



# Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

April 2014 Ausgabe 59

Schwerpunkt:

**ÜBERBRINGEN SCHLECHTER  
NACHRICHTEN**

## Editorial

### Liebe Leserinnen und Leser,

das Überbringen schlechter Nachrichten, zu vermitteln, dass eine Krankheit nicht zu heilen ist, dass Fähigkeiten weniger werden, dass Lebenskraft schwinden wird, dass das Sterben und der Tod nun Wegbegleiter sein werden, oder die Botschaft, dass ein Angehöriger plötzlich verstorben ist, das ist eine Aufgabe, die als belastend und schwierig wahrgenommen wird. Aber wie könnte es anders sein? Gehört es doch zu dem Schlimmsten, was dem Menschen, dem ich diese Nachricht überbringe, geschehen kann. Verzweiflung, Wut und Trauer bestimmen die Situation und diejenigen, die die Botschaft überbringen, spiegeln sie mit eigenen Ängsten, womöglich verbunden mit dem Gedanken an die eigene Sterblichkeit.

Aber vielleicht ist es auch die Sorge vor der Unvorhersehbarkeit der Reaktion: Was wird geschehen, wenn ich es mitteile, wird der Patient, die Patientin schweigen, weinen, schreien, mir Vorwürfe machen? ... oder die Sorge vor der Hilflosigkeit, nichts tun zu können, keinen Einfluss zu haben, die Situation aushalten zu müssen.

Wichtig und notwendig sind Hilfestellungen, wie solche Gespräche gestaltet werden können, welchen Rahmen sie benötigen und an wen ich mich, als Überbringerin, nach einem solchen Gespräch mit meinen Gefühlen und Gedanken wenden kann. Hierüber wird unter verschiedenen Aspekten in dieser Ausgabe berichtet.

Wir hoffen, mit diesen und den weiteren Themen Ihr Interesse zu wecken, und wünschen Ihnen 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  
Gerlinde Dingerkus, Mary Wottawa, Sigrid Olowinsky-Kießling  
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

#### Praktikerbeirat

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

#### Layout

Art Applied, Hafengeweg 26a, 48155 Münster

#### Druck

Buschmann

#### Auflage

2500

Die im Hospiz-Dialog 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.  
Bildnachweis S. 6: Heike Günther

### INFORMATION

#### Trauer und Erinnerung bei Facebook Wie Hinterbliebene das Online-Netzwerk nutzen

Sabine Schaper 4

#### Auf dem Weg – Welche Hospizkultur wollen wir? Eindrücke von der Fachtagung des Hospiz- und Palliativverbandes NRW

Susanne Frewer-Graumann, Kristin Backhaus 6

#### Alte Süchtige – eine junge Herausforderung Vorstellung des Modellprojektes ‚NASIA‘

Britta Telgen, Ralf Drewes-Lauterbach,  
Claudia Schonhoff 9

### SCHWERPUNKT

#### ÜBERBRINGEN SCHLECHTER NACHRICHTEN

#### ‚Breaking Bad News‘ – Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Kinder- und Jugendmedizin

Maria Runtenberg, Dagmar Streng 11

#### Überbringen schwerwiegender Nachrichten und Ethik in der Medizin

Ein interdisziplinäres Lehrkonzept  
Leyla Fröhlich-Güzelsoy, Andreas Frewer 13

#### Zeit und Vorbereitung ist der entscheidende Faktor – Professionelle Todesbenachrichtigung als Teil von Prävention und Opferschutz

Johannes Meurs 16

#### Reise in sich selbst hinein Interview mit Andreas Dresen

19

#### Veranstaltungen

23

## Trauer und Erinnerung bei Facebook Wie Hinterbliebene das Online-Netzwerk nutzen – ein Beispiel

Sabine Schaper



Sabine Schaper

**E**s war ein heißer Tag im Juni 2011, an dem Jonas Togler<sup>1</sup> starb. Für ihn und seine Klassenkameraden hatten gerade die Pfingstferien begonnen, zwei freie Wochen Frühsommer lagen vor ihnen. Bevor Jonas abends mit seinen Eltern und den bei-

den Schwestern zum Essen verabredet war, wollte er noch mit Freunden zum Baden an den Baggersee. Wie immer war der 17-Jährige auch an diesem Tag aufgedreht und übermütig, alberte mit seinen Kumpels herum. Schon als kleiner Junge war Jonas ein temperamentvolles Energiebündel und hielt seine Eltern auf Trab. Gelegenheit, seinen Bewegungsdrang auszuleben, fand er im Turnverein, wo er Erfolge feierte und den Aufstieg in die Bundesliga plante. Hochgewachsen, wie er war, mit breiten Schultern und durchtrainiertem Oberkörper sah man es ihm an: Jonas Togler war ein Draufgänger. Was an diesem Junitag geschah, ist für seine Familie und Freunde deshalb umso unbegreiflicher: Ihm, der wirkte, als könnte ihm nichts etwas anhaben, wurde schließlich ein einfacher Kopfsprung zum Verhängnis.

Als seine Mutter Linda am frühen Abend von der Polizei erfuhr, dass Jonas vermisst wurde, wartete sie bereits zu Hause auf ihren Sohn. Nachdem er ins Wasser gesprungen und abgetaucht war, hatten die Freunde zunächst mit einem Scherz gerechnet – bestimmt wollte Jonas ihnen nur einen Schrecken einjagen und kroch bald an einer anderen Stelle aus dem See. Linda Togler glaubte nicht an einen Streich. Ihr Sohn suchte doch ständig das Rampenlicht, sich zu verstecken war nicht seine Art. „*Der lebt nicht mehr*“, schoss es ihr durch den Kopf.

<sup>1</sup> Bei dem hier geschilderten Fall handelt es sich um eine wahre Begebenheit. Zum Schutz der Hinterbliebenen wurden alle Namen geändert.

Am See suchten inzwischen Rettungskräfte nach dem Jungen. Als Jonas' Schwester Nadja, die das tatenlose Warten zu Hause nicht mehr aushielt, am Unfallort eintraf, wurden die Be-

fürchtungen Gewissheit. Im Wasser entdeckten Helfer die Leiche des Jungen, schwere Schädelverletzungen hatten ihn das Leben gekostet.

Fast jeder kannte Jonas in der Kleinstadt im Schwarzwald, in der die Familie lebt. Durch seine offene, freundliche Art schloss er beinahe täglich neue Freundschaften. Seine Eltern und Schwestern stellte das nach seinem Tod vor das Problem, wie sie die vielen Freunde und Bekannten erreichen und informieren sollten, die sie kaum überblicken konnten. Da gerade die Ferien begonnen hatten, war der Weg über Schulleitung und Klassenlehrer ausgeschlossen. „*Und die Kids in dem Alter lesen ja sicher nicht die Todesanzeigen in der Zeitung*“, überlegte Linda Togler mit ihrer Familie. Bei Facebook hatte Jonas zum Zeitpunkt seines Todes weit über 500 Kontakte – beinahe doppelt so viele wie der durchschnittliche Benutzer. Fast ein Viertel aller Einwohner Deutschlands nutzt Facebook täglich, besonders bei jüngeren Generationen ist das Netzwerk fest in den Alltag integriert. Die Möglichkeit, auf diesem Weg schnell und mit wenig Aufwand viele seiner zum Teil weit verstreuten Freunde erreichen zu können, schien der Familie einmalig. Jonas' Schwester Mira, die dort ebenfalls schon lange aktiv war, verschaffte sich mit ein paar trickreichen Handgriffen Zugriff zu seinem Facebook-Konto.<sup>2</sup> In seinem Namen verfasste sie am Tag nach dem Unfall den ersten Eintrag, durch den die meisten seiner Freunde und Bekannten von Jonas' Tod erfuhren: ein Kreuz vor dem Datum des Vortags. Die Botschaft war auch ohne Worte unmissverständlich.

Sofort brach eine Flut an Reaktionen über die Familie herein. Allein unter der Todesnachricht sammelten sich im Laufe des ersten Tages fast hundert Kommentare, binnen der nächsten Woche kamen

<sup>2</sup> Facebook sieht aus Gründen des Datenschutzes und der Privatsphäre keinen Zugriff von Dritten auf das Konto Verstorbener vor. Das Unternehmen bietet an, das Profil in einen „Gedenkzustand“ zu versetzen. Auch kann die Löschung erbeten werden. Im Fall von Jonas Togler wurde Facebook aber nicht offiziell über dessen Tod informiert.

knapp hundert weitere Beiträge auf Jonas' Seite dazu. In den meisten dieser Mitteilungen drückten Jonas' Freunde seinen Eltern und Schwestern ihr Beileid aus und wünschten ihnen Kraft für die nächste Zeit. In der oft einsilbigen und sich wiederholenden Wortwahl schien eine Sprachlosigkeit durch, die von häufig verwendeten traurigen oder weinenden Smileys unterstrichen wurde. Viele wandten sich auch direkt an Jonas und beteuerten, wie sehr sie ihn vermissten. Aber nicht nur seine Freunde, auch Bekannte der Eltern, Nachbarn oder Lehrer nahmen über diesen Weg Abschied.

In den folgenden Tagen entwickelte sich Jonas' Facebook-Profil zum zentralen Informations- und Kommunikationsmedium der Hinterbliebenen. Die Familie bedankte sich für die Anteilnahme und informierte über Leichenaufbahrung, Gedenkfeiern in der Schule oder die offizielle Trauerfeier in der ortsansässigen Kirche. Bis heute geht es auf Jonas' Profil vor allem um den Austausch von Erinnerungen, Anekdoten und Fotos, aber auch um Praktisches wie eine verschobene Klausur kurz nach seinem Tod. Von Anfang an bemerkenswert war die Vernetzung, die unter seinen Freunden und Familienmitgliedern stattfand. Unter nahezu jedem Beitrag drückten andere Freunde und Bekannte ihr Mitgefühl aus, sei es mit weiteren Kommentaren oder mit einem Klick auf den ‚Gefällt mir‘-Button, über den nonverbal Zustimmung mitgeteilt werden kann. Oft fanden so auch bis dahin einander unbekannte Freunde von Jonas beieinander Trost. Diese niedrigschwellige Möglichkeit des Kontakts ist es auch, die Jonas' Mutter Linda so sehr an Facebook schätzt. Der Freundes- und Bekanntenkreis ihres Sohnes war zu dessen Tod zwischen 16 und 20 Jahre alt, ein Alter, in dem viele noch keine Erfahrungen mit Todesfällen haben. Diese Unsicherheit spürte die Familie und konnte sie über das soziale Netzwerk auffangen. *„Dadurch, dass ich in die Offensive gehe und öfter mal was auf Facebook poste, öffne ich ihnen eine Tür“*, sagt Linda Togler.

