird durch Personal festgestellt (Vitalwertkontrolle)
3. Angehörige und Arzt/Ärztin werden informiert
4. Leichenschau wird durch einen Arzt/eine Ärztin durchgeführt (frühestens 4 Stunden nach dem Tod)
5. Versorgung des/der Toten
6. Angehörige kommen in das Heim (Abschied und Absprachen)
7. Wahl und Beauftragung des Bestattungsinstituts
8. Erste bürokratische Aufgaben der Angehörigen (Versicherungen, Dokumente)
9. Organisatorische Aufgaben des Heims (Kooperationspartner/innen informieren)
10. Bewohner/innen und Personal werden informiert
11. Von Angehörigen beauftragte/r Bestatter/in holt den Leichnam ab

Dieser Aktionsablauf wurde durch die Interviewpartnerinnen aus den Heimen bestätigt (E65; F38; G11). In der Praxis können sich in der Abfolge Änderungen ergeben. Einzelne Punkte können sich verschieben, oder wegfallen (E9). Wenn es beispielsweise keine Angehörigen gibt oder der Kontakt zu diesen abgebrochen ist, finden die Punkte 3 & 6 nicht in diesem Sinne statt. Stattdessen wird der gesetzliche Betreuer/die gesetzliche Betreuerin informiert, der/die im grundlegend anderen Verhältnis zu der Situation steht. Auch der Zeitpunkt der Versorgung des/der Toten (ob vor oder nach der Leichenschau), wird unterschiedlich gehandhabt. Aber die Darstellung soll in standardisierter (und dadurch vereinfachter) Form die strukturellen Eckpunkte aufzeigen, die üblicherweise in einer Senioreneinrichtung auf einen Todesfall folgen.

Neben dem chronologischen Ablauf im Heim gibt es noch weitere Bedeutungen dieser Phase, die recht undifferenziert ineinanderlaufen. Auf Basis der Literaturrecherche konnten folgende Einflussfaktoren festgestellt werden. Diese Sammlung ist nicht abschließend zu verstehen:

- Ende des Sterbeprozesses
- Ende des Heimvertrags
- Anfang der bürokratischen Abmeldung
- Statusänderung (Ehefrau wird Witwe bzw. Ehemann wird Witwer)
- Beginn der gesetzlichen Verpflichtung zur Bestattung
- Teil des Trauerprozesses (i.d.R. Nicht-Wahrhaben-Wollen, Schleusenzeit)
- Reflexion/Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit
- Ende der Verpflichtung von Kranken- und Pflegekasse
- Beginn der vertraglichen Zusammenarbeit mit Bestattungsunternehmen und Friedhof
- Festlegung der Trauerrituale
- Wechsel der Hausgemeinschaft
- Ausnahmesituation/Alltagsunterbrechung im Heim
- Arbeitsbelastung

In dieser Aufzählung hat die Autorin drei Dimensionen identifiziert: emotional, bürokratisch und finanziell. Diese Dimensionen überlagern sich teilweise stark und ungünstig. So müssen im Zustand der emotionalen Verdrängung von Gefühlen und der Realität (vgl. Trauerphase 1 nach Kast; s. 3.2.2) durch die Absprachen mit dem Bestattungsinstitut bürokratisch eigene Trauerrituale festgelegt werden, die zudem mit finanziellem Aufwand verbunden sind. Oder es entsteht ein finanzieller Druck für die Einrichtung, das Zimmer des Verstorbenen möglichst schnell neu zu belegen, trotz des Wissens, dass Zeit ein wichtiger Faktor im emotionalen Verabschiedungsprozess ist.

In den nachfolgenden Tabellen (1 und 2) sollen die identifizierten Aktionen und Einflussfaktoren den betroffenen Zielgruppen zugeordnet werden, um im nächsten Kapitel eine genauere Zielgruppenanalyse vorzunehmen. Auch hier sei erwähnt, dass diese Zuordnung auf subjektiven Erkenntnissen der Autorin erfolgt und sie daher nicht abschließend zu verstehen ist.

Chronologischer Ablauf der Aktionen	Angehörige	Bewohner/ innen	Personal
Tod tritt ein ⁷			(x)
Vitalwertkontrolle			x
Versorgung des/der Toten			x
Angehörige und Arzt/Ärztin werden informiert	x		x
Begleitung des Arztes/der Ärztin bei der Leichenschau			x
Angehörige kommen in das Heim	x		x
Wahl und Beauftragung des Bestattungsunternehmens	x		
Erste bürokratische Aufgaben der Angehörigen (Versicherungen, Dokumente)	x		
Organisatorische Aufgaben des Heims (Kooperationspartner/innen informieren)			x
Bewohner/innen und Personal werden informiert		x	x
Bestatter/in holt den Leichnam ab	x	x	x

Darstellung 6: Aktion-Zielgruppen Abgleich (eigene Darstellung)

⁷ Dieser Punkt bezieht sich auf die Anwesenheit von fremden Personen zur Begleitung während des Todeszeitpunkts und soll nicht als aktive Sterbehilfe missverstanden werden. Da diese Arbeit unter der Annahme verfasst wird, dass die Angehörigen während des Sterbens nicht anwesend sind (s. 2.1), sind diese von dem Aktionspunkt nicht betroffen. Die Anwesenheit einer Pflegekraft ist dagegen offen.

Die heimbetreute Leichenphase beeinflussende Faktoren	Angehörige	Bewohner/innen	Personal
Ende vom Sterbeprozess	x		x
Ende vom Heimvertrag	x		x
Anfang der bürokratischen Abmeldung	x		
Statusänderung	x		
Beginn der gesetzlichen Pflichten und Fristen zur Bestattung	x		
Teil vom Trauerprozess	x	x	x
Konfrontation und Reflexion mit der eigenen Sterblichkeit	x	x	x
Ende der Verpflichtung von Kranken- und Pflegekasse			x
Beginn der vertraglichen Zusammenarbeit mit Bestattungsinstitut und Friedhof	x		
Festlegung der Trauerrituale	x		
Wechsel in der Hausgemeinschaft		x	x
Ausnahmesituation/Alltagsunterbrechung im Heim		x	x
Arbeitsbelastung			x

Darstellung 7: Faktoren-Zielgruppen Abgleich (eigene Darstellung)

5 Zielgruppenanalyse

In diesem Kapitel werden die drei Zielgruppen (Angehörige, Bewohner/innen, Personal) in ihrem Erleben und den Herausforderungen während der *heimbetreuten Leichenphase* analysiert. Die Analyse basiert auf Literaturrecherche und Erkenntnissen aus den Interviewerhebungen. Zu Beginn der Kapitel wird das jeweilige Setting dargestellt, in dem der Todesfall erlebt wird. Dann folgt eine differenzierte Darstellung der Herausforderungen und Möglichkeiten zur Unterstützung.

In der Ausarbeitung stellt sich heraus, dass sich für Angehörige, Betreute und Personal drei signifikant unterschiedliche Bilder ergeben. Sowohl beim Setting (Privatleben, Wohnumfeld, Arbeitsplatz) als auch bei den zentralen Herausforderungen. Für Angehörige sind die größten Themen die Trauer und organisatorische Aufgaben. Für Bewohner/innen steht die Konfrontation mit dem eigenen Tod im Vordergrund. Und für das Personal ist es primär ein Thema der Arbeitsbelastung und des Gesundheitsschutzes.

Gleichzeitig gibt es Themen, die sich bei allen Beteiligten wiederfinden können, wenn auch in unterschiedlicher Intensität. So kann ein Todesfall auch bei anderen Bewohnern/Bewohnerinnen und dem Personal Trauer auslösen. Außerdem werden auch Angehörige und das Personal durch das Ableben eines Menschen mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert. Jedoch handelt es sich nicht um die primären Herausforderungen der jeweiligen Zielgruppe. Bei den Ansatzpunkten in Kapitel 6 wird diese Relevanz berücksichtigt.

5.1 Angehörige

Für die Angehörigen ist der Todesfall ein einmaliges und einschneidendes Lebensereignis. Da es sich um eine eher unbekannte, unbeliebte und durch die Gesellschaft nicht gelehrt Situation handelt, wird oft Überforderung auf unterschiedlichen Ebenen erlebt (A60, 94; B3, 49; D11). Das Lebensende setzt den Trauerprozess in Gang. Wenn dieser erfolgreich abgeschlossen wurde, die Hinterbliebenen sich von der alten Realität gelöst und in der neuen zurechtgefunden haben, hat das Ereignis des Todes einer bestimmten Person für die Angehörigen ein Ende (s. 3.2.1).

