



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Januar 2012 Ausgabe 50

Schwerpunkt:

GESELLSCHAFTLICHE RANDGRUPPEN

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

sterben Menschen anders, wenn sie zu den sogenannten Randgruppen gehören? Natürlich nicht. Dennoch gibt es Bedingungen, die einer besonderen Berücksichtigung bedürfen. Menschen, die ohne eigenes Zuhause leben und sterben, brauchen Menschen, die ihnen am Ende ein Netz knüpfen ohne Vorbehalte und ohne Berührungängste. Menschen, die ihr Leben im ‚Knast‘ verbringen und nun ihren Sterbeort überdenken müssen, benötigen Menschen mit einem besonderen Fingerspitzengefühl für deren Empfindungen und Wünsche. Menschen, die von einer Suchterkrankung betroffen sind, und bis zu ihrem Lebensende in Abhängigkeit leben, brauchen Menschen, die moralische und rechtliche Fragen nicht scheuen.

Wie das geschehen kann, wird in dieser Ausgabe des Hospizdialoges aufgezeigt. Die dargestellten Institutionen dienen möglicherweise als Beispiel oder Modell. Zumindest aber können sie ein Impuls sein, um sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Verbunden mit den besten Wünschen für

ein gutes und gesundes neues Jahr wünscht die Redaktion eine gute Lektüre!

Ihre



g. Dingerkus
Gerlinde Dingerkus

IMPRESSUM

Herausgeber

ALPHA – Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion:

ALPHA-Westfalen
 Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe
 Friedrich-Ebert-Straße 157-159
 48153 Münster
 Gerlinde Dingerkus
 Mary Wottawa
 Sigrid Olowinsky-Kiessling
 Tel.: 02 51 – 23 08 48
 Fax: 02 51 – 23 65 76
 E-mail: alpha@muenster.de
 Internet: www.alpha-nrw.de

Praktikerbeirat

Ute Aßbrock, Minden
 Jürgen Goldmann, Bonn
 Christiane Rädcl, Herne
 Maria Reinders, Kleve

Layout:

Art Applied und
 Graphische Dienstleistungen
 Hafengeweg 26a, 48155 Münster

Auflage:

2500

Die im „Hospizdialog“ veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

INFORMATION

Kooperation zwischen Hospizdiensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe 4
 Gerlinde Dingerkus

Stationäre Hospize sind die Leuchttürme in der Hospizarbeit 6
 Hospiz- und Palliativverband NRW

Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte NRW 7
 Martin Suschek

Der Wald der Schwankenden – Bewegung und Körpersprache in Hospizarbeit und Palliative Care 8
 Felix Grützner

SCHWERPUNKT GESELLSCHAFTLICHE RANDGRUPPEN

Sterben im Knast 11
 Interview mit Michael Skirl und Joe Bausch

Sterben, Tod und Trauer bei wohnungslosen Menschen 15
 Bernhard Mülbrecht, Mathias Rohlfing, Andreas Schmalbrock und Nadja Zülsdorf

Altersheime für Junkies? 18
 Ingrid Strobl

Pflegebedürftige Suchtkranke 20
 Susanne Dietze und Ariane Rother

Veröffentlichungen 22
Veranstaltungen 23



Kooperation zwischen Hospizdiensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Gerlinde Dingerkus

Alltag in westfälisch-lippischen Hospizdiensten ... so lautet eine Veranstaltungsreihe, die nach einer längeren Pause nun wieder aufgenommen wurde. Bereits im Jahr 1995 fand der erste Termin im Rahmen dieser Veranstaltungsreihe statt mit dem Ziel, hospizliche Einrichtungen sehr gezielt zu den sie aktuell interessierenden Themen einzuladen und zu informieren. Die Inhalte der vergangenen 15 Jahre spiegeln deutlich die Entwicklung der Hospizarbeit in Deutschland im Allgemeinen und in NRW im Besonderen wieder. So wurde beispielsweise Mitte und Ende der 90er Jahre ein Überblick über die Dachverbände und deren Aufgaben und Zielsetzungen gegeben oder Gestaltungsmöglichkeiten und Erfahrungen im Rahmen der Einführungskurse bearbeitet. Auch Grundsätze der Dokumentation sowie formale Fragen in der Umsetzung der Hospizarbeit vor Ort beschäftigten die Einrichtungen. Teilweise wurden für die Themen Referenten eingeladen wie z. B. 1998 zum Thema: ‚Ärztliches Erleben und Handeln – die Erwartungen der Patienten‘ oder ‚Hospize und Hospizarbeit in den Niederlanden‘, welches von einer niederländischen Kollegin dargestellt wurde.

„Gibt es Veranstaltungen zum Thema Kooperation mit Altenhilfeeinrichtungen?“



Die Zuhörer im großen Saal im Haus Mariengrund in Münster

Mit dieser Frage trat die Koordinatorin eines Hospizdienstes an ALPHA heran und sprach damit aus dem Herzen vieler weiterer Koordinatorinnen und Koordinatoren. In der nun wieder aufgenommenen Reihe haben wir uns daher im Juni 2011 mit diesem Thema beschäftigt.

Die Arbeit der ambulanten Hospizdienste wird in Einrichtungen der stationären Altenhilfe über §39a SGB V gefördert. Aber auch schon lange vorher arbeiteten viele Hospizdienste in enger Kooperation mit Altenheimen. Die Arbeit in Altenhilfeeinrichtungen hebt sich in weiten Teilen von der Hospizarbeit in ambulanten Strukturen ab, bedarf der Berücksichtigung der stationären Strukturen und dadurch besonderer Absprachen.

Wie machen es denn nun aber die Hospizdienste in der Praxis?

Um uns der Beantwortung dieser Frage zu nähern, haben wir Hospizkoordinatoren befragt, die mit gut funktionierenden Modellen arbeiten. Wir konnten sieben Koordinatoren und einen Altenhilfemitarbeiter gewinnen, aus der Praxis für die Praxis zu berichten.

Setzt man sich mit der Thematik auseinander, so macht es durchaus Sinn sich anzuschauen, wo Altenheime – historisch gesehen – ihren Ursprung haben und wie sie denn eigentlich klassischerweise ‚funktionieren‘. Um sich dieser Fragestellung zu nähern, gab Julia Bloech, Koordinatorin des Hospizkreises Löhne einen umfassenden Überblick über die Historie. Sie verdeutlichte, dass die Versorgung alter Menschen über viele Jahrhunderte nicht auf der Bearbeitung spezifischer Problemlagen alter Menschen ausgerichtet war, sondern der Auftrag der Einrichtungen in der Versorgung aller bedürftiger Personengruppen (vom Bettler bis zum Geisteskranken) bestand, die nicht erwerbstätig sein konnten. In ihren Ausführungen machte sie deutlich, dass die Ziele vorrangig in ‚Ausgrenzung‘, ‚Verwahrung‘ und ‚Disziplinierung‘ bestanden. Während des Zweiten Weltkriegs war die Versorgung alter Menschen gekennzeichnet durch Unterbringungen in Massen-Unterkünften und dort mit einem gezielten Verhungern-Lassen verbunden. Nach diesem unzumutbaren Vorgehen war es ein langer Prozess bis zur Anerkennung alter Men-



Pausengespräche

schen als eigenständige Bevölkerungsgruppe mit eigenen Rechten. Ein wichtiger Kernbegriff ist heute ‚Teilhabe‘, auch wenn es unter dem starken Kostendruck, dem Altenhilfeeinrichtungen unterliegen, nicht immer leicht ist, dieses Ziel gut umzusetzen.

Die den Bedürfnissen angepasste Begleitung sterbender Bewohnerinnen und Bewohner war im Verlauf der Jahrzehnte immer schon Auftrag der Einrichtungen. Diese nahmen sich des Auftrags in unterschiedlicher Weise an. Mit der Möglichkeit der Einbeziehung ambulanter Hospizdienste eröffnete sich eine neue Perspektive, die zu nutzen auf unterschiedliche Weise erfolgt.

Dies verdeutlichte Susanne Wittstamm, Koordinatorin des ambulanten Hospizdienstes in Marl, die gemeinsam mit Christoph Mihm, Sozialdienst des Philipp-Nicolai-Hauses in Marl, von der örtlichen Kooperation berichtete. Abläufe wurden beschrieben und Stolpersteine benannt. Strukturelle und konzeptionelle Voraussetzungen sind nach Anna Zeitler-Schlöder, Koordinatorin des Ökumenischen Hospizdienstes der Caritas in Rheine, notwendig und hilfreich: Hierzu gehören z. B. Fortbildungen einzelner Mitarbeiterinnen in Palliative Care oder Inhouse-Fortbildungen zu ethischen und anderen Fragen. Klaus Koppenberg, Koordinator des OMEGA-Hospizdienstes in Unna,

prägte den Begriff der ressourcenorientierten Krisenfreundlichkeit. Nach seiner Einschätzung unterscheiden sich die beiden Einrichtungen ‚Altenhilfe‘ und ‚Hospizarbeit‘ dadurch, dass die eine ‚standardisierte Krisenbewältigung‘ und die andere ‚kreative Krisenbegleitung‘ repräsentiert, was eine sich ergänzende Chance beinhaltet.

Die beiden Koordinatorinnen des OMEGA-Hospizdienstes in Bocholt Christiane Roterink und Christiane Egbert betonten, dass die Qualität der Kooperation geprägt ist von den handelnden Personen und ihren Beziehungen. Frühe Kontaktaufnahme und auch die Integration der Hospizmitarbeiterinnen in das Team der Altenhilfeeinrichtung sind hier hilfreiche Faktoren. Konkurrenzgedanken gilt es andererseits auszuräumen. Weitere Referenten waren Helmut Dörmann aus Minden und Dieter Broekmann aus Münster. Alle Vortragenden haben durch ihre Beiträge den Tag vielfältig und informativ gestaltet. Und wie immer im Rahmen solcher Veranstaltungen sind es auch die Diskus-

sionen oder die Gespräche ‚zwischen durch‘, die Impulse und Ideen geben. Altenhilfeeinrichtungen und Hospizdienste haben unterschiedliche Schwerpunkte und Aufträge. In der Versorgung Sterbender aber sollten sie mit einer Sprache sprechen und eine gemeinsame Haltung haben.

Die Rückmeldungen für diesen Tag waren sehr positiv. Die zielgerichtete und auf die eine Thematik reduzierte Vorgehensweise einerseits und die sehr praxisnahe und austauschorientierte Strategie bildeten hilfreiche Elemente. So war es verständ-

lich, dass der Wunsch, in dieser Form wieder zusammen zu kommen, bekräftigt wurde.

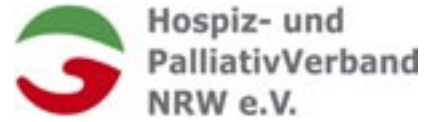
Die Ergebnisse der Veranstaltung werden in Kürze veröffentlicht.