Die dem Online-Netzwerk eigenen Kommunikationsstrukturen spielen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle. Im Gegensatz etwa zum Friedhof ist Facebook rund um die Uhr und nahezu unabhängig vom Aufenthaltsort zugänglich. Dort einen Beitrag oder Kommentar zu verfassen hat eine geringere Hemmschwelle, als eine E-Mail oder einen Brief zu schreiben oder zum Telefon zu greifen – gerade für jüngere Generationen, die unsicher sind und zu Kommunikationsformen wie dem Online-Netzwerk eine stärkere Bindung haben als

zu traditionellen Ritualen oder Verhaltensmustern. Die Entscheidung, etwas auf Facebook zu hinterlassen, wird oft spontan getroffen. Der Kontakt über das Netzwerk ist dadurch zwar unverbindlicher, dies wird aber in vielen Situationen als Vorteil empfunden. *„Man kann auch einfach mal nur ‚Gefällt mir‘ drücken, wenn man vielleicht nicht die richtigen Worte findet“*, sagt Linda Togler, die auch diese häufig kritisierte Form der Kommunikation als Trost empfindet. Außerdem erreiche man so grundsätzlich nur diejenigen, die auch bereit seien, sich mit ihrer Trauer auseinanderzusetzen. *„Es muss sich ja keiner angucken oder was schreiben, man erreicht ja automatisch nur die, die es auch interessiert“*, sagt sie und bezieht sich damit auf die häufigen Hemmungen Langzeittrauernder, im Alltag immer wieder über ihren Verlust zu sprechen.

Welche positiven Effekte das Internet allgemein oder Online-Netzwerke im Speziellen für Trauernde haben können, illustriert der Fall von Jonas' Vater Wolfgang, für den die Möglichkeit der anonymen und distanzierten Kontaktaufnahme in der Zeit nach dem Tod seines Sohnes eine wichtige Rolle spielte. Zunächst zog er sich stark zurück, verweigerte Gespräche und Kontakte. Dann meldete er sich bei Facebook an. Er nutzte die multimedialen, kreativen Möglichkeiten Facebooks, um seiner Trauer Ausdruck zu verleihen, und lud Fotos hoch, veröffentlichte zahlreiche Anekdoten und zitierte Gedichte und Liedtexte. Linda Togler ist sich sicher, dass die Distanz, die Facebook ihm ermöglichte, ihrem Mann in seiner Trauer sehr geholfen hat: *„Da braucht er niemandem gegenüber zu sitzen und mit keinem zu sprechen, er kann weinen und man merkt es nicht.“*

Nach Jonas' Tod erfuhr die Familie viel Unterstützung aus ihrer Heimatstadt. Nach und nach nahm dies jedoch ab; was zunächst blieb, war der Kontakt auf Facebook, vor allem zu den Jugendlichen. Mit einigen von Jonas' Freundinnen, zu denen der Kontakt über Facebook entstanden ist, ist Mira inzwischen selbst befreundet. *„Ich hab viele gute Freunde, aber die kannten ja meinen Bruder kaum, mit denen konnte ich mich nicht über Erinnerungen austauschen“*, sagt sie.

Heute, nicht ganz drei Jahre nach Jonas' Tod, hinterlassen Familie und Freunde immer noch Botschaften auf Facebook, und das nicht nur zu Geburts- oder Todestag. Besonders häufig sind die Einträge von Linda Togler. Sie hält, auch wenn sich die Nachrichten an Jonas richten, dessen Freunde auf dem

Laufenden. So berichtete sie zum Beispiel von der Abiturfeier, bei der Jonas' Schulkameraden seiner gedacht haben, und nutzte diesen Weg, um sich bei ihnen dafür zu bedanken. Mira veröffentlichte Fotos von einer Zusammenkunft von Familie und Freunden anlässlich Jonas' Geburtstag im Winter – das Treffen wurde ebenfalls über Facebook organisiert. Linda Togler freut sich über jede Reaktion der Freunde auf Facebook, weiß aber auch, dass sie

mit der Zeit abnehmen werden. „*Ich denke, das Leben geht weiter, und gerade bei den Jüngeren ist das völlig in Ordnung, wenn das irgendwann in den Hintergrund tritt.*“ Dann könne sie sich auch vorstellen, das Profil löschen zu lassen, sagt sie. „*Aber es ist schön, dass das nicht so abrupt ist.*“

**Sabine Schaper**  
sabineschaper@aol.com

## Auf dem Weg – Welche Hospizkultur wollen wir?

### Eindrücke von der Fachtagung des Hospiz- und PalliativVerbandes NRW

Susanne Frewer-Graumann und Kristin Backhaus

Die so oft beschriebene Alterung der Gesellschaft wirkt sich auch auf die hospizliche Begleitung aus. Die Hospizdienste vor Ort beschreiben folgende Veränderungen:



Susanne Frewer-Graumann

**A**uf dem Weg ... unter diesem Motto stand die diesjährige Fachtagung des Hospiz- und PalliativVerbandes NRW e.V. (HPV NRW). Begibt man sich auf einen Weg, so bietet es sich an, zunächst einen Blick auf ihn zu wer-

fen: Woher kommt dieser Weg? Welchen Pfaden ist er bisher gefolgt? Welche Biegungen und Geraden nimmt er in diesem Moment? Wohin soll er in Zukunft führen? Der Weg der Hospizbewegung hatte seinen Ursprung in der Ehrenamtlichkeit. Als Bürgerbewegung startete sie mit der Sorge um Menschen am Lebensende. Sie nahm die Sterbenden und ihre Angehörigen, ihre Wünsche und Bedürfnisse in den Blick. Ziel war es, Menschen am Lebensende würdevoll zu begleiten, „das Sterben aus den Badezimmern zu holen“ und ihre Versorgung zu verbessern. Auf dem Weg hat sich seit der Pionierzeit vieles getan, vieles hat sich verändert. Laternen am Wegesrand bieten Orientierung und einige Stolpersteine wurden aus dem Weg geräumt.

- Immer mehr Menschen mit Demenz werden über einen teils sehr langen Zeitraum begleitet.
- Gleichzeitig fragen Menschen immer später Hospizdienste an, sodass hier die Begleitungen kürzer und intensiver sind.
- Die Begleitung in stationären Einrichtungen, wie Alten- und Pflegeheimen nimmt stetig zu.
- Eine neue Zielgruppe, die in Zukunft eine größere Rolle spielen wird, sind Menschen mit Behinderung. Vereinzelt gibt es bereits Hospize, die sich an Gäste mit Behinderungen richten.

Diese und weitere gesellschaftliche Entwicklungen wirken sich auch auf die Hospizlandschaft aus. Schon heute gibt es eine Vielzahl verschiedener Einrichtungen und Angebote für Sterbende und ihre Angehörigen. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste stellt eine der aktuellen und künftigen Herausforderungen dar. Die ehrenamtliche Hospizbewegung ist eine unter zahlreichen beteiligten Akteuren wie den Hausärzten, Pflegediensten, Krankenhäusern, SAPV und Pflegeheimen – um nur einige zu nennen. Alle müssen auf die gesellschaftlichen Veränderungen reagieren. So auch das Ehrenamt.



Hans Overkämping und Ulrike Herwald begrüßten die Teilnehmenden stellvertretend für den Vorstand des HPV NRW und stellten Frau Susanne Frewer-Graumann als Projektleitung vor

Das Projekt mit dem sperrigen Titel ‚Entwicklung eines Profils künftiger bürgerschaftlicher Hospizarbeit in NRW zur Sicherung des ehrenamtlichen Engagements im Kontext hospizlich-palliativer Versorgungsstrukturen‘ – kurz ‚Zukunft Ehrenamt 2013-2016‘ des HPV NRW nimmt den Weg des Ehrenamtes in den Blick. Geleitet von Susanne Frewer-Graumann und gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen startete das Projekt im Juni 2013 in die dreijährige Projektphase. Gemeinsam mit seinen Mitgliedsorganisationen möchte der HPV NRW eine Vision entwickeln, wie die ehrenamtliche Hospizbewegung künftig aussehen und gestaltet sein soll. Die diesjährige Fachtagung diente als Auftaktveranstaltung des Projekts ‚Zukunft Ehrenamt 2013-2016‘ und fand vom 31. Januar bis 02. Februar 2014 im DRK-Tagungshotel in Münster (Westf.) statt. 127 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen widmeten sich der Frage: „Welche Hospizkultur wollen wir?“ In fünf Workshops wurde dieser und weiteren Fragen aus verschiedenen Blickwinkeln nachgegangen:

- Workshop 1: *Die Gesellschaft als Auftraggeber – Was erwartet und braucht die Gesellschaft künftig von der Hospizbewegung?*
- Workshop 2: *Zwischen vielen Stühlen – Koordinatorenrollen zwischen Menschen in der letzten Lebensphase, Ehrenamtlichen, Trägern und Vorständen und Kooperationspartnern.*

- Workshop 3: *Bedürfnisse, ehrenamtlich tätig sein – Wünsche und Zukunftsvorstellungen in der Hospizarbeit.*
- Workshop 4: *Ehrenamtliche Vorstände – Welches Profil brauchen wir?*
- Workshop 5: *Die Hospizbewegung als Mitgestalter des Gesundheitswesens – Wie viel Gesundheitswesen wollen und brauchen wir? Kann unsere Hospizkultur das Gesundheitswesen bereichern?*

Die Workshops, geleitet durch Moderatorinnen und Moderatoren des HPV NRW, wurden durch Protokollanten dokumentiert. Externe Expertinnen und Experten stellten als Einstieg jeweils die Bandbreite des Workshop-Themas in einem Input dar.