Der Bindungsverlust macht den Todesfall für Angehörige so einschneidend und überwältigend (s. 3.2.1). Die verlorengegangene Bindung war, egal welche Qualität sie hatte (positiv, negativ, ambivalent), in den meisten Fällen stark. Deswegen

erleben Angehörige häufig intensive **Trauer** und einen intensiven Trauerprozess. Bei einem absehbaren natürlichen Tod, verstärkt durch ein vorangegangenes psychisches Sterben, hat die Trauer häufig schon im körperlichen Sterbeprozess begonnen. Trotzdem markiert der Todeszeitpunkt in vielen Fällen einen klaren Wendepunkt. Insbesondere die zentrale Bedeutung des Körpers im hiesigen Kulturkreis und die offizielle Todesfeststellung durch einen Arzt machen den klinischen Tod für das Verstehen des Todes bedeutend. Nach kulturellem Verständnis wissen die Trauernden: Nun ist der Mensch tot (s. 3.1.1). Das *Tor* zur *alten Realität* ist unwiderruflich verschlossen. Nach dem Gezeitenmodell von Smeding befinden sich die Angehörigen in der Schleusenzeit (s. 3.2.3), der unwiederholbaren Zeit, in der es einmalige Chancen gibt, durch eröffnete Möglichkeiten oder positive Erfahrungen, Trittsteine zu legen, die den Trauerprozess, insbesondere in der schweren Anfangszeit (1. Trauerphase nach Kast, s. 3.2.2; Janusphase nach Smeding, s. 3.2.3), erleichtern. Vor allem die Gegenwärtigkeit der Leiche macht diese Phase einzigartig (s. 3.3.3). Ein gutes Verabschieden am Totenbett ist (u. a.) ein bedeutender Faktor für eine eigenständige Bewältigung der Traueraufgaben (vgl. Weber u. a. 2008), S. 533). Nach dem Phasenmodell nach Kast (s. 3.2.2) befinden sich die Angehörigen in der 1. Trauerphase, in der die Realität und Emotionen verdrängt werden, da sie in ihrem Ausmaß überfordern würden. Demnach sind die Betroffenen aber höchstwahrscheinlich nicht in der Lage, die Chancen der Phase selbst zu erkennen und zu nutzen, insbesondere, wenn man die gesellschaftliche Unwissenheit und Unsicherheit in Bezug auf diese Themen beachtet. Es ist also von entscheidender Bedeutung, ob es Menschen gibt, die ihnen (in der Rolle *des Schleusenwärters/der Schleusenwärtlerin*) diese Momente/Trittsteine ermöglichen. Ein Trittstein ist beispielsweise das Ermöglichen/Schenken/Kreieren einer *angekoppelten Erfahrung* (s. 3.2.3), indem den Angehörigen erzählt wird, wie die letzten Momente des Toten waren. Ein weiterer Trittstein ist die Ermutigung, sich ausreichend Zeit bei der Leiche zu nehmen, oder bei der Versorgung des/der Toten zu helfen. Die betreuende Person sollte in dieser Aufgabe ausreichend fachlich und persönlich geschult sein. Die Heime berichten, dass den Angehörigen angeboten wird, die Leiche zu sehen, was jedoch einige ablehnen würden (C85; D11). Eine kompetente Begleitung muss auf die individuellen und unterschiedlichen Situationen und Bedürfnisse der Trauernden eingehen, diese einladen und falsche Ängste erkennen und berichtigen, aber gleichzeitig die Grenzen des Gegenübers wahren (s. 3.3.3).

Für die Angehörigen löst der Todesfall einen **Trauerprozess** aus. Dieser Trauerprozess (s. 3.2) ist das Ringen in der neuen Realität (ohne das physische Zusammenleben mit dem/der Verstorbenen) zurechtzukommen. Es ist ein emotionaler Ablösungsprozess, der auch bei zuvor wenig realem oder positivem Kontakt (beispielsweise bei einer unterdrückenden Eltern-Kind-Beziehung) sehr intensiv ausfallen kann. Trauer ist ein heftiger Gefühlszustand und zeigt sich in vielseitigen Symptomen (s. 3.2.1), die zeitweise pathologische Ausprägungen aufweisen können. Auch ist Trauer für viele Menschen unbekannt, und gesellschaftlich ist das Zeigen von Trauer schambesetzt (s. 3.1.3). Die eigene Reaktion auf den Verlust kann die Trauernden ängstigen. Auch wenn die *heimbetreute Leichenphase* nicht die Zeit der bewussten intensiven Trauer ist, besteht hier die Chance, durch die Heime Aufklärungsarbeit zu leisten und die Angehörigen auf den bevorstehenden Prozess vorzubereiten. Entsprechende Wissensvermittlung kann die Trauernden befähigen, ihre eigenen Reaktionen einzuordnen und (als normal) einzustufen. Die Informationsweitergabe über Hilfsangebote (Trauercafés o.Ä.) erleichtert die Inanspruchnahme von Hilfe im späteren Trauerverlauf, sollte der Bedarf hierfür aufkommen.

Spätestens in dieser Phase muss über **Trauerrituale** und -ort entschieden werden. Gesetze und Fristen geben einen klaren und engen Zeitplan vor (s. 3.1.4). Das Bestattungsunternehmen wird meistens sehr zeitnah informiert (G6; H24). Davor sollten Bestattungsart und -ort feststehen, damit diese durch das Leistungsangebot des Dienstleisters ermöglicht werden. Wie in Kapitel 3.3.2 dargestellt, können die Trauerrituale heute weitgehend frei und zudem aus vielfältigen Möglichkeiten ausgewählt werden. Durch das umfassende Angebot besteht die Chance, passende und dadurch wirksame Trauerrituale auszuwählen (s. 3.3.1). Wenn diese Entscheidungen allerdings nicht im Vorfeld getroffen wurden, wird in der Kürze der Zeit oft unbewusst das Bekannte und/oder Günstige gewählt (H4-10). Der Bestatter vermutet im Interview, dass mehr Menschen auch moderne Bestattungsformen wählen würden, wenn sie sich frühzeitig und umfassend mit den Möglichkeiten auseinandersetzen würden (H14). Diese Entscheidung kann im Nachhinein nicht mehr verändert werden, daher ist eine gute Vorbereitung sehr hilfreich. Dies gilt, insbesondere wenn man beachtet, dass man per Gesetz (BestG Art.1, Absatz 2) im Sinne des Verstorbenen entscheiden muss. Wenn diese Fragen bereits vor dem Ableben besprochen oder durchdacht wurden, dann besteht eine höhere Chance, dass sie sowohl dem/der Verstorbenen wie auch den Hinterbliebenen entsprechen und dadurch würdevoll und wirksam sind.

Insbesondere im Zusammenhang mit der Bestattung kommen (erhebliche) **Kosten** auf die Totenfürsorgepflichtigen zu (s. 3.3.2). Kostentragungspflichtig sind nach BGB §1968 die Erben. Die Gesamtsumme der Kosten hängt stark von der Wahl von Bestattungsunternehmen, -art und -ort ab. Eine schlechte Dimensionsüberlagerung wäre, wenn aus (finanzieller) Geldnot die preisgünstigste Bestattungsform (Anonyme Bestattung im Ruheforst für 1.040 Euro) gewählt würde, obwohl diese emotional unpassend ist. Hier sollte eine Entscheidung unter Beachtung aller Kriterien erfolgen. Hilfreich sind auch hier Vorsorge und bewusste Planung. Beispielsweise kann auch bei Sozialhilfefinanzierung ein Vermögen von 5000 Euro für die Bestattung angespart werden, ohne dass die Leistungen gekürzt werden dürfen.

Auf die Hinterbliebenen kommen neben der Bestattung noch weitere **bürokratische Pflichten mit gewissen Fristen** zu (s. 3.4.1). Der/die Tote muss abgemeldet und Verträge müssen umgemeldet werden. Dafür müssen die Fristen bekannt und die richtigen Dokumente zur passenden Zeit vorhanden sein. Bei diesen Aufgaben werden die Kunden von dem Bestattungsunternehmen unterstützt, das in den meisten Fällen die Abmeldung komplett übernimmt und über noch ausstehende Aufgaben aufklärt (H16-20; G24). In der *heimbetreuten Leichenphase* ist demnach vor allem wichtig, dass die Dokumente vorhanden sind. Die ersten Dokumente müssen bereits in der *heimbetreuten Leichenphase* für die Leichenschau griffbereit sein (s. 3.1.4). Die Meldefrist für Sterbe- und Lebensversicherung fällt ebenfalls in diesen ersten Zeitraum.

Neben der Trauer werden auch Angehörige durch den Tod mit der **eigenen Endlichkeit** konfrontiert. Dieses Thema ist, neben der Trauer, aber wahrscheinlich eher nebensächlich.

5.2 Bewohner/innen

Für Bewohner/innen ist der Tod ein wiederkehrendes Ereignis in ihrem alltäglichen Lebensumfeld. In der Hausgemeinschaft kommt es regelmäßig zu Todesfällen. Sie erfahren von dem Versterben eines anderen Bewohners/einer anderen Bewohnerin durch Verkündigung oder Kondolenztsche/-bücher und durch teilnehmende Beobachtung. Ein Tod bedeutet einen Wechsel in der Hausgemeinschaft, denn das Zimmer des/der Verstorbenen wird zeitnah neu belegt.

Bei den Bewohnern/Bewohnerinnen löst ein Todesfall durch die Identifikation mit dem/der Verstorbenen (ähnliche Situation) eine **Konfrontation mit dem eigenen Tod** aus (A96; C33). Von den verschiedenen ausgelösten Reflexionsprozessen ist

dieser besonders intensiv, weil dieses letzte Lebensereignis nicht mehr in die Zukunft abgeschoben werden kann, sondern bewusst (un)mittelbar bevorsteht (im Gegensatz beispielsweise zum Personal). Zwar kann jeder sterben, unabhängig von Alter und Gesundheit, aber das Erreichen oder Überschreiten des (gesellschaftlich normierten) *rechtzeitigen Sterbezeitpunkts* (s. 3.1.3) erhöht das Bewusstsein für die eigene Endlichkeit. Hinzu kommt, dass der Umzug in ein Heim eine symbolische Todesnähe bringt (s. 3.4.2) und die Themen zum eigenen Tod (Sterbebegleitung, Bestattung, Patientenverfügung, Religion) aktiv durch das Pflegeheim thematisiert werden (A68-70; B11-13; C97; D27-33). Alle Heime geben an, dass das Thema Tod in ihrer Einrichtung (sehr) präsent ist (A16; B14; C33, 43; D33). Wie die Bewohner/innen auf diese ausgelösten Reflexionsprozesse reagieren, ist sehr unterschiedlich. Anscheinend ist dies unter anderem abhängig von der Aufenthaltsdauer (vgl. Wittenzellner 2003, S. 110ff), den Vorerfahrungen und der psychischen Stabilität der einzelnen Individuen (s. 3.1.2). Die Angst vor dem eigenen Tod kann Teil der *existenziellen Verzweiflung* (s. 3.1.2) Sterbender sein.