Gerlinde Dingerkus
ALPHA-Westfalen



Klaus Koppenberg

Stationäre Hospize sind die Leuchttürme in der Hospizarbeit



Hospiz- und
Palliativverband
NRW e.V.

Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Barbara Steffens besuchte das Franziskus-Hospiz Hochdahl. Ausführliches Gespräch mit dem Vorstand des Hospiz- und Palliativverbandes NRW

„Ich bin von der Hospizarbeit überzeugt“, betonte Barbara Steffens, die nordrhein-westfälische Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, bei ihrem Gespräch mit dem Vorstand des Hospiz- und Palliativverbandes NRW e.V. (HPV) Anfang September im Franziskus-Hospiz Hochdahl in Erkrath. Die Erfahrungen zeigten, dass die meisten Menschen zu Haus sterben wollen. Ambulante Hospize machen genau das möglich, denn ehrenamtliche Hospizhelfer betreuen und begleiten Schwerstkranke in ihrem häuslichen Umfeld. „Hospizarbeit wurde und wird auch weiterhin in erster Linie ambulant geleistet“, weiß Hans Overkämping, der Vorsitzende des HPV. Denn jeder soll dort sterben dürfen, wo er gelebt hat. „Wenn der Betroffene das möchte, auch unter einer Brücke“, so Erich Lange, der Geschäftsführer der Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V. und stellvertretender Vorsitzender des Hospiz- und Palliativverbandes NRW. Auch dort hätten Ehrenamtliche schon Menschen begleitet. „Stationäre Hospize sind die Leuchttürme in der Hospizarbeit“, so Overkämping. Sie helfen in den Fällen, in

denen die Versorgung eines Menschen in der gewohnten Umgebung nicht mehr möglich ist. Stationäre Hospize sollen und werden die ambulanten Strukturen nie ersetzen.



Die Vorstandsmitglieder und die Gesundheitsministerin im Gespräch, Fotos: Andrea Schulze

Der HPV NRW setzt sich derzeit dafür ein, die Betreuung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender durch Ehrenamtliche in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu etablieren. „Wir sehen hier einen großen Bedarf“, betonte Overkämping. „Denn die Pflegekräfte sind mit einer hospizlichen Begleitung der Bewohner und Patienten überfordert.“ Darüber hinaus sei es geplant, Pflegekräfte in Alten- und Pflegeheimen zu schulen, um sie für die Bedürfnisse schwerstkranker Bewohner zu sensibilisieren.

Die Vorstandsmitglieder des HPV NRW machten die Ministerin darauf aufmerksam, dass die Hospize in NRW 25 bis 30 Prozent ihrer Kosten durch Spenden finanzieren müssen. Das sei kaum zu schaffen. Darüber hinaus seien die Tagessätze, die die Krankenkassen den Hospizen in NRW zahlen, mit die geringsten in ganz Deutschland. „Das gesamte Budget aller Hospize in NRW ist nicht so hoch wie das eines kleinen Krankenhauses“, so Drolshagen, der Geschäftsführer des Franziskus-Hospizes Hochdahl. Steffens gab zu, dass die Finanzierung im Gesundheitsbereich teilweise ungerecht sei und will sich dafür einsetzen, dass NRW an den Bundesdurchschnitt angeglichen wird.



von links: Monika Müller, Hans Overkämping, Walter Goswin, Ulrike Herwald, Gesundheitsministerin Babara Steffens, Christoph Drolshagen, Jeannette Curth, Petra Brockhues, Dr. Christiane Ohl, Erich Lange, Gerlinde Dingerkus

Hospiz- und Palliativverband NRW e.V.

www.hospiz-nrw.de

Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte NRW

Martin Suschek

Der Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativ-einrichtungen in Nordrhein-Westfalen schaut auf eine mittlerweile lange Geschichte zurück. Seit 16 Jahren werden hier viele verschiedenartige Themen besprochen, Entscheidungen getroffen und Maßstäbe gesetzt.

Der Austausch zu Themen der Sozialen Arbeit im Kontext von Hospiz- und Palliativarbeit findet fünf Mal im Jahr und bei den jeweiligen Einrichtungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer statt. Anfang des Jahres tagte der Arbeitskreis im Hospiz Anna Katharina in Dülmen. 15 Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagoge/innen trafen sich, um die Soziale Arbeit in den hospizlich-palliativen Arbeitsfeldern zu stärken und zu reflektieren. So unterschiedlich und breit gefächert die Zugehörigkeitszeiten der einzelnen Fachkräfte in diesen Gebieten sind, so vielfältig sind auch die Einsatzorte und -gebiete der anwesenden Koordinator/innen ambulanter Hospizbewegungen sowie Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes von Palliativstationen und stationären Hospizen. Manche Teilnehmer/innen können auf eine zwanzigjährige Berufserfahrung im Hospiz- und Palliativbereich zurückblicken.

Beim Treffen in Dülmen konnte Frau Gerlinde Dingerkus als Gast und Kooperationspartnerin begrüßt werden. Bei diesem ersten Treffen im Jahr 2011 ging es beispielsweise um die Themen SAPV und Palliativnetzwerke. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede vor Ort und in den Regionen Rheinland und Westfalen-Lippe. Ein weiteres Thema waren die unterschiedlichen Erfahrungen in der Kooperation zwischen Hospizarbeit und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Frau Dingerkus berichtete über Interessen, die immer wieder aus dem Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen an sie heran getragen werden und über konkrete Kooperationserfahrungen. Auch die Kollegen aus Ahlen und Bonn konnten über konkrete Projekte berichten.

Den größten zeitlichen Raum nahm die Beratung über eine Bearbeitung des 2006 erschienenen nordrheinwestfälischen Qualitätskonzeptes ein. Die erste Auflage ist komplett vergriffen und kann nur noch über die Internetseite von ALPHA abgerufen werden. Die Nachfrage ist aber weiterhin groß, so dass es sinnvoll erschien, Neuerungen und Er-



Hintere Reihe v. l.: Maatje Bruysten, Martin Suschek, Johannes Horstmann, Elisabeth Kemper, Ines Wösting
Vordere Reihe v. l.: Brigitte Germeroth, Hanna Szibalski, Karin Leutbecher, Beate Dirkschneider; vorn: Jürgen Goldmann

weiterungen in eine Neuauflage einzuarbeiten. Die kritische Relecture des Qualitätskonzeptes wurde beschlossen. Arbeitsaufträge wurden nach einer Durchsicht des Inhaltsverzeichnis verteilt. Bei den weiteren Treffen im Jahr 2011 stand neben der Bearbeitung aktueller Themen die Fertigstellung des Qualitätskonzeptes im Vordergrund.

Die Broschüre stellte in den letzten Jahren für alle Interessierten und Handelnden eine wichtige Grundlage für das Selbstverständnis Sozialer Arbeit in hospizlich-palliativen Handlungsfeldern dar. So wird nun zum Jahresbeginn das Qualitätskonzept in der aktualisierten Auflage erscheinen und kann bei den Sprechern des Arbeitskreises angefordert werden.

Die Arbeitskreistreffen bieten immer auch die Möglichkeit, die jeweilige Einrichtung mit den individuellen Schwerpunkten kennen zu lernen. Die weiten Wege innerhalb Nordrhein-Westfalens lohnen sich für die Teilnehmer/innen. Interessierte Kolleg/innen sind herzlich eingeladen, den Arbeitskreis zu bereichern.

Martin Suschek

Hospiz Anna Katharina
Am Schlossgarten 7, 48249 Dülmen
Tel.: 0 25 94 - 78 21 20

Die Sprecher des Arbeitskreises:

Jürgen Goldmann

Bonn Lighthouse
Bornheimer Str. 90, 53111 Bonn
Tel.: 02 28 - 3 13 04
Fax: 02 28 – 63 13 95
info@bonn-lighthouse.de

Karin Leutbecher

Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst (AHPD)
Bahnhofstr. 137, 44623 Herne
Tel.: 0 23 23 - 9 88 29 0
Fax: 0 23 23 - 9 88 29 10
ahpd@evk-herne.de



Der Wald der Schwankenden – Bewegung und Körpersprache in Hospizarbeit und Palliative Care

Felix Grützner



Dr. Felix Grützner,
Foto: Angelika Böll

Wo Sprache versagt oder unzureichend erscheint, da haben wir Menschen die Fähigkeit auch wortlos zu kommunizieren. Mimik, Gestik und Körperhaltung geben unserem Befinden, unserer Meinung, unseren Wünschen Ausdruck. Dies gilt besonders für extreme Lebenssituationen, wie sie die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen darstellt. Der Blick auf den Körper und seinen Ausdruck ist jedoch nicht nur im Miteinander von Bedeutung. In der Selbstsorge ist unser Körper wertvoller Gradmesser für das eigene Befinden. Seit vier Jahren führe ich regelmäßige Seminare und Workshops für Menschen durch, die

als Haupt- oder Ehrenamtliche in Hospizen, Hospizdiensten und palliativmedizinischen Einrichtungen tätig sind. Ziel dieser Seminare ist es, für die ‚wortlosen Botschaften‘ zu sensibilisieren und die positive Wirkkraft

der Körperarbeit spürbar zu machen. Feste Bestandteile dieser Weiterbildungen sind zwei unterschiedliche Aspekte: die non-verbale Kommunikation mit Patienten, Bewohnern und Kollegen sowie die Begegnung mit sich selbst im Rahmen von Self Care und Burn-out-Prophylaxe.

Aber der ‚Weg über den Körper‘ kann Widerstände wecken. Nicht allein die Bitte, bequeme Kleidung zu tragen und dicke, wollene Strümpfe mitzubringen, lässt manchen Seminarteilnehmer im Vorfeld nervös werden. In einem Salzburger Universitätslehrgang Palliative Care kursierte am Tag vor meiner Unterrichtseinheit die Information: „Morgen kommt ein Tänzer. Da müssen wir Socken anziehen und tanzen!“ Man kann sich vorstellen, wie widerständig bis ängstlich ich am

nächsten Morgen erwartet wurde. Stehen meine Workshops auf dem Programm, muss auch die oft kunstvoll gestaltete Mitte weichen. Zurück bleibt ein Leerraum. Und dieser ist entscheidend, denn er wird im Verlauf des Seminars zum gefüllten Spiel- und Erfahrungsraum.

Eine gute Einstimmung und Erwärmung ist hier wie bei anderen Methoden der Körperarbeit unverzichtbar. Das Instrument, der Körper, will gestimmt sein, vorbereitet sein für das Spiel, für die Bewegung. In diesem ersten Abschnitt wird auch die Wahrnehmung vom Hören hin zum Spüren und Schauen gelenkt. Am Anfang stehen einfache Bewegungsübungen, die konzentrationsfördernd und lockernd wirken. Sie sind ‚unverfänglich‘, da es hier nicht um den Ausdruck von Gefühlen oder gar um Tänzerisches geht. Die leichten Übungen sind praktische Hilfe bei Muskelverspannungen und Stress. So fallen Hemmungen, und ohne Scham aber mit viel Humor kann beim gemeinsamen ‚Turnen‘ das Feld für eine intensivere Auseinandersetzung mit den Aspekten körperlichen Ausdrucks bereitet werden.