Ziel der Workshops war es, zunächst gemeinsam eine Standortbestimmung vorzunehmen: Wo steht die Hospizbewegung derzeit? Was läuft gut? Wo drückt aber auch der Schuh? Anschließend warfen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Blick in die Zukunft und tauschten sich über ihre Vision für die Hospizbewegung im Jahr 2025 aus. Dabei war Ideenvielfalt gefragt. Bereits bei der Tagungseröffnung wiesen die Moderatoren Jürgen Ribbert-Elias und Susanne Frewer-Graumann darauf hin, dass alle Ideen erlaubt seien. Denn es ging zunächst darum, ohne Einschränkungen, aber dafür mit Kreativität und Optimismus in die Zukunft zu blicken. Der Weg zu einer Vision beginnt immer mit einzelnen Schritten. Ideen, wie diese ersten Schritte aussehen könnten, sammelten die Workshopgruppen zum Beispiel anhand von konkreten Verbesserungsvorschlägen oder Forderungen.



Die Pausen nutzten die Teilnehmenden zum Austausch und dafür, sich zu informieren



Der Workshop ‚Zwischen vielen Stühlen‘

Bei einem Blick in die verschiedenen Workshops zeigte sich, dass jeder Workshop anders gestaltet wurde. Bunt gemischte Gruppen aus Ehrenamtlichen in der Begleitung und in anderen Tätigkeitsfeldern, Vorständen, Koordinatorinnen und Koordinatoren sowie Geschäftsführern diskutierten zu den Themen im Plenum oder in kleinen Murmelgruppen. Im Workshop 3 ‚Ehrenamtliche Vorstände‘ hielten die Teilnehmenden mit der Methode des ‚World-Cafés‘ ihre Ergebnisse auf Papiertischdecken fest. Der Titel ‚Zwischen vielen Stühlen‘ wurde im Workshop 2 wörtlich genommen – die verschiedenen Rollen, die Koordinatorinnen und Koordinatoren in ihrem Arbeitsalltag einnehmen, wurden diskutiert und mit Hilfe von Stühlen dargestellt.

Zwischen den Workshops, sei es während der Kaffeepausen, der Mahlzeiten oder während des Abendprogramms, nutzten viele Personen die Zeit, um miteinander ins Gespräch zu kommen, Erfahrungen auszutauschen und voneinander zu lernen. Im Rahmen der Zusammenführung der Ergebnisse betonte eine Teilnehmerin die Chance, die sie in diesem Austausch sähe. Es täte gut, aus dem Alltag aufzutauchen, den Raum zu haben, sich auszutauschen und so weiter denken zu können.

Inhaltlich stand eine Frage immer wieder im Mittelpunkt der Diskussionen: Welche Rolle kann und soll die ehrenamtliche Hospizbewegung im Kanon der Akteure einnehmen? Die ehrenamtliche Hospizbewegung scheint vor der Aufgabe zu stehen,

den für sie passenden Weg einzuschlagen: Sieht sie sich in Zukunft eher als Versorger, als Dienstleister oder als Bürgerbewegung? Jeder dieser Wege hat Vor- und Nachteile, die es einzuschätzen gilt. Wie kann sich die ehrenamtliche Hospizbewegung stärker profilieren, wie kann sie ihr Selbstbild stärken und selbstbewusster auftreten? Denn allzu oft hörte man an der einen oder anderen Stelle „Ich bin nur Ehrenamtliche ...“

Deutlich wurde auch, dass die Teilnehmenden unterschiedliche Visionen von der Hospizbewegung im Jahr 2025 haben. Dementsprechend sind auch die Vorstellungen von dem Beschreiten des Weges unterschiedlich. Gemeinsam war allen die Betonung des Wertes des Ehrenamtes, das Engagement aller Beteiligten und ihre Identifizierung mit der Hospizarbeit. Diesen Schatz gilt es auf dem Weg zu bewahren.



Im Abendprogramm lud das Improvisationstheater ‚Impro 005‘ zum Lachen und Mitmachen ein

## Die nächsten Schritte auf dem Weg

Im Projekt ‚Zukunft Ehrenamt 2013-2016‘ wird es nun zunächst darum gehen, die Protokolle, Materialien und Ergebnisse der Fachtagung auszuwerten, um daraus die nächsten Schritte und Meilensteine zu entwickeln. Die Hospizbewegung befindet sich nun auf dem Weg ... Schritt für Schritt.

## Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.

Im Nonnengarten 10  
59227 Ahlen  
0 23 82 - 7 60 07 65  
info@hospiz-nrw.de  
www.hospiz-nrw.de

## Projekt Zukunft Ehrenamt 2013-2016

Dr. des. Susanne Frewer-Graumann  
susannegraumann@hospiz-nrw.de

## Alte Süchtige – eine junge Herausforderung Vorstellung des Modellprojektes ‚NASIA‘ aus dem Emsland

Britta Telgen, Ralf Drewes-Lauterbach, Claudia Schonhoff

**B**is vor wenigen Jahren war ‚Sucht im Alter‘ noch kein Thema. Süchtig waren eher die jungen Menschen, z. B. nach Alkohol, Heroin und Kokain. Kaum vorstellbar, dass auch alte Menschen süchtig nach Alkohol oder illegalen Drogen sein können.

Studien zeigen aber, dass 27% der älteren Männer und 8% der älteren Frauen einen riskanten Substanzkonsum zeigen und dass bei ein bis zwei Millionen der über 60jährigen ein problematischer Gebrauch bei der Einnahme psychoaktiver Medikamente vorliegt. Die daraus entstehenden Folgeerkrankungen stellen eine große gesellschaftliche, gesundheitspolitische und auch strukturelle Herausforderung dar (Diakonie Texte, 2008).

NASIA (Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter) ist eins von acht durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekten (Sucht im Alter, 2010-2013), welches sich an verschiedene Zielgruppen wendet. Dazu gehören Mitarbeiter der Altenpflege und Suchtkrankenhilfe, Senioren und Angehörige. Das Projekt beinhaltet als Themenschwerpunkt den Gebrauch psychotroper Substanzen (Alkohol, Medikamente und Tabak) bei älteren Menschen. Eine Grundidee des Projektes war es, einen regelmäßigen Austausch zwischen der Alten- und der Suchtkrankenhilfe entstehen zu lassen. Zu Beginn des Projektes wurde eine umfangreiche Befragung der Fachkräfte aus Alten- und Suchtkrankenhilfe durchgeführt, deren Ergebnisse die Wichtigkeit einer Sensibilisierung für das Thema ‚Sucht im Alter‘ belegen, da sich erhebliche Unterschiede in den Umgangsformen und Kompetenzen zwischen den Berufsgruppen zeigten. Eine umfassende Darstellung der Ergebnisse wurde im Mai 2012 (Drewes-Lauterbach et al., 2012) veröffentlicht. Aufgrund des unterschiedlichen Kenntnisstands vom jeweils anderen Fachbereich wurden daraufhin wechselseitige Schulungen entwickelt und von den Fachkräften durchgeführt. Durch diesen Austausch wurde die Möglichkeit geschaffen, den jeweiligen Fachbereich besser kennen zu lernen und Barrieren abzubauen.

Eine weitere wichtige Aufgabe war die Vernetzung aller Personen und Institutionen, die mit dem Thema ‚Sucht im Alter‘ verbunden sind. Dazu wurde eine ‚Zukunftswerkstatt‘ geschaffen, in deren Rah-

men sich Vertreterinnen und Vertreter aus den unterschiedlichsten Einrichtungen, Organisationen und Vereinen zum gegenseitigen Austausch trafen. Neben den Fachkräften der Alten- und Suchtkrankenhilfe haben beispielsweise auch Vertreter der Selbsthilfe, der Städte und des Landkreises, Apotheker, Seniorenbeirat, Kirche und Polizei daran teilgenommen. Durch diese regelmäßig stattfindenden themenzentrierten Treffen mit Impulsvorträgen und anschließender Diskussion sind zahlreiche neue Projekte entstanden, um das Thema in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und einen Zugang zu betroffenen Senioren herzustellen.

Im Verlauf des Projektes wurde auch deutlich, dass nur wenige Senioren den direkten Weg zur Beratungsstelle finden, um sich bezüglich ihrer Suchterkrankung unterstützen zu lassen. Daher wurde die Aufgabe einer Zugangssuche zur Zielgruppe der ‚Risikosenioren‘ immer bedeutsamer im Projektverlauf. Dabei ging es vorrangig um die Frage, wie professionelle Unterstützer Zugang zu dieser Zielgruppe bekommen können. Diese Frage wurde intensiv diskutiert und es ist deutlich geworden, dass es eine substantielle Gruppe von Seniorinnen und Senioren geben muss, die zum einen noch nicht die unterstützenden Angebote der Altenhilfe benötigen und zum anderen durch die vielfältigen Veränderungen des Alterns als psychosoziale Risikogruppe zu bezeichnen sind. Zu den Veränderungen des Alterns zählen zum Beispiel der Tod von Partnern, Bezugspersonen, psychische Belastungsfaktoren, Vereinsamung. Diese Gruppe wird auch nicht durch die Unterstützungsangebote der Suchtkrankenhilfe angesprochen und die Arbeitshypothese ist, dass



Britta Telgen



Ralf Drewes-Lauterbach



Claudia Schonhoff

sich in dieser Seniorengruppe viele der Substanzgebraucher und -missbraucher befinden, die es laut den statistischen Erhebungen geben muss, aber die noch von keinem Unterstützungssystem erfasst werden. Dazu wurden im Projekt Ansätze zur erweiterten Kontaktaufnahme mit Senioren entwickelt. So wurden Kontakte zu den kirchlichen Seniorenangeboten, der senioren-spezifischen Selbsthilfe, den weiteren regionalen Seniorenorganisationen (Seniorenbeirat, Parteiorganisationen etc.) und auch den Betrieben (Übergangsgestaltung in die Rentenzeit) aufgebaut und das gesamte Vorgehen wurde durch die suchtbezogene Selbsthilfe intensiv unterstützt. Ziel soll dabei sein, biographisch orientierte Zugänge zu verschiedenen Seniorengruppen zu entwickeln, um das gesamte Spektrum der möglichen Problem-entwicklung abzudecken. Dazu gehört auch die konstruktive Einbeziehung der Haus- und Fachärzte, die sich bisher nachhaltig schwierig gestaltet. Auch sollten dabei wichtige zugrunde liegende Konstrukte wie z. B. Einsamkeit und Orientierung auf die Endlichkeit genauer analysiert werden.