Der Gedanke an den eigenen Tod kann verschiedene Themen der (psychischen) **Sterbevorbereitung** auslösen (s. 3.1.2). Diese können besonders gut mit einem passenden Gegenüber bearbeitet werden. Hierzu bedarf es einer geschulten, psychisch stabilen Person, die ausreichend Zeit hat. „Kaum ein Sterbender erwartet Antworten, sondern wünscht sich vielmehr Menschen, die Fragen oder Aussagen hören und aushalten können, ihn nicht alleine lassen mit seinen Gedanken, Ängsten und Sorgen“ (Kränzle 2018b, S. 105). Das geschulte Personal muss gut zuhören können und gleichzeitig sensibel einschätzen, wann durch gezielte Gesprächsführung Impulse hilfreich sind, um Reflexionsprozesse anzustoßen, die helfen, die eigene Lebensbilanz positiv zu akzeptieren (s. 3.1.2). Fehlt den Bewohnern/ Bewohnerinnen das kompetente Gegenüber, ziehen sie sich eher in ihre Gedanken zurück. Auch die Vorbereitung auf den eigenen Tod wird nicht gesellschaftlich erlernt (s. 3.1.3). Eine versöhnende Sterbevorbereitung ist aber grundlegend wichtig, denn bei ungelösten Konflikten fällt es Menschen häufig schwer, vom Leben loszulassen (vgl. Weis-Krebs/Stoll 2014, S. 281). „Versöhnt mit dem eigenen Leben“ zu sterben ist ein Wunsch Sterbender (s. 3.1.2).

Bewohner/innen **beobachten** die Geschehnisse in einem Heim sehr genau, was vor allem aus den Interviews mit Vertretern aus der Praxis hervorgeht (C151, D73) und auch durch eine Erhebung von M. Wittenzellner bestätigt wurde (vgl. 2003, S. 107ff). So wissen die Bewohner/innen über den Zustand und das Ableben der

Mitbewohner/innen, auch wenn es (noch) nicht offiziell kommuniziert wird. Man kann davon ausgehen, dass das Verhalten des Personals hier sehr entscheidend ist (*verknüpfte Erfahrung*, s. 3.2.3). Wird offen und würdevoll mit dem Tod umgegangen, kann dies Befremden und Angst nehmen. Wird der Tod jedoch eher versteckt oder zeigen die Pflegenden Überforderung und Angst, wird auch die gesellschaftlich gelernte Verdrängung verstärkt und bestätigt (s. 3.1.3). Aus Erfahrung der Altenheimseelsorgerin pflegen die meisten Pflegeheime einen offenen Umgang mit dem Thema Tod, allerdings noch nicht alle. Die Verdrängungshaltung bewertet sie als „totalen Schwachsinn“, weil es eher erschrecke, wenn man einem stillen und versteckten eigenen Tod entgegensetzen müsse (I10). Auch die Vertreter aus den einzelnen Heimen bestätigen, dass es für die Bewohner/innen wichtig ist, den Tod anderer offen mitbekommen zu dürfen (A16; B3, 53; D33). Die Bewohner/innen sind durch das Beobachten passive Teilnehmer des Geschehens. Über Rituale hat man die Chance, sie auch zu aktiven Teilnehmenden zu machen, wodurch sie (unabhängig von der emotionalen Verfassung) in ein *sinnvolles Tun* kommen (s. 3.3.1). Partizipative Strukturen ermöglichen Primärerfahrungen mit dem Lebensereignis des Todes und geben ihm so Normalität zurück (s. 3.1.3). Hierbei kann die Partizipation je nach Ritual präsent (Abschiedsrunde) oder anonym (Kondolenzbuch) sein. Die gewonnene Sicherheit durch die standardisierten Rituale kann auch auf den Übergang des eigenen Todes entlastend wirken (s. 3.3.1). Ebenso kann dieses Ereignis genutzt werden, um mit Betreuten über eigene Wünsche und Vorstellungen zu Palliative Care und Totenfürsorge ins Gespräch zu kommen (Grundlage für personen- und kultursensible Versorgung, s. 5.3).

Für die Bewohner/innen bedeutet ein Todesfall gleichzeitig einen **Wechsel in der Hausgemeinschaft**. Stirbt ein Bewohner/eine Bewohnerin, wird das Zimmer aus finanziellen Gründen schnell neu belegt (B49; C7; D17). Je nach Struktur der Einrichtung ist dieser Wechsel spürbarer, bei Wohngruppen und Mehrbettzimmern ist die Veränderung auffällig. Das Ziel der heutzutage wohnorientierten Pflegeheime, einen Ersatz für die eigene aufgegebene Wohnung bieten (s. 3.4.2), bedarf auch der Integration und Förderung der Gemeinschaft. Dieser Wechsel kann die Dynamik der Hausgemeinschaft verändern. In jedem Fall ist es aber eine Veränderung. Dieser Übergang sollte durch Rituale gestaltet und anerkannt werden. In einigen Hospizen wird beispielsweise ein Zimmer nach der Überführung des Verstorbenen bewusst für weitere 24 Stunden unberührt gelassen, um den alten Bewohner/die alte Bewohnerin zu ehren und allen anderen ein Realisieren des Wechsels zu ermöglichen (vgl. Schmid 2018b, S. 370).

Ob Bewohnern/Bewohnerinnen **trauern**, hängt damit zusammen, ob eine **Bindung** zu dem/der Verstorbenen bestand. Ob Bindungen entstehen, hängt stark mit der Einrichtungsart zusammen, ob durch Strukturen und Atmosphäre Interaktionen gefördert werden. Dass soziale Bindungen durch Sympathie entstehen, ist aus Sicht der Autoren Backes und Clemens schwierig, da Heimbewohner/innen durch die vorherigen Lebensumstände, wie das alleinstehende Wohnen und mangelnde Einbindung in ein Familiennetz, Kommunikations- und Kontaktfähigkeit häufig verlernt haben und diese durch die Heime wenig gefördert würden (vgl. 2013, S. 264-270). Trotzdem berichten Vertreter aus den Heimen auch von gefundenen Paaren, wo das Versterben im Hinterbliebenen starke Trauer auslöste (B133). Doch neben der Sympathie kann auch die miteinander verbrachte Zeit, bei langer Verweildauer und derselben Wohn- oder Tischgemeinschaft, eine Bindung entstehen lassen (s. 3.2.1). Trauer ist demnach meistens keine große Herausforderung für die anderen Bewohner/innen, kann aber in unterschiedlicher Intensität vorkommen.

5.3 Personal

Für das Personal ist die *heimbetreute Leichenphase* Teil ihres professionellen Arbeitsverhältnisses und Arbeitsalltags. Das Miterleben von Todesfällen ist für diese Zielgruppe kein einmaliges Erlebnis, sondern eine permanente Belastung im Pflegeberuf. Das Personal ist zum Todeszeitpunkt entweder anwesend, findet den Toten auf oder erfährt über interne Kommunikationswege vom Ableben eines Bewohners/einer Bewohnerin. Nach einer Vitalwertkontrolle wird der Leichnam durch Pflegekräfte versorgt. Das Personal, meistens die Bezugspflegekraft, begleitet die Angehörigen zum Leichnam und bietet weitere Unterstützung an. Die einzelnen Mitarbeitenden sind nur während eines Teils der *heimbetreuten Leichenphase* vor Ort anwesend, je nachdem wie sich die Ereignisse mit den Schichtzeiten überschneiden. Aus dem Grund ist die Pflegekraft, die den Toten zuletzt und in den Tod begleitet hat, beim Eintreffen der Angehörigen ggf. nicht anwesend.

Für das Personal im Heim ist der Tod eines Bewohners/einer Bewohnerin das **Ende des begleiteten Sterbeprozesses** (s. 3.1.2). Diese Aufgabe ist emotional anspruchsvoll und eine bekannte Arbeitsbelastung des Pflegeberufs (s. 3.4.4; J10). Der Sterbeprozess als unausweichlicher Weg ist von (vielen) Verlusten geprägt und lässt manche Bewohner/in existenzielle Lebensängste erleben. Für begleitende Personen bedeutet dies, in vielen Fällen einer permanenten Hilflosigkeit ausgesetzt zu sein, weil man nur lindernd helfen kann und das (Rest-)Leiden aushalten muss (vgl. Ekert/Ekert 2019, S. 391; A42; B47). Tritt dann der Tod ein, kann das in den

Pflegenden vielfältige Reaktionen und Emotionen hervorrufen. Im Interview wird von tiefer Betroffenheit bis zur Erleichterung berichtet (B7). Erschwerend kann hier ein (persönliches oder heiminternes) traditionelles Medizinverständnis dazu führen, dass der Tod als Versagen des eigenen Handelns eingestuft wird (s. 3.1.3). Generell prägt der Verlauf des Sterbeprozesses den Tod für die Betroffenen und auch für die Weiterlebenden. Wenn beispielsweise ein/e Bewohner/in die Angst vor dem eigenen Tod nicht überwinden konnte, kann das zu einem langen umkämpften Sterben führen. Um das Sterben und den Tod positiv zu gestalten, wirken palliative Strukturen und eine hospizliche Kultur entlastend (s. 3.4.1; vgl. Kostrzewa/Gerhard 2010, S. 19ff). Zudem sei es wichtig, dass die Mitarbeitenden wissen, dass sie nach einem solchen Ereignis eine kurze Auszeit nehmen dürfen, um die eigene (emotionale) Reaktion zu verarbeiten (B7, 47). Aus einer strukturellen Sicht können die Bewohner/innen eines Altenpflegeheims als Projekte⁸ gesehen werden, die im Einzug einen klaren Anfang und mit dem Tod ein klares Ende haben. Die gesamte Pflegebetreuung dient über Planung, Ausführung und Kontrolle dem Ziel einer guten Versorgung. Im Sterbeprozess bekommt der Planungsprozess durch den Einbezug eines interdisziplinären Teams eine neue Komplexität und Intensität. Im Sinne des Projektmanagements steht am Ende jedes Projekts ein Abschluss, der der offiziellen Beendigung, der Reflexion und der Würdigung dient (vgl. Dechange 2020, 273ff). Ein derartiger Abschluss könnte auch im Pflegekontext zu mehr Fortschritt, Entlastung und Arbeitszufriedenheit führen.