Wenn Sprache an ihre Grenzen stößt, vermögen Menschen mit ‚wortlosen Botschaften‘ zu kommunizieren. Foto: Jörn Neumann

Der Blick kann dann zunächst darauf gelenkt werden, wie unser Körper im Alltag „spricht“, sei es bewusst oder unbewusst: Was tun wir, wenn wir warten, ungeduldig, hilflos, ängstlich, freudig sind? In Kleingruppen erspielen sich die Seminarteilnehmer diese und andere Situationen. Anfangs fällt das schwer – darüber zu reden erscheint leichter. Doch über die Erinnerung an selbst Erlebtes lassen sich typische Beispiele für Mimik, Gestik und Haltung finden. In der Auswertung der Spielszenen wird deutlich, dass Emotionen sehr unterschiedliche körperliche Ausdruckformen haben und in Intensität und Qualität überaus vielfältig sein können.

Die auf Alltagssituationen hin erspielten Emotionen werden im nächsten Schritt mit der Arbeit in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in Beziehung gesetzt: Wo habe ich Warten, Ungeduld, Hilflosigkeit, Angst und Freude in meinem beruflichen Umfeld erlebt? Welchen kör-

perlichen Ausdruck fanden die Gefühle dort? Bereits an dieser Stelle machen viele Teilnehmer die Erfahrung, welche Wirkung es haben kann, wenn sie in Körperhaltungen gehen, die ein bestimmtes Gefühl ausdrücken sollen. Anders als im Sprechen darüber, stellen sich sehr rasch mit dem Einnehmen einer Haltung die zugehörigen Emotionen ein. So kommt es zu einer Begegnung mit dem Selbst und der eigenen Emotionalität. Die gelegentlich sehr starken Gefühle können, müssen aber nicht verbalisiert werden. Anders als in der klassischen Supervision kann die Selbstberührung und unerwartete Konfrontation mit vielleicht ungelebten oder aufgestauten Emotionen vollzogen werden ohne das Gefühl, darüber sprechen zu müssen.

Das Hineingehen in den körperlichen Ausdruck lebt aus den Schwingungen des Augenblicks: „Finden Sie einen körperlichen Ausdruck für Ungeduld!“ – So wie jeder einzelne Teilnehmer momentan ‚da‘ ist, so wird er die Bewegungen und Haltungen füllen. Körperarbeit gewinnt hier Züge eines schöpferischen Aktes. Das Schöpferische wiederum bedient sich des längst Gewussten und lädt zugleich ein zu neuen Erfahrungen. In der schützenden Atmosphäre des Workshops werden

so Einblicke in das eigene Gefühls(er)leben und Empfinden möglich. „Plötzlich war da eine so große Traurigkeit in mir, dass ich nicht wusste, ob ich weitermachen sollte.“ Im Einnehmen einer Trauerhaltung wurde die Pflegeleitung einer Palliativstation von sehr starken eigenen Gefühlen überrascht. Ihr war zuvor nicht bewusst, wie viel Traurigkeit in ihr selbst lag.

In den Seminaren geht es nicht darum, Menschen emotional aufzuwühlen oder gar bloß zu stellen. Vielmehr können die Teilnehmer sich selbst begegnen und etwas über sich lernen: „Ja, da ist auch viel Traurigkeit in mir. Ich bin nicht nur die Starke, Halt-Gebende. Ich bin auch schwach, das ist ein Teil von mir.“ Die Begegnung mit Gefühlen, die man in sich trägt, die aber verborgen liegen oder nicht für wahr genommen werden, kann schmerzhaft und heilsam zugleich sein. Weiß ich um die ei-

gene Traurigkeit, so kann mich dies den mir anvertrauten Menschen sehr viel näher bringen als das Verharren in der Position der Stärke des Haltgebers. Die Selbstbegegnung durch Bewegung und Körperarbeit kann aber auch dazu führen, die eigene berufliche Situation kritisch zu hinterfragen: „Brauche ich mehr Abstand? Kann ich diese Arbeit noch tun? Muss ich stärker für Ausgleich sorgen?“ So können nicht nur im körperlichen Sinn während eines solchen Seminars unflexible und eingefahrene Standpunkte zu flexiblen ‚Schwankpunkten‘ (M. Schnegg) werden, die beweglicher auf Druck und Belastung reagieren können.

Gegen Ende des Seminars fordert dann doch der Tänzer im Seminarleiter seinen Tribut. Die Teilnehmer studieren unter seiner Leitung eine Choreographie ein. Das Stück heißt ‚Der Wald der Schwankenden‘. Zum langsamen Satz eines Mozart-Klavierkonzertes ‚erzählt‘ die Gruppe eine Geschichte von Vereinsamung und Begegnung. Wie bei einer richtigen Theaterprobe werden die einzelnen, sehr einfachen Bewegungen erst ‚trocken‘, d. h. ohne Musik, eingeübt und dann mehrmals wiederholt. Wo am Anfang noch gekichert wird, da wird es mit der Zeit ruhiger und ernster. Die ‚Darsteller‘ steigen in die Rollen ein. Die meisten der Bewegungen haben alle im Lauf des Tages schon einmal vollzogen: Stehen und Schwanken, Zusammenbrechen, Sich-Aufrichten, Gleichgewicht suchen und finden.

Kalte und hektische Menschen hetzen kreuz und quer durch den Raum. Jeder bahnt sich rücksichtslos seinen Weg: Einzelkämpfer bei der Selbstverwirklichung. Nach und nach findet jeder einen Platz, isoliert und ohne Kontakt zu den anderen. Da setzt die Musik ein: zärtlich, ruhig schwingend und tänzerisch. Die Menschen beginnen, in unterschiedliche Richtungen zu schwanken, wie Solitäre in einem Wald. Mit einem starken Akzent der Musik knicken sie ein, brechen zusammen. Sie haben den Halt verloren. Doch sie rappeln sich wieder auf, orientieren sich allesamt in eine neue Richtung: „Da lang soll es jetzt gehen, das verspricht mehr Erfolg!“ Aber geändert hat sich nichts: Jeder steht für sich allein, schwankend, isoliert. Die harmonische Musik klingt dazu ein wenig wie Hohn. Dann plötzlich beenden sie alle das Schwanken, halten inne, als sagten sie zu sich selbst: „Moment mal! Da ist doch was! Da sind noch andere um mich herum.“ Und dann bewegt sich etwas. Die

Köpfe, sehr langsam, drehen sich bis Blicke einander treffen. Immer zwei Menschen haben sich erkannt, sich gefunden: „Dir geht es wie mir!“ Langsam drehen sie ihre Körper zueinander und bewegen sich aufeinander zu. Sie bleiben, Schulter an Schulter, voreinander stehen, lehnen sich an. Dann beginnen sie, gemeinsam zu schwanken. Und auf einmal klingt die Musik nicht mehr wie Hohn, sondern wie ein zärtliches Wiegenlied. Von weitem gänzlich unbemerkt fassen die schwankenden Paare sich bei einer Hand. Und statt aneinander vorbeizugehen und sich zu trennen, sind sie nun mit den Händen verbunden, wenden sich wieder zueinander. Voller Vertrauen lassen sie sich langsam nach hinten fallen. Sie scheinen zu wissen: „Mein Gegenüber lässt nicht los!“ Dann scheint das Ende der Geschichte zu kommen, denn die Paare gehen aufeinander zu und wie aneinander vorbei. Doch als sie genau nebeneinander stehen, drehen sie einander den Rücken zu, sie halten einander den Rücken frei. Sanft beginnen sie miteinander seitlich zu schwanken. Die Musik wird langsam leiser ...

Erst nachdem ich diese Choreographie schon mit zahlreichen Gruppen Haupt- und Ehrenamtlicher einstudiert hatte, stieß ich auf Martin Bubers Gedanken: ‚Alles wirkliche Leben ist Begegnung‘. Und hätte ich nicht schon einen anderen Titel für das Stück gehabt, so wäre es dieser geworden. Die gemeinsame Bewegung in den Seminaren, angefangen mit den Lockerungsübungen bis zum gemeinsamen Ausdruckstanz, öffnet Raum für das ‚Dazwischen‘: zwischen den vorgegeben Übungen, zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, für die Zwischenräume in einem jeden selbst. Diese Spielräume zu entdecken und kennenzulernen schafft Ressourcen – nicht zuletzt für die Anfragen in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen.

Dr. Felix Grützner

Ermekeilstraße 1, 53113 Bonn

Tel.: 02 28 - 90 24 40 66

info@lebenstaenzer.de

www.lebenstaenzer.de

Literaturhinweis:

Grützner, Felix (2009) Lebenstanz – Körperlicher Ausdruck von Trauer. In: Nimm den Tod persönlich – Praktische Anregungen für einen individuellen Abschied, Gütersloh

Sterben im Knast

Interview mit Michael Skirl und Joe Bausch

Michael Skirl, 60 Jahre alt, seit 13 Jahren Leiter der Justizvollzugsanstalt Werl, seit 31 Jahren im Vollzug in NRW tätig.

Joe Bausch, 58 Jahre, seit 25 Jahren im Vollzug tätig, Weiterqualifikation zum Arzt im Rettungswesen, Facharzt für Allgemeinmedizin, Ernährungs-, Sucht- und Notfallmedizin.

Würden Sie einige Worte zur Justizvollzugsanstalt sagen?

Michael Skirl: Gern! Die JVA Werl ist die zweitgrößte Anstalt von 37 Vollzugsanstalten im Land NRW. Die Anzahl der hier Tätigen liegt bei 450. Wir haben eine Belegungsfähigkeit von 863, ausschließlich Männer und nur Erwachsene, nur Strafgefangene, keine Untersuchungshaft oder andere Haftarten. Unter den Strafgefangenen sind 90% Langstrafige. Die Kurzstrafen dauern 2 Jahre. Ungefähr 180 Gefangene sind unbefristet untergebracht und ungefähr 46 Sicherheitsverwahrte, die prinzipiell auch unbefristet sind, und etwa 40 Strafgefangene mit anschließender Sicherungsverwahrung. Das sind also etwa 200 Menschen, die nicht durch schlichten Zeitablauf, sondern erst durch weitere gerichtliche Entscheidungen jemals wieder entlassen werden, quasi ohne Licht am Ende des Tunnels.

