



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

April 2012 Ausgabe 51

Schwerpunkt:

LETZTE WÜNSCHE

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

eigentlich ist der Begriff ‚Letzte Wünsche‘ so apodiktisch nicht ganz richtig... handelt es sich doch möglicherweise um Wünsche, die uns im Leben immer wieder begegnen, deren Erfüllung wir uns aber versagen oder deren Umsetzung wir scheuen. In seinem Beitrag zeigt Jens Flintrop dieses Thema auf und nimmt ausdrücklich die in der Hospizversorgung Tätigen nicht aus.

Manche Wünsche tun sich natürlich erst im Angesicht des Todes auf, nicht zuletzt dann, wenn der Erkrankte darum bittet, dass alles in der Macht der Medizin Stehende getan wird, eine Veränderung des Zustandes oder gar eine Heilung zu erreichen – trotz deutlicher gegenteiliger Hinweise. Ein Wunsch, der die Betreuenden vor eine große Herausforderung stellt.

Im Mittelpunkt dieses Hospizdialoges stehen aber die ‚anderen‘ Wünsche und stehen diejenigen, die diese Wünsche erfüllen, die befremdlichen Wünsche und die leichter nachvollziehbaren, die lauten und die stillen, die schwer und leichter erfüllbaren. Von ihnen zu erfahren ist das Eine, daraus den Schluss zu ziehen, dass es sehr viel Sinn macht, sich seiner eigenen Wünsche und Bedürfnisse schon mitten im Leben bewusst zu sein und sich danach auch zu richten, das Andere. Am Ende nicht denken zu müssen: hätte ich doch! ... das könnte die Konsequenz aus den Geschichten sein, die sich in dieser Ausgabe wiederfinden.



Viel Freude bei der Lektüre
wünscht Ihnen

Ihre

Gerlinde 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 Rädels, Herne
 Maria Reinders, Kleve

Layout

Art Applied und
 Graphische Dienstleistungen
 Hafenweg 26a, 48155 Münster

Druck

Druckhaus Stegemöller, 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

**Wege in und aus Burnout-
 Depression und Substanzmissbrauch im
 Arztberuf** 4
 Julika Zwack

Väter und Trauer nach Fehl- und Totgeburt 6
 Christoph Hemcke

Momente der Begegnung in der Musiktherapie 9
 Frank Henn

Ehrenamt und Haftung – ein Überblick 11
 Petra O’Brien-Coker

SCHWERPUNKT LETZTE WÜNSCHE

Fang schon mal mit dem Essen an 13
 Jens Flintrop

**„Wunsch-Ambulanz“ –
 Der letzte Ausflug des Lebens** 14
 Manuel Heckel, dpa

Ein Wunsch, den wir gern erfüllen 16
 Sr. Birgit Brünken

**Noch einmal auf die Reeperbahn -
 Erinnerungen an 20 Jahre
 stationäre Hospizarbeit** 17
 Sibilla und Jo Brombach

Kinderwünsche 20
 Claudia Tekampe

Veröffentlichungen 22
Veranstaltungen 23

Wege in und aus Burnout, Depression und Substanzmissbrauch im Arztberuf

Julika Zwack

Die Schneedecke ist immer nur fünf Zentimeter stark, aber was unerledigt ist, bleibt und häuft sich auf.“

Oberarzt, 52 J.



Julika Zwack

Burnout wird am wahrscheinlichsten, wenn unsere Reaktionen gewohnheitsmäßig werden – wenn wir handeln oder stillhalten, ohne nachzudenken.

Lauderdale, 1982, S.19

Ärzte gehören zu den Risikogruppen für die Entwicklung seelischer Erkrankungen. Mit ausschlaggebend hierfür sind zum einen die Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit, die vielerorts von hierarchischem wie ökonomischem Druck, ausufernder Bürokratie, langen Arbeitszeiten und zunehmender Arbeitsverdichtung bestimmt sind. Inmitten dieser Arbeitsbedingungen den eigenen Sinnkriterien verbunden zu bleiben, Gesundheit und Freude erhaltende Grenzen zu ziehen, ist eine konstante Herausforderung. In unserem Projekt „Resilienz im Arztberuf“ erkundeten wir in 200 Gesprächen die Strategien und Haltungen, die im Umgang mit dieser Herausforderung aus Sicht seelisch gesunder und zufriedener Ärztinnen und Ärzte wirksam sind (zu den Ergebnissen vgl. Zwack, Abel et al. 2011; Zwack, Bodenstein et al. 2012). Eine zweite Teilstudie befasste sich mit der Frage, wie von Burnout, Depression und Substanzmissbrauch betroffene Ärzte ihren Weg in die seelische Erkrankung und aus ihr heraus retrospektiv beschreiben. In katamnesticen Gesprächen mit 32 ehemaligen ärztlichen Patienten der Oberbergklinien versuchten wir, auch diese Erfahrungen für nachfolgende Ärztegenerationen nutzbar zu machen. Der vorliegende Artikel fasst einige Erkenntnisse hieraus zusammen (ausführlicher Zwack 2012; Zwack, Bodenstein et al. 2012).

Wege hinein – das Zusammenspiel von biografischen Mitgiften und unmöglichen Aufträgen

„Die Belastungen bauten sich immer weiter auf, so als ob man Schnee vor sich herschiebt. Die erste Strecke geht leichter und dann wird es immer mehr.

Zum Weg in die seelische Erkrankung hinein gehört wesentlich der Versuch, Unmögliches möglich zu machen. Dabei kann es sich um den Versuch handeln, innerhalb kürzester Zeit Haus und Praxis abzubezahlen, allseits erreichbar zu sein, in einem nachhaltig unkollegialen Umfeld auszuharren, um Kämpfe mit der Kassenbürokratie, darum, fachliche Überforderung im Alleingang zu kompensieren, ständige Fluktuation aufzufangen, oder den Anforderungen von Patienten und Angehörigen jederzeit zu entsprechen. Diese Aufträge werden oft von außen an den betroffenen Arzt herangetragen, der bemüht ist, ihnen gerecht zu werden – begleitet von wachsenden Gefühlen von Vergeblichkeit. Mit immer größerem energetischem Aufwand wird auf immer demselben Weg versucht, das Ziel zu erreichen. Das sich einstellende Muster gleicht einem „rasenden Stillstand“ (Rosa 2005). Handlungsleitend sind dabei aus Sicht Betroffener vor allem Grundüberzeugungen, nach denen durch Anstrengungen und Leistungen Zugehörigkeit und Anerkennung erworben wird. Häufig spielt der mehr oder weniger bewusste Wunsch hinein, es „sich selbst und anderen zu beweisen“ und dadurch Gefühle der Unzulänglichkeit zu überwinden.

„Mein Hauptproblem ist sicherlich immer mein Ehrgeiz gewesen. Das hat zwar dazu geführt, dass ich sehr erfolgreich bin, ging aber auch auf Kosten meiner Frau und Kinder, die jetzt 30 sind. Der Ehrgeiz hat auch damit zu tun, dass ich versucht habe, meinem Vater zu zeigen, dass ich es kann. Und ich kann schwer Niederlagen anerkennen. Im Grunde genommen habe ich mein ganzes Leben das Gefühl, nicht genug zu machen. Mein Vater hat immer gesagt, wenn du Hilfe brauchst, dann schaue an das Ende deiner Arme, dort sind die helfenden Hände, die du brauchst. Mein Vater hat mich anerkannt, respektiert und war stolz auf mich, aber trotzdem ist immer das Gefühl geblieben, ich muss ihm etwas beweisen, so dass er stolz auf mich ist. Ich kam nicht aus einer Akademikerfamilie und ich wollte es allen zeigen, dass ich es durch Fleiß erreichen kann. Ich musste doppelt so viel arbeiten und leisten wie andere.“

Chefarzt, 56J.

Die oft bitteren Erfahrungen betroffener Ärzte zeigen: Wer seine(n) mentalen „Autopiloten“ nicht kennt, merkt nicht oder erst (zu) spät, wenn er anspringt und kann folglich auch nicht entscheiden, wann er ihn besser ausschaltet. Ein nützlicher Ansatzpunkt, um die im Hintergrund wirkenden Schemata möglichst frühzeitig greifbar zu machen, ist beispielsweise die Auseinandersetzung mit eigener Inkonsequenz: Welche implizite innere Regel ist am Werk, wenn ich Vorsätzen zur Selbstfürsorge wiederkehrend nicht gerecht werde – also das eine will und das andere tue? Häufige Spielarten selbstfürsorglicher Inkonsequenz sind der Vorsatz, „rechtzeitig nach Hause zu gehen“, „mehr Nein zu sagen“ oder „Kritik nicht so persönlich zu nehmen.“ Beispiele für innere Regeln, die diesen Vorsätzen entgegenwirken, sind „Andere gehen vor“; „Ich bekomme für alles nur eine Chance“, „Aufgeben führt in den Ruin.“ Interessant sind hier die Fragen: Wo und wann im Leben ist diese innere Regel entstanden, was verdanke ich ihr und wofür hat sie mir gedient? Wo und wann soll sie auch weiterhin gelten? Und: Wie müsste die innere Regel ggf. modifiziert und umformuliert werden, um ins Hier und Heute zu passen?

Wege hinaus – Selbstkenntnis, Achtsamkeit und erneuerte Anreizlandschaften

„Ich sage mehr nein und grenze mich ab. ... Verabschieden musste ich mich von der Illusion, jedem gerecht werden zu können und immer Leben retten zu können. Mein Ich hängt nicht davon ab, dass alle anderen glücklich werden. Und ich habe gelernt, auch schlechten Gefühlen, Trauer oder Wut, ein Ventil zugeben. Das ist ein sehr reinigendes, befreiendes Gefühl. Ich habe viel mit onkologischen Patienten zu tun und konnte nicht mit trauern. Das ist jetzt anders.“

niedergelassene Allgemeinärztin, 43 J.

Auf der Grundlage einer verbesserten Selbstkenntnis entstehen neue Wahlfreiheiten. Wie und ob diese genutzt werden, hängt auch vom Ausmaß achtsamer Selbstwahrnehmung ab: Nur wer sich beobachtet, verändert sich. Von Burnout, Depression oder Substanzabhängigkeit betroffene Ärzte beschreiben die seelische Krise diesbezüglich als einen Wendepunkt: An die Stelle des „Ich oder es muss so sein“ tritt ein höheres Maß an Selbstaufmerksamkeit und die bewusstere Entscheidung

über den Umgang mit eigenen Ressourcen. Bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen steigt die Akzeptanz des eigenen emotionalen Erlebens, innere Prioritäten wandeln sich und das Risiko von Grenzziehungen wird eingegangen.

