



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2003

Tod und Magie im Alters- und Pflegeheim

Salis Gross, Corina

Abstract: Wer in Alters- und Pflegeheimen arbeitet, bewegt sich in einem von der Präsenz des Todes geprägten Raum. Dies bringt Befürchtungen mit sich, wie jene, einen Tod mit verursacht zu haben, oder jene, durch den Tod «angesteckt» zu werden. Eine ethnologische Studie gibt Einblick in die beruflichen Strategien von Pflegenden.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-94757>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Salis Gross, Corina (2003). Tod und Magie im Alters- und Pflegeheim. *Care Management*, (2):14-15.

Tod und Magie im Alters- und Pflegeheim

Wer in Alters- und Pflegeheimen arbeitet, bewegt sich in einem von der Präsenz des Todes geprägten Raum. Dies bringt Befürchtungen mit sich, wie jene, einen Tod mit verursacht zu haben, oder jene, durch den Tod «angesteckt» zu werden. Eine ethnologische Studie gibt Einblick in die beruflichen Strategien von Pflegenden.

Corina Salis Gross¹

Statistisch gesehen ist das Alters- und Pflegeheim in der Schweiz zu einem der wichtigsten Sterbeorte von Hochbetagten geworden. Sterben und Tod werden in diesen Organisation also zu etwas «Alltäglichem». Berufliche Normen und Orientierungsmuster als Hilfe für diese anspruchsvolle Arbeit sind jedoch erst im Entstehen.

Spannungsfelder der Pflege

Was bedeutet dies für die Pflegenden, welche hautnah und jeden Tag in diesem Spannungsfeld leben und arbeiten? Meine These lautet, dass der Rahmen, in welchem diese historisch neue Form des Sterbens statt-

findet, von einer grossen Labilität gekennzeichnet ist, welche auf den Pflegealltag zurückwirkt:

Ein erstes Dilemma besteht in einem grundsätzlichen Zwiespalt des Pflegeberufs, der sich im Heim besonders zugespitzt zeigt: Die Forderung nach Aktivität und Intervention im Hinblick auf die Lebenserhaltung kommt in der konkreten Arbeit oft mit dem aus der Palliativpflege stammenden Anspruch in Konflikt, ein würdevolles Sterben nicht durch unnötige medizinische oder organisatorische Massnahmen zu behindern.

Ein weiteres Dilemma entsteht aufgrund des Anspruchs, in der Arbeit zwischen routinierter Distanz und Empathie zu balancieren. Diese Schwierigkeit ergibt sich im Heim in besonderem Masse, weil hier vergleichsweise lange dauernde Beziehungen eingegangen werden. Es sind Beziehungen, die oft fast einen familiären Charakter annehmen.

Ein drittes Dilemma ergibt sich aus der peripheren gesellschaftlichen Stellung des Alters- und Pflegeheims: Gesellschaftlich gesehen gestalten diese Organisationen den Übergang vom Leben zum Tod, indem die Bewohnerinnen und Bewohner zuerst räumlich von der übrigen Gesellschaft getrennt werden und dann auch im Alters- und Pflegeheim sterben. Für die Pflegenden bedeutet dies, dass sie Beziehungen zu den Betagten eingehen, deren Ende immer schon absehbar ist. Ihre Arbeit besteht also auch darin, den Abbruch dieser Beziehungen vorzubereiten und dann zu vollziehen. Durch diese «Trennarbeit» wird die Begrenzung des eigenen Lebens für alle Beteiligten zum unausweichlichen



Corina Salis Gross

Thema. Wer eintritt, oder wer hier arbeitet, bewegt sich in einem vom Tod kontaminierten («angesteckten») sozialen Raum. Das löst verständlicherweise Ängste aus.

Grenzziehungen

Bei den Hochbetagten betrifft dies schon den Heimeintritt selber: «Ins Heim wäre ich niemals freiwillig eingetreten.» Dies ist ein Satz, den ich während meiner Forschung oft hörte. Es wird ein bedeutungsvoller Schritt auf dem Weg zum definitiven Austritt aus der Gesellschaft vollzogen, und die soziale Position verändert sich radikal. Die neu Eintretenden sollten sich idealerweise noch möglichst mit den Attributen von «rüstigen» Pensionärinnen und Pensionären identifizieren können und so den Wechsel von den eigenen vier Wänden zum Heim weniger direkt mit der Nähe zum Tod in Verbindung bringen müssen. Wichtige Indikatoren für die Unterteilung in «rüstige» und «abgebaute» BewohnerInnen sind die Bewegungsfreiheit im Raum, die Selbstständigkeit bei

¹ Dr. phil. Corina Salis Gross ist Oberassistentin am Institut für Ethnologie der Universität Bern. Ihre Arbeitsgebiete sind Altern und Tod, Migration und Gesundheit und psychoanalytische Anthropologie.

der Nahrungsaufnahme und bei den körperlichen Ausscheidungen sowie die geistige Wachheit. Wer kann noch unten im Speisesaal essen, wer muss schon im Bett bleiben? Wer ist bereits «durcheinander» im Kopf oder findet sein Zimmer nicht auf Anhieb? Wer braucht Katheter, und wer kann die Körperpflege noch selbstständig ausführen? Im Heimalltag werden solche Grenzziehungen von Personal und BewohnerInnen permanent vollzogen. Sie dienen dazu, den körperlich, sozial und psychisch ungewissen Zustand der PensionärInnen auszuloten und deren labile Position in der sozialen Ordnung versuchsweise zu stabilisieren. Dies gelingt nie vollständig und ist auf der Seite des Heimpersonals oft von der Angst durchzogen, eine Bewohnerin allenfalls durch eigenes Verschulden näher zum Tod gerückt zu haben. Oft wird ein baldiger Todeseintritt explizit erwartet; aber es kommt ebenso oft vor, dass diese Erwartung implizit im Raum steht: Wer könnte als Nächstes sterben? In diesen Fällen wird versucht, die Allgegenwart des Todes einzugrenzen, indem eigentliche «TodeskandidatInnen» geschaffen werden. Dem Tod kann so ein Ort zugewiesen werden, er droht nicht mehr von überall her und unerwartet einzutreten.