Dann haben wir hier prinzipiell bis auf wenige Ausnahmen Mehrfach- oder Vielfachrückfalltäter, also das, was man im Volksmund ‚Schwere Jungs‘ nennt. Im Gegensatz dazu gibt es in anderen Anstalten Langstrafige, die bürgerlich gelebt haben und in der Mitte des bürgerlichen Lebens, ich nenne es mal ‚Aussetzer‘ haben, wie z. B. beim ‚Eifersuchtsmord‘. Das ist zwar ein massiver Einschnitt, aber dieser Mensch kann möglicherweise wieder an bürgerliche Traditionen, Lebensweisen anknüpfen, die er einmal verinnerlicht hatte. Solche Inhaftierten haben wir hier eigentlich nicht, sondern eher solche, die kein funktionierendes Elternhaus erlebt haben und früh in die Straffälligkeit abgeglitten sind. Auch sind hier viele, die selbst im Vollzug unangepasst leben, was sich in Ausbruchversuchen, Angriffen auf Bedienstete oder Geiselnahmen zeigt. Es gibt eigentlich keine andere Anstalt, die eine ähnlich hohe Konzentration dieser problematischen Fälle hat. Dann die Grenzfälle zur Psychiatrie, ca. 120 Inhaftierte, die sich in permanenter fachkon-

siliarischer, psychiatrischer Betreuung befinden, vielfach auch davon noch mit medikamentöser Behandlung. Joe Bausch übernimmt dies schwerpunktmäßig. Also das sind schon ziemliche Problemfälle, die wir hier so haben.

Deswegen hat die Anstalt einen sehr hohen Sicherheitsstandard, Mauern, Türme, bewaffnete Posten, aber auch ein internes klares Reglement. Zwar gibt es Freiräume, Spielräume für die Gefangenen, aber die sind von uns definiert und Grenzverletzungen werden da frühzeitig und konsequent verfolgt. Andererseits gibt es auch Behandlungsangebote im Leistungsbereich, Schule, Beruf. Wir haben eine Schulabteilung mit 32 Plätzen und 5 Lehrern, Sonderschule als Vollzeitmaßnahme. Die Schüler werden dafür auch bezahlt. So als wenn sie arbeiten würden. Und Berufsausbildungen, 3 kleine haben wir hier: Bäcker, Köche und Schreiner. Dann haben wir noch zwei Drogenaussteigerabteilungen, eine Psychotherapiegruppe für Gewalt- und Sexualstraftäter, eine Arbeitstherapie für Leistungsentwöhnte und inzwischen ca. 100 Substituierte mit entsprechender Begleitung.

Joe Bausch: Es ist so, dass der Ausstieg während der Haft vergleichsweise leichter ist. Die Erfahrung zeigt, dass nach der Haftentlassung die Abhängigen wieder straffällig werden und sie die Substitution nicht dauerhaft davon abhält. Allein dadurch, dass der Betroffene morgens sein Substitut erhält und danach alleine gelassen wird, fehlt ein wenig die Kontrolle. Da fehlen halt andere Hilfsmaßnahmen; deshalb darf das nicht verwundern. Hier versuchen wir den illegalen Markt zumindest damit auszutrocknen, dass wir die Leute zu uns kommen lassen und sagen, wir machen es jetzt legal.

Wie kam es von Ihrer Seite zur Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod?

Joe Bausch: Wir haben uns schon früh mit dem Thema auseinander gesetzt. In einer Langzeiteinrichtung begegnet man dem Thema zwangsläufig. Herr Skirl und ich kennen uns schon recht lange.

Es ist vielleicht sein besonderes Verständnis für medizinische Aspekte und Zusammenhänge gewesen, das zu dem Projekt geführt hat.

Michael Skirl: Im Grundsatz ist das Leben hier im Strafvollzug ja prinzipiell von Fremdbestimmung gekennzeichnet. Am Ende des Lebens kippt es dann ... vom Zurückdrängen der Fremdbestimmung in ein bisschen mehr Selbstbestimmung. Wenn man auf den Tod zugeht, also im Sterbeprozess selber, in dem der Mann sich befindet, also zum Beispiel allein mit der Entscheidung, wo sterbe ich denn, da orientieren wir uns sehr an den hier Inhaftierten. Wir hatten überlegt, daraus ein Konzept festzuschreiben. Das haben wir aber aufgegeben, weil wir merkten, dass diese Prozesse hochindividuell sind. Wir haben einfach diese Phase da als Bewusstseinsbildungsprozess verstanden. Das hat funktioniert und trägt Früchte. Es gibt keine differenzierte Verschriftlichung, aber einige Aufsätze oder Tagungsberichte.

Wie ist das Projekt in der Mitarbeiterschaft angekommen?

Michael Skirl: Das wurde nicht unkritisch gesehen. Aber manchmal muss man gegen den Strom schwimmen, auch als Leitung. In den ersten zwei, drei Jahren gab es entsprechend große Gegenwehr. Inzwischen sind aber viele davon überzeugt. Das sieht man unter anderem ganz einfach daran, dass Mitarbeiter an Trauergottesdiensten teilnehmen. Am Anfang saßen wir da ganz allein – ich war immer da, wenn es irgendwie ging – dann saßen da die Mitgefangenen, vielleicht noch ein Sozialarbeiter und/oder ein Psychologe. Jetzt inzwischen sitzen da aber auch uniformierte Kollegen dabei. Das ist ja ein Zeichen, dass es nicht nur akzeptiert sondern auch gewünscht ist.

Joe Bausch: Wir müssen aber dazu sagen, dass Sterbebegleitung bei uns nicht so häufig notwendig ist, es gibt nur wenig Fälle von entsprechenden Krankheitsbildern. Der plötzliche Tod kommt häufiger vor. Dennoch hielten wir eine Auseinandersetzung mit dem Thema, auch nach außen sichtbar, für wichtig. Es ist leichter, um es mal ganz klar zu sagen, es ist viel leichter, das zu machen, was wir jahrzehntelang gemacht haben: das Sterben, den Tod wegzuschaffen, aus den Augen aus dem Sinn.



Michael Skirl, Elke Jungeblodt (stellv. Leiterin der JVA Herford) und Joe Bausch

Michael Skirl: Als wir um das Jahr 2004 herum unsere Veröffentlichungen dazu gemacht haben, ging dies durch die Presse. Da habe ich tatsächlich mehrere Anrufe aus anderen Bundesländern gekriegt: „Herr Kollege, ich bin der Leiter der JVA ‚XY‘. Wir haben mit Freuden zur Kenntnis genommen, Sie richten da jetzt ein Hospiz für sterbende Gefangene ein. Da hätten wir einen, können Sie den aufnehmen ...?“ Wir hätten das tun können, ja, das hätten wir schon schaffen können, aber genau das, eine allgemeine Struktur, gar ein Hospiz wollten wir gerade nicht, sondern eben jeweils eine individuelle Lösung.

Gibt es bei den Inhaftierten das Bedürfnis, für die letzte Phase des Lebens herauszukommen, möglicherweise auch den Gedanken, in ein stationäres Hospiz zu gehen?

Joe Bausch: Das Problem, das wir haben, ist ja, dass diese Patienten bei der Frage nach dem Hospiz oftmals sagen: „Da will ich nicht hin, denn da schlagen mir Vorbehalte entgegen.“ Man muss auch einfach akzeptieren, dass ein Zivilmensch, der niemals in seinem Leben Straffällige gesehen und allenfalls etwas in der Zeitung gelesen hat, Berührungsängste hat. Und natürlich ist es nachvollziehbar, dass jemand ängstlich ist, wenn er jemanden neben sich weiß, der Menschen umgebracht hat.

Der Betreffende erlebt sich natürlich auch als nicht so angenommen. Und wenn du zum Sterben alleine schon nicht angenommen wirst und im Leben wurdest du ja auch nicht zugelassen, dann kommt es dazu, dass sie das dann eher ablehnen und lieber hier bleiben. Natürlich ist es aber so, dass, wenn sich jemand entscheidet, hier zu sterben und dann

seine Meinung im Verlaufe der Erkrankung ändert, wir dem natürlich nachgehen.

Welche Rolle spielen die Angehörigen in diesem Prozess?

Joe Bausch: Angehörigen geht es oftmals so, dass sie sagen, die letzten paar Monate kann man ihn ja dann doch nicht alleine lassen. Wenn die Angehörigen wissen, die Zuwendung zu diesem ehemaligen Familienmitglied ist endlich, das muss man leider Gottes so sehen, da wird dann manchmal so ein Schalter umgelegt. Wenn es um das Sterben geht, dann werden wir ja alle mal etwas versöhnlicher unseren Familienmitgliedern gegenüber. Das sehen wir bei unseren Leuten hier natürlich auch.

Haben Sie nach dem Tod eines Häftlings noch mit den Familien, den trauernden Angehörigen zu tun?

Michael Skirl: Nein, grundsätzlich nicht, weil wir noch den Ausgang des staatsanwaltlichen Todesermittlungsverfahrens abzuwarten haben; in der Regel gibt es aber keinen Anlasspunkt für Fremdverschulden. Kontakte zu Angehörigen oder Freunden der Verstorbenen kann es beim Trauergottesdienst in der Anstaltskirche geben, zu denen wir die Bezugspersonen zulassen.

Was wir darüber hinaus noch machen: Es kann sein, dass ein Häftling Geld, im Einzelfall durchaus namhafte Beträge, hinterlässt. Da suchen wir unter Umständen die Erben. Wir fragen dann z. B. in den herkömmlichen Dateien der Standesämter. Oder er hat vielleicht selbst jemanden angegeben oder es gibt im Urteil noch Angaben über Bruder oder Eltern. Sind solche Informationen bekannt, dann gehen wir dem schon nach.

Gibt es, wenn Inhaftierte sterbenskrank, sterbend oder verstorben sind, definierte Abläufe?

Michael Skirl: Ein schriftliches Konzept gibt es nicht, denn jeder Todesfall hier wird, wie schon gesagt, höchst individuell gehandhabt. Aber es gibt so etwas wie einen gemeinsamen Kern, z. B. den Trauergottesdienst, an dem die Angehörigen aber auch die Inhaftierten, die ja in aller Regel auch Beziehungen zu Mitgefangenen haben, teilnehmen können. Und es gibt einen vernünftigen Umgang mit der Benachrichtigung der Angehörigen, wenn es denn welche gibt. Denn wir haben hier natürlich viele bindings- und beziehungslose Menschen, die eben seit Jahren hier drin sind und niemanden mehr draußen haben. Oder gegebenenfalls semi-profes-

sionelle oder ehrenamtliche Betreuer, aber eben nicht wirkliche emotionale oder familiäre Beziehungen.