„Es gibt natürlich die Verwaltung, die gewohnt ist, dass ich ihr die Schwierigkeiten aus dem Weg räume. Jetzt sage ich immer mal wieder nein. Aber ich habe gemerkt, das Leben geht trotzdem weiter. Ich staune immer wieder, ich hätte oft heftigere Reaktionen erwartet auf mein Nein, aber das kommt gar nicht.“

Oberarzt, 51 J.

In lange vernachlässigte Beziehungen und Interessen wird wieder neu investiert, die bis dato oft einseitig ausgerichtete Anreiz- und Gratifikationslandschaft erweitert sich. In der Folge vergrößert sich die subjektive Unabhängigkeit von beruflichen Stressoren: Wer eine lebendige Beziehung hat, nimmt sich die Freiheit, zumindest ab und an früher nach Hause zu gehen, wer ein stärkendes Hobby hat, nimmt sich die Zeit, ihm nachzugehen. Kurz: Wer ein oder mehrere außerberufliche Standbeine hat, fällt mit größerer Wahrscheinlichkeit kongruentere Entscheidungen über Abgrenzung und Investition im Beruf.

Fazit

„Wenn der Arzt seine biografische Verankerung verstanden hat, entwickelt er die innere Freiheit, andere Handlungsoptionen in Erwägung zu ziehen. Der Horizont weitet sich ein bisschen. Sie lernen, für sich zu reden und nicht gegen das System. Es wird einfacher zu wissen, wofür ich stehe, was ich will und wer ich bin, statt nur zu sagen: das will ich nicht.“

Oberarzt der Oberbergkliniken

Was lässt sich aus den Erfahrungswerten der befragten Ärzte für die Prävention lernen? Die Vielfalt der Anforderungen im Arztberuf schafft häufig unmögliche Auftragslagen. Der Versuch, diesen gerecht zu werden, kann zu reaktiven und einseitigen Entscheidungen verleiten. Resilienz, im Sinne einer Widerstandsfähigkeit gegenüber diesen Stressoren scheint wesentlich an zwei Aspekte gebunden:

- die Aufrechterhaltung der Fähigkeit zur bewussten Entscheidung über den Umgang mit eigenen Ressourcen und
- die Summe guter, d.h. stabilisierender und regenerierender Gewohnheiten

Aufbauend auf dem Erfahrungswissen gesunder wie erkrankter Ärzte wird derzeit ein Ratgeber „Resilienz im Arztberuf“ sowie ein Präventionsprogramm entwickelt. Im Mittelpunkt beider stehen alltagsnahe Strategien, die eigene Präsenz zu stärken, persönliche Sinnquellen zu erhalten und die individuellen Entscheidungsspielräume zu vergrößern.

Dr. Julika Zwack

Dipl.-Psych.

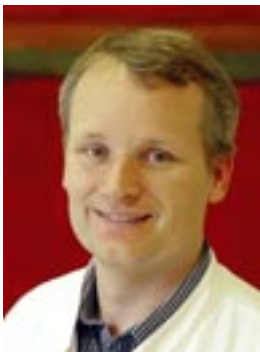
Sektion Medizinische Organisationspsychologie
 Institut für Medizinische Psychologie
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Bergheimerstr. 20
 69115 Heidelberg
 julika.zwack@med.uni-heidelberg.de

Literatur

- Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderungen der Zeitstruktur in der Moderne. Frankfurt, Suhrkamp
- Zwack, J. (2012): „Resilienz im Arztberuf - Alternativen zu Zynismus und Zerrhose.“ *Leidfaden* 2
- Zwack, J., C. Abel, et al. (2011): „Resilienz im Arztberuf. Salutogenetischen Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte.“ *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 12 495-502
- Zwack, J., U. Bodenstein, et al. (2012): „Salutogenetische und pathogenetische Aspekte der Ärztesundheit. Eine qualitative Katamnese betroffener Ärzte.“ *Psychiatrische Praxis* 39: 1-8

Väter und Trauer nach Fehl- und Totgeburt

Christoph Hemcke



Christoph Hemcke

Die Aufmerksamkeit auf dieses Thema entstand durch die tägliche Arbeit in einer gynäkologischen Fachabteilung sowie in einer Praxis für Humangenetik. Hier fielen in einem relativ kurzen Zeitraum mehrere Väter auf, die erheblichen Beratungs- und Betreuungsbedarf zeigten, und bei denen im Verlaufe des Gesprächs deutlich wurde, dass Anlaufstellen oder Ansprechpartner für betroffene

Väter nicht bekannt oder gar nicht vorhanden sind. Ziel war es letztendlich, die Sensibilität im täglichen Umgang mit Mutter und Vater zu verstärken und hier beide Elternteile gleichberechtigt zu berücksichtigen und anzusprechen und beiden gegebenenfalls Gesprächsangebote und Beratungsmöglichkeiten darzustellen.

Gerade durch die Verkürzung der Liegezeiten in Krankenhäusern und Umstellung dieser stationären auf ambulante Eingriffe zur weiteren

Kostenreduktion im Gesundheitswesen sind die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme zu den Betroffenen seitens des medizinischen Personals erheblich eingeschränkt worden. Auch die andauernde und sich zur Zeit weiter verschärfende Personalnot und damit verbundene Überlastung im ärztlichen und pflegerischen Bereich bietet kaum Zeitfenster, in denen abseits der körperlichen Symptome auf die psychische Befindlichkeit und deren Bedürfnisse eingegangen werden kann. Zeit für die Konsultation eines Krankenhausseelsorgers oder falls überhaupt vorhanden eines Psychotherapeuten ist vor allem bei frühen Fehlgeburten im Rahmen der ambulanten Betreuung nicht vorhanden und nicht vorgesehen.

Das Erlernen von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Trauer und Tod im klinischen Alltag wird bis heute an den medizinischen Fakultäten nur un-

zureichend gelehrt. Junge Ärztinnen und Ärzte treffen gerade in der Frauenheilkunde vollkommen unvorbereitet auf auch für sie sehr belastende Situationen. Die Väter finden in diesem Kontext kaum noch Berücksichtigung, was allerdings nicht den Schluss nahelegen darf, dass dies in der Vergangenheit unter anderen Voraussetzungen besser gewesen sei. Der Partner wird in der Forschung erst seit Ende der 1980er Jahre mit einbezogen, dies vor allem im anglo-amerikanischen Raum. Mitte der 1990er Jahre haben einige Untersuchungen bezüglich der Trauerreaktion der Väter stattgefunden, jedoch entweder über die Partnerin oder an Hand sehr kleiner, statistisch kaum auswertbarer Kollektive. Untersuchungen im deutschsprachigen Raum finden sich in den letzten Jahre keine, obwohl tiefgreifende gesellschaftliche und technische Veränderungen im Alltag und in der Medizin stattgefunden haben.

Auch die pränatale Forschung bezieht sich medizinisch wie psychologisch in der Regel nur auf die Mutter-Kind-Verbindung. Die meisten Untersuchungen weisen den Vater allenfalls als Helfer der schwangeren Frau aus. Auch die zunehmende Zahl der Mutter-Kind-Familien, ansteigende Zahlen der Samenspenden sowie die Implantierung tiefgefrorener Embryonen lassen die väterliche Rolle weiter in den Hintergrund treten. Der Vater des Kindes hat jedenfalls in der pränatalen Forschung sicher nicht an Präsenz gewonnen.

Dementsprechend ist der Begriff „pränatale Vater-Kind-Beziehung“ als solcher bisher nicht in der Literatur zu finden. Und diese ist sicher nicht etwas, was plötzlich mit der Geburt beginnt. So hat das imaginäre Kind bereits einen Platz im familiären System und in der Generationsfolge eingenommen. Weitere Untersuchungen haben festgestellt, dass sich bereits während der Schwangerschaft die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung postpartal gut voraussagen lässt.

Die Schwangerschaft stellt damit sowohl für die Mutter als auch für den Vater eine Zeit der inneren Auseinandersetzung mit der eigenen Elternrolle, der zukünftigen Beziehung zum Kind, aber auch mit den Erinnerungen an das eigene Kind-Sein dar. Hier bieten sich unter Umständen bereits Chancen, im Gespräch mögliche Risiken zu erfassen und gegebenenfalls präventiv eingreifen zu können.

Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass die innere Auseinandersetzung der Eltern mit dem imaginierten und realen Kind einen Prozess darstellt, der bereits am Anfang der Schwangerschaft beginnt. Die Fantasie der Eltern bezüglich der zukünftigen familiären Beziehungen spielt auch schon während der Schwangerschaft eine zentrale Rolle. Inwieweit sich hier die Fantasien und Auseinandersetzungen der Väter von den Müttern unterscheiden und in welcher Phase der Schwangerschaft dies in welchem Ausmaß stattfindet, ist bisher nicht bekannt. Die Schwangerschaft dient jedoch für beide als psychische Vorbereitungszeit auf die postnatale Elternzeit, so dass eine Störung jeglicher Form auch auf Mutter und Vater erhebliche Konsequenzen haben kann.

Die durchgeführte Online-Umfrage zu diesem Thema, an der insgesamt 447 Männer teilgenommen haben, hat zu teilweise sehr bewegenden Freitextantworten geführt, in denen deutlich wurde, dass auch Jahrzehnte nach solchen Ereignissen der Verlust noch immer gespürt wird bzw. eine Verarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zugelassen wurde. Die Ergebnisse zeigten auch, dass Väter, die sich bereits einen Namen für das Kind ausgesucht hatten, die das Kind im Ultraschall gesehen hatten, die an einer Bestattungszeremonie teilgenommen hatten, mit der Betreuung im Krankenhaus unzufrieden waren und die noch keine Kinder hatten, insgesamt eine deutlich stärker ausgeprägte Trauer zeigten. Insbesondere der Anblick des Feten im Ultraschall hat den Aufbau einer persönlichen Beziehung begünstigt. Das erwartete Kind wird im psychischen Erleben der Väter eine reale Person, ein Mitglied der Familie, das bei dessen Verlust angemessen betrauert werden muss. Es entsteht eine frühe hohe Bindungsbereitschaft zum Kind, die in dieser Form erst seit wenigen Jahren durch die technische Weiterentwicklung vor allem im Ultraschallbereich durch Live-3D-Bilder mit Aufzeichnung als Film zu wiederholten Anschauen zu Hause weiter verstärkt wird.