In der Verstetigungsphase des Projektes, die im Anschluss an die reguläre zweijährige Projektdurchführung (bis 31.12.2012) genehmigt wurde (bis 31.12.2013), wurden zum einen die bisher entwickelten Konzepte und Vorgehensweisen in der primären Projektregion (Papenburg) fortgeführt und erweitert und zum anderen wurde das gesamte Vorgehen auf die anderen Regionen des Landkreises Emsland übertragen und evaluiert. Zusätzlich sollten in diesem Zeitraum Konzepte der projekt-unabhängigen Fortführung des Vorgehens entwickelt werden, die sich auch dauerhaft selber tragen können und nicht dem Projektende ‚zum Opfer fallen‘. Außerdem wird ein altersspezifischer Ansatz der Beratung und Behandlung entwickelt. Dazu ist zu klären, ob es notwendig ist, tatsächlich eine senioren-spezifische Methodik zu entwickeln oder sich eher auf der Ebene der spezifischen Lebensphase und Inhalte anzupassen. Unsere Arbeitshypothese geht davon aus, dass die Senkung der Zugangsschwelle zu Unterstützungsangeboten bei problematischem Substanzgebrauch im Alter die größte Herausforderung darstellt.

Dabei ist eine der grundlegenden Erfahrungen aus der bisherigen Projektarbeit, dass die mögliche Assoziation mit ‚Sucht‘ im weitesten Sinne (wir vertreten die Fachambulanz Sucht Emsland) zu einer massiven Abwehr und auch Ablehnung führt, die viele Zugänge verstellt. Hier existiert weiterhin ein

großes gesellschaftspolitisches Problem der Stigmatisierung des Themas Substanzgebrauch und Abhängigkeit. Als Ansatz zu diesem Thema aus dem Projekt wurde eine Kooperation mit den Ausbildungseinrichtungen im Bereich der Altenpflege initiiert, um schon in der Ausbildungsphase für dieses Thema zu sensibilisieren. Außerdem ist der Aspekt der Prävention weiter in den Fokus gekommen, um schon frühzeitig eine Auseinandersetzung mit dem Thema zu fördern. Und auch die Schaffung offener Angebote, die sich eher an der Gesundheitsförderung orientieren, wird weiter diskutiert.

Wir sind optimistisch, dass unsere Projektarbeit auch über den Förderungszeitraum hinaus dazu beitragen wird, sich dieser neuen professionellen Herausforderung für die Unterstützungssysteme bei problematischem Substanzkonsum zu stellen.

### **Projektleitung NASIA**

bei der Fachambulanz Sucht Emsland  
Diakonisches Werk Emsland-Bentheim

### **Dr. Ralf Drewes-Lauterbach**

Dipl. Psych., Psychologischer Psychotherapeut,  
Leiter der Fachambulanz

### **Britta Telgen**

Exam. Altenpflegerin,  
Diplom Sozialarbeiterin/-pädagogin,  
Sozialtherapeutin Sucht VT  
Projektleitung NASIA

### **Claudia Schonhoff**

Sozialarbeiterin/-pädagogin B.A.  
Projektmanagement NASIA

Weitere Informationen zum Projekt NASIA finden Sie auf: [www.diakonie-emsland.de](http://www.diakonie-emsland.de) oder auf folgenden Webseiten: [www.suchtberatungsstelle.de](http://www.suchtberatungsstelle.de), [www.unabhaengig-im-alter.de](http://www.unabhaengig-im-alter.de).

### **Literatur**

**Diakonie Texte Arbeitshilfe** (2008): Sucht im Alter, Materialien für Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit

**Diakonie Texte Arbeitshilfe** (2008): Sucht im Alter, Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder

**Drewes-Lauterbach, R.; Fietz, H.; Fietz, S.; Ridder-Stockamp, B.; Telgen, B. & Tielking, K. (2012):** Sucht im Alter – ein gemeinsames Thema der Sucht- und Altenhilfe. Schriftreihe der Hochschule Emden/Leer, Band 5

## „Breaking Bad News“ – Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Kinder- und Jugendmedizin

Maria Runtenberg, Dagmar Streng

In diesem Beitrag werden theoretische Überlegungen zum Überbringen schlechter Nachrichten an kranke Kinder und Jugendliche mit Auszügen aus einem Fallbeispiel verknüpft. Die Autorinnen verstehen unter schlechten Nachrichten solche, die für die Patienten und die Familie dramatisch sind, sie erschüttern und ihre Zukunft negativ verändern. Ärztinnen und Ärzte können das Überbringen schlechter Nachrichten lernen.

Die 14-jährige Frederike leidet seit zwei Jahren an einem bösartigen Weichteiltumor. Dieser hat sich, ausgehend von der Muskulatur des rechten Oberarmes, trotz Chemotherapie und Bestrahlung, über viele Körperbereiche ausgebreitet. Sie erhält eine palliative Chemo- und Strahlentherapie. Mittlerweile bereiten insbesondere Schmerzkrisen, hervorgerufen durch Tumorabsiedlungen, die auf das Rückenmark drücken, und zunehmende Atemnot dem Mädchen Probleme. Aus diesem Grund wurde aktuell eine Computertomographie (CT) durchgeführt. Es zeigt sich ein deutliches Fortschreiten der Erkrankung mit zahlreichen, neuen Tumorherden (Metastasen) im Hals-, Lungen-, Bauch- und Rückenmarksbereich. Es ist ein Gespräch mit der Familie in einem Behandlungszimmer der onkologischen Ambulanz geplant, um über das Ergebnis dieser am Vortrag durchgeführten CT zu reden.

Es ist erforderlich und möglich, dass sich die gesprächsführenden Personen – in Deutschland sind das in der Regel Ärztinnen und Ärzte – auf das Überbringen schlechter Nachrichten vorbereiten. Es ist notwendig, sich vor dem Gespräch zu fragen, welche Informationen mit welchem Ziel überbracht werden sollen. Welche Familie ist zum Gespräch eingeladen und wie alt ist die Patientin? Wird zunächst mit den Eltern allein gesprochen oder wird die Patientin dabei sein? Es ist ebenso denkbar, dass die Ärztin zunächst mit ihr spricht. Ebenso wichtig ist es, sich zu fragen, ob ihr Verständnis von Krankheit, Zukunft, Sterben und Tod bekannt ist. Zur Vorbereitung gehört auch festzulegen, welche Familienmitglieder und professionell Betreuende beim Gespräch anwesend sein sollten. Wer ist die vertrauteste Ärztin? Welche Kolleginnen und Kollegen der Pflege, der Seelsorge oder psychosozialen Begleitung sind wichtig? Alle beteiligten Personen

stellen sich ein auf den Entwicklungsstand des Kindes, seine persönliche Reife und seine Ausdrucksmöglichkeiten. Darüber hinaus ist es sehr wesentlich, Zeit für die Begegnung einzuplanen. Zeit für Gefühlsäußerungen, Zeit für Gedanken, Zeit für Fragen, die das Kind oder der Jugendliche mitbringt. Dies erfordert von der gesprächsführenden Person, Pausen zuzulassen und die angedachten Schritte im Gespräch an die einzigartige Situation anzupassen. Zudem sollte ein angemessener Raum mit Sitzgelegenheiten für alle teilnehmenden Personen zur Verfügung stehen, in dem Störungen von außen, wie z. B. Pieper oder Telefon vermieden werden.

*Am Gespräch mit Frederike und ihrer Mutter nehmen die zuständige Ambulanzärztin, eine Kinderkrankenschwester und die psychosoziale Mitarbeiterin des Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) teil. Alle Personen, außer der Kinderkrankenschwester, sind der Familie bekannt. Das Gespräch findet in einem Ambulanzraum statt, da sich die Patientin, nach einer körperlichen Untersuchung und Blutentnahme, bereits dort aufhält. Sie liegt auf der Liege. Ihre Mutter sitzt neben dem Schreibtisch. Ihr Vater und ihr 17-jähriger Bruder können heute nicht teilnehmen. Alle begrüßen sich und die Kinderkrankenschwester stellt sich mit Namen und Beruf vor. Sie setzt sich auf die Heizung am Ende des Raumes, die Ärztin nimmt am Schreibtisch Platz. Die psychosoziale Mitarbeiterin steht, da keine weiteren Sitzgelegenheiten zur Verfügung stehen. Die Tür wird*



Maria Runtenberg



Dagmar Streng

*geschlossen, draußen hängt ein Schild: „Gespräch, bitte nicht stören!“ Frederike berichtet vom zurückliegenden Wochenende. Danach entsteht eine kurze Pause. Bevor die Ambulanzärztin das Überbringen der schlechten Nachrichten einleiten kann, fragt Frederike: „Was ist mit den CT-Bildern? Ich habe mich aufs Schlimmste eingestellt.“*

Ein klarer Hinweis seitens der Ärztin, als Vorbereitung auf die Ernsthaftigkeit der folgenden Nachricht, leitet das Gespräch ein. „Unsere Befürchtungen haben sich bestätigt, das Ergebnis der CT ist leider schlecht“, könnte die Ärztin zu Beginn sagen und eine Pause machen. „Der Krebs hat sich trotz unserer Therapie weiter ausgebreitet“, und wieder eine Pause machen. In unserem Beispiel stellt die Frage der Ärztin: „Das Schlimmste, was bedeutet das für dich?“ eine gute Einleitung dar. Sie ermöglicht der Patientin zu erzählen, was sie weiß, welche Vorstellung sie von ihrer Erkrankung hat und was sie momentan am meisten fürchtet. Unsere Erfahrung zeigt, dass der ehrliche Umgang der Professionellen mit den Patienten und auch die Ermutigung der Eltern, offen mit ihrem Kind zu sprechen, eine vertrauensvolle Begleitung möglich machen. Die Lebensbegrenzung durch die Erkrankung sollte angesprochen werden. Es gilt dabei darauf zu achten, was die Patientin und ihre Eltern wissen wollen und ihr Selbstbestimmungsrecht zu achten.