Neben der Pflege und Betreuung der Bewohner/innen fällt auch die Begleitung der Angehörigen, zumindest zeitweise, in den Aufgabenbereich des Heimpersonals. Dadurch ergibt sich im Todesfall eine **Doppelbelastung**, da sie nicht nur mit den eigenen Emotionen klarkommen müssen, sondern auch mit denen der Angehörigen (und der Bewohner/innen). Das beginnt schon im Sterbeprozess, in den die Angehörigen im Sinne des Palliative-Care-Konzepts nach Möglichkeit mit einbezogen werden (s. 3.4.1). In vielen Fällen hat der Trauerprozess schon vor dem Tod begonnen. Doch auch in solchen Fällen kann der endgültige Verlust der Person im Tod noch einmal heftige Trauerreaktionen hervorrufen. Es wird erwartet, dass die Pflegenden den Gefühlsausbrüchen von Angehörigen und anderen Bewohnern/innen empathisch und abgegrenzt begegnen, ohne dabei selbst emotional zu werden (vgl. Ekert/Ekert 2019, S. 391). Dabei sind die Angestellten auch bei der Begleitung der

⁸ Dieser Vergleich ist arbeitsstrukturell zu verstehen und bedeutet keinesfalls eine Objektivierung der Betreuten.

Angehörigen wieder einer Hilflosigkeit ausgesetzt, denn auch Trauer kann nur begleitet und erleichtert, nicht aber abgenommen werden. Gleichzeitig ergibt sich in dieser Situation die Chance, den Hinterbliebenen durch bestimmte Aktionen einen versöhnten und den Trauerprozess erleichternden Abschied zu ermöglichen (*Trittsteine*, s. 3.2.3).

Durch das **neue Verständnis des Pflegeberufs** (s. 3.4.4) kann es zu Erwartungskonflikten kommen. Die Veränderung von „Pflege als Lebensaufgabe“ hin zum Dienstleistungsverständnis ist nach Ekert & Ekert häufig unreflektiert (vgl. 2019, S. 388f). Das betrifft die Erwartungen der Angehörigen, der Bewohner/innen, wie auch der Pflegenden selbst. Daraus können sich unterschiedliche Anspruchshaltungen an die emotionalen und zeitlichen Leistungen der Pflegekräfte ergeben. Um dieser Belastung vorzubeugen, helfen klare und umsetzbare Aufgaben und Zuständigkeiten. Dadurch können die Arbeitnehmer /innen realistische Erwartungen an die eigenen Leistungen stellen, wissen um die (dem/der Arbeitgeber/in schuldigen) Leistungen und können diese gegenüber anderen Erwartungsansprüchen abgrenzen und kommunizieren. Das setzt voraus, dass die entscheidungsfähige Führungskraft das moderne Berufsverständnis berücksichtigt und beispielsweise in den Strukturabläufen beachtet, dass die beim Todeszeitpunkt anwesende Pflegekraft beim Eintreffen der Angehörigen nicht mehr anwesend ist, wenn dazwischen ein Schichtwechsel liegt (s. 3.4.4).

Todesfälle ereignen sich im **Pflegealltag**. Für die anderen Bewohner/innen und die Pflegekräfte geht die normale Arbeitsroutine weiter. Das Effizienz- und Optimierungsstreben der Heime sowie die teilweise unflexiblen Strukturen bergen die Gefahr, dass für diese Alltagsunterbrechung nicht ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen bereitgestellt werden können (vgl. Kostrzewa/Gerhard 2010, S. 45; Ekert/Ekert 2019, S. 390; s. 3.4.2). Erschwerend kommt hinzu, dass der Heimvertrag mit dem Tod des Bewohners/der Bewohnerin ausläuft und somit alle weiteren Tätigkeiten wirtschaftlich auf die Kulanz der Pflegeeinrichtung hinauslaufen. Das Personal braucht Zeit, um den Toten/die Tote zu versorgen, die Angehörigen zu begleiten und ggf. an der Beerdigung und anderen Abschiedsritualen teilzunehmen. Eine Interviewpartnerin nannte Zeit als wichtigsten Faktor beim guten Abschiednehmen (B47). Hier sind eine gute flexible Struktur und Unterstützungskultur wichtig. In den Interviews stellte sich heraus, dass Zeit durchaus ein knapper Faktor ist, die Aufgaben aber trotzdem gut und respektvoll umgesetzt werden (A52; B27;

D47). Bei der Etablierung neuer Maßnahmen sollten die Verantwortlichen immer diese Ressourcenverfügbarkeit mit beachten.

Nachdem der Bewohner/die Bewohnerin **verstorben** ist, wird er durch die Pflegenden **versorgt** und für die Verabschiedung hergerichtet. Die pflegerische Tätigkeit ist dabei nicht schwierig und standardisiert. In allen befragten Heimen sind die Arbeitsschritte in Verfahrensanweisungen/Standards nachlesbar (A22; B17; C7; D39). Schwierigkeiten ergeben sich stattdessen durch eventuelle Angst vor Toten, die auch bei Altenpflegekräften vorkommt (vgl. Weis-Krebs/Stoll 2014, S. 281) und dem personen- und kultursensiblen Anspruch der Versorgung. Damit Pflegende bei bestehender Angst ihre Grenzen nicht überschreiten müssen, sollte auch hier eine (Unterstützungs-)Kultur entlasten. Wenn die Angst der Arbeitnehmer gesellschaftlich geprägt ist (s. 3.1.3), können (durch erfahrene Kollegen/Kolleginnen) begleitete Primärerfahrungen über die Befremdung und medial geprägte Schreckensbilder hinweghelfen. Um die personenbezogene Versorgung durchzuführen, braucht das anwesende Personal die relevanten Informationen über die Wünsche des Bewohners/der Bewohnerin sowie das Wissen über die kulturgerechte Umsetzung. Entsprechende Informationen werden bereits bei Einzug erfragt. Hier sind allerdings viele Bewohner/innen noch nicht fähig, Wünsche anzugeben (C35). Vielmehr ergeben sich Hinweise im Pflegealltag durch Gespräche oder Verhaltensweisen (A78; B41; C95-97; D29). Damit dieses Wissen nicht personenbezogen bleibt, sollte es schriftlich dokumentiert werden und gut zugänglich sein. Wenn Bewohner/innen eine kurze Aufenthaltsdauer haben und sozial isoliert leben, ist es schwierig diese Informationen zu bekommen (C97, 99, 109). Der Anspruch sollte immer sein, die Versorgung bestmöglich an die Wünsche des Verstorbenen anzupassen.

Das Miterleben von Leiden und Tod kann auch beim Personal eine **Konfrontation mit existenziellen Lebensfragen** auslösen. Das kann eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit sein, durch die gefühlte Ferne des eigenen Todes (s. 3.1.3) hat diese aber wahrscheinlich eine andere Relevanz als bei den Heimbewohnern/Heimbewohnerinnen (s. 5.2). Dafür sind die Vergleiche mit anderen Lebensbereichen und Bekannten, die auf irgendeine Weise mit dem Tod in Verbindung gebracht werden, umfassender (vgl. Ekert/Ekert 2019, S. 391). Die Folge können verschiedene Ängste sein: Angst vor dem Jenseits, Angst, das eigene Lebensziel nicht erreicht zu haben, und/oder der Verlust einer Bezugsperson (vgl. Weis-Krebs/Stoll 2014, S. 281). Hier liegt eine Gefahr, dass die Themen, wenn sie nicht reflektiert werden, zu einem überbelastenden Stressor werden (s. 3.4.5). Um die Arbeitsbelastungen im

Pflegeberuf bewältigen zu können, ist es wichtig, dass das Personal im Privatleben einen Ausgleich findet und genug persönliche Ressourcen mitbringt. Diese zu schützen ist also auch ein Ansatzpunkt des Arbeitsschutzes. Arbeitnehmer/innen können im Sinne des Stressverarbeitungsmodell von Lazarus (s. 3.4.5) vor Überforderung geschützt werden, indem gute Unterstützungsstrukturen etablieren werden (instrumentelles Coping), sodass überfordernde Situationen nicht allein bewältigt werden müssen. Des Weiteren helfen Reflexionsstrukturen und -angebote (kognitives Coping), wie Teamsitzungen und Mitarbeitergespräche, um Arbeitnehmern aus überfordernd wirkenden Aufgaben herauszuhelfen. Das Wahrnehmen von Not durch Führungskräfte würde auch schon viel bewirken, berichtet eine Interviewpartnerin aus der Praxis (B133). Grundsätzlich hilft es, wenn Arbeitnehmer/innen zu den Themen Tod, Trauer und Endlichkeit eine eigene Haltung entwickelt haben.