Es erscheint auf den ersten Blick paradox, dass die Trauer der Väter um ihre Kinder durch eine Bestattungszeremonie erhöht wird. Aber trotzdem spricht dieses Ergebnis nicht für das Unterlassen eines solchen wichtigen Rituals. Man könnte interpretieren, dass die Trauer weniger „übergangen“ oder verdrängt wird, wenn man der Trauer Raum,

Ort und Zeit gibt, damit die Väter sie ausdrücken dürfen. So ist der ritualisierte Abschied ein wichtiger Teil der wirksamen Trauerarbeit, damit es nicht zu erheblichen Folgen für die psychische und physische Gesundheit des Betreffenden im Verlauf des Trauerprozesses kommt. Wenn die Väter durch den Ultraschall die Beziehung zum Kind leichter aufbauen können, ist dies im Falle eines Verlustes durchaus auch als ein Vorteil zu werten: Die Väter können den Verlust für die Mutter viel eher nachfühlen und ihre Partnerinnen unterstützen. Auf diese Weise wird die Beziehung der Eltern gestärkt. Sonst würde der Vater, der eine nicht so intensive Beziehung zum Kind aufgebaut hat, den Verlust eher übergehen und die Trauer seiner Partnerin als unangemessen stark empfinden. Dies würde die Eltern entfremden und die Beziehung belasten. Der gemeinsame Trauerprozess verbindet aber die Partner noch stärker und führt so zu persönlichem Wachstum und zu einer neuen Tiefe in der Beziehung.

Innerhalb eines Behandlungskonzeptes einer Abteilung oder Praxis sollten vor allen Dingen Gesprächsangebote von Ärzten, aber auch von Therapeuten, Seelsorgern und Pflegepersonal im Mittelpunkt stehen. Auch das Angebot einer Nachbesprechung in durchaus größerem zeitlichen Abstand zum Ereignis sollte dem Paar angeboten werden, gegebenenfalls auch einzeln unter Berücksichtigung der häufig zeitlich versetzten Trauerprozesse des Vaters. Informationen über das weitere Prozedere (Was geschieht nun mit dem Kind? Welche Arten der Bestattung gibt es?) und Hilfestellungen sowie Informationen über den bürokratischen Ablauf sollten gegebenenfalls auch zusätzlich in schriftlicher Form mitgeteilt werden.

Die Einbindung der Väter in das Geschehen, wie dies bei der Geburt eines lebenden Kindes mittlerweile fast selbstverständlich ist, sollte auch hier zur Selbstverständlichkeit werden. Zeit zum gemeinsamen ungestörten Abschiednehmen sollte ebenfalls gewährt werden. Im optimalen Fall sollte es ein Trauerzimmer im Krankenhaus geben, in dem vom Kind Abschied genommen werden kann, bzw. die Eltern mit dem Kind alleingelassen werden könnten und auf Wunsch mit Fachärzten, Seelsorgern oder Psychotherapeuten ungestört sprechen könnten. Zumindest sollte auch bei voller Belegung der Krankenhausabteilungen unbedingt darauf geachtet werden, die betroffenen Eltern in

einem einzelnen Zimmer räumlich getrennt von der Geburtshilfe unterzubringen. Auch ist aus den Ergebnissen herauszulesen, dass es sicher hilfreich wäre, wenn im Krankenhaus selbst die Möglichkeit eines Abschieds vom Kind mit einem kleinen Ritual gestaltet werden könnte (Fußabdruck in Gips, Fotos, Blumen, Kerzen, etc.). Insbesondere mit Sorgfalt und Würde angefertigte Fotos und Fußabdrücke auf Karten und ähnlichem bei fortgeschrittener Schwangerschaft sollten auch dann angefertigt werden, wenn Betroffene ihr verstorbenes Kind nicht sehen möchten, um auch hier einem insbesondere bei Vätern oftmals verzögerten Trauerprozess Rechnung zu tragen.

Dr. med. Christoph Hemcke

Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
St.-Josefs-Hospital Dortmund Hörde
44263 Dortmund
www.josefs-hospital.de
c.hemcke@lukas-gesellschaft.de

Literatur

Hemcke, Christoph (2010): Väter und Trauer nach Fehl- und Totgeburt, Entwicklung eines Leitfadens zum Umgang mit den Vätern mittels einer Online-Umfrage, Dortmund

Momente der Begegnung in der Musiktherapie

Frank Henn

Wissen Sie, wenn ich ja die Wahl hätte, dann ..., also dann, ..., ja dann, er holt noch einmal tief Luft und spricht mit großer Überzeugung weiter, „dann würde ich gerne mit dieser Musik aus dem Leben gehen. Dann wüsste ich, dass ich keine Angst zu haben brauche, weil es mir gut geht. Dann wäre ich für mich authentisch,“ so Herr A. während einer Musiktherapie.

„Gut, dann sage ich dem Pflegepersonal, dass Sie das so möchten. Die Schwestern, die dann im Dienst sind, sollen mich, wenn es denn so weit sein sollte, anrufen und wenn es mir irgendwie möglich ist, dann komme ich zu Ihnen und erfülle Ihnen diesen Wunsch.“

„Ja, das beruhigt mich. Das wäre sehr schön. Danke.“ Der Wunsch konnte erfüllt werden.

„Immer wenn ich diese Musik höre, wird mir bewusst, dass ich glücklich bin. Es sind so schöne Dinge, die ich dann sehe. Ist das eigentlich normal, oder ist das nur bei mir so?“

„Wenn Sie zu musizieren beginnen, schließe ich die Augen und erlebe dann so phantastische, ja wie soll ich sagen, so richtige Geschichten in meiner Vorstellung. Ist das normal? Ich sehe das dann richtig. Einfach so. Leckere tief rote Kirschen an einem Baum. Die sehe ich dann, so als ob das echt wäre. Das ist dann ganz klar da.“

„Ich habe während der Musik gesehen, wie Kinder vollkommen unbeschwert auf einem großen Platz tanzen und ganz fröhlich sind. Eine Linde ist auf dem Platz, mit Bänken drum herum. Und alle tanzen. Das war so, als ob es wahr gewesen wäre.“

„Heute habe ich eine Landschaft gesehen, über die der Wind so sanft pfeift. Das Korn schwebt im Rhythmus der Musik hin und her. Die Farben sind so unglaublich schön. Alles wird. Das zeigt mir, wie glücklich ich bin.“ Äußerungen von Frau B. zur Musiktherapie.

Selbstverständlich weiß ich, dass diese beiden Beispiele nicht das sind, was im Allgemeinen unter der Rahmenbedingung „keine Heilung mehr möglich“, oder „der Tod wird nach medizinischer Einschätzung in Kürze eintreten“ von den Beteiligten erwartet wird. Schließlich gehe ich seit vielen Jahren auf diese Situationen zu. Dennoch kann ich

von vielen Menschen berichten, die während der Musiktherapie auf der Palliativstation und im Hospiz ihre Krankheit nebst Begleitscheinungen vergessen und deren Lebensqualität mit gutem Recht als „besser“ bezeichnet werden darf.

Mit den folgenden Zeilen möchte ich veranschaulichen, was Musiktherapie leisten kann, so dass Menschen in schwierigen (bis finalen) Lebenslagen sich veranlasst fühlen, bejahende Äußerungen von sich zu geben?

Doch vorab noch ein Gedankenspiel: Wie würde es Ihnen gehen, wenn sich die Welt um Sie herum für ein paar Augenblicke nach Ihrer Befindlichkeit richtet? Wenn Sie mit Ihrem „so Sein“, z. B. Ihrer Atmung, als Ursache zu erklären sind, für etwas, das in seiner metaphorischen Umsetzung sich als Kunst zeigt und als etwas Schönes bezeichnet werden darf?

Zum Verlauf der Musiktherapie: Wichtig für meine musiktherapeutischen Begegnungen sind die immer wieder kompetenten Hinweise des Pflegepersonals zu den Umständen der Betroffenen und (wenn denn bekannt) deren Umfeld. Hierdurch können Kompetenzen der Patienten gefördert werden und Eigenarten respektiert werden.

Nachdem ich auf dem Stand der Dinge bin, betrete ich mit meinen Musikinstrumenten, der Panart Hang oder dem Monochord und der Ocean-Drum, den Raum des/der Patienten. Blicke mit Sorgen, Ängsten von verunsicherten Patienten oder Besuchern möchte ich hier, beim ersten Kontakt, als Standard bezeichnen. Die Bedeutung der Diagnose schwebt meist wie das Schwert des Damokles über dem Raum. Die Ungewissheit und zugleich die Gewissheit, dass etwas Schlimmes passieren wird, aber kein Verhaltensplan für diesen Moment vorliegt, prägt die Stimmung im Patientenzimmer.



Frank Henn

Zudem ist der genaue Zeitpunkt des Geschehens unbekannt. Diese Bedingungen schüren soziales Unwohlsein. Wer hat gelernt, mit diesen Gefühlen umzugehen?

In dieser – meist letzten – Phase eines Lebens biete ich, als ein Fremder, Musiktherapie an. Dieses zusätzlich Unbekannte veranlasst gelegentlich Patienten oder deren Angehörige, (sich) vor dem Neuen oder auch einer Überforderung zu schützen.

„Ich/Er/Sie kann kein Instrument spielen.“ „Ich bin/Er/Sie ist total unmusikalisch.“ Bis hin zu: „Da ist ja gar nichts mehr möglich. Er/Sie kann ja nichts mehr.“

Gelingt es mir in diesem ersten Moment der Begegnung Vertrauen, auszustrahlen und zu vergewissern, dass der/die Hauptdarsteller/in nichts zu können braucht, sondern dass ich, auch wenn die Bedingungen schwierig sind, mit einfühlsamer Musik vielleicht ein paar schöne Gedanken beschere, kann die Musiktherapie durchgeführt werden. Dies gelingt in vielen Fällen, jedoch nicht immer. Ich stelle mich vor, ein paar Szenen aus dem Lebenslauf und – in vielen Fällen ganz wichtig – versichere, dass mir die Dramatik der gegebenen Situation, in der wir uns befinden, wohl bekannt ist.