*„Kann ich die Bilder vom CT sehen“, fragt Frederike und erhebt sich von der Liege, um im Computer die Bilder anzusehen. In rascher Folge werden die Bilder der CT gezeigt und erklärt. Die Mutter blickt seitlich auf den Monitor, Tränen rollen über ihr Gesicht.*

*„Klar, wofür ist dir das wichtig? Hast du sie dir früher schon einmal angesehen? Kannst du etwas erkennen auf den Bildern?“* Statt in rascher Abfolge die Bilder der CT zu zeigen, findet die Ärztin mit diesen Fragen heraus, welche der vielen Bilder sie zeigen sollte. Neben der Achtsamkeit auf die Informationsmenge sollte die Übermittlerin der schlechten Nachricht eine klare Sprache verwenden und auf medizinische Fachbegriffe möglichst verzichten. Des Weiteren ist es notwendig zu überprüfen, welche Informationen die Patientin oder ihre Eltern verstanden haben. Dazu sind Gesprächspausen unerlässlich. Kinder oder Jugendliche können beschreiben, was sie verstanden haben, wenn sie konkret danach gefragt werden. Sie können in eigenen Worten wiederholen, was sie bislang aufgenommen haben.

*Frederike wird blass und fragt: „Was heißt das jetzt?“ Sie will keine Bilder mehr sehen, legt sich auf die Liege zurück: „Ich verstehe nix“, und schweigt. Alle im Raum sind still, die Mutter weint, steht auf und nimmt die Hand ihrer Tochter, die sich um Fassung bemüht. „Ich weiß nicht, was ich sagen soll“, spricht sie leise. Dieser Teil im Gespräch ist durch Stille und Gesprächspausen gekennzeichnet. Frederike nimmt sich Zeit, aus der Fassung zu sein und ihre Fassung wiederzufinden, ihre Mutter weint und hält ihre Hand.*

Die Gefühle des betroffenen Kindes oder Jugendlichen und die Gefühle seiner Eltern stehen im Vordergrund. Sie reichen von Trauer über Wut hin zu Erschrecken, Abwehr oder Hilflosigkeit. Junge Patienten sind dabei auch mit der Trauer ihrer Eltern konfrontiert, wollen dafür nicht verantwortlich sein, nicht mit ihrer Erkrankung der Grund für diese Trauer sein. Jedes Gefühl ist angemessen, sollte von der Ärztin wahrgenommen und gegebenenfalls angesprochen werden.

*„Es sind so viele Informationen“, sagt Frederike, „es reicht mir für heute. Ich will nach Hause.“ Sie signalisiert deutlich, dass ihre Aufnahmefähigkeit zu Ende ist. „Ich höre, es reicht dir für heute“, antwortet die Ärztin. „Okay, dann lass uns das Gespräch beenden, wir sehen uns übermorgen in der Ambulanz und werden dann das weitere Vorgehen besprechen.“ „Ja, wenn vorher was ist, melde ich mich“, mit diesen Worten verlässt Frederike mit ihrer Mutter den Raum.*

In Deutschland sind Ärzte und Ärztinnen die Überbringer schlechter Nachrichten. Wir wünschen uns für diese Berufsgruppe Lehrmodule zu dieser Thematik, die Kommunikationstheorien und praktische Übungen verbinden. Idealerweise kommen hierbei Kinder und Jugendliche als Simulationspatienten zum Einsatz. Simulierte Patientinnen und Patienten sind Laien, professionelle Schauspielerinnen oder reale Patienten, die trainiert werden, um in Rollenspielen bestimmte medizinische Probleme darzustellen. Porträtiert werden die Symptome einer Erkrankung, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, die aktuelle Situation, in der sich die Patientin befindet sowie eine Untersuchungs- bzw. Gesprächssituation. Ziel ist es, durch die Simulation eine reale Situation zu schaffen, die den Lernenden die Möglichkeit gibt, in einer sicheren Atmosphäre praktische Fertigkeiten zu erproben und zu verbessern. Mit einem solchen Lernarrangement werden die kommunikativen Fertigkeiten der teilneh-

menden Personen gefördert. Dies führt letztendlich zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Patientinnen.

### **Maria Runtenberg**

Diplom-Pädagogin, Supervisorin  
Master Angewandte Ethik  
Universitätsklinikum Münster  
Zentrum für Kinder- u Jugendmedizin  
SAPV für Kinder und Jugendliche  
Albert-Schweitzer-Straße 44  
48149 Münster  
maria.runtenberg@ukmuenster.de

### **Dr. med. Dagmar Streng**

Fachärztin für Kinder- u. Jugendmedizin  
Schwerpunkt Kinder-Hämatologie u. -Onkologie  
Master Angewandte Ethik  
Paedicum Ruhrkidz  
Bahnhofstrasse 104  
44629 Herne  
dagmarstreng@gmx.net

## Überbringen schwerwiegender Nachrichten und Ethik in der Medizin

### Ein interdisziplinäres Lehrkonzept

Leyla Fröhlich-Güzelsoy, Andreas Frewer

### 1. „Sagen Sie mir die Wahrheit, Frau Doktor ...“

Mit den Worten, es sei „impertinent“, einem Menschen zu eröffnen, dass er bald sterben werde, löste der Londoner Chirurg Wright in den 1960er Jahren eine heftige Debatte aus (Engel; Alexander, 1960). Seitdem hat sich vieles im Bewusstsein von Ärzteschaft und Gesellschaft verändert. Die Medizin hat mittlerweile in aller Regel ein paternalistisches (bevormundendes) Arzt-Patient-Verhältnis mit ‚Halbgöttern in Weiß‘ zugunsten einer ethisch richtigen partnerschaftlichen Entscheidungsfindung verlassen. Das neue Patientenrechtegesetz (2013) sieht vor, dass Patienten über ihre Diagnose und die möglichen Behandlungsoptionen ‚in verständlicher Weise‘ aufzuklären sind. Was sich aber nach wie vor nicht geändert hat, ist die Tatsache, dass ein Überbringen schlechter Nachrichten Menschen noch immer ungleich schwer fällt. Ärztliche Aufklärung über chronische, das Leben beeinträchtigende Krankheiten und ernste Diagnosen oder gar infauste Prognosen verlangt das Einfühlen in den Kranken und empathische Betreuung durch das Personal. Genau diese Empathiefähigkeit sowie eine gute Kommunikation fehlen nach Ansicht vieler Patienten immer häufiger. Eine Studie der Professur für Ethik in der Medizin an der Universität Erlangen-Nürnberg kommt zu diesem Ergebnis: Der weit überwiegende Teil der an den Patientenfürsprecher eines Großklinikums herangetragenen Probleme

beruht auf unzureichenden und unverständlichen Aufklärungsgesprächen bis hin zu mangelnder Kommunikation und fehlender Empathie durch Ärzte (Fröhlich-Güzelsoy; Emrich; Bruns; Friedrich; Frewer, 2013).<sup>1</sup> Diese Probleme offenbaren sich im Besonderen, wenn es darum geht, Patienten eine schwierige Diagnose mitzuteilen (Breaking bad news) (Rosenbaum; Ferguson; Lobas, 2004). Auch für klinisch erfahrene Ärzte und Pflegende stellt die schlechte Botschaft eine schwierige und emotional belastende Situation dar (Baile; Buckman; Lenzi; Glober; Beale; Kudelka, 2005). Hierzu gehören nicht nur potenziell lebensbedrohliche Krankheiten wie Krebs, für viele Menschen stellt eine gravierende Veränderung der Lebensumstände durch Erkrankung eine schlimme Nachricht dar. Für das Überbringen schlechter Nachrichten gibt es keine Patentrezepte, da jede Arzt-Patient-Begegnung einzigartig ist, aber ein sinnvoll strukturiertes Gespräch und einige zentrale ethische Kompetenzen sind dabei sehr wichtig.

<sup>1</sup> In dieser Studie wurden exemplarisch 600 Beratungsfälle des Patientenfürsprechers aus einer zwölfjährigen Tätigkeitsphase am UK Erlangen untersucht. Dabei wurden insbesondere Beschwerden zur Kommunikation genauer analysiert.



Leyla Fröhlich-Güzelsoy

## 2. Rahmenbedingungen des Erlanger Lehrkonzepts

Medizinstudierende werden an der Professur für Ethik der Medizin in fünf fakultativen Modulen unter ethischen und kommunikationspsychologischen Aspekten trainiert. Der Kurs ‚Breaking bad news‘ (BBN) wurde im WS 2002/03 eingeführt.<sup>2</sup> Mittlerweile werden weitere vier Module als Wahlpflichtfach im Rahmen des Kurses ‚Ethisch-kommunikative Fertigkeiten‘ als eintägige Blockseminare zu je acht Zeitstunden angeboten.

Eine Besonderheit des Moduls BBN besteht in der Kooperation mit der Berufsfachschule für Krankenpflege in Erlangen: Gemeinsam mit Pflegeschülern und einer Lehrkraft der Krankenpflegeschule werden nicht nur kommunikative Fertigkeiten im Umgang mit Patienten, sondern auch interprofessionelles Arbeiten und Handeln trainiert (Pirrie; Wilson; Harden; Eisgood, 1998) (Parsell; Bligh, 1998) (Horsburgh; Lamdin; Williamson, 2001).<sup>3</sup> Anhand konkreter Fallbeispiele lernen Studierende und Pflegeschüler mittels Simulationspatienten die mit dem Überbringen schwerwiegender Nachrichten einhergehende Gesprächsdynamik auf Grund eigener Erlebnisse und Verhaltensweisen zu verstehen. Auch wenn die medizinische Aufklärung noch immer Ärzten vorbehalten bleibt, ist die strukturierte Einbeziehung der Pflegenden in den Aufklärungsprozess zu empfehlen. Bei der Diagnoseaufklärung durch den Arzt werden beim Patienten Emotionen geweckt, die oftmals Unterstützung durch das Pflegepersonal erfordern, das im Rahmen der täglichen Tätigkeiten einen stärkeren Bezug zum Patienten aufweist (Davies, 2000).<sup>4</sup> Ein zentrales Element des Kurses ist der Einsatz von Simulationspatienten, um eine möglichst realitätsnahe Möglichkeit zum Training der Gesprächssitu-

ation zu realisieren. Hierbei werden Laienschauspieler von einem ausgebildeten Schauspieler sowie einem Mediziner, der die Fallbeispiele verfasst, in einem ca. vierstündigen Training für den Einsatz als Simulationspatienten geschult. Sowohl in der Lehre als auch in der mündlichen Prüfung wird der Kölner Evaluationsbogen ‚Kommunikation‘ verwendet (Köhle, 2002).