Wenn zwischen dem Bewohner/der Bewohnerin und dem Personal eine Bindung entstanden ist, kann der Tod auch bei Angestellten **Trauer** auslösen. Generell fördern der Dienstleistungscharakter und die gegebenen Rahmenbedingungen emotionale Zuwendung und das Entstehen von sozialen Bindungen nicht, sondern eher eine emotionale Distanz (vgl. Backes/Clemens 2013, S. 269; s. 3.4.2, 3.4.3). Trotzdem entstehen Bindungen, wo Menschen aufeinandertreffen. Fördernd sind hier die Faktoren: geteilte Zeit (lange Aufenthaltsdauer, intensive Pflegeunterstützung), die beidseitige Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, sowie gegenseitige Sympathie (Backes/Clemens 2013, S. 269). Um diese Trauer zu verarbeiten, ist es für die Pflegenden wichtig zu wissen, dass sie trauern dürfen und hierfür auch Verständnis und Zeit bekommen (A89; B5-7, 47; C133; D79). Fachwissen, Selbstkenntnis und Reflexion (aus Ausbildung, Weiterbildung und Erfahrung) können diese Situationen erleichtern. Wenn Arbeitnehmer wissen, welche Rituale ihnen guttun, (Totenversorgung, Verabschiedung im Zimmer, Besuch der Beerdigung, o.Ä.), können sie diese bewusst wahrnehmen (s. 3.2.2). Ebenfalls entlastend ist ein gemeinsames (ritualisiertes) Abschiednehmen im Pflorgeteam (vgl. Ekert/Ekert 2019, S. 401).

6 Zehn Ansatzpunkte für die positive Ausgestaltung

Die vorhergehenden Ausführungen haben gezeigt, dass sich in Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen viele Herausforderungen und Chancen ergeben, wenn sie sich mit der *heimbetreuten Leichenphase* auseinandersetzen. Dabei ist das Personal vor allem in der betreuenden und leistenden Rolle und muss auf ausreichend Kompensation achten, um diese ausführen zu können. Dagegen sind Angehörige und Bewohner/innen eher in der nehmenden und begleiteten Rolle, die von der Begleitung des Personals profitieren (würden). Es besteht eine Informations-Asymmetrie mit einem Machtgefälle, da sowohl Angehörige wie auch Bewohner/innen in einer (strukturellen und informationsbasierten) Abhängigkeit sind.

In diesem Kapitel werden zehn Ansatzpunkte vorgestellt, wie eine gute Unterstützung in dem kurzen Zeitraum der *heimbetreuten Leichenphase* für Angehörige, Bewohner/innen und das Personal in stationäre Senioreneinrichtungen gestaltet werden kann. Dabei müssen bei der Umsetzung die individuellen Voraussetzungen jeder Einrichtung in der Praxis berücksichtigt werden.

Diese Ansatzpunkte sind Resultat der gesamten Ausarbeitung, was die Angabe klarer Verweise auf bestimmte Passagen innerhalb der Arbeit teilweise schwierig macht. Wo ein eindeutiger Verweis sinnvoll und möglich ist, wird dieser entsprechend angegeben.

6.1 Bewusstsein schaffen

Der erste Schritt zu einer „guten“ Gestaltung ist ein Verständnis für die Bedeutung der Phase zu schaffen (s. Kapitel 4). Dieses Wissen der Entscheidungsträger/innen und ausführenden Personen ist die Grundlage für jede Veränderung, Umsetzung und das Erleben. Wie die mangelnde Literatur, der Gesprächsverlauf der Interviews und die Auseinandersetzung der Autorin mit dem Thema gezeigt haben, kann dies keinesfalls vorausgesetzt werden. Ohne eine vermittelte Priorität der Herausforderungen und Chancen droht dieser Zeitraum jedoch weiterhin relativ unbeachtet übergangen zu werden. Wie unter anderem das Interview mit dem Bestatter gezeigt hat, tendieren die Menschen dazu, den Leichnam schnell abholen zu lassen (H24). Im Gegensatz dazu stellt sich nun am Ende dieser Arbeit eher die Frage, ob dieser kurze Zeitraum nicht bewusst länger und ruhiger gestaltet werden sollte, um das Versterben und den Übergang zu würdigen.

6.2 Zuständigkeiten klären

Ein Merkmal der *Leichenphase* sind die undefinierten Zuständigkeiten (vgl. Schärer-Santschi 2019, S. 32). Um den *heimbetreuten* Teil dieser Phase gut zu gestalten, muss sich eine Einrichtung selbst die Zuständigkeit für diesen Zeitraum zuschreiben. Daraufhin kann dann eine Ausgestaltung im Rahmen der eigenen Zuständigkeit folgen. Aus Sicht des Heims kann dies im eigenen Einflussbereich zum Beispiel durch das Implementieren eines Ritualkonzepts (Ansatzpunkt 4) oder die Umsetzung weiterer hier aufgeführter Ansatzpunkte erfolgen. Da am Ende in den meisten Fällen das Personal die Aufgaben ausführt, sollte auch hierbei auf klar definierte und kommunizierte Zuständigkeiten und Leistungen geachtet werden. Im Sinne des Dienstleistungsverständnisses der Pflege und um Belastungen durch Erwartungskonflikte vorzubeugen, müssen die geforderten Leistungen transparent sein und mit ausreichend Zeit im Ablauf bedacht werden (s. 5.3). Andernfalls unterliegen die Aufgaben einer gewissen Willkür und drohen, im Zeitdruck und dem alten bekannten Verhalten übergangen zu werden. Die Zuständigkeit kann entweder einer Fachperson (z. B. Palliative-Care-Fachkraft) oder einem Aufgabenbereich (Bezugspflegekraft, Pflegedienstleitung) zugeteilt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die ausgewählten Personen für entsprechende Aufgaben die nötigen persönlichen und fachlichen Kompetenzen besitzen. Generell ist davon auszugehen, dass bei fachbezogener Zuständigkeit die Kompetenzen umfassender ausgebildet sind (in der Palliative-Care-Fortbildung wird beispielsweise Selbstfürsorge stark thematisiert, J10). Die Person hat sich im Idealfall für diesen Themenbereich entschieden (persönliche Voraussetzung) und entsprechende Weiterbildungen besucht (fachliche Voraussetzung). Bei aufgabenbezogener Zuständigkeit muss daher mehr auf Unterstützungsstrukturen geachtet werden, um (fachlicher und persönlicher) Überforderung vorzubeugen.

6.3 Weiterbilden

Die umfassende Begleitung der *heimbetreuten Leichenphase* setzt verschiedene Kompetenzen (in Gesundheitsschutz, Gesprächsführung, Sterbevorbereitung, Begleitung der Angehörigen, Trauer etc.) voraus. Für eine positive Gestaltung der Phase sollten die entsprechenden Kompetenzen bei den Zuständigen ausgebaut werden (s. 5.3). Das fördert einerseits die Professionalität und ist andererseits gesundheitsfördernd, da durch Weiterbildungen Reflexion stattfindet und die Handlungsfähigkeit gestärkt wird (s. 3.4.4). Ausreichend fachspezifische Kompetenz sollte bei diesen Aufgaben nicht unterschätzt werden. Falsches Handeln bei der

Begleitung der Angehörigen nach der Todesnachricht kann zu sogenannten *Stolpersteinen* führen und den Trauerprozess erschweren (s. 5.1). Gutes Handeln hingegen kann durch das Ermöglichen von Trittsteinerfahrungen positive Auswirkungen bei der Bearbeitung der Traueraufgaben haben, was Ziel von Ansatzpunkt 6 ist. Ebenfalls kann unbedachtes Handeln die Angst der Bewohner/innen vor dem eigenen Tod verstärken und einen (psychisch) schwierigen Tod bedeuten (s. 5.2). Das bedeutet im Rückschluss wiederum höhere Belastungserfahrungen für die Mitarbeitenden (s. 5.3). Generell sollten entsprechende Kompetenzen nicht als vorhanden vorausgesetzt werden (s. 3.4.3). Gleichzeitig bringen Weiterbildungen auch bei bestehendem Basiswissen viele Vorteile (s. o.) und sind aus dem Grund in jedem Fall lohnend. Sollte eine Einrichtung Einfluss auf die Inhalte der Palliative-Care-Fortbildung haben, könnte die Aufnahme der *heimbetreuten Leichenphase* und der phasenbezogenen Fachthemen vorgeschlagen werden.

6.4 Angst überwinden

Wie in der Ausarbeitung an mehreren Stellen deutlich wurde, hat sich vor allem durch den Verlust von Primärerfahrungen, die mediale Inszenierung des Todes und Falschinformationen eine gesellschaftliche Angst vor Tod, Trauer und Leichen verbreitet (s. 3.1.3, 3.3.3). Diese Angst kann alle beteiligten Personen betreffen: Personal, Angehörige und Bewohner/innen. Ein Heim hat die Möglichkeit, durch das Fördern und Ermöglichen von Primärerfahrungen und Aufklärung dem Lebensereignis des Todes das Befremden und die Bedrohung zu nehmen und Normalität zurückzugeben. Im ersten Schritt sollte dem eigenen Personal die Möglichkeit zur Überwindung der Angst ermöglicht werden. Ein ehrlich angstfreier Umgang mit dem Leichnam ist Grundlage für eine respektvolle Versorgung (ansonsten werden Schutzstrategien angewendet, wie etwa unangebrachter Humor) und der Unterstützung von Bewohnern/innen und Angehörigen bei der Überwindung von Angst.