Bei den Pflegenden kommen diesbezügliche Ängste häufig im Zusammenspiel mit dem Dilemma zwischen Aktivität und Passivität auf, oder wenn Aggressionen im Spiel sind. Es entstehen deswegen oft Scham- und Schuldgefühle, oder man befürchtet sogar, den Tod herbeigeführt zu haben. Tötungsfantasien sind ein Bestandteil des Alltags und können die Arbeitsfähigkeit belasten, wie eine Pflegende ausführt: «Wenn jemand stirbt, bleibt da oft ein unangenehmes, diffuses Gefühl. Die ganzen Schuldgefühle kommen wieder hoch. Man denkt an die lange Zeit, in der man mit der Pensionärin zusammen gewesen ist. Da sind dann die unangenehmen Seiten schon oft im Vordergrund. Zum Beispiel dann, wenn man kurz vorher noch zu wenig Zeit für sie gehabt hat, oder eine Auseinandersetzung mit ihr hatte. Diese Gefühle sind

oft sehr stark, und dann bekommt man ein schlechtes Gewissen. Dann kommt nachher einfach etwas hoch, obschon man im Grunde genommen ja nichts getan hat. Da fragt man sich manchmal, ob man nicht sogar am Tod Schuld hat.»

Finden Konflikte kurz vor einem Todesfall statt, oder sind, zum Beispiel aufgrund eines unerwarteten Todesesintrittes oder eines schwierigen Sterbeprozesses, Aggressionen im Spiel, so treten solche Tötungsfantasien verstärkt auf. Oder es kann die Angst aufkommen, selber vom Tod «angesteckt» zu werden. Diese Angst wird jedoch bewusst vor allem im Zusammenhang mit der Arbeit an den Verstorbenen geäußert, etwa als Angst vor dem «Leichengift», vor einem plötzlichen «Erwachen» der Toten oder vor der Leiche an sich.

Das kontagiöse Milieu

Dort, wo soziale Ordnungen labil sind, sind magische Reaktionen sehr häufig anzutreffen. Wenn ich also vom «ansteckenden» Tod spreche, so betrifft dies zwei Ebenen: Zum einen ist das Heim ein durch die Präsenz des Todes strukturierter sozialer Raum, und die Nähe der BewohnerInnen zum Tod wird im Alltag permanent ausgehandelt. Die andere Ebene betrifft die pflegerische Arbeit: Die Pflegenden haben zwischen Nähe und Distanz zu balancieren, um professionell und routiniert arbeiten zu können. Bewusste Strategien des Ordnen und Strukturierens und weniger bewusste projektive oder magische Strategien zur Bannung der «Ansteckungsgefahr» sind zwei zentrale berufliche Mechanismen, um diese Dilemmata zu bewältigen.

Dass solche magischen Reaktionen im Zusammenhang mit der professionellen Bearbeitung von Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod durchaus zum Berufsalltag gehören, ist unterdessen auch für einen engeren medizinischen Kontext bei der Schulung von Ärzten beschrieben worden. Der Dauercharakter von Unsicherheiten im medizinischen Feld erfordere einen erlernten Umgang mit Unsicherheit [2]. Christa-

kis [1] beurteilt die Reaktionen der Ärzte auf die Angst vor einer self-fulfilling prophecy (selbsterfüllenden Prophezeiung) bei der Prognose von (letalen) Krankheitsverläufen ebenfalls als «quasi-magical». Ich habe in meiner Studie [3] aufgezeigt, dass jede Bezeichnung des Status der PensionärInnen, jede «Diagnose», jede Beschreibung oder Handlung im Alltag der Pflegenden immer auch eine prognostische Komponente beinhaltet und dass diese sich immer auch am bevorstehenden Tod ausrichtet, dass dabei aber auch Hemmungen wirken und Ängste entstehen, den Tod direkt zu verursachen oder selber von diesem bedroht zu werden. Die Diskussion über die Effekte der Arbeit mit Sterbenden in der Aus- und Weiterbildung und in der supervisorischen Begleitung wäre ein wichtiges Mittel, um solche unbewusst gehaltenen Dimensionen und beruflichen Strategien ins Bewusstsein zu heben. Entsprechende Bemühungen hätten auch mit einer gesellschaftlichen Aufwertung der äusserst anspruchsvollen Arbeit in den Alters- und Pflegeheimen einherzugehen. ■

Autorin:

Dr. phil. Corina Salis Gross

Institut für Ethnologie
der Universität Bern
Länggassstrasse 49A
3000 Bern 9

E-Mail: salis@ethno.unibe.ch

oder

corina_salisgross@hms.harvard.edu

Website: [www.ethno.unibe.ch/
mitarbeiterinnen/salis.html](http://www.ethno.unibe.ch/mitarbeiterinnen/salis.html)

Literatur:

1. Christakis, Nicolas A. (1999): *Death foretold. Prophecy and Prognosis in Medical Care*. Chicago/London: University of Chicago Press.
2. Ludmerer, Kenneth M. (1999): *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New York: Oxford University Press.
3. Salis Gross, Corina (2001): *Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim*. New York/Frankfurt a.M.: Campus.