Wenn die Nachricht, dass wir uns darauf einrichten müssen, dass er in der nächsten Zeit sterben wird, vom ärztlichen Dienst zu mir kommt, dann gehe ich auf den Betroffenen zu und frage ihn, wie es ist, was er möchte oder was er braucht. Wenn sie noch einmal nach Haus möchten, dann müssen Gerichte und Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden, das ist keine Entscheidung, die ich autonom treffen kann. Dann muss man aber auch klären, unter welchen Bedingungen und in welcher Form. Denn Sie müssen sich vorstellen, viele haben hier 20-30-jährige Aufenthalte, der längste im Moment 42 Jahre, diese Menschen sind in aller Regel lebensuntüchtig. Da kann man auch nicht mal einfach sagen, Sie können nach Haus, wenn Sie das möchten, ganz zu schweigen von der dann ja sowieso notwendigen Palliativversorgung und Sterbebegleitung, aber auch von den allgemeinen Lebensumständen und den Anforderungen eines freien Lebens außerhalb der Mauern wäre er völlig überfordert.

Aber ein kleiner Teil sagt auch: Jetzt möchten wir es auch nicht mehr, hier haben wir unseren Stellenwert in der anstaltsinternen Gesellschaft, hier kennen wir unsere Nachbarn. Und auch bei den Bediensteten, da gibt es natürlich auch – bei aller professioneller Distanz – mitunter gute Beziehungen.

Sie und Ihre Kollegen haben ja viele medizinische Kompetenzen, aber gibt es möglicherweise auch den Bedarf an palliativmedizinischer oder onkologischer Expertise?

Joe Bausch: Einen Arzt zeichnet es eigentlich aus, dass er seine Grenzen kennt. Das ist meine Überzeugung. Wir haben hier unter anderen einen Anästhesisten, der natürlich auch Schmerztherapie kann. Wenn das nicht ausreicht, dann machen wir auch Ausführungen nach draußen. Wir sind vernetzt mit den Krankenhäusern der Umgebung, Herzkatheterbehandlung in Unna, Neurochirurgie in Hamm, Herzchirurgie in Dortmund, manche andere Krankheitsbilder hier bei uns im Krankenhaus in Werl. Wir haben funktionierende Netzwerke, die Zusammenarbeit klappt gut. Da bekommen wir die Patienten auch relativ schnell wieder zurück, weil die Kollegen wissen, dass sie hier ordentlich versorgt werden. Also, das geht eben nicht nur mit eigenen Bordmitteln.

Glücklicherweise haben wir uns im Betäubungsmittelbereich ja weiterentwickelt. Ich hab hier Pa-



Michael Skirl

braucht eine zweite Meinung, dann überweise ich sie natürlich zu Kollegen in Fröndenberg. Das schafft ja auch bei dem Patienten ein wichtiges Signal. Wir sind zudem in der medizinischen Versorgung im Haus auch nicht allein, es sind immerhin 15 voll-examinierte Krankenpfleger hier tätig.

Gibt es bei Ihnen eine seelsorgerliche Betreuung?

Michael Skirl: Ja, wir haben hier vier hauptamtliche Seelsorger von den beiden großen Konfessionen. Diese sind sehr engagiert, wenn es bei einem Inhaftierten auf das Ende zugeht. Sie kümmern sich auch um die Trauergottesdienste. Und sie bemühen sich auch um die Begleitung von Menschen anderer Glaubensrichtungen.

Wenn hier jemand gestorben ist, kommen die Geistlichen, die wir durch unser Projekt ins Boot geholt haben, dazu und wollen den Verstorbenen und seinen Haftraum aussegnen. Da hält uns die Kripo natürlich für verrückt, denn für die handelt es sich ja erstmal um einen potentiellen Tatort. Bei jedem Todesfall in einer geschlossenen Einrichtung wird von Amts wegen ein Todesermittlungsverfahren eingeleitet. Ein Verfahren gegen Unbekannt auf Ermittlung der Todesursache ... das kollidiert mit der Aussegnung und muss irgendwie gelöst werden.

Jeder Verstorbene wird obduziert?

Joe Bausch: Ja, denn es ist wichtig, ein Fremdverschulden auszuschließen. Selbst wenn wir wissen, dass er an Krebs verstorben ist. ‚Draußen‘ würde man in einem solchen Fall sicher nicht obduzieren. Aber hier gilt es, langfristig alle Mutmaßungen und Verdachtsmomente auszuschließen.

Wie gehen Sie mit psychiatrischen Krankheiten z. B. Demenz um?

Joe Bausch: Wir haben zunehmend mit Patienten mit einer Demenz zu tun, auch einige Schädigungen durch Alkoholmissbrauch oder andere toxische Störungen. Im Extremfall ist der Betroffene haftunfähig. Wir haben aber auch Pflegeabteilungen, z.B. in Hövelhof oder Fröndenberg. Wir schauen dann, wo man die Betroffenen dauerhaft gut unterbringen kann.

Ungefähr zeitgleich mit Ihrem Modell wurde in den USA ein Projekt mit dem Namen ‚Prison Hospice Movement‘ durchgeführt. Hier wurden u. a. Mitgefangene hospizlich geschult und haben ihrerseits die sterbenden Mitgefangenen begleitet. Ist das, was Sie gemacht haben, vergleichbar?

Michael Skirl: Dazu möchte ich generell sagen, dass wir ein solches System, in dem ein Gefangener Einfluss auf einen anderen hat, in dem Hierarchien, Über- oder Unterordnung gepflegt werden, hier als ein Tabu betrachten, das möchten wir nicht. Auch wenn es unter den Langstrafigen ganz selten mal einen ‚Bürgerlichen‘, z.B. einen Arzt, geben sollte, würden wir ihn nie einsetzen, auch nicht als Hilfsarbeiter im Krankenrevier. Nein, bei uns sind die praktizierenden Ärzte, die Geistlichen eingebunden, die Psychologen oder andere Fachdienste.

Die Art Ihres Umgangs mit Sterbenden und Verstorbenen zeigt den anderen Strafgefangenen ja auch: Wenn es mal so weit ist mit mir, wird auch von mir gut Abschied genommen.

Michael Skirl: Ja genau, das ist der Effekt bei den Mitgefangenen. Und auch die Insassenvertretung hat das erkannt. Sie ist das Sprachrohr der Gefangenen und setzt sich zusammen aus den Sprechern der einzelnen Hafthäuser der Anstalt. Sie halten das gerade wegen der lebenslänglich Inhaftierten für wichtig. So recht kann das keiner von uns nachvollziehen, aber eine Idee davon hat man vielleicht schon, wie es den Gefangenen hier ergeht. In einer stillen Minute – und die Gefangenen haben davon ja viele, eben auch abends nach Einschluss – kommen solche Gedanken: mein Urteil lautet lebenslang, so lange ich lebe, bin ich hier drin, also sterbe ich auch hier. Dieser Schluss liegt ja sehr nahe. Und gerade für sie ist es schon sehr wichtig zu sehen, wie wir dann mit einem Todesfall umgehen. Das hat schon auch sehr zur allgemeinen Befriedung des Verhältnisses zwischen Gefangenen und Bediensteten insgesamt beigetragen.

All das hat zwar einiges an Arbeit gekostet und es gab auch Gespött unter den Kollegen. Da kam es bei den Treffen mit anderen Anstaltsleitern schon mal zu Kommentaren: „Du hast wohl keine anderen Probleme.“ oder „Man sollte sich mal lieber um die Lebenden anstatt um die Sterbenden kümmern.“; klar, man muss da schon einiges aushalten. Es hat sich aber gelohnt, da bin ich mir ganz sicher!

Justizvollzugsanstalt Werl
Langenwiedenweg 46
59457 Werl
poststelle@jva-werl.nrw.de

Sterben, Tod und Trauer bei wohnungslosen Menschen – Eindrücke aus der Bischof-Hermann-Stiftung in Münster

Bernhard Mülbrecht, Matthias Rohlfing, Andreas Schmalbrock, Nadja Zülsdorf

Wenn wir uns der Thematik des Sterbens bei wohnungslosen Menschen nähern, können wir dies aus den verschiedenen Blickwinkeln der Bischof-Hermann-Stiftung Münster tun, d. h. aus den verschiedenen stationären Sichten und aus der Sicht der städtischen Notunterkunft in Trägerschaft der Bischof-Hermann-Stiftung mit angegliederter aufsuchender Hilfe.

Sind nun der Tod und das Sterben bei obdachlosen Menschen anders als bei anderen? Nein, auch obdachlose Menschen sterben jung oder alt, plötzlich oder nach einer langen Krankheit entweder in Krankenhäusern, Altenheimen, Hospizen oder in ihrem Zuhause, welches sie z. B. in einer der Einrichtungen der Bischof-Hermann-Stiftung gefunden haben. Das Sterben ist auch hier eine ganz individuelle und persönliche Angelegenheit, mit der sich jeder Mensch für sich auseinandersetzen muss. Wichtig erscheint, dass man während dieser Zeit ein Umfeld hat, dem man vertraut, das einem die notwendige Unterstützung gibt und in dem man sich zuhause fühlt. Dies versuchen die Einrichtungen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnungslosenhilfe den Menschen zu geben. Ob diese sich darauf einlassen können, hängt letztlich von jedem Menschen und seinen individuellen Schwierigkeiten und Erkrankungen ab.



Kettelerhaus in Münster

Gerade die Menschen, die in den Einrichtungen wohnen, haben dieses bereits zu Lebzeiten geschafft, sie haben sich mit ihren ganzen individuellen Problemen dem Hilffsystem anvertraut, sich damit eine Perspektive aufgebaut. Oft haben sie in den Einrichtungen sogar eine Heimat gefunden, die bis in den Tod hinein reicht. Natürlich gibt es auch wohnungslose Menschen, die dieses nicht schaffen, die wenig Hilfe zulassen und die nur aus der Ferne begleitet werden können.

Sterben im Haus der Wohnungslosenhilfe (HdW) und im Umfeld

Wohnungslose Menschen sind sehr oft stark gesundheitlich beeinträchtigt und leiden nicht selten unter schweren Krankheiten. Krankheit, Leiden und Sterben sind daher für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses der Wohnungslosenhilfe immer wieder Herausforderungen, aber auch ständige Begleiter.



Matthias Rohlfing

Im Jahr 2011 sind 18 Menschen verstorben, die entweder im HdW gewohnt oder in enger Anbindung zu dem Haus gelebt haben. Die Anbindung erfolgt über den Mobilen Medizinischen Dienst, aber auch durch gute Erfahrungen, die Menschen im HdW als Bewohner oder als Besucher gemacht haben.

So unterschiedlich wie wir Menschen sind, so verschieden ist auch das Sterben. Mal kommt der Tod unerwartet und plötzlich und ein Mensch wird von uns im HdW oder von einem ambulanten Dienst tot in der Wohnung aufgefunden. Manchmal steht hinter einer unheilbaren Erkrankung der Tod und es bleiben dem Kranken und uns Mitarbeitern Zeit, die notwendigen Dinge zu regeln. Dann ist es zum Beispiel möglich, einen Platz in einem Hospiz zu organisieren. Nicht selten tritt der Tod durch eine Überdosis Drogen ein.

All die 18 Personen haben wir eine Zeit lang begleitet, viele davon auch in den letzten Stunden ihres Lebens.