Dank der oben genannten Übergaben und meines kurzen Eindrucks kann ich nun entscheiden, in welcher Form ich die Musiktherapie praktiziere. Lassen die Einschätzungen es zu, beginne ich zu spielen und schaue auf den Brustkorb meines Gegenüber. Ich atme mit dem Patienten parallel im gleichen Rhythmus. Ich stelle mich auf ihn ein. Lässt die Nähe-Distanz-Situation es zu, wird diese Begegnungsform der Maßstab, das musikalische Metrum, für die Musik, die erklingt¹. Der Mensch wird, obwohl reichliche Argumente für niederschmetternde Betrachtungen bestehen, über Impulse verstanden, die es zulassen, ihn auch im konstruktiven Sinne zu erleben. Sein Können ist das zentrale Thema des Geschehens. Der Patient als Dirigent der Musik. Ein Verfahren, das in außerordentlich vielen Fällen für positive Atmosphäre im Zimmer sorgt. Es werden Themen gefunden, die für die Beteiligten etwas haben, das ihnen eine bessere Lebensqualität beschert.

Die Patienten beschreiben, wenn es denn der Zustand noch ermöglicht, gerne ihr persönliches Er-

¹ Empfiehlt die Nähe-Distanz-Situation es nicht, etwa bei Frauen mit Brustkrebs, gehe ich anders vor. Dann wird die Musiktherapie eher ein Konzert.

leben zur Musiktherapie. Dies sind biographische Erinnerungen oder Phantasien.

Gemeinsam ist diesen Äußerungen, dass sie in nahezu allen Fällen (!) als „schön“ beschrieben werden. Angehörige merken, dass Patienten, die „nichts mehr können“ gleichmäßiger und ruhiger atmen oder entspannte Gesichtszüge zeigen.

Wie ist das zu erklären? In den Klängen vom Monochord (einem Saiteninstrument, das aus vielen gleich gestimmten Saiten besteht und mit streichelnden Bewegungen aus einem Surren einen Klangteppich werden lässt) oder der „Panart Hang“ (ebenfalls einem besonderen Klanginstrument, mit einer guten Handvoll wohl aufeinander abgestimmte Töne) werden ästhetische Kontexte entdeckt. Ein „Dies“, d.h. ein Klang und die ihm inne wohnenden Strukturen, werden als ein „Das“, den vom Hörer entwickelten sozialen Begebenheiten, interpretiert.

Die Instrumente und deren Klänge sind Patienten und Angehörigen in der Regel unbekannt. Daher liegt keine Belegung vor. Als Beispiel dazu: Zur Nationalhymne haben wir eine – wie auch immer geartete – Einstellung. Zu Neuem müssen wir erst eine Einstellung entwickeln. Wir suchen dann häufig nach Ähnlichem, um das Erlebte beschreiben zu können. Dieses Ähnliche finden wir in unserer Biographie oder in unserer Phantasie.

Die dem Monochord/der „Panart Hang“ begleitende Struktur hebt Harmonie heraus. Daher, so ist es anzunehmen, werden häufig harmonische Entsprechungen interpretiert. Was nun für einen Hörer die spezielle harmonische Entsprechung ist, darf sein intimes Geheimnis bleiben.

Es ist ein sehr erfüllendes Begleiten, Menschen mit Musiktherapie in diesen Lebenslagen eine Offerte anzureichen, die die Möglichkeit in Aussicht stellt, die Lebensqualität unmittelbar zu verbessern. Dass es in glücklicherweise einigen Fällen soweit geht, dass Menschen – trotz infauster Diagnose – Zufriedenheit äußern und durch Musik ein Muster erhalten, um mit dieser Situation besser umgehen zu können, ist für alle Beteiligten ein Gewinn.

Dr. Frank Henn

Auf dem Bruch 95

51381 Leverkusen

Tel.: 0170 528 88 34

frank.henn@musikcoaching.de

Ehrenamt und Haftung – ein Überblick

Petra O'Brien-Coker

Als ehrenamtlich tätiges Vereinsmitglied kommt es schon mal vor, sich Aufgaben stellen zu müssen, denen man sich nicht gewachsen glaubt.

Mit welchen Konsequenzen muss ich rechnen, wenn ein Betreuer durch meine Tätigkeit ungewollt zu Schaden kommt? Wann muss ich für mein Handeln einstehen? Und muss mein Verein wohlmöglich den von mir verursachten Schaden auf sich nehmen?

Aber auch die Frage, was passiert, wenn ich im Rahmen meiner ehrenamtlichen Tätigkeit selbst einen Schaden erleide, ist berechtigt. Kann ich selbst den Verein in Anspruch nehmen? Gibt es eine gesetzliche oder private Versicherung, die mir helfen kann?

In dieser Ausgabe werden wir uns zunächst mit der Frage beschäftigen, was passieren könnte, wenn ich einen Schaden verursache. Die Angehörigen beauftragen meinen Verein, die Beaufsichtigung und Begleitung des Sterbenden für begrenzte Zeit zu übernehmen. Der Verein hat mich und andere Mitglieder, die sich an der Begleitung Sterbender beteiligen, entsprechend geschult und fortgebildet.

Nun kann es zu unvorhersehbaren Situationen kommen, in denen der Betreute meine Hilfe benötigt. Ich leiste die erforderliche Hilfestellung, wobei es jedoch zu einem nicht beabsichtigten Unfall kommt und der Betreute Schaden erleidet.

Verursacht ein im Auftrag eines Trägers tätiger Ehrenamtlicher einen Schaden bei einer zu betreuenden oder begleitenden Person, so kann zunächst der Träger – also der Verein – gegenüber dem Geschädigten für Personen- und Sachschäden unter bestimmten Voraussetzungen in Anspruch genommen werden.

Zum einen kann der Geschädigte den Verein aus Vertrag in Haftung nehmen, da zwischen dem Verein und den Angehörigen bzw. dem Betreuten ein unentgeltlicher Auftrag besteht. Dabei wird das Verhalten des Betreuers dem Verein zugerechnet.

Zudem kann der Verein auch selbst schadensersatzpflichtig sein, wenn er durch die Auswahl des

Begleiters/der Begleiterin oder der Organisation der Arbeitsabläufe seine Pflichten nicht ausreichend beachtet hat.

Der Geschädigte kann sich auch direkt an den Begleiter/die Begleiterin wenden, wenn dessen Handlung gegen eine Sorgfaltspflicht verstoßen hat.

Meist passiert das unabsichtlich, jedoch kommt es vor, dass ein Helfer gegen eine offensichtliche Pflicht oder sogar gegen ein (Straf)Gesetz verstößt, dann ist in jedem Fall von einer Haftung auszugehen.

Wir behandeln jedoch weder die grobe Fahrlässigkeit noch den Vorsatz, da in der Regel bei verantwortungsbewussten Betreuern beides nicht vorliegen dürfte.

Bei einer Haftung kommt also vor allem darauf an, ob dem Begleiter/der Begleiterin – auf diesen Fall beschränken wir uns – sein Handeln als sorgfaltspflichtwidrig vorgeworfen werden kann. Das ist nämlich immer nur dann der Fall, wenn der Betreuer mindestens fahrlässig gehandelt hat. Fahrlässigkeit liegt vor, wenn er die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen hat.

Um festzustellen, ob Fahrlässigkeit gegeben ist, muss jeder Einzelfall für sich betrachtet werden. Bin ich nicht sicher, ob ich bestimmte Aufgaben übernehmen kann und benötige ich zu ihrer Durchführung Spezialwissen, das mir auch in den Schulungen und Fortbildungen nicht vermittelt wurde, so sollte ich mir bei ihrer Durchführung Unterstützung suchen.

Gibt es keinen Grund an meinen Möglichkeiten zu zweifeln bzw. bin ich auf diesem Gebiet sogar ausgebildet und beruflich erfahren, so kann mir – sollte dennoch ein Unfall passieren – kein Vorwurf ge-



Petra O'Brien-Coker

macht werden. Handelt es sich um Aufgaben, die jeder übernehmen kann, so kann mir ebenfalls kein Vorwurf gemacht werden.

Jedenfalls sollte man sich immer vergegenwärtigen, dass es Unfälle gibt, die unvermeidbar sind, also auch einem geschulten Betreuer passieren können. Es ist nämlich nicht möglich, sämtliche Eventualitäten, die zu einem Unfall führen könnten, auszuschließen. Auch in so einem Fall kann und darf mir kein Vorwurf gemacht werden.

Nicht zu vergessen ist aber auch der Grundsatz, dass unsere Rechtsordnung eine unterlassene Handlung ebenfalls missbilligt, soweit diese zu einem Schaden führen könnte. Im Ergebnis stehe ich also in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Verbot und dem Gebot Hilfestellung zu leisten. Meist reicht der gesunde Menschenverstand aus, die richtige Wahl von mehreren akzeptablen Möglichkeiten zu treffen.

In Fall eines fahrlässig und auch grob fahrlässig herbeigeführten Schaden kommt im Regelfall die private Haftpflichtversicherung des Betreuers auf. Man sollte sich aber vergewissern, dass die Schadensregulierung bei der Tätigkeit im Ehrenamt nicht vertraglich ausgeschlossen wurde.

Im Idealfall wurde im Versicherungsvertrag der Schadensfalls, der mit einer Tätigkeit im Ehrenamt zusammen hängt, ausdrücklich in den Versicherungsschutz mit einbezogen.

Die Privathaftpflichtversicherung greift jedoch nur, wenn der Betreuende im Verein kein leitendes Amt bekleidet. Für Vorstandsmitglieder ist es daher ratsam, eine gesonderte Haftpflichtversicherung für ihre Tätigkeit abzuschließen. Die Versicherungen bieten entsprechende Policen an.

Ich konnte die Problematik an dieser Stelle aufgrund der möglichen Fallkonstellationen nur grob umreißen.

Ob eine Haftung tatsächlich gegeben ist, muss am Einzelfall selbst geprüft werden. Daher ist es wichtig, sich für ein spezielles Problem – sei es aus berechtigter Besorgnis oder eines bereits bestehenden Schadenfalles – Rat bei einem Rechtsanwalt einzuholen.