6.5 Ritualkonzept

Die Gestaltung dieses Übergangszeitraums kann durch Rituale strukturiert werden. Das bietet sich an, da es die Eigenschaft von Ritualen ist, in das durch Unsicherheit geprägte Neue/Unbekannte überzuleiten (s. 3.3.1). In allen interviewten Pflegeheimen sind bereits Rituale in Todesfallsituationen vorhanden, wie Kondolenzbücher und ein stilles Abschiednehmen des Personals am Totenbett (A82-86; B45-49; C115-129; D11, 64-71). Diese scheinen aber eher aus der Tradition

entstanden und nicht bewusst konzeptualisiert eingesetzt zu sein. Um die Vorteile von Ritualen zu nutzen, müssen die Kriterien für die Wirksamkeit von Ritualen berücksichtigt werden: Standardisierung, Angemessenheit und emotionale Verständlichkeit (s. 3.3.1). Sind die Rituale in ihrer Symbolik oder dem Ablauf unmissverständlich, können sie die Unsicherheit und Ohnmacht der Betroffenen verstärken. Ein entsprechendes Konzept sollte auf Basis der Ressourcen des Heims (s. 3.3.1), den Herausforderungen der drei Zielgruppen (s. 5.1-3) und den Charakteristika der Phase (s. 4.1-3) ausgearbeitet werden. Das gilt sowohl für den großen Übergang (gesamtes Konzept, Verlust und neue Realität) wie auch für die kleinteiligeren Übergänge (Teile des Konzepts, z. B. Wechsel in der Wohngemeinschaft). Mögliche Bausteine sind: Bekanntmachen im Wohnbereich, Gedenktisch, Abschiedsbaum, Trauerfeiern im Haus, Aufbahrungsraum, Gedenktreffen im Wohnbereich, Aussegnung, Versorgung der Leiche mit den Angehörigen (vgl. Kostrzewa/Gerhard 2010, S. 281ff). Bei der Ausgestaltung von Ritualen sollte ebenfalls auf klare Zuständigkeiten geachtet werden (Ansatzpunkt 2). Die Teilnahme an Ritualen sollte immer freiwillig sein und wahrgenommen werden können, wenn es den Personen guttut (s. 3.3.1). Aufgaben im Zuständigkeitsbereich einer Fachkraft sind dagegen Teil der Weisungsbefugnis und müssen ausgeführt werden, weswegen hier der Weisungsbefugte wieder verstärkt auf Überlastung achten sollte (s. 5.3).

6.6 (Arbeits-)Gesundheitsschutz (Personal)

Dem Personal fällt bei der Ausgestaltung der *heimbetreuten Leichenphase* vor allem die begleitende und leistende Rolle zu. Die Arbeitsbelastung stellt sich bei der Analyse als die zentrale Herausforderung dieser Zielgruppe dar (s. 5.3). Die Belastungen resultieren sowohl aus den zu leistenden Aufgaben (z. B. Doppelbelastung) wie auch aus der Todessituation an sich (z. B. Konfrontation mit existenziellen Lebensfragen). Die körperliche und psychische Gesundheit sollte zur positiven Gestaltung dieser Phase für das Personal beachtet und gefördert werden. Dies ist einerseits wichtig für das Erleben der Zielgruppe und andererseits Voraussetzung für gute Arbeitsleistung und -fähigkeit. Ob die Belastungen dieser Phase zu Stress und Überforderung führen, liegt an der subjektiven Bewertung und den realen Umständen zur Handhabbarkeit der Situation (s. 3.4.4). Um letzterem vorzubeugen, sollte der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin auf die Bereitstellung ausreichender Ressourcen zur Erledigung der Aufgaben achten (z. B. Zeitdruck minimieren), damit das Personal real handlungsfähig ist. Um kognitive Überforderung zu reduzieren, muss ausreichend Zeit zur emotionalen Verarbeitung gegeben werden

(z. B. Abschied nehmen) und eine subjektive positive Neubewertung von stressigen Situationen erreicht werden (Stressmodell nach Lazarus, s. 3.4.4). Das kann durch *instrumentelle Änderung* der Situation (z. B. Unterstützungskultur) oder eine *kognitive Änderung* der Situation (z. B. reflektierte Neubewertung durch ein Mitarbeitergespräch/eine Teamsitzung) erfolgen. Weiterbildungen helfen die Coping-Kompetenz der Arbeitnehmer/innen generell zu fördern, da sie die Aspekte einer kohärenten Grundhaltung zur Arbeit (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) fördern (Salutogenese nach Antonovsky, s. 3.4.4). Um das Ende des Sterbeprozesses und der Begleitung einer Person bewusst abzuschließen (s. 5.3), erachtet es die Autorin als sinnvoll, diesen wie einen Projektabschluss zu gestalten: gemeinsam das Erlebte durchzusprechen, zu reflektieren, zu lernen, zu loben und abzuschließen. Dieser klare Abschluss hat den Vorteil, Erfahrungen zu sortieren, aus Fehlern Lernpotential abzuleiten und die erbrachte Leistung zu würdigen.

6.7 Trittsteine ermöglichen (Angehörige)

Dieser Ansatzpunkt zielt auf die (erste zentrale) Herausforderung von Angehörigen, die Trauer, ab (s. 5.1). In der *heimbetreuten Leichenphase* kann durch genutzte Chancen (Trittsteine, s. 3.2.3) der Trauerprozess erleichtert werden. Jedoch brauchen Angehörige in den meisten Fällen die Direktion durch Externe, um diese emotionalen Chancen der Phase erleben zu können. Sie selbst sind durch Unwissenheit, Unsicherheit (s. 3.1.3) und emotionale Betäubung (s. 3.2.2) oft nicht in der Lage, eigene Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen und zu äußern. Die Chancen dieses Zeitraums liegen vor allem in der Gegenwart des Leichnams (s. 3.3.3) und sind einzigartig, da sie nach der Bestattung nicht nachgeholt werden können. Der Leichnam ist der eindeutige Beweis für den Verlust des Menschen. Diesen mit verschiedenen Sinnen wahrzunehmen (z. B. zu sehen, zu riechen, zu berühren) hilft, die Tatsache zu begreifen und nimmt der Veränderung die Abstraktion. Eine „gute“ Gestaltung der Phase für die Angehörigen erreicht, dass diese die emotionalen Chancen wahrnehmen können. Dazu muss einerseits die persönliche Angst und Ablenkung der Angehörigen überwunden werden, andererseits müssen die „Trittstein-Momente“ erkannt, gestaltet und angeboten werden. Um das zu erreichen, braucht es nach dem Trauermodell von Smeding (s. 3.2.3) eine/n *Schleusenwärter/in*, eine/n fachkundige/n Externe/n, der/die bei dem schadenfreien Manöver durch die „Schleuse“ zur Überbrückung der zwei Niveaus, durch Rat und Anweisungen hilft. Diese Begleitung sollte durch eine pädagogisch geschulte Fachkraft erfolgen, da diese Aufgabe viel Empathie erfordert. Beispielsweise kann die Ablehnung einer Begegnung mit der Leiche durch die Angst

begründet sein, dass das Bild der Leiche alle anderen Erinnerungen auslöscht – eine Sorge, die unbegründet ist (vgl. Thomas 1994, S.10f). Möglich ist auch, dass eine generelle Angst vor Leichen Angehörige am letzten Abschiednehmen hindert (s. 3.3.3). In diesen Fällen kann empathische Begleitung eventuell das Überwinden der Ängste erreichen und heilende Situationen ermöglichen. Gleichzeitig müssen auch die Grenzen der Angehörigen erkannt und gewahrt bleiben. Falsche Handlungen können auch zu sogenannten *Stolpersteinen* führen, die den Trauerprozess erschweren. Die Gestaltung von Trittstein-Momenten ist vielfältig⁹ und sollte bewusst eingesetzt (Ansatzpunkt 1), klar umgesetzt (Ansatzpunkt 2) und kompetent begleitet (Ansatzpunkt 3) werden. Rituale (Ansatzpunkt 5) können ebenfalls Trittstein-Momente erzeugen.

6.8 Themenbezogene Aufklärungsarbeit (Angehörige)

Als zweite große Herausforderung für die Angehörigen haben sich die (organisatorischen) Aufgaben herausgestellt (s. 5.1), die durch eine umfassende Unwissenheit erschwert werden. Das bezieht sich auf die Totenfürsorgethemen wie auch auf die Traueraufgaben. Als Fachinstitution kann ein Heim an diesem Defizit ansetzen und Aufklärungsarbeit leisten, denn eine gute Vorbereitung und Vorsorge wirkt für alle Beteiligten sehr entlastend. Diese Aufklärung kann folgende Themen beinhalten und neben den organisatorischen Aufgaben auch dem Zweck von Ansatzpunkt 4 (Angst nehmen) dienen:

- Fachwissen zu Tod (s. 3.1.1), Trauer (s. 3.2) und Leichen (s. 3.3.3)
- Trauerrituale (Wirkung und vielfältige Möglichkeiten, s. 3.3.2)
- Vorsorgemöglichkeiten
- Pflichten und Fristen nach dem Tod (s. 3.1.4)

Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit Trauer Ritualen verhindert die letztendliche Entscheidung unter Zeitdruck. Dadurch erhöht sich die Chance, dass die gewählten Rituale (z. B. Seebestattung) für die Hinterbliebenen wirksam sind (weil emotional verständlich, s. 3.3.1) und den Wünschen des Verstorbenen entsprechen (s. 3.1.4). Eine finanzielle Vorsorge schützt vor Überforderung und einer ungünstigen Dimensionsüberlagerung bei der Bestattungswahl (s. 5.1). Da die bürokratischen Aufgaben von den Bestattungsinstituten begleitet werden, muss hierfür nur über die benötigten Dokumente informiert werden (s. 5.1). Um auf den Trauerprozess vorzubereiten, können Informationen und Kontakte zu Hilfsangeboten weitergegeben

⁹ Weitere Beispiele für Trittstein-Situationen: Schmid 2018b, S. 371

werden (s. 5.1). Zur Reduzierung des Ressourcenaufwands kann diese Aufklärung in ein anderes etabliertes Routinegespräch integriert (Einzug, Palliative Care) und durch schriftliches Informationsmaterial (Flyer oder Begleitheft) ergänzt werden. Schriftliches Informationsmaterial ermöglicht und fördert außerdem eine spätere Auseinandersetzung der Zuhörer/innen mit den Thematiken. Ein ausgearbeitetes Begleitheft könnte folgendes beinhalten: relevantes Fachwissen, falsche Ängste aufklären, zur Vorsorge anregen (Wünsche von Sterbenden und Angehörigen zur Bestattungsart, finanziell), Kontakte und Informationen zu Hilfsangeboten auflisten (Trauercafé o. ä.), über Aufgaben nach dem Tod aufklären, die Unterstützung durch den Bestatter erklären und einem Platz zur definierten Aufbewahrung der relevanten Dokumente (z. B. durch integrierte Folien).