Das Einbinden, das Informieren und das Aufspüren von Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit, um einen würdigen Abschied zu ermöglichen. Für jeden Verstorbenen gestalten wir eine Trauerfeier, von der wir meinen, sie sei angemessen und berücksichtige seine Kultur und seine Religion.

Herr D. und Herr M., Bewohner der Sozialtherapeutischen Einrichtung

Herr D. lebte über 14 Jahre in der Sozialtherapeutischen Wohneinrichtung. Hier hat er es geschafft, an seiner Suchtproblematik zu arbeiten und konnte einen mit wertvollen Interessen gefüllten Alltag erleben. Im Sommer 2009 wurde bei Herrn D. eine schwere Krebserkrankung festgestellt. Diese Erkrankung nahm Herrn D. schnell die Kraft.

Herr D. äußerte häufig seine Befürchtung in ein Pflegeheim verlegt zu werden. Es war sein ausdrücklicher Wunsch möglichst lange in der Sozialtherapeutischen Wohneinrichtung zu bleiben, denn hier hat er ein Stück Zuhause finden

können. Alle Mitarbeiter/innen haben versucht Herrn D. diesen Wunsch möglichst lange zu erfüllen, bis wir an unsere pflegerischen Grenzen kamen. Im Dezember 2009 konnten wir Herrn D. in das Johannes Hospiz, eines der beiden stationären Hospize in Münster, verlegen. Durch die langjährige Betreuung von Herrn D. war es für uns Mitarbeiter und Herrn D. sehr wichtig, ihn in dieser Phase seines Lebens bis zu seinem Versterben weiter zu begleiten. So war auch zum Zeitpunkt seines Sterbens ein Mitarbeiter bei ihm.

Ein weiteres Beispiel für das Leben und Sterben eines Menschen in unserem Hilfesystem ist Herr M. Herr M. lebte über viele Jahre in der Sozialtherapeutischen Wohneinrichtung und entwickelte sich hier sehr gut. Durch seine positive Stabilisierung konnte er sich aus der stationären Hilfe lösen und wurde schließlich ambulant durch die Bischof-Herrmann-Stiftung weiter betreut. Durch das Sterben seiner Großmutter verlor Herr M. jedoch jeglichen Halt, so dass er seinen Alltag nicht mehr bewältigen konnte. So trank er vermehrt Alkohol, nahm Tabletten und konsumierte illegale Drogen. Hierdurch kam es zum Verlust seiner Arbeitsstelle und zur Wohnungskündigung. Die ihm immer wieder gebotenen Hilfeleistungen erreichten ihn leider nicht mehr und Herr M. wurde schließlich wohnungslos. Er befand sich in einer desolaten Lebenssituation und nächtigte oftmals bei Freunden und Bekannten. Da es immer wieder zu massiv aggressiven Rückfällen kam, war er zunehmend orientierungslos und verstarb im Winter 2009 in einem Garageninnenhof.



Nadja Zülsdorf

Herr J., Bewohner des Kettelerhauses Langzeitwohnen

Herr J. aus dem Langzeitwohnen Kettelerhaus, in welchem wohnungslose Menschen eine Beheimatung finden und hier bis zu Ihrem Tod, der Vermittlung in ein Pflegeheim oder in ein Hospiz wohnen können, ist an einer Krebserkrankung gestorben. Die Krebserkrankung hatte Herr J. schon lange, und auch während der Krankheitsphase hat er sich gut behütet und zu Hau-



Andreas Schmalbrock

se in der Einrichtung gefühlt. Er wurde durch seine behandelnden Ärzte, die Krankenschwestern und die Sozialarbeiter/innen des Kettelerhauses betreut. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ging dann sehr schnell, so dass sich gemeinsam mit Herrn J. und den Ärzten nicht auf eine Vermittlung in ein Pflegeheim, sondern in ein Hospiz verständigt wurde. Während der Verschlechterung des Gesundheitszustandes konnte es gelingen, mit Herrn J. über seine Familiensituation näher ins Gespräch zu kommen und sogar den über Jahre abgebrochenen Kontakt zur geschiedenen Frau und den Kindern herzustellen, so dass es in den letzten Wochen einen sehr intensiven Kontakt gab. Da sich der gesundheitliche Zustand so schnell verschlechterte, kam der nächste freie Platz im Hospiz, als Herr J. schon im Sterben lag. So wurde sich gemeinsam mit den Ärzten und der Familie gegen eine Vermittlung ins Hospiz, sondern für den Verbleib im Kettelerhaus entschieden. Während des Sterbeprozesses war rund um die Uhr jemand bei Herrn J. am Bett, die Krankenschwester, der Sozialdienst, die studentische Nachtbereitschaft und in der Nacht seines Todes seine Tochter. So konnte Herr J. sehr ruhig, behütet und ständig begleitet durch seine Hausärztin in seinem Zuhause und umgeben von seiner Familie und Menschen, denen er vertraute, sterben.

Die Verabschiedung

Die Würde des Menschen ist unantastbar, dies gilt auch über den Tod hinaus. Die Bischof-Hermann-Stiftung hat sich zum Ziel gesetzt, für alle Verstorbenen eine würdige Trauerfeier zu gestalten. So findet stets eine Trauerfeier in der hauseigenen Kapelle statt, die von einem den Bewohnern nahestehenden Pfarrer gestaltet wird. Ehemalige Mitbewohner nehmen an dieser und an der Beisetzung teil. Anschließend findet ein Kaffeetrinken zum Austausch und zur Erinnerung statt. In einigen Fällen nehmen hieran auch Familienangehörige teil. Bei bestattungspflichtigen Familienmitgliedern gibt es häufig eine enge Kooperation. Obwohl eine anonyme Beisetzung bei Menschen ohne Vermögen und bestattungspflichtigen Angehörigen die Regel ist, konnte es gelingen, mit der Stadt Münster den Kompromiss zu vereinbaren, dass für alle Menschen, bei denen nachweisbar ist, dass sie keine anonyme Beisetzung wünschen,



Peter Brüggemann

eine Beisetzung in einem Reihengrab bezahlt wird und sogar eine Erdbeisetzung möglich ist. Aus diesem Grund werden in vielen Einrichtungen der Bischof-Hermann-Stiftung die Wünsche der Bewohner diesbezüglich schon bei Einzug thematisiert und festgehalten. Hierbei gelingt es häufig, über die Thematik ins Gespräch zu kommen. Dabei wird deutlich, dass sich viele wohnungslose Menschen zu diesem Thema schon intensive Gedanken gemacht und bereits sehr genaue Vorstellungen hierüber haben.

Der Tod wohnungsloser Menschen unterscheidet sich nicht vom Tod anderer Menschen. Wir alle sind dem Tod unterworfen und wissen weder Tag noch Stunde. Wohnungslose Menschen, die in das Hilfesystem gut eingebunden sind, laufen nach unserer Überzeugung meistens weniger Gefahr in Einsamkeit zu sterben, als Menschen, die ganz allein in ihren Wohnungen versterben.



Bernhard Mülbrecht

Kontakt: Peter Brüggemann

Geschäftsführer Bischof-Hermann-Stiftung
Schillerstraße 46
48155 Münster
Tel.: 02 51 - 6 06 31 29

Altersheime für Junkies?

Ingrid Strobl



Ingrid Strobl

Anne kniet auf dem Boden, schiebt eine Hand unter das Bett, schüttelt mit der anderen ein Päckchen Katzenkekse und ruft: „Komm her, Charlie, na komm, guck, was die Anne hat!“ Aber Charlie denkt nicht daran, aus seinem Versteck zu kommen. Er ist 15 Jahre alt und will seine Ruhe.

Anne ist 57 und seit 37 Jahren heroinabhängig. Sie ist HIV-positiv, leidet an einer schweren Lungenkrankheit und lebt vermutlich nur deshalb noch, weil sie im Lighthouse aufgenommen wurde, einer Einrichtung des ‚Betreuten Wohnens‘ in der Bonner Innenstadt. 13 Menschen wohnen hier in hellen, freundlichen Einzelappartements mit Blick auf einen begrünten Innenhof. Sie sind alle chronisch krank, haben HIV und lebten lange Zeit am Rande der Gesellschaft. Sieben von ihnen sind, wie Anne, Junkies, die mit der Ersatzdroge Polamidon substituiert werden.

Die Bewohnerinnen und Bewohner des Lighthouse sind eigenständige Mieter, werden aber sozial und psychisch betreut. Wenn nötig wird ein ambulanter Pflegedienst für sie organisiert, und mehrere Ehrenamtler helfen ihnen bei der Freizeitgestaltung, kochen Mittagessen in der Gemeinschaftsküche, gehen mit ihnen zum Arzt und begleiten sie, wenn sie das wünschen, im Sterbeprozess.

Wenn Jürgen Goldmann, einer der beiden Geschäftsführer, erzählt, dass im Lighthouse auch ältere Heroinabhängige leben, erntet er oft ungläubiges Kopfschütteln: Junkies werden doch nicht alt!

Die Fachleute im Drogenhilfesystem wissen, dass das so nicht stimmt. Nicht alle, die in den späten Sechziger- und den Siebzigerjahren zu Heroin griffen, sind heute tot. Allein in Deutschland leben nach Schätzungen gut 50.000 Heroinabhängige im Alter zwischen 45 und 60 Jahren. Sie leben noch, aber sie sind schwer krank und vorzeitig gealtert. Denn sie sind nicht nur Opfer der Droge, sondern

auch der repressiven Drogenpolitik, die bis in die späten Achtzigerjahre praktiziert wurde. Die Abhängigen wagten es damals kaum, einen Arzt aufzusuchen, und sie konnten auch keine Spritzen in der Apotheke kaufen. Deshalb teilten sie sich notgedrungen die Nadeln. War einer von ihnen krank, wurden es auch alle anderen.

Heute gibt es Konsumräume, Spritzenaustausch, und ganz legal, Nadeln in der Apotheke. Heute gibt es die Möglichkeit, sich mit einer Ersatzdroge wie Methadon oder Polamidon substituieren zu lassen. Was es aber auch heute nicht gibt, sind Einrichtungen für alte Junkies. Und die würden dringend benötigt. Denn viele wissen nicht, wohin. Für das Leben auf der Straße, in einer Notunterkunft oder auch in einer eigenen Wohnung sind sie zu krank, und in ‚normale‘ Alters- oder Pflegeheime passen sie nicht. Nur ein Viertel der älteren Junkies, ergab eine Untersuchung in München, könnte sich vorstellen, in ein Altersheim zu ziehen. Und sie wären da auch nicht erwünscht, konstatieren Forscherinnen und Forscher in Frankfurt.

In Holland hat man das nicht nur erkannt, sondern auch eine erste Alternative geschaffen: Woodstock, das Altersheim für Junkies in Den Haag. Woodstock ist ein Projekt von Parnassia, einem Verbund psychiatrischer und pflegerischer Einrichtungen, und bislang einzigartig in den gesamten Niederlanden. Deshalb sind auch die Aufnahmebedingungen sehr strikt: Man muss mindestens 45 sein, krank und wohnungslos.