Das Engagement der ehrenamtlich Tätigen ist für das Funktionieren unserer Gesellschaft lebenswichtig. Sowohl der Gesetzgeber als auch die Rechtsprechung wissen darum.

Petra O'Brien-Coker

Rechtsanwältin

Niederwall 18

33602 Bielefeld

Tel.: 05 21 - 55 77 44 -0

Fax: 05 21 - 55 77 44 -19

E-Mail: pmbrien@yahoo.de

Fang schon mal mit dem Essen an

Jens Flintrop

Was bedauern Sterbende rückblickend in ihrem Leben am meisten? Eine australische Palliativpflegerin hat eine Liste erstellt mit fünf Dingen.

„Da draußen brauchen sie mich jetzt, die Situation wird unterschätzt – und vielleicht hängt unser Leben davon ab“, erklärt Sänger Tim Bendzko seiner Liebe, warum es abends wieder einmal später wird als vereinbart. Er müsse jetzt unbedingt noch die inzwischen berühmten 148 Mails checken und, ach ja, auch noch kurz die Welt retten.

Wem kommt diese Szene nicht vertraut vor? Kurz vor dem eigentlichen Feierabend noch schnell der Anruf zu Hause: „Irgendwie bin ich spät dran. Fang schon mal mit dem Essen an“, wie der junge Barde es ausdrückt. Und dann: „Du fragst wieso weshalb warum, ich sag, wer sowas fragt, ist dumm!“ Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen kennen das Gefühl besonders gut, gerade heute Abend unabkömmlich und unersetzlich zu sein. Und auch das manchmal fehlende Verständnis des Partners für eine weitere (unbezahlte) Überstunde ist ihnen nicht fremd. „Du scheinst wohl nicht zu wissen, was ich tu“ (Bendzko).

Aber darf man die Einwände des Partners einfach so vom Tisch wischen? Keine Frage: Die eine oder andere Tätigkeit, die, wenn schon nicht die Welt retten, so doch immerhin den Tag für einen sterbenden Menschen ein kleines Stück schöner machen könnte, wartet immer. Aber muss diese Aufgabe, dieser Akt der Nächstenliebe, unbedingt noch heute und unbedingt von mir erledigt werden? Haben nicht auch der Partner, die Familie, gute Freunde ein Recht auf Zeit?

Es macht durchaus Sinn, sich diese Fragen täglich zu stellen – und dann ab und an auch einmal nach Hause zu fahren. Zu diesem Ergebnis kommt zumindest, wer sich die fünf häufigsten unerfüllbaren Wünsche an die Vergangenheit anschaut, die Menschen auf dem Sterbebett äußern. Zusammengetragen hat sie die Australierin Bronnie Ware, die viele Jahre als Krankenschwester in der Palliativpflege tätig war. Sie kümmerte sich um Menschen, die zu Hause sterben wollten. Aus den vielen Gesprächen in dieser Zeit entstand zunächst der Inter-

netblog „Inspiration and Chai“ (www.inspirationandchai.com), den Menschen auf der ganzen Welt verfolgen. Später schrieb sie das Buch „Top Five Regrets of the Dying“.



Jens Flintrop

„Ich wünschte, ich hätte nicht so viel gearbeitet“, steht an zweiter Stelle dieser nicht repräsentativen Top-Fünf-Liste der Dinge, die Sterbende am meisten bedauern. Vielleicht ist man ja manchmal doch nicht ganz so unersetzlich, wie man glauben mag? Jedenfalls äußern vor allem viele Männer auf dem Sterbebett das Gefühl, ihr Leben lang zu viel gearbeitet und zu wenig gelebt zu haben. Ändern lässt sich das dann freilich nicht mehr.

„Ich wünschte, ich hätte den Mut aufgebracht, meine Gefühle zu zeigen“, ist an dritter Stelle der unerfüllbaren Wünsche platziert. Ganz offensichtlich neigen wir Menschen dazu, unsere Gefühle zu unterdrücken – aus Angst vor seelischen Verletzungen, aber sicher auch des lieben Friedens willen.

Das Gefühl, das Bronnie Ware auf Platz vier platziert, hat wohl auch bereits jeden 40-Jährigen mindestens eine schlaflose Nacht in seinem Leben gekostet: „Ich wünschte, ich wäre mit meinen Freunden in Kontakt geblieben“, heißt es dort – „aber das Leben kam dazwischen“, möchte man spontan ergänzen.

Weniger eingängig ist die Nummer fünf auf der Liste: „Ich wünschte, ich hätte mir erlaubt, glücklicher zu sein.“ Viele Menschen gelangen demnach in ihren letzten Tagen zu der Erkenntnis, dass sie sich zu lange mit vorgegebenen Rollen und vermeintlich bewährten Gewohnheiten abgefunden haben. Dabei ist so mancher Traum auf der Strecke geblieben.

Dazu passt Platz Eins der Top Fünf der „Regrets of the Dying“: „Ich wünschte, ich hätte den Mut aufgebracht, ein Leben getreu mir selbst zu führen –

anstatt eines, das andere von mir erwarteten.“ Einen Menschen zu finden, der diesen Wunsch in seinen letzten Stunden nicht mittragen würde, dürfte schwierig sein.

Jens Flintrop
Deutsches Ärzteblatt
Ottostraße 12, 50859 Köln
Tel.: 0 22 34 - 70 11-103
Fax: 0 22 34 - 70 11-143
E-Mail: flintrop@aerzteblatt.de

„Wunsch-Ambulanz“ – Der letzte Ausflug des Lebens

Manuel Heckel, dpa

renamtlichen Helfer der ‚Wunsch-Ambulanz‘ der israelischen Hilfsorganisation Magen David Adom, ähnlich dem Roten Kreuz.

Einmal noch die Familie sehen, an der Klage-mauer beten oder das Meer spüren: Ein spezieller Krankenwagen ermöglicht todkranken Patienten in Israel einen letzten Ausflug. Die Angehörigen sind begeistert – bei manchen Medizinerinnen stößt die ‚Wunsch-Ambulanz‘ auf Widerstände.

Es ist das letzte Familienfest gemeinsam mit der Mutter: Eng drängen sich Kinder, Enkelkinder, Nichten und Neffen um die Krankentrage, auf der die 70-jährige Leah Bouaron festgeschnallt ist. Sie ist angeschlossen an Sauerstoff und EKG, immer umringt von Verwandten, die ihr die Hand halten. „Sprechen konnte sie schon nicht mehr, aber ich wusste: Sie ist glücklich“, erinnert sich Tochter Hodaja Bouaron und zeigt Bilder von dem Ereignis. Zwei Wochen nach dem Fest stirbt Leah Bouaron an ihren schweren Herzproblemen im Krankenhaus.

„Wir haben gleichzeitig gelacht und geweint, es waren ganz besondere Stunden für die Familie“, sagt Bouaron. Auch mehr als ein Jahr nach dem Treffen ist die 30-Jährige fast zu Tränen gerührt, wenn sie an das Fest zurückdenkt. Den letzten Ausflug ihrer Mutter möglich gemacht hatten die eh-

Ein letztes Mal aus dem Krankenhaus an die Klage-mauer, aus dem Pflegeheim zu einem Familienfest oder von Zuhause in den Zoo: „Jeder Wunsch ist eine ganz neue Herausforderung“, sagt Izik Levy, der das Projekt für Magen David Adom koordiniert. Die Idee dazu hatte eine Kollegin, die von einer ähnlichen Aktion in ihrem Heimatland, den Niederlanden, gehört hatte.

In Israel steht für diese Wünsche in Kirijat Ono, einem Vorort von Tel Aviv, ein spezieller Krankenwagen bereit. 300 000 Euro hat das gelb-rote Fahrzeug gekostet, 200 000 Euro davon waren eine Spende einer jüdischen Ärztin aus Schweden. Gebaut wurde es in Deutschland, speziell nach den Wünschen der Initiatoren. Die Ausrüstung erlaubt es, einen schwerstkranken Patienten wenn nötig einen ganzen Tag lang wie auf einer Intensivstation zu versorgen.

Darüber hinaus hat der Wagen einige Besonderheiten, um möglichst alle Wünsche erfüllen zu können. Für einen letzten Ausflug an den Strand ist ein Rollstuhl mit extra dicken Gummireifen an Bord. Auf einen großen Bildschirm überträgt eine Kamera Bilder von draußen. „Der Patient soll alles mitbekommen, was um ihn herum passiert“,



Die Wunsch-Ambulanz – der spezielle Krankenwagen der Organisation Magen David Adam

sagt Levy. Und im Innenraum gibt es gleich zwei Kühlfächer: „Eins für Medikamente und eins für Essen – etwa für ein Picknick am Strand.“

Etwa 100 Mal ist die ‚Wunsch-Ambulanz‘ von Magen David Adom in den vergangenen eineinhalb Jahren ausgerückt. Gerne würde Levy die Zahl der Fahrten ausbauen. Aber noch sind viele Ärzte skeptisch. Viele Mediziner wollen den Patienten nicht aus seinem gewohnten Klinikrhythmus herausreißen. „Außerdem geht es natürlich immer darum, wer die Verantwortung übernimmt“, sagt der 65-Jährige.

Auch die Familie von Leah Bouaron musste sich durchsetzen, um ihrer Mutter den Ausflug zu ermöglichen: „Die Ärzte im Krankenhaus waren strikt dagegen, aber wir haben dafür gekämpft, sie noch einmal nach Hause zu holen“, sagt Bouaron.

Vor jeder Fahrt überprüft ein Team von Rettungsassistenten und Ärzten jeden Fall genau – und gibt erst dann grünes Licht für den Wunsch. Wichtige Bedingung: Der Patient, so schwer krank er auch ist, muss bei Bewusstsein sein. „Wir machen die Fahrt für den Patienten, nicht für die Familie“, be-

tont Koordinator Levy. Die meisten Gäste der ‚Wunsch-Ambulanz‘ leiden an Lungenkrankheiten, Krebs oder chronischen Erkrankungen der inneren Organe.