## 3. Gute Diagnose- und Prognosemitteilung

Die Mitteilung der Diagnose sollte in mehreren (z. B. sechs) Schritten erfolgen. Zunächst muss das Gespräch gut vorbereitet werden, es sollte u. a. ein Konsens im Team vorliegen bezüglich des Vorgehens, weiterhin sollten Befunde, Zeitpunkt und der Ort des Gespräches bekannt sowie ein ungestörter Rahmen mit genügend Zeit vorhanden sein. Im zweiten Schritt kann das Vorwissen des Patienten eruiert werden; dabei sollte Blickkontakt gehalten werden. Tempo und Inhalt des Gespräches müssen sich an den Bedürfnissen des Patienten orientieren und eher offene Fragen gestellt werden, die sich nach dem subjektiven Verständnis des Kranken richten. Dies kann eine gute Ausgangsbasis für die folgende schlechte Nachricht sein. Vorher sollte aber in einem weiteren Schritt eruiert werden, wie der Informationsbedarf des Patienten aussieht, und ob dieser sich zum aktuellen Zeitpunkt eine detaillierte Aufklärung wünscht; dabei darf nicht vergessen werden, dass eine Informationspflicht, aber kein Informationszwang besteht. Nachdem diese Dinge berücksichtigt wurden, sollte ein sensibles Warnsignal gegeben werden: Das einleitende Wort ‚leider‘ in einem kurzen Satz wie „leider sind die Ergebnisse nicht gut“ stellt solch ein Signal dar. An das Wissen des Patienten anknüpfend sollte die Nachricht schrittweise mitgeteilt werden. Wichtig sind hierfür Pausen, möglichst wenig spezifische medizinische Fachinformationen, sondern sich auf die Diagnose selbst zu konzentrieren. Dies leitet direkt in den nächsten Schritt des Gesprächs über, nämlich Gefühle zuzulassen und bei Fragen des Patienten weitere Informationen zu vermitteln. Wichtig ist, dass die Emotionen des Patienten ernst genommen werden und auch auf Aggression oder Trauer nicht mit Abwehr reagiert wird, denn die Krankheit des Patienten ist nicht angreifbar. Die Wut auf den Krebs, der vielleicht das Leben bald schon beenden wird, muss kanalisiert werden und richtet sich oft an den Überbringer der schlechten Nachricht. Im sechsten und letzten Schritt sollte die gemeinsame Planung des weiteren Vorgehens

2 Zusätzlich werden Seminare mit folgenden Titeln angeboten: ‚Sprechen über Sterben und Tod‘ (SST), ‚Interkulturelle Kommunikation‘ (IKK), ‚Ärztliches Handeln an Grenzen‘ (ÄHG) mit Schwerpunkt Demenz sowie ‚Kommunikationskompetenz bei Fehlern‘ (KKF). Auf diese Weise können die Studierenden aus fünf Angeboten drei Module zu einem Wahlpflichtfach kombinieren, wobei BBN verpflichtend als Grundlage belegt werden muss.

3 Viele Studien belegen den positiven Effekt des interprofessionellen Trainings verschiedener Berufsgruppen des Gesundheitswesens bereits im Studium.

4 Patienten (re-)agieren bei Ärzten anders als bei Pflegenden.

erfolgen. Hierzu sollte eine Strategie vorgeschlagen und ein Termin für ein zeitnahes Gespräch, evtl. auch mit Angehörigen, vereinbart werden.

Der Patient kann ermuntert werden, die sich ergebenden Fragen bis zum nächsten Gespräch schriftlich festzuhalten, um nichts Wichtiges zu vergessen. Die Einbeziehung des Bezugspflegernden in das Gespräch gewährleistet, dass der Patient auch in Folge emotional weiterbetreut werden kann und sich nicht alleine gelassen fühlt.

#### 4. Schlussüberlegungen

Grundsätzlich sollten schlechte Nachrichten, in der falschen Annahme, den Patienten schonen zu müssen, diesem nicht vorenthalten werden. Dies gebieten medizinethische Prinzipien, die den Respekt der Autonomie des Patienten ebenso einfordern wie Nicht-Schaden des Arztes, Fürsorge und Gerechtigkeit. Der Patient als ‚Autor‘ seiner Biografie muss über seine Erkrankung informiert und in die weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte eingebunden werden – somit wird ihm auch Gelegenheit geboten, noch wichtige letzte Dinge zu regeln. Viele Ärzte wie auch Studierende der Medizin unterschätzen sogenannte ‚Soft-Skills‘, zu denen u. a. Kommunikationskompetenz und Teamfähigkeit gezählt werden. Das Bewusstsein dafür, dass ein gelungenes Gespräch mit Patienten keine Selbstverständlichkeit darstellt, viele Tücken birgt und unerlässlich für eine gelungene Arzt-Patienten-Bindung ist, kann durch simulationsgestütztes Training erfolgen. Dabei ist es Aufgabe der Ärzte und Pflegenden, eigene Gefühle in Bezug auf das Lebensende wahrzunehmen und eigene Ängste nicht auf Patienten zu übertragen.

#### Leyla Fröhlich-Güzelsoy, Ärztin

Geschäftsführung des Klinischen Ethikkomitee  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für  
Geschichte und Ethik der Medizin  
Glückstraße 10  
91054 Erlangen  
Tel.: 0 91 31 - 8 52 64 35  
Fax: 0 91 31 - 8 52 28 52  
leyla.froehlich-guezelsoy@fau.de

**Prof. Dr. med. Andreas Frewer, M.A.**  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Glückstraße 10, 91054 Erlangen  
Tel.: 0 91 31 - 8 52 64 31 (Durchwahl)  
Tel.: 0 91 31 - 8 52 64 30 (Sekretariat)  
Fax: 0 91 31 - 8 52 28 52  
andreas.frewer@fau.de

#### Literatur

- Baile, W.F.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Gøber, G.; Beale, E.A.; Kudelka, A.P.** (2005): SPIKES – A six-step protocol for the delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5, 4, S. 302-311
- Davies, C.** (2000): Getting health professionals to work together. *British Medical Journal* 320, S.1021-1022
- Engel, J.K.; Alexander, H.G.** (1960): Der Tod im Terminkalender? *Der Spiegel* 3/1960, S. 48-57
- Fröhlich-Güzelsoy, L.; Emrich, I.A.; Bruns, F.; Friedrich, B.; Frewer, A.** (2013): Clinical Ethics and Patient Advocacy. The Power of Communication in Health Care. *HEC FORUM* 25. DOI: 10.1007/s10730-013-9225-1. Siehe auch die Beiträge im Jahrbuch Ethik in der Klinik (2010-2013)
- Horsburgh, M.; Lamdin, R.; Williamson, E.** (2001): Multiprofessional learning. The attitudes of medical nursing and pharmacy students to shared learning. *Medical Education* 35, S. 876-883
- Köhle, K.** (2002): Manual Ärztliche Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen. Köln
- Parsell, G.; Bligh, J.** (1998): Educational principles underpinning successful shared learning. *Medical Teacher* 20, 6, S. 522-529
- Pirrie, A.; Wilson, V.; Harden, R.M.; Eisgood, J.** (1998): Multiprofessional education: Part 3 – promoting cohesive practice in health care 20, 5, S. 409-416
- Rosenbaum, M.E.; Ferguson, K.J.; Lobas, J.G.** (2004): Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Academic Medicine* 79, 2, S. 107-117



Andreas Frewer

## Zeit und Vorbereitung ist der entscheidende Faktor

### Professionelle Todesbenachrichtigung als Teil von Prävention und Opferschutz

Johannes Meurs

Danach ist es uns allerdings wie Schuppen von den Augen gefallen. Was war geschehen, was hatten wir bislang übersehen?



Johannes Meurs

**Z**um Thema ‚Überbringen von Todesnachrichten‘ ist schon viel geschrieben worden. Die Komplexität des Themas und der damit verbundene Anspruch an Fortbildung und Lehre sind in Fachkreisen unstrittig. Wir müssen den Menschen nicht neu erfinden und erst recht nicht dann, wenn jemand plötzlich und unerwartet mit einer Nachricht kommt,

die an Gewicht und Folge so nachhaltig ist, dass unser Gegenüber die Situation, die Art und Weise der Überbringung und auch die folgenden Reaktionen ein Leben lang nicht vergessen wird. Was bewegt mich, das Thema noch einmal aus einem anderen Blickwinkel aufzugreifen?

Ich bin Polizeibeamter und seit 39 Jahren im Dienst. Bis 1996 (ich war schon über 20 Jahre in meinem Beruf) glaubte ich noch, für das Thema ausreichend ausgebildet zu sein und anfallende Einsätze im Rahmen des Möglichen gut erledigt zu haben. Das änderte sich mit Beginn des Jahres 1996. Im Rahmen einer anderen Aufgabenstellung kamen wir im Kreis Kleve auf die Idee, bei den Angehörigen/Zeugen/Ersthelfern von schweren Unfällen ein Jahr danach einmal die offene Frage zu stellen: „*Wie geht es Ihnen, wie beurteilen Sie ein Jahr nach dem schweren Unfall/Unfallsfall die Arbeit der Polizei und Hilfsdienste.*“ Damals sind wir gewissermaßen in ein Wespennest gestoßen. Uns schlug bei den Hinterbliebenen eine Verwirrtheit entgegen, die ihresgleichen sucht. Wir trafen auf traumatisierte Menschen und völlig zerrüttete Familien, die sich nach dem Vorfall nicht wiedergefunden hatten. Uns wurden insbesondere mit Blick auf die Benachrichtigung und die Bewältigung der anschließenden Fragen und Formalitäten schwerste Vorwürfe gemacht. Eine unprofessionelle Benachrichtigung löst chaotische Reaktionen aus und damit heftigste Gefahrenlagen. Das hatten wir bislang gar nicht kritisch reflektiert.

Es folgte eine lange Aufarbeitungszeit dieser Rückmeldungen bis in das Jahr 2000. Im Jahr 2003 konnten wir dann, in Zusammenfassung aller gewonnenen Erkenntnisse, die Vorgehensweise bei dem Überbringen von Todesnachrichten anpassen.