30 Männer und drei Frauen leben hier. Die Wände sind mit bunten Aquarellen von Cannabispflanzen und mit Plattencovern geschmückt – von den Stones, den Doors und Jimi Hendrix bis hin zu Hair und, natürlich, dem Woodstock-Album. Im Foyer steht eine Musikbox, auf der man die Hits aus den Siebzigerjahren abspielen kann. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden mit Methadon substituiert, ärztlich versorgt und von 24 Pflegekräften rund um die Uhr betreut. Und: sie dürfen hier sogar Drogen konsumieren. Nicht in den Gemeinschaftsräumen, aber auf ihren Zimmern

Daran musste sich Nils Hollenborg erst gewöhnen. Der 40-jährige Aachener war vor sechs Jahren noch

Oberarzt an der Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie gewesen. Dann zog er in die Niederlande und arbeitete in einer gerontologisch-psychiatrischen Klinik von Parnassia. Anfang 2009, als Woodstock eröffnet wurde, übernahm er hier die Stelle des leitenden Psychiaters.

In diesen drei Jahren hat Nils Hollenborg viel gelernt. Dass zum Beispiel, die Patienten, grade diese Zielgruppe der Schwerstabhängigen, zu viel mehr in der Lage sind, als man ihnen zutraut. Die Bedingungen dafür müssen allerdings gegeben sein. Und das sind sie in Woodstock. Es gibt hier klare Regeln: Gewalt, Herumschreien und Dealen sind im Haus grundsätzlich verboten. Es gibt aber eben auch die Sicherheit: Wenn ich mich an die Regeln halte, kann ich hier bleiben. Dann habe ich ein Zuhause. Dann werde ich wie ein Mensch behandelt. Und das ist für Menschen, die auf der Straße leben mussten, eine ebenso ungewohnte wie heilsame Erfahrung.

Vor ein paar Jahren, sagt zum Beispiel die 58-jährige Fera, die seit der Eröffnung in Woodstock wohnt, wollte sie sich umbringen. Aber jetzt hat sie wieder einen Grund zu leben. Denn: „Man hat hier Würde.“

Anne im Bonner Lighthouse empfindet das ähnlich. Als sie hier ankam, wog sie 38 Kilo. Sie hatte wochenlang in ihrer Wohnung gelegen, kaum und schließlich gar nichts mehr gegessen, bis Freunde sie fanden und in die Klinik einliefern ließen. Ein Sozialarbeiter half ihr, ein Appartement im Lighthouse zu bekommen. Und seither lebt sie wieder gern. Ihre HIV-Werte sind optimal, mit ihrer Lungenkrankheit kommt sie zurecht, und Kater Charlie kann sie all die Liebe und Fürsorglichkeit schenken, die in ihr verschüttet waren.

Einen Rückfall mit Heroin versucht sie zu vermeiden. Sie weiß ja, dass es bei einmal nicht bleibt. Und dass ihr, wenn sie sich nicht mehr in den Griff bekommt, der Rauswurf droht.

Rückfälle sind ein ernstes Problem für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Lighthouse. Die Junkies unter den Bewohnern werden zwar alle substituiert, aber die Ersatzdroge ist eben nur Ersatz, die Sehnsucht nach dem Original bleibt bestehen. „Dass sich mal jemand im eigenen Appartement einen Schuss setzt“, sagt Jürgen Goldmann,

der stellvertretende Geschäftsführer von Lighthouse, das wäre an sich kein Drama: „Aber wenn die Szene ins Haus kommt, mit diesen ganzen wirklich auch negativen bekannten Auswirkungen wie, es werden Dinge geklaut, oder es findet auf einmal Drogenhandel hier statt, dann gehen wir schon sehr klar nach unserer Hausordnung vor und müssen mitunter auch kündigen.“

Zumal die anderen Bewohnerinnen und Bewohner, die mit Drogen nichts zu tun haben, durch die entstehende Unruhe in Mitleidenschaft gezogen würden. Und das wäre untragbar für das gesamte Projekt.

Allerdings fällt ihm und den anderen im Team so eine Kündigung nicht leicht. Denn sie wissen: Es gibt keine Alternative zu Lighthouse, der betreffende Mensch landet notgedrungen auf der Straße. Und da die Bewohnerinnen und Bewohner des Lighthouse chronisch krank sind und oft unter mehreren schweren Krankheiten leiden, kann so ein Rausschmiss auch tödlich enden.

„Wir versuchen deshalb erst einmal, dem rückfälligen Bewohner zu helfen“, sagt Wilson Schaeffer, Theologe und Sozialarbeiter im Lighthouse: „Er kann in eine Entgiftung gehen und danach zurück kommen oder versuchen, aus eigener Kraft wieder aufzuhören. Wichtig ist, dass er lernt Verantwortung zu übernehmen.“

Einfach ist seine Arbeit nicht, konzediert Wilson Schaeffer mit einem ironischen Lächeln. Aber meistens findet er sie sehr zufriedenstellend. Und er wünscht sich, es gäbe mehr Einrichtungen wie Lighthouse oder gar so etwas wie „Woodstock“ in Den Haag.

Weil es die aber nicht gibt, ist Anne heilfroh, dass sie im Lighthouse wohnen kann. „Wenn die mich hier rausschmeißen würden“, überlegt sie und drückt Charlie so fest an sich, dass er vor Schreck die Krallen ausfährt, „ich wüsste nicht, wohin. Da würd ich wieder rückfällig werden. Das wär mein Tod.“

Ingrid Strobl
www.ingrid-strobl.de

Pflegebedürftige Suchtkranke: Würde im Leben wie im Tod bewahren

Susanne Dietze und Ariane Rother



v. l.: Ariane Rother, Susanne Dietze

Alkohol konserviert alles – außer Würde und Geheimnisse, hat der bekannte Journalist und Fernsehmoderator Robert Lemke (1913-1989) einmal sinniert. Nun, die

besagten Geheimnisse werden nicht so einfach wieder geheim, die Würde jedoch lässt sich zurückgewinnen. So hat es sich die SOZIUS Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin gGmbH zur Aufgabe gemacht, ein stationäres Angebot für pflegebedürftige Suchtkranke zu erstellen. Seit 2005 bietet unser gemeinnütziges Unternehmen einen speziellen Wohnbereich für diesen Personenkreis an.

Zunächst wurde ein Wohnbereich für 25 Bewohner geschaffen, in dem pflegebedürftige suchterkrankte Menschen nach einem gesonderten Konzept betreut und gepflegt werden.

Drei Jahre später, also 2008, konnte SOZIUS aufgrund des Umzuges in das Haus ‚Am Fernsehturm‘ dieses Angebot auf 30 Plätze erweitern. Dort stehen seitdem 28 Plätze in Einbettzimmern und zwei in einem Doppelzimmer zur Verfügung. Die Einrichtung befindet sich im Stadtteil Neu Zippendorf von Schwerin, der Landeshauptstadt Mecklenburg-Vorpommerns.

Für jeden Bewohner und jede Bewohnerin wird ein individueller Pflegeplan erstellt. Ziel dieser Pflegeplanung ist es, vorhandene physische, psychische sowie soziale Fähigkeiten und Funktionen zu erhalten und zu fördern. Durch die Pflegeplanung sollen die individuellen Grundbedürfnisse, Probleme und vorhandene Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten unserer Bewohnerinnen und Bewohner erkannt werden. Die erforderlichen Pflegemaßnahmen werden unter Berücksichtigung der festgelegten Qualitätskriterien ausgeführt, dokumentiert, überwacht und immer wieder auf die Situation der Bewohnerin bzw. des Bewohners abgestimmt.

Die Arbeit mit und am Menschen läuft im Rahmen eines Beziehungsprozesses, deshalb haben wir die Pflege als Bezugspflege organisiert. Jeder Pflegefachkraft wird die Verantwortung für die Pflege und Betreuung einer überschaubaren Anzahl von Bewohnern übertragen. Die Fachkraft hat die Verantwortung bei der Pflege und Betreuung von der Aufnahme bis zum Auszug. Der Bezugspfleger ist Ansprechpartner für alle an der Pflege direkt und indirekt beteiligten Personen. Er leitet den Pflegeprozess und sorgt für die Ausführung aller festgelegten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, überwacht und evaluiert den Pflegeplan.

Dem Wiedererlernen der Tagesstruktur durch die Suchtkranken kommt eine besondere Bedeutung zu. Im Laufe des Tages müssen Wechsel zwischen verschiedenen Beschäftigungen und Räumlichkeiten stattfinden. Neben den Phasen, die sich aus körperlichen Grundfunktionen ergeben (Schlafen – Ruhen – Wachen, Nahrungsaufnahme, Ausscheiden) wird die Tagesstruktur auch von psychosozialen Aspekten (Arbeit – Freizeit, Rituale, Kommunikation) bestimmt. Diese Struktur bietet den Bewohnerinnen und Bewohnern Sicherheit und die Basis für die Förderung oder den Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Werden die Bewohner zur Teilnahme an Angeboten erfolgreich motiviert, wirken wir der Isolation und möglichen Einsamkeit entgegen.

Unsere pflegebedürftigen suchterkrankten Bewohnerinnen und Bewohner haben ein Durchschnittsalter von 66 Jahren, wobei der jüngste Bewohner 46 Jahre und der älteste 84 Jahre alt sind. Wir pflegen und betreuen derzeit sechs Frauen und 24 Männer (Stand: November 2011). Durch den Alkoholkonsum haben diese Menschen zum Teil schwere Hirnschädigungen erlitten, welche durch Gedächtnis- und Orientierungsverlust gekennzeichnet sind (Korsakow-Syndrom). Weiterhin sind Erkrankungen der Leber und der Bauchspeicheldrüse vorherrschend.

Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern handelt es sich in der Regel um chronisch-mehrfachgeschädigte alkoholranke Menschen, mit unterschiedlich stark ausgeprägter Abstinenzorientierung. Eine an ihren Bedürfnissen orientierte Lebensqualität soll erhalten bleiben oder wieder hergestellt werden. Bewohner/-innen, die in Abstinenz leben, wird diese

Abstinenz auch in unserem Haus ermöglicht; sie werden darin unterstützt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter achten konsequent darauf, dass die Betroffenen nicht mit Alkohol in Berührung kommen, z. B. bei Feierlichkeiten. Derzeit leben 20 Bewohnerinnen und Bewohner in Abstinenz.

Vollkommene Abstinenz wird jedoch nicht mehr als einzige Möglichkeit gesehen, der Alkoholkrankheit entgegenzutreten. In gemeinsamer Absprache wird festgelegt, wie viel Alkohol der Bewohner benötigt und zu welchen Tageszeiten die Ausgabe erfolgen soll. Momentan leben zehn Personen bei uns, die das Angebot der kontrollierten Ausgabe nutzen. Wichtige Zielsetzung ist dabei die Reduzierung von exzessivem Trinken und damit die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen.