Drei Helfer von Magen David Adom sind dann bei jeder Fahrt mit dabei. Wie alle Beteiligten, vom Fahrer bis zum Koordinator, arbeiten sie ehrenamtlich für die ‚Wunsch-Ambulanz‘. „Magen David Adom zahlt nur für die Versicherung und das Benzin“, sagt Levy. Daher können die Wünsche kostenlos erfüllt werden. Bouaron ist den Helfern, mit denen sie immer noch in Kontakt steht, zutiefst dankbar: „Es sind ganz besondere Menschen.“

Manuel Heckel

Freier Journalist für Politik und Wirtschaft
manuelheckel@web.de

Ein Wunsch, den wir gern erfüllen

Sr. Birgitt Brünken

Oft werden wir gefragt, ob wir auch Wünsche erfüllen und was sich unsere Gäste so wünschen. Es sind in der Regel keine großen Wünsche, die unsere Schwerkranken und sterbenden Gäste haben, es sind die kleinen Dinge, die wichtig sind, wie zum Beispiel das Stück Kuchen am Nachmittag, der frische Fisch vom Markt, die Tageszeitung am Morgen oder bei schönem Wetter in den Garten gehen. Wir fragen unsere Gäste immer, was sie sich noch wünschen und was ihnen besonders wichtig ist. Wenn es möglich ist, erfüllen wir die Wünsche.

So begleiteten wir einen 60-jährigen Gast. Er war an einem bösartigen Tumor erkrankt und der Zustand war sehr schlecht. Er war bettlägerig und ständig auf Hilfe angewiesen. Neun Monate zuvor hatte er seine Frau durch Krebs verloren. Sein einziger Wunsch war es, seine Tochter noch einmal zu sehen. Da aber lag das Problem. Die Tochter lebte in Kroatien und war im achten Monat mit ihren Zwillingen schwanger. Sie konnte nicht zu ihm kommen. Hier in Deutschland hatte er keine Angehörigen, bekam aber regelmäßig Besuch von seinen Arbeitskollegen. Diese hatten sich einen Besuchsplan erstellt, sodass er jeden Tag Besuch bekam. Zusätzlich wurde ein ehrenamtlicher Begleiter eingesetzt. Auch ihm gegenüber äußerte er immer wieder den Wunsch, seine Tochter sehen zu wollen. Zusammen überlegten wir, wie wir seinen Wunsch erfüllen könnten, fanden aber keine Lösung. Seine Arbeitskollegen fragten uns, was sie ihm mitbringen könnten und womit sie ihm eine Freude machen könnten.

Ihnen erzählten wir von seinem großen Wunsch. Ungefähr drei Tage später rief die Firmenleitung bei uns an. Die Kollegen hatten dort den Wunsch vorgetragen und die Firma hatte eine Lösung gefunden. Wenn wir damit einverstanden wären.

Und ob wir einverstanden waren. Die Firma hatte in München ein Flugzeug mit einem Arzt und einem Pfleger an Bord gechartert. Diese Maschine landete auf Laarbruch. Der Gast wurde mit einem

Krankenwagen der Firma von uns nach Laarbruch gebracht und flog von dort aus nach Kroatien. Die Kosten für den Transport wurden komplett von der Firma übernommen.

Dort hat er die Geburt seiner Enkelkinder mit erlebt. Vier Wochen später verstarb er im Beisein seiner Tochter im Krankenhaus. Es sind Geschichten wie diese, die uns immer wieder zeigen, wie schön und bereichernd unsere Arbeit ist.

Hospiz Kevelaer-Wetten

Sr. Birgitt Brünken

Hauptstraße 4-6

47625 Kevelaer

info@hospiz-kevelaer.de

Noch einmal auf die Reeperbahn – Erinnerungen an 20 Jahre stationäre Hospizarbeit

Sibilla und Jo Brombach

Wer sein Lebensende bald kommen sieht, erlebt die Endgültigkeit eines letzten Wunsches als unaufschiebbar. Sich selbst oder jemand anderem einen letzten Wunsch zu erfüllen, hat etwas Verpflichtendes. Ihn auszuschlagen oder unerfüllt zu lassen, hat daher den Beigeschmack von Ehrfurchtslosem. Dennoch gehen wohl die meisten Wünsche leer aus. Sie werden nicht wahrgenommen. Sie zu äußern wurde nicht gelernt und von anderen nicht ermutigt und als unerfüllbar ausgeblendet. Weil sie lästig oder peinlich sind, bleiben sie stumm. Hilfloze Helfer ducken sich, wenn sie sich von einer Erwartung überfordert fühlen. Bei der Frage: „Gibt es eine innere Haltung, die es dem Begleiter erleichtert, letzte Wünsche zu gewähren?“ haben wir versucht, uns leiten zu lassen von dem Bild der Schatzsuche: Wenn ein Kranker an der Hospizpforte zu uns gebracht wird, machen wir uns gleich klar: Da kommt nicht ein Pflegefall ins Haus, sondern: Da kommt ein Schatz. Diese Frau, dieser Mann ist uns in Vielem weit voraus. Sie wird uns eine Bereicherung sein durch ihr individuelles Naturell, durch seine Mentalität, durch ihre Lebenserfahrung, seine Weisheit und seinen Humor und durch die Fähigkeit, mit dem Leid kämpfen zu können. In diesem einzigartigen Menschen einen wertvollen Schatz zu entdecken, macht es leichter, ihm Wertschätzung zeigen zu können, lässt Findigkeit erwachen, seine Bedürfnisse und Wünsche zu erspüren – und viel öfter zu erfüllen, als er es selbst glauben möchte.

In den mehr als zwanzig Jahren der Begleitung Sterbenskranker im Hospiz in Lohmar-Deesem haben wir uns allerdings auch oft hilflos erlebt, letzte Wünsche zwar zu spüren, aber nicht erfüllen zu können. Was tun, wenn Frau Michel inständig darum bittet, sie von körperlichem und seelischem Leiden heute noch zu erlösen? Zeit und Zuwendung schenken, Schmerzlinderung und Dasein gewähren, Mitgefühl und Hilflosigkeit aushalten, helfen ein wenig. Töten? Das wäre eigentlich ihr letzter Wunsch. So schillernd vielseitig unsere Gäste sind in ihrer Art, so unterschiedlich sind natürlich auch ihre Wünsche. Hier seien nun einige naheliegende kleine und ungewöhnliche letzte Wünsche mitgeteilt.

„Die letzte Tüte“: Bruno, ein Mann der Straße, – er bezeichnete sich gerne als „Der Eintagsmensch“, weil er seine Lebens- und Alltagsplanung auf jeweils nur einen Tag reduziert hat – wünschte sich als Abschiedsblumenstrauß ein Bündel Hanf und eine Tüte Hasch. Bruno war dankbar für den schmerzlindernden Effekt des Präparats und die beseligende Wirkung der Inhalation.



Sibilla Brombach

„Reibekuchen in der Nacht“: Obwohl Magen und Darm schon längst ihren Dienst verweigerten, lechzte Frau Seewald noch ein letztes Mal nach einem knusprig-krossen Kartoffel-Reibekuchen mit süßem Apfelkraut. In der Pfanne serviert, damit nichts vom Duft verloren ging, schnupperte sie mit hörbarem Genuss zu nächtlicher Stunde.



Jo Brombach

„Stille und ganz allein“: Von keiner Tröstung, keiner Berührung, keinem Mitleid, keiner meditativen Klang-CD und keiner Anwesenheit eines anderen gestört zu werden, war der Wunsch von Frau Linde, in Stille und ganz bei sich zu sein, hinüber gehen zu dürfen.

„Gebete zum Geleit“: Hin und wieder bitten Angehörige oder auch der Gast darum, die Sterbe-Sakramente zu empfangen. Sehr oft wird dem letzten Wunsch des Kranken entsprechend zu Lebzeiten oder nach dem Tode im Sterbezimmer eine Abschiedsfeier mit Familie, Freunden und Nachbarn gehalten.

„Der Duft von Marlboro“: Schließlich kam der Tag, an dem Peter die Zigarette selbst nicht mehr halten und er Luft nicht mehr aktiv einziehen konnte. Seine Augen, seine zugespitzten Lippen baten wortlos um nur noch Eines: „Blase mir bitte noch

einmal den Rauch meiner Marlboro in meinen Mund.“ Am nächsten Tag konnte er die Bitte nicht mehr äußern.

„Dä kleene Möpp“: Beim Auszug aus ihrer Wohnung hatte Frau Schnell ihren geliebten Terrier an Nachbarn abgegeben. Das war ihr das Allerschwerste beim Abschiednehmen. Wie glücklich war sie, im Hospiz den dortigen Haushund und munteren Gesellen Shanti knuddeln zu können. Bis in die letzten Stunden war er ihr Tröster. Wir warteten auf ihren letzten Atemzug. Da öffnete sie die Augen und fragte: „Wo is dann dä kleene Möpp?“

„Heimreise nach Oujda“: El-Mokthar, ein vereinsamter und mittelloser Gastarbeiter (43) aus Köln, getrennt von seiner Familie in Oujda, Marokko, hatte den tiefen Wunsch, zu Hause im Kreise der Familie, getragen von den Sterberiten seiner Religion, zu sterben und dort beerdigt zu werden. Durch einen Spendenaufruf im Kölner Express flossen in wenigen Tagen mehr als 38.000 DM zusammen. Die Fluggesellschaft ließ eine Krankenschwester und zwei Ehrenamtliche kostenlos mitfliegen.

„In Hamburg auf der Reeperbahn“: Einmal noch seine alten Rotweinkumpel wiedersehen! Der Pflegedienstleiter und einer der Zivis starteten mit Paul im PKW übers Wochenende nach Hamburg. Groß war die Enttäuschung, als nach langer Suche in Kneipen und an schummerigen Ecken die erhofften Kameraden von früher nicht mehr auffindbar waren. Jedoch, die Tour durfte nicht umsonst sein. So freute sich Paul über seine spontane Idee und die Möglichkeit, eine Peepshow zu besuchen. Mit dankbarem und verschmitztem Schmunzeln wieder in Deesem zurück, blieben ihm nur noch fünf Tage.