### Allgemeine Rahmenbedingungen

Nicht selten wird gemutmaßt, das Überbringen der Todesnachricht könnte doch auch durch Notfallseelsorger alleine oder sonstige Kriseninterventionsteams geschehen. Die Rückmeldungen von Betroffenen sprechen da eine klare Sprache. Todesnachrichten in den genannten Fällen sind Sache der Polizei! Notfallseelsorge und Krisenintervention sollten in ein System der Polizei eingebunden sein, können es aber nicht ersetzen!

Zeit ist ein entscheidender Faktor. Die Benachrichtigung der Angehörigen steht unter dem Druck zeitlicher Dringlichkeit. Manchmal ist das wirklich ein Wettlauf mit der Zeit, wenn etwa bei schweren Unfällen oder bei Großschadenslagen die Medien vor Ort am Unfallgeschehen sind.

Es ist leicht nachvollziehbar, zu welchen Reaktionen es führen kann, wenn Nachbarn oder Angehörige etwas über einen Unfall aus den Medien erfahren, an denen Partner, eigene Kinder oder Nachbarn beteiligt sind – oder sein könnten. Zum einen drängt sich ihnen der Eindruck auf, dass der Tod ihres Angehörigen und sie selbst nicht ernst genommen werden, zum anderen kann es einen panischen Aktionismus auslösen, bei denen sie sich selbst und andere auch in Gefahr bringen.

Für die Todesbenachrichtigung gibt es im Rahmen der Polizeiausbildung in NRW eine gründliche Vorbereitung, Vorgaben und Hilfestellungen. Polizeibeamtinnen und -beamte sind auf diese Aufgabe in der Regel gut vorbereitet. Allerdings bringt es für jeden Schwierigkeiten mit sich, nicht in einer festgelegten und transparenten Struktur zu arbeiten. Im ungünstigsten Fall bricht nach der Todesbenachrichtigung für die Kollegen das Chaos los, weil die

folgenden Schritte nicht genügend strukturiert sind. Da fahren Angehörige in Panik direkt zur Unfallstelle und dabei bringen sie sich und andere in Gefahr.

Kernstück dieser Reformierung im Kreis Kleve ist daher ein Bereitschaftsdienst von 30 Polizeibeamtinnen und -beamten, der im Falle eines Falles eingeschaltet wird und eigens dafür abgestellt ist, Hinterbliebene eines überraschenden Todesfalles, nach schweren Verkehrs- und Unglücksfällen aber auch bei Benachrichtigungsersuchen von außerhalb der Behörde zu informieren. Je zwei dieser Polizeibeamtinnen und -beamten teilen sich wochenweise, neben der Ausübung ihrer zugeordneten polizeilichen Aufgabenbereiche, einen Bereitschaftsdienst. Bei Engpässen, etwa durch Großschadenslagen, können weitere Kollegen hinzugezogen werden. Die Kollegen werden bei einem entsprechenden Einsatzanlass für den Einsatz freigestellt. Nach Dienstschluss versehen sie Bereitschaftsdienst, auch über das Wochenende bis zum nächsten Werktag. Zwischen 70 und 100 Einsätze werden im Jahr in Zusammenarbeit mit der Notfallseelsorge übernommen

Die Schulung der eingesetzten Beamten orientiert sich weniger an ihren sprachlichen und psychologischen Fähigkeiten (hier reicht das Ausbildungsspektrum innerhalb der Ausbildung der Polizei durchaus aus), sondern an der Vermittlung einer Vorgehensweise im Einsatz, die die Handlungskompetenz erhöht und sich an der Bedürfnislage des Gegenübers orientiert. Wichtig ist die Freiwilligkeit und intrinsische Motivation für diese Aufgabe, die nicht erzwungen und aufgetragen werden kann. Es gibt Phasen im Berufsleben, wo sich bestimmte Aufgaben nur schwer integrieren lassen z. B. Schwangerschaft der eigenen Ehefrau und die Aufgabe, einen Kindestod zu benachrichtigen. Unsere Erfahrung ist die, dass sich durchaus genügend ‚freiwillige‘ Polizeibeamte für diese besondere Aufgabe finden und viele nach einer ‚Einsatzpause‘ aus den genannten Gründen wieder in den Bereitschaftsdienst zurückkehren.

### **Durchführung in der Praxis**

Ein für alle Beteiligten verbindlicher strukturierter Arbeitsablauf sorgt bei einer entsprechenden Lage dafür, dass wichtige Bedürfnislagen der Menschen in dieser Situation Beachtung finden.

### **Vorbereitung**

Das Überbringen einer Nachricht, die das Leben von Menschen verändert, bedarf einer guten Vorbereitung. Was ist wann und wo, wie passiert? Wer ist Verantwortlicher und Ansprechpartner/Informationslieferant im aktuellen Einsatz? Wie ist die Rechtslage? Wo ist der Verstorbene? Diese Fragen sind bei plötzlichem und unerwartetem Tod eines Menschen im sogenannten Todesermittlungsverfahren nur von einer bestimmten Zielgruppe zu beantworten, die Zugriff auf diese wichtigen Informationen hat: Das ist die Staatsanwaltschaft und deren Hilfsbeamte, die Polizei.

Es ist also wichtig, bei aller zeitlichen Dringlichkeit der Benachrichtigung, diese Informationen einzuholen bzw. Absprachen mit Polizeibeamten zu treffen, die den Zugriff darauf haben (Einsatzleiter vor Ort, verantwortliche Ermittlungsbeamte).

Die Todesnachricht bedarf des Gedankens der Eigensicherung. Es ist mit völlig unvorhersehbaren Reaktionen der Angehörigen, mit Gefahrensituationen für sie selbst und andere zu rechnen. Darüber hinaus treffen wir Menschen in einer vorher nicht geplanten Lebenssituation (Feier, Streit etc.) an, welche die Todesnachricht u. U. noch erschwert. Unsere Erfahrungen zeigen, dass das Überbringen von Todesnachrichten durch einen Beamten alleine schlichtweg Leichtsinn ist. Erst wenn für die Angehörigen alles geklärt ist, wird der Einsatz beendet. Dazu gehört, dass die beiden Kollegen, die mit der Todesbenachrichtigung beauftragt sind, sich bei den Angehörigen und Hinterbliebenen die Zeit nehmen können, die sie angesichts der individuellen Lage tatsächlich brauchen. Das kann schon einmal bis zu zwei Stunden oder sogar länger dauern.

Da wir in der Regel nicht am Unfallgeschehen/Tatortgeschehen selbst waren, können wir für Detailfragen direkt den Beamten an der Unfallstelle, den Todesermittler, das Krankenhaus oder sogar den Ersthelfer per Telefon als Informant hinzuziehen. Im Einsatzfall werden wir durch die Leitstelle der Polizei eingesetzt.

Wir holen die nötigen Informationen ein, verständigen die Notfallseelsorge und suchen die Anschrift der Angehörigen auf. Es ist sicher nachvollziehbar, dass Angehörige, die Polizisten und Notfallseelsorge an der Haustür haben, vom Schlimmsten ausgehen. Das ändert aber nichts an der Tatsache, dass wir den Weg in die Wohnung der Betroffenen suchen und den Rahmen der Todesbenachrichti-

gung möglichst in einem für die Betroffenen sicheren Rahmen – möglichst sitzend, in den eigenen vier Wänden wählen. Beim ‚überstürzten‘ Überbringen der Nachricht werden oft weitere im Haus anwesende Personen, insbesondere auch Kinder, übersehen. Die schon eingangs gestellte Frage: „Sind noch weitere Personen ihres Vertrauens anwesend, gibt es Kinder?“, ist da sehr hilfreich.

Kinder brauchen in einer Stressreaktion ihrer Vertrauenspersonen (Eltern) einen Ansprechpartner, der für Stabilität sorgt. Die Polizei wird von Kindern als ein solcher Ansprechpartner in der konkreten Situation angenommen und akzeptiert.

Ggf. suchen wir auf Wunsch der Angehörigen schon zeitnah Unglücksstellen auf und klären die Frage des Abschiednehmens. Bei plötzlichem und unerwartetem Tod sind die Verstorbenen in der Regel Teil eines Todesermittlungsverfahrens und damit ist der Leichnam beschlagnahmt. Ein zeitnahe Abschiednehmen ist hier ohne Anwesenheit eines Polizeibeamten schlichtweg nicht möglich.

Das Thematisieren und Ernstnehmen des Wunsches, Abschied zu nehmen wird in der ‚Verrücktheit der Situation‘ von den Angehörigen sehr geschätzt und bleibt nachhaltig in Erinnerung.

Wir nehmen uns Zeit, um in den Familien nach der Todesbenachrichtigung zu verbleiben, bis alle wichtigen Fragen beantwortet und geklärt sind sowie weitere Unterstützung durch einen Seelsorger, Psychologen, Freunde oder weitere Angehörige installiert sind. Das ist vor allem aus präventiver Sicht notwendig.

Wir gehen nicht aus der Situation, ohne eine sichere Erreichbarkeit zu hinterlassen. Besonders an Wochenenden ist es für Betroffene unerträglich, wenn sie bei verantwortlichen Behörden keinen Ansprechpartner haben.

### **Umgang mit Medien**

Da wir innerhalb einer Ablauforganisation arbeiten, wird zeitgleich die Öffentlichkeitsarbeit gesteuert. Wir bitten die Medien darum, ihre Berichterstattung so zurückhaltend zu machen und so zu terminieren, dass wir in der verbleibenden Zeit die Hinterbliebenen sachgemäß und einfühlsam infor-

mieren können, ehe sie die schrecklichen Nachrichten aus dem Internet oder den Medien erhalten. So wird im Einzelfall auch vermieden, dass einzelne Journalisten noch vor uns bei den Angehörigen auftauchen, um Fragen zu stellen.

### **Nachbereitung**

Es gibt das grundsätzliche Angebot zu einem Gespräch für alle Kollegen, die gerade so einen Einsatz hatten. Dabei können Erfahrungen besprochen und aufgearbeitet werden. Die betroffenen Beamten haben zwar ein belastetes Ereignis gehabt, das aber in der Regel eben durch die Struktur, in der sie agieren, nicht traumatisierend war.

Einmal im Quartal setzen sich betroffene Beamte strukturiert zusammen, um vergangene Einsätze zu besprechen. Das gehört selbstverständlich dazu, um die Psychohygiene innerhalb der Kollegen zu erhalten.