6.9 Sterbevorbereitung sozial begleiten (Bewohner/innen)

Für die Zielgruppe der Bewohner/innen hat sich als zentrale Herausforderung die Konfrontation mit dem eigenen Tod herausgestellt (s. 5.2), die Reflexionsprozesse der Sterbevorbereitung und Ängste vor dem eigenen Todesereignis an sich auslösen kann. Um diese wiederkehrende Konfrontation nicht als negativ zu erleben, sollten diese Themen bei Bedarf reflektiert und bearbeitet werden. Wie die Interviews mit Vertretern aus Pflegeheimen in Kempten gezeigt haben, findet eine gewisse (soziale) Sterbebegleitung durch Gespräche bereits statt, diese scheint aber eher nebensächlich (E25-28; F25; G8). Um Betroffene in ihrer Herausforderung zu unterstützen, sollte das Thema mehr in den Fokus genommen und Begleitung angeboten werden. Das kann durch geschulte (Ansatzpunkt 3) und beauftragte (Ansatzpunkt 2) Fachkräfte erreicht werden. Diese sollten die Bedürfnisse der einzelnen Bewohner/innen erkennen können (s. 3.1.2), Fachwissen zu den relevanten Themen besitzen, Begleitungsstrategien beherrschen (z. B. Gesprächsführung) und den Betreuten ein psychisch stabiles Gegenüber sein (s. 5.2). Zudem kann bei entsprechenden Ritualangeboten die Partizipation der Bewohner/innen durch diese Person gefördert werden. Generell sollte in der gesamten Belegschaft bekannt sein, dass ihr Verhalten bei Todesfällen von den Bewohnern/innen wahrgenommen wird und für diese als *verknüpfte Erfahrung* mit dem Thema Tod zusammenhängt (s. 5.2).

6.10 Erleichterung durch Kooperationspartner

Es handelt sich bei der *Leichenphase* um eine komplexe Schnittstellensituation mit vielen beteiligten Akteuren (s. Kapitel 4) und teilweise unklaren Zuständigkeiten (vgl. Schärer-Santschi 2019, S. 32). Um einen guten Ablauf zu ermöglichen, das Personal

zu entlasten und abzusichern, dass die Bedürfnisse von Angehörigen und Bewohnern/innen gewahrt bleiben, können Kooperationen hilfreich sein. Wenn beispielsweise Kooperationen mit Externen für das Ritual einer Aussegnung/Abschiedsrunde bestehen, kann sich die zuständige Personalkraft direkt an die entsprechende Person wenden und selbst als freiwilliger Gast an dem Abschiedsritual teilnehmen (Aufgabe vs. Ritual, Ansatzpunkt 4). Kooperationen mit Bestattungsinstituten ermöglichen, den Ablauf und den Übergang in die *bestatterbetreute Leichenphase* zu gestalten und durch aufeinander abgestimmte Betreuungskonzepte eine lückenlose Begleitung zu erreichen. Die Angehörigen können auf diese Kooperationen hingewiesen werden, auch wenn die Wahl des Bestatters selbstverständlich freiwillig bleiben muss (F31). Als aktuelle Kooperationspartner von Pflegeheimen werden bei der Interviewbefragung das SAPV Team, das Kriseninterventionsteam, Altenheimseelsorge und eine Trauerbegleiterin genannt (A100-104, B61-63, C141, D81). Im Interview mit der Altenheimseelsorgerin gibt diese an, dass ihr Angebot zwar wahrgenommen, aber die Kooperation nicht wirklich gepflegt würde. Beispielsweise würde sie teilweise nicht über das Versterben eines Bewohners/einer Bewohnerin informiert, auch wenn sie diesen zuvor regelmäßig besucht hat. Diese Information bekomme sie dann erst, wenn sie für den nächsten Besuch im Heim erscheint (I20). Insgesamt bietet die Altenheimseelsorge ein breites Leistungsspektrum zur Unterstützung von Seniorenheimen an: Fortbildungen, Beratung der Mitarbeitenden und der Angehörigen, Gesprächsangebote, Schlichtungsgespräche zwischen Heim und Angehörigen, Gebete, Gottesdienste, christliche Rituale wie die letzte Salbung, Aussegnungen und Gedenkfeiern (I12-14). Auch über den Tod hinaus wäre eine Trauerbegleitung der Angehörigen bei Bedarf möglich (I18). Solche (und weitere) Angebote durch den Aufbau und die Pflege eines Netzwerks zu nutzen, kann die Gestaltung dieser Phase verbessern und erleichtern.

7 Fazit, Reflexion und Ausblick

Ziel der Arbeit war es, zu untersuchen, ob und wie Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen die Momente nach einem Todesfall, für Angehörige, Bewohner/innen und das Personal positiv gestalten können. Wie sich gezeigt hat, ist dieser als *heimbetreute Leichenphase* bezeichnete Zeitraum sehr bedeutsam, da durch die Gegenwart des Leichnams der Tod greifbar präsent wird. Durch eine positive Gestaltung können die Heime in dem Zeitraum, bis der Bestatter die Versorgung der Leiche übernimmt (Übergang zur *bestatterbetreuten Leichenphase*, s. 4.2), vielseitig Einfluss das Erleben der Zielgruppen nehmen. Größtes Hemmnis zur Wahrnehmung der Chancen dieser Phase sind Überforderung, Angst, Unwissenheit und Zeitdruck. Werden diese überwunden, kann dem Todesereignis Würde und Natürlichkeit zurückgegeben und ein versöhntes Abschiednehmen ermöglicht werden.

Konkret können die Heime durch Maßnahmen (Ansatzpunkte, Kapitel 6) unterstützen, die bei den zentralen Herausforderungen (Zielgruppenanalyse, Kapitel 5) ansetzen. Für **Angehörige** bedeutet das, ihnen in der *heimbetreuten Leichenphase* ein angemessenes emotionales Abschiednehmen zu ermöglichen und durch frühzeitige Aufklärung, Vorsorge und Vorbereitung zu fördern, um Überforderung und (unbedachte) Entscheidungen unter Zeitdruck vorzubeugen. **Bewohner/innen** können durch eine bewusste Unterstützung bei (psychischen) Vorbereitungsprozessen auf den eigenen Tod unterstützt werden sowie das **Personal** durch strukturelle und personelle Maßnahmen zum Arbeitsschutz. Im Gegensatz zu den Angehörigen gestaltet sich die Unterstützung für Bewohner/innen und das Personal langfristiger, weil nicht der einmalige Verlust, sondern die (wiederholten) Todesfälle (im Wohn- und Arbeitsumfeld) die Herausforderung darstellen. Maßnahmen sollten daher nicht auf die *Leichenphase* begrenzt, sondern über diese hinaus etabliert und bei Todesfällen besonders fokussiert werden.

Ganz grundlegend kann eine „gute“ Gestaltung der Phase gefördert werden, indem bei allen Beteiligten ein **Bewusstsein** für die Bedeutung, Relevanz, Chancen und Gefahren dieser Phase geschaffen wird, relevante Kompetenzen (z. B. die Gesprächsführung mit Sterbenden) **weitergebildet** werden und die verbreitete **Angst** vor Tod, Trauer und Leichen bei allen Zielgruppen, zum Beispiel über das Ermöglichen von begleiteten Primärerfahrungen, überwunden wird. Generell müssen sich die Entscheidungsträger einer Einrichtung selbst die **Zuständigkeit** für eine Unterstützung in dieser Phase zuschreiben und diese intern umsetzen. Zur

Strukturierung bietet sich die Ausarbeitung und Etablierung eines **Ritualkonzept** an. Durch ein Netzwerk aus **Kooperationspartnern** kann der eigene Ressourcenaufwand zur Begleitung der Phase reduziert werden (s. Kapitel 6).

Das größte Hemmnis bei der Umsetzung können die finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen darstellen. Es wäre wünschenswert, dass diese Übergangsgestaltung auch durch die Kranken- und Pflegeversicherung (z. B. klarer Auftrag im Rahmenvertrag) und die Gesetzgebung (Hospiz- und Palliativgesetz) in den Blick genommen und finanziert würden. Ebenso könnte die Palliative-Care-Fortbildung diesen Zeitraum bewusst bearbeiten. Doch auch ohne Förderung sollten Heime über eine Etablierung gewisser Strukturen nachdenken, da sich auch für die Einrichtung selbst viele Vorteile ergeben, wenn die Angst und Befremdung des Todes überwunden werden kann und das Lebensereignis des Todes an Natürlichkeit zurückgewinnt.

Bei einer erneuten Bearbeitung dieses Themas würde ich eine ähnliche Herangehensweise wählen und lediglich den Schwerpunkt der Interviewerhebung anders ansetzen. Aus meiner Sicht war die umfangreiche Literaturrecherche zur Erschließung der Schnittstelle notwendig und die ergänzende Interviewerhebung hat durch den ermöglichten Praxisbezug einen Mehrwert gebracht. Anstatt einer Vollerhebung der Pflegeheime in Kempten würde ich fachlich breiter gestreute Experteninterviews wählen, da diese Experten weniger starke Auswirkungen der aktuellen Covid-19 Pandemie im Arbeitsalltag bewältigen müssen.

Ausblickend haben sich viele Themen aufgezeigt, die im Rahmen weiterer Studien bearbeitet werden können. Durch eine repräsentative Erhebung der heimbetreuten Leichenphase könnte ein differenzierteres und umfassenderes Bild der aktuellen Praxis darstellt werden. Eine Bearbeitung der *bestatterbetreuten Leichenphase* würde Aufschluss über die Herausforderungen und Chancen zur positiven Gestaltung dieses zweiten Teils der *Leichenphase* geben. Eine differenziertere Analyse der einzelnen Zielgruppen (z. B. demenziell erkrankte Bewohner/innen oder eine Sinus-Milieu-sensible Analyse der Angehörigen) könnten die Unterstützungsansätze individualisiert und verbessert werden. Strukturell könnten Zuständigkeits- und Finanzierungsmöglichkeiten der *Leichenphase* konzeptionell ausgearbeitet werden.