„Versöhnung zelebriert“: Die Folgen eines langjährigen Alkoholismus hatten nicht nur das Gesicht des krebserkrankten Mannes verunstaltet, sondern auch seine Familie zerstört. Umso dringlicher war sein Wunsch, auf einem Täfelchen mühsam notiert, vor seinem Ende mit seiner Tochter sich versöhnen zu wollen. Alle Bemühungen, die Tochter zu einem Besuch ihres Vaters zu ermutigen, schlugen zunächst fehl. Mit viel Überwindung schließlich brachte sie den Mut auf, ihn sprachlos anzuschauen. Bei einem weiteren Besuch entdeckte sie auf dem Nachttisch liegend ein paar Zettel

mit Gedichten ihres Vaters. Gerührt las sie darin Empfindungen, die sie bei ihm, dem Trinker, nie erlebt hatte. Sie selbst hatte sich auch seit einiger Zeit getraut, ihre Gefühle in Gedichten zum Ausdruck zu bringen. Mit einem Mal entdeckte sie eine wesentliche Gemeinsamkeit mit dem, der ihr so viel Leid zugefügt hatte. „Habe ich diese wertvolle Begabung von diesem meinem Vater?“ – ging ihr durch den Sinn. In einem der letzten Besuche gelang ihr, über diese Begegnung in Gedichten sich mit dem Vater und er mit ihr in einem Ritual zu versöhnen. Jeder der Beiden hielt ein Glas Wein in Händen, und mit der Gewissheit, es wird nun nie mehr Alkohol ihre Beziehung zerstören, konnten beide sich eine gute Zukunft wünschen. Die Tochter hat auf dem Friedhof vor vielen Menschen die Trauerfeier gestaltet und die Abschiedsansprache gehalten.

„Der Besuch der jungen Dame“: Elementare Bedürfnisse wie Essen und Trinken, Lachen und Scherzen verliert der Mensch bis zuletzt nicht – auch manchmal nicht den Wunsch nach körperlicher Nähe in erotischem und sexuellem Erleben. So ist der Wunsch von Herrn Sören nach körperlich-seelischer Beglückung im Bett naturgemäß ebenso zu achten. Wir fanden eine seriöse Dame aus der Stadt, die ihm den gewünschten Liebesdienst erwies, gewiss eine Sterbe- oder Lebensbegleitung der besonderen Art. Wertschätzung macht's möglich.

„Stark in der Hoffnung“: Mit 21 Jahren bei einem Verkehrsunfall so schlimm verunglücken, dass der Körper von Hals bis Fuß nach allen Bemühungen der Reha völlig unbeweglich bleibt, jedoch bei klarem Bewusstsein ohne mit Worten dennoch eindeutig durch mimische Zeichen kommunizieren zu können, ist das Schicksal des jungen Mannes Mighuel. Nach intensiver Prüfung seiner Lebensmöglichkeiten kommt er zu der unwiderruflichen Entscheidung: „So will ich nicht dreißig Jahre oder länger leben. Bitte erfüllt mir den Wunsch, Nahrung und Flüssigkeit über Sonden sehr bald einzustellen.“ Für uns alle, die an der Entscheidungsfindung beteiligt waren, ist die Suche nach dem Sinn und Widersinn seines Schicksals und sein Ringen in der inneren Auseinandersetzung – soll ich, soll ich nicht – eine besonders erschütternde Herausforderung gewesen. Seine Familie und wir in seiner Begleitung erhielten jedoch in diesem Ringen von dem jungen Gast selbst die größte

Unterstützung. Ihn bewog und trug die feste Überzeugung und die Sehnsucht, seinen kleinen Bruder, der einige Jahre vor ihm tödlich verunglückte, wieder sehen und erleben zu können. Er war unumstößlich überzeugt, mit seinem Bruder bald eine neue Zukunft ohne Fesseln beginnen zu können. Am 12. Tag nach Einstellung der Ernährung war sein letzter Wunsch erfüllt.

„All I need is love“: Tief schwarz, im Senegal geboren, auf allen bedeutenden Brettern dieser Welt gefeiert, kam James zu uns. Noch erkannte man in ihm einen stattlichen, hoch gewachsenen Mann; er war sich seiner Ausstrahlung als erfolgreicher Entertainer voll bewusst. So konnte er als einen seiner letzten Wünsche genießen, im riesigen weißen Schaumbad in der Wanne zu liegen, seine großen Augen strahlen und den Kranz der weißen Zähne blinken zu lassen. Seine Stimmung war angeregt von Jazz. In der Rechten hielt er ein Glas Cham-

pagner, in der Linken einen Joint. Dabei fühlte er sich offenkundig wie König Salomon im Bade. Er genoss es, dass wir ihn genossen. Bald darauf kommt ihm der Tod entgegen. Mit schwacher Stimme bat er zum letzten Male um Speisen. Frisches Gemüse hatte er sich gewünscht. Aber er wies es mit großer Geste zurück: No! Dann wünschte er sich Kartoffel in feiner Sauce. Auch diese verschmähte er: No! Schließlich verweigerte er das gewünschte Rinder-Steak. Irritiert zunächst verstanden wir James erst mit seiner Botschaft, als er uns zuhauchte: „All I need is love“. Wie er bis in seine letzte Stunde als jemand, der sich in Szene zu setzen wusste, seine Würde zelebrieren und mit sich authentisch bleiben kann, erlebten wir so: Er lag auf seinem Bett und bat mit allerletztem Wunsch: „Please, a big candle“. Dann umfasste er mit seiner Rechten die große leuchtende Kerze, und mit der Linken nahm er Sibillas Hand und sprach kaum vernehmbar: Sibbel, pray, I go!“, lehnte sich zurück und starb.

Sibilla und Jo Brombach

brombach@elisabeth-hospiz.de

www.elisabeth-hospiz.de

Sibilla und Jo Brombach sind die Gründer des Elisabeth-Hospizes in Lohmar-Deesem; sie leiteten das Haus 15 Jahre lang. (Die Namen der im Text genannten Personen wurden geändert.)

Kinderwünsche

Claudia Tekampe



Claudia Tekampe

Der Malteser Kinder- und Jugendhospizdienst Dortmund unterstützt seit 2006 Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen und ihre Familien im Großraum Dortmund. Dabei werden sowohl kranke Kinder als auch deren gesunde Geschwisterkinder, die durch die familiäre Situation ebenfalls erheblich belastet sind, begleitet.

Derzeit werden elf Familien durch qualifizierte Ehrenamtliche in der häuslichen Umgebung betreut und unterstützt. Anders als im Hospizdienst für Erwachsene werden die Familien im Malteser Kinder- und Jugendhospizdienst häufig über viele Monate bis Jahre begleitet. Wünsche, die unseren Ehrenamtlichen und uns gegenüber geäußert werden, sind häufig eher die „Kleinigkeiten“, die im Alltag der Familie nicht selbstverständlich sind und daher für die Kinder selbst eine große Bedeutung haben.

Sven (9 Jahre) leidet an einer Stoffwechselerkrankung. Um sich trotz des fortschreitenden Verlustes seiner Fähigkeiten noch selbstständig fortbewegen zu können, soll er einen neuen Rollstuhl erhalten. Sein Wunsch ist es, dass der Rollstuhl nicht langweilig grau ist. Die Räder sollen bunt und mit schönen Motiven verziert sein. Da dies die Krankenkasse nicht bezahlt, wird nach einem Spender gesucht, der die Kosten für diesen Wunsch übernimmt. Durch seine Stoffwechselerkrankung verschlechtert sich Svens Zustand jedoch sehr schnell, so dass weder der Rollstuhl noch die bunten Räder rechtzeitig organisiert werden können. Sven verstirbt, bevor wir ihm seinen Wunsch erfüllen können.

Laura (15 Jahre) ist anfangs eher skeptisch, als sie von unserem Dienst hört. Dass jemand regelmäßig zu ihr kommen soll, der Zeit für sie hat und damit der Mutter die Möglichkeit gibt, wieder mehr arbeiten zu können, ist ihr erst einmal zu blöd. Es ist doch für ein 15-jähriges Mädchen albern, eine „Oma“ als „Aufpasserin“ zu bekommen. Aber nach ein paar Treffen entdecken Frau M. aus unse-

rem Team der Ehrenamtlichen und Laura ihre gemeinsame Vorliebe für das Kochen und Backen. Jetzt freut sie sich auf die Treffen und wünscht sich immer wieder neue Kuchen, Torten und Gerichte, die sie gemeinsam backen und kochen. Für solche gemeinsamen Aktivitäten fehlt ihrer Mutter, die alleinerziehend ist und durch die Erkrankung ihrer Tochter bereits um ihren Job bangen musste, die Zeit. Zeit und Zuwendung, die ihr jedoch Frau M. geben kann, um die Mutter zu entlasten.

Armin (4 Jahre) kann sich aufgrund einer zerebralen Bewegungsstörung nicht koordiniert bewegen und hat keinen Hustenreflex. Seine Mutter ist durch die ständige Bereitschaft und Pflege ihres Sohnes sehr belastet. Die beiden Schwestern von Armin werden durch unseren Hospizdienst bereits von zwei Ehrenamtlichen begleitet. Eine dieser Ehrenamtlichen fragte mich, ob wir die Möglichkeit hätten, weitere Entlastung für die Mutter anzubieten. Sie spürte die Überlastung der Mutter und merkte, dass diese sich durch die Fürsorge um ihren Sohn selbst vergessen hatte und an ihre Grenzen stieß. Diese Entlastung für die Mutter konnten wir durch den Einsatz einer weiteren Ehrenamtlichen, die sich zwei bis drei Stunden in der Woche um Armin kümmert, schaffen. Auch wenn dies für Außenstehende nur eine lächerlich kurze Zeit zu sein scheint, bedeuten diese zwei bis drei Stunden für die Mutter verbindlich planbare, freie Zeit, in der sie sich um sich selbst kümmern und durchatmen kann. Und auch für Armin bedeuten die Besuche der Ehrenamtlichen Abwechslung. Frau E., die Armin begleitet, setzt sich mit ihm hin und liest ihm Geschichten aus Bilderbüchern vor. Armin strahlt dabei eine tiefe Zufriedenheit aus und ist sehr entspannt und ruhig.

Familie S. wünschte sich für ihre beiden Töchter, die an einer Stoffwechselstörung leiden und deshalb im Rollstuhl sitzen, eine Rampe, damit sie die Möglichkeit haben gemeinsam den Garten hinter dem Haus zu nutzen. Dieser Wunsch wurde an unseren Hospizdienst herangetragen. Nach vielen Telefonaten, Anfragen bei Firmen und Spendern wurde auch über das Netzwerk der Malteser eine Möglichkeit gefunden, diesen Wunsch zu erfüllen. Viele fleißige Hände halfen mit, Anträge zu stellen

und den Balkon der Familie so umzubauen, dass von dort eine Rampe in den Garten führen kann. Jetzt können die Eltern mit ihren Kindern bei schönem Wetter den Garten genießen und haben ein gutes Stück Lebensqualität zurück gewonnen.