Aus unserer Erfahrung können wir von zwei Wegen bezüglich der Beendigung des Aufenthaltes in dem Wohnbereich für pflegebedürftige Suchterkrankte berichten: Auszug und Tod.

Wir haben Menschen begleitet, die nach dem Aufenthalt in unserer Einrichtung in eine stationäre Nachsorgeeinrichtung bzw. in die Häuslichkeit umziehen konnten. Diese Situation ist gegeben, wenn der Bewohner oder die Bewohnerin sich sowohl seelisch als auch körperlich stabilisiert hat. Damit kann ein Ziel erreicht werden: die Wiedereingliederung in die Gesellschaft – außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung. Möchten Betroffene wieder alleine in der Häuslichkeit leben, wird ein Maßnahmenplan erstellt, die täglichen Dinge des Lebens wieder selbst zu bewältigen, z. B. Körperpflege, Einkauf, Reinigung der Wäsche und des Wohnraums.

Versterben Bewohner/-innen des Wohnbereiches für pflegebedürftige Suchterkrankte, sind die Ursachen dafür häufig sowohl Krebserkrankungen als auch anderweitige Organversagen.

Die Würde der Menschen ist im Leben wie im Sterben und über den Tod hinaus zu wahren. Das bestmögliche körperliche Wohlbefinden und die Selbstbestimmung werden soweit wie möglich aufrechterhalten. Dem Bewohner wird ein friedliches Sterben in seiner vertrauten Umgebung ermöglicht, d. h. er verbleibt auf dem ihm bekannten Wohnbereich und in seinem Zimmer. Ihm und seinen Angehörigen sollen menschliche Nähe und Zuwendung in diesem Prozess gegeben werden. Jeder Angehörige hat jederzeit die Möglichkeit, seine im

Sterben liegenden Angehörigen zu begleiten. Weiterhin unterstützen wir die Angehörigen, in dem wir z. B. auch mit ihnen über das Sterben reden und sie motivieren, ihre eigenen Erfahrungen wie Rituale und individuelle Vorlieben in die professionelle Pflege einbringen zu können.

An dieser Stelle muss jedoch erwähnt werden, dass die Anzahl der pflegebedürftigen Suchterkrankten, die enge Bindungen zu ihren Angehörigen haben, leider sehr gering ist. Häufig ersetzen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter familiäre Bezugspersonen. Dieser Aspekt wird in der Sterbebegleitung beachtet.

Im Vergleich zu anderen Wohnbereichen ist der Pflegeaufwand auf dem Wohnbereich der pflegebedürftigen Suchterkrankten geringer. Andererseits nimmt die soziale Betreuung hier wesentlich mehr Zeit in Anspruch. Derzeit leben dort 23 Personen mit der Pflegestufe I und sieben mit der Pflegestufe II (Stand: November 2011). Das Personal kann aufgrund der geringeren Pflegebedürftigkeit auf dem Wohnbereich so umgeleitet werden, dass eine intensive Sterbebegleitung ermöglicht wird. Unterstützend werden auf Wunsch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Besuchsdienste eines ambulanten Hospizdienstes einbezogen.

Die Versorgung und Betreuung Schwerkranker und Sterbender ist bei jedem Menschen anders. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter respektieren deren individuelle Bedürfnisse und stellen sich darauf ein. Es ist selbstverständlich, dass beachtet wird, wer beim Sterben dabei ist und die menschliche Nähe bietet. Die Schmerzfreiheit wird ermöglicht. Und auch die religiösen Bedürfnisse und Rituale wie Seelsorge, Gebete und Aussegnung finden Berücksichtigung.

Susanne Dietze
Ariane Rother

SOZIUS Pflege- und Betreuungsdienste
Schwerin gGmbH
Wismarsche Straße 298
19055 Schwerin
Tel.: 03 85 - 3 03 08 02

Literatur



Maria-Rebecca Legat
Ältere Menschen und Sterbenskranke im Strafvollzug

Eine rechtsstaatliche Analyse des Vollzugsalltags von Gefangenen mit besonderem Pflegebedarf
 Peter Lang, 2009
 € 43,00

In der vorliegenden Publikation wird die besondere Situation älterer Menschen und Sterbenskranker im Strafvollzug thematisiert.

Im ersten Teil werden anhand kriminologischer Statistiken Umfang und Struktur der registrierten Kriminalität älterer Menschen beschrieben sowie Theorien zur Erklärung von Alterskriminalität angeführt. Der zweite Teil befasst sich mit den Inhaftierten, die dauerhaft medizinischer und pflegerischer Hilfe bedürfen, hierbei wird besonders die Situation HIV-Infizierter und AIDS-Erkrankter dargestellt. Ältere sowie chronisch und unheilbar Kranke stellen besondere Anforderungen an den Strafvollzug im Hinblick auf Kenntnisse und Kompetenzen des Vollzugspersonals im Umgang mit diesen Insassen sowie auf Ausstattung von Hafträumen. Im dritten Teil setzt sich die Autorin mit den Herausforderungen auseinander, die diese Personengruppen an den Strafvollzug stellen und arbeitet Ansätze für einen sinnvollen Umgang mit älteren und sterbenskranken Inhaftierten heraus.



Dirk K. Wolter
Sucht im Alter – Altern und Sucht

Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie
 Kohlhammer, 2011
 € 39,90

Sucht im Alter ist ein Thema, das in unserer Gesellschaft und in der Medizin lange Zeit vernachlässigt wurde. Das vorliegende Buch fasst Erkenntnisse zusammen, die in den letzten drei Jahrzehnten zu diesem Thema zusammengetragen wurden. Der Schwerpunkt des Buches liegt auf den

„klassischen“ Suchtmitteln Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Nikotin, aber auch illegale Drogen werden behandelt. Nach Darstellung der Grundlagen – Suchttheorien, Suchtentstehung, Neurobiologie und Epidemiologie – werden im nächsten Kapitel Diagnostik, Substanzwirkung, Abhängigkeitsverlauf und Entzug besprochen. Im Kapitel „Kognition“ geht es um den Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und dadurch bedingte kognitive Beeinträchtigungen und Demenz. Der letzte Teil ist der Therapie gewidmet.

Klaus Onnasch, Ursula Gast
Trauern mit Leib und Seele

Orientierung bei schmerzlichen Verlusten
 Klett-Cotta, 2011
 € 17,95

Ausgehend von der Betrachtung des Trauerprozesses unter ganzheitlichem Aspekt werden in dem Buch „Trauern mit Leib und Seele“ anhand neuester Erkenntnisse aus Neurobiologie und Hirnforschung die Zusammenhänge zwischen Körper und Psyche dargestellt. „Wie kann ich verstehen, was in meinem Körper vor sich geht? Wie kann ich mich schützen und gut auf mich selbst achten?“ Mit Hilfe von Fallbeispielen wird gezeigt, wie Trauer von den Trauernden selbst erlebt wird und was von ihnen als einfühlsam und unterstützend empfunden wird. Ziel des Buches ist, eine Orientierungshilfe zu geben, einen eigenen Weg durch die Trauer zu finden.



Christiane Burbach/
 Friedrich Heckmann (Hg.)
Übergänge

Annäherungen an das eigene Sterben
 Vandenhoeck & Ruprecht, 2011
 € 29,95

Fünfzehn Autorinnen und Autoren, die professionell mit Tod, Sterben, Leben und Trauer umgehen, haben sich in ihren Beiträgen in diesem Buch ganz persönlich mit dem eigenen Sterben auseinandergesetzt.

Therapeutinnen, Mediziner, Philosophen, Theologinnen, Pastorinnen, Sozialarbeiter, Pflegenden sowie Vertreter verschiedener Religionen kommen zu Wort. Zugeordnet sind die Beiträge den Arbeits- und Lebensorten der Autorinnen und Autoren. Entsprechend ihrer Herkunft und Disziplinen sind die Kapitel überschrieben: „Sterben lernen – Lebenskunst in Psychotherapie“, „Sterben können – Hospiz und Altersheim als Orte des Abschieds“, „Auf das Sterben warten – Krankenhaus als Ort der letzten Lebensphase“, „Dem Sterben nachdenken – Hochschule und Ars Moriendi“ und „Mit Sterben und Tod umgehen – religiöse Antworten auf die Sinnfrage“.



Veranstaltungen

20.01.-21.01.2012 **Gütersloh**

Ausbildung zur Demenzbegleiterin/zum
Demenzbegleiter
Bildungswerk Hospiz- & Palliativmedizin
am Städt. Krankenhaus
Tel.: 0 52 41 - 90 59 84
www.hospiz-und-palliativmedizin.de

07.02.-10.02.2012

Winterberg-Elkeringhausen

Was willst du, dass ich dir tun soll?
Fortbildung für Mitarbeiter in der
Trauerarbeit
St. Bonifatius Bildungsstätte Elkeringhausen
Tel.: 0 29 81 - 9 27 30
www.bst-bonifatius.de

10.02.-11.02.2012 **Wuppertal**

7. offenes Befähigungsseminar
'Hospiz macht Schule'
Bundes Hospiz Akademie
Tel.: 02 02 - 94 67 33 30
www.bundes-hosapiz-akademie.de

15.02.2012 **Bonn**

Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in
Hospiz- und Palliativeinrichtungen NRW
Zentrum für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
www.malteser-krankenhaus-bonn.de

22.03.-23.03.2012 **Aachen**

Fülle und Kraft
Burn-out-Prophylaxe für Koordinator/innen
der ambulanten Hospizdienste
Bildungswerk Aachen-Servicestelle
Hospiz der Städte Region Aachen
Tel.: 02 41 - 5 15 34 90
www.servicestelle-hospizarbeit.de

30.03.2012 **Datteln**

Sterben und Tod von Kindern und
Jugendlichen im kulturellen, religiösen
und spirituellen Kontext
Vodafone Stiftungsinstitut Datteln
Tel.: 0 23 63 - 97 57 66
www.vodafonestiftungsinstitut.de

01.04.-03.04.2011 **Bad Bevensen**

Fortbildung für Pflegekräfte, Auszubilden-
de und Ehrenamtliche zu den Themen Ab-
schied, Tod und Trauer. Sie gehen – wir
bleiben...!
Institut für Trauerarbeit (ITA) e.V.
Tel.: 0 40 - 36 11 16 83
www.ita-ev.de

16.04.-17.04.2012 **Bielefeld**

Schwierige Gespräche und
Krisensituationen konstruktiv gestalten
Bildung & Beratung Bethel
Tel.: 05 21 - 1 44 57 70 / 61 10
www.bildung-beratung-bethel.de



ALPHA-Rheinland

Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen

Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de

gefördert vom: **Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**