Vielleicht kann diese Arbeit einen kleinen Beitrag dazu leisten, dieser wichtigen und bisher wenig beachteten Zwischenphase zu mehr Präsenz zu verhelfen und weitere Untersuchungen anzustoßen.

Literaturverzeichnis

(BDB) Bestatter.de (o.J.): Bestattungsarten – eine elementare Entscheidung, <https://www.bestatter.de/wissen/bestattungsarten/> (Zugriff am: 16.03.2021)

(BDB) Bestatter.de (o.J.): Was tun im Todesfall/Trauerfall innerhalb der Familie?, <https://www.bestatter.de/wissen/todesfall/#c149> (Zugriff am: 16.03.2021)

(Betreuungskräfte-RL) Betreuungskräfte-Richtlinie (2016), Erstfassung 2008.

(BiBB) Bundesministerium für Berufsbildung (2020): Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach §53 PflBG. Rahmenlehrpläne für theoretischen und praktischen Unterricht, 2. Überarbeitete Auflage. Bonn: Publikation und wissenschaftliche Informationsdienste BiBB

(STMGP) Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (o.J.): Generalistische Pflegeausbildung. <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/generalistische-pflegeausbildung/> (Zugriff am: 01.04.2021)

Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (2013): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altenforschung, 4. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Bender, Jutta (2019): Praxisbuch Trauerbegleitung. Trauerprozesse verstehen, begleiten, verwandeln. Wiesbaden: Springer-Verlag

DAK (2015): Gründe für die Übernahme einer häuslichen Pflegeverantwortung in Deutschland nach Altersgruppe im Jahr 2015. Statista GmbH, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/481055/umfrage/gruende-fuer-die-uebernahme-einer-haeuslichen-pflegeverantwortung-in-deutschland/> (Zugriff: 15.01.2021)

Dechange, André (2020): Projektmanagement - Schnell erfasst. Berlin: Springer Verlag

Dierkes-Zumhasch, Brunhilde (2014): Konflikte und berufstypisches Empfinden. In: Altenpflege heute. Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung, 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 1280-1287

Ekert, Bärbel/Ekert, Christiane (2019): Psychologie für Pflegeberufe, 4., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Feldmann, Klaus (2010): Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick, 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Fichtl, Cornelia/Ehlers, Svenja (2014): Geschichte der Pflegeberufe. In: Altenpflege heute. Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung, 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 1245-1250

Frenschkowski, Marco (2020): Religionswissenschaft. In: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik, 2. aktualisierte und erweiterte Ausgabe. Berlin: J.B. Metzler, S. S. 18-30

Frick, Eckard (2020): Abwehr- und Bewältigungsstrategien gegenüber Sterben und Tod. In: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: J.B. Metzler, S. 226-232

Groß, Dominik/Grande, Jasmin (2020): Sterbeprozess – medizingeschichtlich. In: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: J.B. Metzler, S. 89-96

Großes Lexikon der Bestattungs- und Friedhofskultur (2010): Wörterbuch zur Sepulkralkultur. Zentralinstitut für Sepulkralkultur Kassel. Bd. 3. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Helferich, Cornelia (2011). Die Qualität Qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.) (2016): Pflege-Report 2016. Berlin: Schattauer GmbH.

Jäger, Dwayne (o.J.): Bestattungen: Kosten Beerdigungen Übersicht. Beerdigungskosten. Was kostet eine Bestattung komplett?, <https://todesfall-checkliste.de/bestattungskosten/bestattungen-kosten-beerdigungen> (Zugriff am: 29.3.2021)

Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Kostrzewa, Stephan/Gerhard, Christoph (2010): Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern: Verlag Hans Huber

Kränzle, Susanne (2018): Wenn nichts mehr zu machen ist – der Beginn der Therapie ist der Anfang von Palliativ Care. In: Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hrsg.): Palliativ Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 25-34

Kränzle, Susanne (2018b): Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen. In: Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hrsg.): Palliativ Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 105-109

Kränzle, Susanne/Weihrauch, Birgit (2018): Geschichte, Selbstverständnis und Zukunftsstrategien von Palliative Care. In: Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hrsg.): Palliativ Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 3-16

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

Madea, Burkhard/Weckbecker, Klaus (2020): Totenfeststellung und Leichenschau für Hausärzte. Medizinisch, juristisch, verwaltungstechnisch richtig handeln. Berlin: Springer Verlag

Mandla, Christoph (2020): Patientenverfügung. In: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: J.B. Metzler, S. 273-276

Melching, Heiner (o.J): Weiterbildung für Pflegekräfte, <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/weiterbildung-fuer-pflegekraefte.html> (Zugriff am: 16.04.2021)

Menche, Dr. Nicole (2014): Grundlagen der Krankheitslehre. In: Altenpflege heute. Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung, 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 541- 556

Menker, K. (2014): Gesundheitsförderung und Prävention. In: Altenpflege heute. Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung, 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 39-46

Munnichs J.M.A. (1995) Tod, Sterben und Endlichkeit. In: Kruse A., Schmitz-Scherzer R. (Hrsg.): Psychologie der Lebensalter. Darmstadt, Steinkopf Verlag

Patzlisperger, Maria (2018): Existenzielle Verzweiflung am Lebensende. In: Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hrsg.): Palliativ Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 101-104

Pohl, Markus (o.J.): Bundesweite Bestattungsangebote, https://www.bestatter-preisvergleich.de/?gclid=EAlaIQobChMI5ISBkYbW7wIVwZ7tCh3kiwVNEAAYASAAEgLhMfD_BwE (Zugriff am: 29.3.2021)

Prinz, Armin (2020): Leiche – ethnologisch. In: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: J.B. Metzler, S. 152-154

Reuter, Stephanie (2020): Entwicklung des Todeskonzepts bei Kindern. In: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: J.B. Metzler, S. 159-164

Schmid, Ulrike (2018): Abschiedsrituale. In: Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hrsg.): Palliativ Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 357-362

Schmid, Ulrike (2018b): Bestattung. In: Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hrsg.): Palliativ Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 367-378

Schmitt, Günter (2014): Alter, Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit. In: Altenpflege heute. Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung, 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 3-9

Schnelzer, Thomas (2016): Trauerpsychologie. Lehrbuch, 2., überarbeitete Neuauflage. Düsseldorf: Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes GmbH

Seeger, Christa (2018): Multidisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlagen für die Vernetzung von Palliative Care. In: Kränzle, Susanne/Schmid, Ulrike/Seeger, Christa (Hrsg.): Palliativ Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 166-171

Smeding, Ruthmarijke (2005a): Das Modell: „Die Gezeiten der Trauer“®. In: Smeding, Ruthmarijke E.W./Heitkönig-Wilp, Magarete (Hrsg.): Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospiz verlag®, S. 140-147

Smeding, Ruthmarijke (2005b): Martinshorn und Totenstille – Einklang der Trauerwege.... In: Smeding, Ruthmarijke E.W./Heitkönig-Wilp, Magarete (Hrsg.): Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospiz verlag®, S. 150-162

Smeding, Ruthmarijke (2005c): Die Begleitung von Januszeit® und Labyrinthzeit®. Eine Einführung. In: Smeding, Ruthmarijke E.W./Heitkönig-Wilp, Magarete (Hrsg.): Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospiz verlag®, S. 205-243

Smeding, Ruthmarijke (2005d): Die Regenbogenzeit®. Einführung. In: Smeding, Ruthmarijke E.W./Heitkönig-Wilp, Magarete (Hrsg.): Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospiz verlag®, S. 267-279

Smeding, Ruthmarijke (2005e): Die Spirale der Gezeiten. Einführung. In: Smeding, Ruthmarijke E.W./Heitkönig-Wilp, Magarete (Hrsg.): Trauer erschließen – eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospiz verlag®, S. 280-303

statista-research (2017a): Brauchen Trauer und Gedenken Ihrer Meinung nach einen bestimmten Ort?,
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/281764/umfrage/umfrage-zur-notwendigkeit-von-einem-bestimmten-ort-fuer-trauer-und-gedenken/> (Zugriff am: 05.01.2021)

statista-research (2017b): Wie oft gehen Sie auf den Friedhof für einen Grabbesuch?,
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/281755/umfrage/umfrage-zur-haeufigkeit-von-friedhofsbesuchen/> (Zugriff am: 05.01.2021)

Statistisches Bundesamt (2019): Sterbetafeln. Ergebnisse aus der laufenden Berechnung von Personensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer 2016/2018.

Sunderbrink, Bärbel (2020): Trauer – kulturhistorisch. In: Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik, 2. aktualisierte und erweiterte Ausgabe. Berlin: J.B. Metzler, S. 241-245

Thieme, Frank (2019): Sterben und Tod in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatsoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Völkel, Ingrid/Ehmann, Marlies (2019): Betreuungsassistenz. Lehrbuch für Demenz- und Alltagsbegleitung, 2. Auflage. München: Elsevier GmbH

Weber, Martin/Weiher, Erhard/Smeding, Ruthmarijke M. (2008): Arzt und Trauer. Medizinische Klinik, 103:532–9 (Nr. 7), S. 532- 539. München, Urban & Vogel

Weis-Krebs, Daniela/Stoll Gisela (2014): Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können. In: Altenpflege heute. Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung, 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag, S. 263-291

Wittenzellner, Martin (2003): Sterben und Tod in der Institution Altenheim – eine qualitative Untersuchung zum Umgang mit Sterben und Tod bei Heimbewohnern und Pflegepersonal, Diplomarbeit. München/Ravensburg, Grin Verlag