Michael (1,5 Jahre) ist durch eine spinale Muskelatrophie nicht in der Lage, sich zu bewegen. Vom Kopf an abwärts hat sein kleiner Körper keine Muskelspannung. Sein sechs Wochen alter Bruder ist gesund. Seine Mutter würde gerne mit beiden Kindern spazieren gehen. Doch da Michael dafür in einem Spezialrollstuhl sitzen muss und die Mutter nicht zwei Wagen gleichzeitig schieben kann, ist ihr dies alleine nicht möglich. Frau L., die Ehrenamtliche unseres Dienstes möchte der Mutter diesen Wunsch gerne erfüllen. Doch das Wetter ist im Dezember und Januar zu schlecht, und die Gefahr einer Erkältung ist dann für Michael zu hoch. Deshalb muss die Erfüllung dieses Wunsches erst einmal verschoben werden. Anfang Februar verstirbt Michael an einer Erkältung, bevor Frau L. gemeinsam mit der Mutter und den Kindern einen Spaziergang unternehmen kann. Frau L. bedauert es sehr, ist gleichzeitig aber erleichtert, dass die Erkältung, die zum Tod von Michael geführt hat, nicht durch einen gemeinsamen Spaziergang verursacht wurde.



Anita (11Jahre) malt sehr gerne. Sie kann aber nach einer Impfreaktion und einer dadurch ausgelösten motorischen und sensorischen Neuropathie ihre Hände nicht mehr gut bewegen. Gemeinsam mit der Ehrenamtlichen Fr. B., die Anita bereits seit einigen Monaten regelmäßig besucht, möchte sie nun ein Bild malen. Frau B. nutzt die vorhandenen Möglichkeiten von Anita und so gelingt es beiden gemeinsam, ein schönes Bild zu gestalten. Sowohl Anita als auch Frau B. hatten dabei viel Spaß und das Ergebnis kann sich sehen lassen.

Die Erfüllung dieser und vieler weiterer kleiner Wünsche sind für die Kinder und ihre Familien große Geschenke. Dank der einfühlsamen Arbeit unserer ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter öffnen sich die Familien und finden dadurch Raum, ihre Wünsche zu äußern. Aber auch bei Kindern, die nicht sprechen können, gelingt es den Ehrenamtlichen immer wieder, Wünsche zu erkennen und nach Möglichkeit umzusetzen.

Claudia Tekampe

Koordinatorin
Malteser Kinder- & Jugendhospizdienst
Amalienstr. 21
44137 Dortmund
Tel: 02 31 - 8 63 29 02
claudia.tekampe@malteser.org;
www.kinderhospizdienst-dortmund.de

(Die Namen der im Text genannten Personen wurden geändert.)

Veröffentlichungen



Julia Schäfer
**Tod und Trauerrituale
 in der modernen Gesellschaft**
 ibidem-Verlag, 2011
 € 24,90

In dieser zweiten, aktualisierten und erweiterten Ausgabe thematisiert die Autorin den Wandel im Umgang mit Tod, Trauer und Toten in unserer Gesellschaft. Die individuellen Aspekte der Trauer werden ebenso beleuchtet wie die Frage nach Ein-

bettung von Trauer in unsere Gesellschaft. Gegliedert ist das Buch in vier Kapitel, die überschrieben sind mit ‚Die These der gesellschaftlichen Verdrängung des Todes‘, ‚Trauer zwischen Normierung und Individualisierung‘, ‚Brauchbare Trauerrituale?‘ und ‚Trauer(t)raum und Trauerzeit(en)‘. In der Schlussbetrachtung wird dargestellt, dass sich ein Wandel nicht nur durch öffentliche Debatten und Veränderungswünsche Einzelner vollzieht, sondern mit ausreichender Zeit auch ganz von selbst.

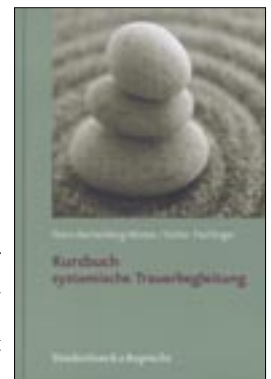


Gian Domenico Borasio
Über das Sterben
 Was wir wissen Was wir tun können
 Wie wir uns darauf einstellen
 C.H. Beck, 2012
 € 17,95

Es gibt inzwischen viele Bücher ‚über das Sterben‘. Borasio stellt in seinem Buch fest, dass es dennoch immer noch Wissensdefizite gibt. Diesen versucht er, auf der Basis der aktuellen Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung, der eigenen Erfahrungen sowie der wissenschaftlichen Zusammenhänge zu bege-

gen. Dazu greift er u.a. Themen auf wie ‚Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung‘ oder ‚Sterbehilfe‘. Er beschreibt die Formen der Versorgung und setzt sich kritisch mit Schlagwörtern wie ‚Verhungern und Verdursten‘ auseinander. Auch macht er noch einmal deutlich, wie wichtig und unersetzlich die Kommunikation zwischen allen Beteiligten ist. Bei seinen Ausführungen nimmt er u.a. kritisch Stellung zu Strukturen und Wahrnehmungen auf eine persönliche, aber dabei durchaus sachliche Weise.

Petra Rechenberg-Winter,
 Esther Fischinger
Kursbuch
 Systemische Trauerbegleitung
 Vandenhoeck & Ruprecht, 2010
 € 39,95



Die Autorinnen haben sich in dieser Publikation intensiv mit ‚Trauer‘ und ‚Trauerbegleitung‘ auf der Basis systemischen Denkens auseinandergesetzt und richten sich damit an Fachkräfte und Interessierte, die sich in diesem Kontext weiterqualifizieren möchten. Neben der Begriffsklärung (‚System‘ und ‚Trauer‘) nehmen sie sich der verschiedenen Themenfelder der Trauerbegleitung an. Dabei beschreiben sie z.B. Trauer und Trauerbegleitung an den verschiedenen Stationen eines Lebensverlaufes. Sie nehmen geschlechts- und kulturspezifische Anteile in den Blick ebenso wie traumatische Zusammenhänge. Sehr anschaulich werden ihre Ausführungen durch Falldarstellungen, die die Vielfalt eines Trauerprozesses deutlich machen. Ein ‚Kurs‘-Buch wird es u.a. durch praxisnahe Impulsfragen oder auch durch die in der CD beigefügten Arbeitsblätter.

Doris Meyer
Sternenschwester
 Ein Buch für Geschwister und Eltern
 von tot geborenen Kindern
 Mabuse-Verlag, 2011
 € 16,90



Mama und Papa sind manchmal traurig, weil Maja nicht mehr da ist. Sie hat sich im Bauch plötzlich nicht mehr bewegt. Das war noch, bevor ich zur Welt kam. Heute hat Maja Geburtstag, ein Kuchen wird gebacken, am Nachmittag wird an Majas Baum gefeiert. Mit kleinen Ritualen und Symbolen wird ihr Andenken bewahrt. In diesem Kinderbuch wird aus Sicht und in der Sprache des kleinen Bruders geschildert, wie er diese besondere Familiensituation erlebt und welche Gefühle, Fragen und Gedanken ihn beschäftigen.

Veranstaltungen

16.04.2012

Datteln

Interkulturelle Kompetenz
Vodafone Stiftungsinstitut Datteln
Tel.: 0 23 63 - 97 57 66
www.vodafonestiftungsinstitut.de

16.04.-20.04.2012

Engelskirchen

Trauernde Kinder und Jugendliche
begleiten
Malteser Hospizarbeit & Palliativmedizin
Tel.: 0 22 63 - 80 00
malteser.akademie@maltanet.de

04.05.-05.05.2012

Unna

4. Palliativkongress Unna
Katharinen Hospital
kongress@katharinen-hospital.de
www.katharinen-hospital.de

08.05.-10.05.2012

Coesfeld

Systemische Ansätze bei Verlust und
Abschied
Kolping-Bildungsstätte Coesfeld
Tel.: 0 25 41 - 8 03 03
info@bildungsstaette.kolping-ms.de
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.de

12.05.2012

Gütersloh

Palliative Sedierung am Lebensende
Bildungswerk Hospiz- & Palliativmedizin
am Städt. Krankenhaus
Tel.: 0 52 41 - 90 59 84
www.hospiz-und-palliativmedizin.de

12.05.-13.05.2012

Wesseling

Qualifizierung und Professionalisierung
der ehrenamtlichen Vorstände und Mitar-
beiter, Modul 3
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
Tel.: 0 22 36 - 7 07 42 76
anna.emons@kas.de
www.kas.de/eichholz/

14.05.-18.05.2012

Bonn

Seminar zur Führungskompetenz
Zentrum für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
www.malteser-krankenhaus-bonn.de

01.06.2012

Herne

Der Kamm liegt in der Butter – Verstehen
und Begleiten von Menschen mit Demenz
APPH Ruhrgebiet Herne
Tel.: 0 23 23 - 4 98 26 00
apph@apph-ruhrgebiet.de
www.apph-ruhrgebiet.de

04.06.-05.06.2012

Hamburg

Koordination Plus - Fundraising
Malteser Hospiz-Zentrum Bruder Gerhard
Tel.: 0 40 - 6 03 30 01
palliativkurse@malteser-hospiz-
hamburg.de
www.malteser-hospiz-hamburg.de

18.06.-19.06.2012

Winterberg-Elkeringhausen

Vorbereitungstreffen zum Ausbildungs-
kurs: Begleitung durch Zeiten von
Abschied und Trauer
St. Bonifatius Bildungsstätte Elkeringhausen
Tel.: 0 29 81 - 9 27 30
info@bst-bonifatius.de
www.bst-bonifatius.de

20.06.2012

Bielefeld

Schmerz und Demenz
Fortbildung im Ev. Johanneswerk e.V.
Tel.: 05 21 - 8 01 25 41
birgit.koenig@johanneswerk.de
www.johanneswerk.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**