An dieser Stelle ist aber festzustellen, dass die Kolleginnen und Kollegen ihren Bereitschaftsdienst und die damit verbundene Todesbenachrichtigung nicht als unangenehme Pflicht, sondern als polizeiliche Aufgabe sehen. Damit wird in der Regel ein schlechtes Gefühl vermieden. Vielfach bedankt sich der Benachrichtigte abschließend bei den Polizisten, was mit dazu beiträgt, dass die Kollegen bestätigt bekommen, dass sie etwas Sinnvolles gemacht haben.

Unser Angebot, auch später noch Fragen zu beantworten oder als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen, kommt sehr gut an. Der positive Nebeneffekt: Wir haben uns als Polizei positiv und menschlich bei den Leuten präsentiert. Wir können jederzeit wieder Kontakt mit den Betroffenen aufnehmen, was für das weitere Arbeiten mit den Hinterbliebenen beispielsweise als Zeugen sehr viel angenehmer ist. Und ich freue mich natürlich über viel positives Feedback, wenn man uns später dann mitteilt: „Sie haben das Unerträgliche erträglich gemacht.“

**Johannes Meurs**

Opferschutzbeauftragter der Polizei  
im Kreis Kleve am Niederrhein

## Reise in sich selbst hinein

Interview mit Andreas Dresen

**A**ndreas Dresen, 1963 in Gera geboren, ist Autor und freier Regisseur u. a. des Films ‚Halt auf freier Strecke‘.

### Was war Ihr Anliegen, diesen Film zu drehen bzw. was hat Sie motiviert, dieses Thema aufzugreifen?

Man tritt, wenn man Filme macht, nicht unbedingt mit einem Anliegen an, sondern in erster Linie möchte man eine Geschichte erzählen über und für Menschen. In diesem Fall war es so, dass im Kreise meiner Freunde – ich war zu dem Zeitpunkt Ende 40 – vermehrt Eltern gestorben sind. Und es trat der Tod in mein Leben auf indirekte Art, und ich habe mich in Gesprächen mit meinen Freunden mit diesem Thema auseinandersetzen müssen. Es hat uns sehr beschäftigt, und ich habe mich bei der Gelegenheit sehr gewundert, dass es eigentlich sehr wenige Filme gibt, die den Tod als Thema wirklich ernst nehmen. Es gibt jede Menge Filme, in denen gestorben und auch opulent gestorben wird, aber es gibt wenig Filme, die das Thema direkt thematisieren und dem auch nicht ausweichen.

Nach und nach entstand der Gedanke, ob es nicht auch interessant und wichtig wäre, sich mit den letzten Dingen des Lebens einmal sehr ernsthaft und auch differenziert in einem Film auseinanderzusetzen und nur das in den Mittelpunkt dieses Filmes zu stellen. Das war der Ausgangspunkt unserer Reise.

### Gab es bei der Auswahl der Schauspielerinnen und Schauspieler besondere, für Sie wichtige Kriterien?

Ja, aber das stand zunächst an zweiter Stelle. Es begann mit einer besonders aufwändigen Recherche. Ich habe mich mit einer Kollegin, der Dramaturgin Cooky Ziesche, auf den Weg gemacht, und wir haben sehr viel recherchiert. Wir waren in Hospizen, wir haben uns mit Sterbebegleitern getroffen und mit Psychologen gesprochen. Und wir haben uns natürlich auch mit Betroffenen unterhalten. Also auch mit Menschen, die jemanden verloren hatten und uns ihre Geschichten erzählt haben.

Wir haben dann sehr schnell den Plan gefasst, dass der Film keine ganz konventionelle Erzählung werden soll. Wir haben entschieden, kein Drehbuch im klassischen Sinne zu entwickeln und umzusetzen, sondern wir werden improvisieren über das

Thema, und wir werden das gemeinsam mit den Schauspielern erarbeiten. Dann habe ich zwei Schauspieler gefragt. Milan Peschel kannte ich sehr gut als Schauspieler, hatte aber noch nie mit ihm gearbeitet. Mit Steffi Kühnert hatte ich bereits mehrere Filme gedreht. Die beiden habe ich dann gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, bei so einem Projekt dabei zu sein. Und als sie ‚ja‘ gesagt haben, war damit eigentlich schon die wichtigste Entscheidung gefallen. Es gab keine Probeaufnahmen im klassischen Sinne, sondern die zukünftige Zusammenarbeit basierte auf gegenseitigem Vertrauen. Zu diesem Zeitpunkt war übrigens noch nicht festgelegt, wer von den beiden in dem Film sterben würde, es hätte auch die Frau sein können. Das haben wir dann erst später gemeinsam entschieden.



Andreas Dresen  
Pandora Verleih/ Dresen

### Bedarf es einer Vorbereitung der Schauspieler, insbesondere der Kinder auf die Rollen? Wie gehen die Kinder an die Rollen heran?

Naja, man darf sich das nicht so vorstellen wie die klassischen Rollen, die Schauspieler haben kein Drehbuch in die Hand bekommen und eine Rolle gespielt, sondern sie haben sehr viel Persönliches eingebracht. Die Vorbereitung bestand im Wesentlichen darin, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Die beiden Hauptdarsteller sind mit uns gemeinsam auch zu Menschen gegangen, die jemanden verloren hatten. Speziell in einer Familie war der Vater an einem Glioblastom erkrankt und gestorben. Wir haben uns mit seiner Frau unterhalten, waren in ihrem Haus ... und das war natürlich für die Schauspieler auch sehr bewegend.

Die Kinder habe ich nicht speziell auf diesen Stoff vorbereitet, ich habe ihnen keine langen Referate über das Sterben oder den Tod gehalten. Sie wussten aber natürlich, worum es in diesem Film geht. Das Mädchen, das die Tochter spielt, hatte ihre eigene Mutter durch eine Krebserkrankung verloren und wusste daher sehr gut über dieses Thema Bescheid.



Der Arzt teilt die Diagnose mit

Pandora Verleih/ Dresen

**Das Überbringen der Nachricht gehört für die Profis sicher zu den schwierigsten Momenten. Sie haben sich im Vorfeld mit Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften auseinandergesetzt. Was denken Sie, macht das Überbringen besonders schwierig?**

Ich bin da jetzt wirklich kein Spezialist. Ich habe mich natürlich im Vorfeld mit Ärzten unterhalten, aber es ist etwas völlig anderes, wenn man es zum ersten Mal selber miterlebt. Den Arzt, der zu Beginn des Filmes die Diagnose überbringt, habe

ich erst am Nachmittag davor kennen gelernt. Die Ärzte, die wir vorher während der Recherche getroffen hatten, waren nicht bereit, so ein Gespräch vor laufender Kamera zu führen.

Dann haben wir glücklicherweise den Chefneurologen des Ernst-von-Bergmann-Klinikums Potsdam gefunden. Er hat sofort zugesagt, „*Na klar mach ich das, ich habe da keine Geheimnisse.*“ Und dann hat er das Gespräch mit den beiden Schauspielern so geführt, wie er es in seinem täglichen Leben eben auch macht, in eben diesem Raum und an eben diesem Schreibtisch. Natürlich war das in Echtzeit wesentlich länger, als es bei uns im Film dargestellt wird – es gab kein Vorgespräch etc. Was mich an dieser Situation am meisten berührt hat, war, dass dieser Arzt eine tolle Mischung aus Sachlichkeit und Empathie gefunden hat. Dass er durch sein langes Schweigen den beiden die Möglichkeit gegeben hat, selber die Situation zu durchdringen und eigene Fragen zu stellen.

Er sagte, man muss in so einer Situation nicht alles sagen, meistens erreicht es die Menschen auch gar nicht, weil sie viel zu sehr beschäftigt sind in diesem Moment. Aber wenn sie eine konkrete Frage stellen, dann antworte ich auch ehrlich, aber auf nichtgestellte Fragen muss man in so einer Situation nicht schon unbedingt Antworten geben. Seine Vorgehensweise fand ich sehr interessant, und es hat mich auch sehr berührt.

Wir haben dann gemeinsam vor laufender Kamera die einzelnen Situationen durchgespielt. Die Kinder konnten auch ganz bei sich bleiben und so reagieren, wie es ihnen ihre Intuition eingab. Sie hatten ja in diesem Fall auch keine vorgegebenen Texte, die sie aufsagen mussten, sondern haben das gesagt, von dem sie dachten, dass es richtig sei, weil es ihrer Intuition entsprach.

**Und wie haben sie, die Schauspieler, es konkret geschafft, immer wieder aus ihren Rollen herauszukommen?**

Das waren natürlich keine normalen Dreharbeiten. Diese Arbeiten haben uns sehr mitgenommen und für mich war es auch weniger ein Film als vielmehr eine Reise in sich selbst hinein. Man hat sich mit Dingen konfrontiert, denen man im Alltag doch sonst lieber ausweicht – der Endlichkeit der eigenen Existenz. Das hat uns alle sehr beschäftigt. Die Schauspieler – wir haben ja in Berlin gedreht, und sie wohnen beide in Berlin und haben Familie – sind abends immer gemeinsam mit dem Auto nach Hause gefahren und morgens zusammen gekommen. Für die beiden war diese Fahrt – glaube ich – wie ein Tunnel, durch den man die alte Welt verlässt und in die reale zurückkehrt. Die eigene Familie und das Erleben der Kinder haben ihnen in dieser Zeit sehr geholfen. Auf der anderen Seite aber auch klar gemacht, wie endlich alles ist, und dass wir häufig auch das kleine Glück viel zu gering schätzen.

Der Telefonanruf, der während des Gesprächs eintraf, war real. Die Krankenhäuser sind dermaßen unterbesetzt, dass sie es sich eben nicht leisten können, Spezialisten einzustellen, die sich dann nur Zeit für diese Gespräche nehmen. In diesem Fall macht das der Chefarzt, allerdings mit eingeschaltetem Pieper, um im Notfall erreichbar zu sein. Das war genau das, was dann das Gespräch im Film auch gestört hat. Aber genauso ist es im wirklichen Leben. Das beschreibt im Film auch die Realität, die in Krankenhäusern und im medizinischen Umfeld ganz normal ist. – Nicht schön, aber es ist die Realität.

### Hat die Vorbereitung und Durchführung dieses Filmprojektes Ihre Einstellung zu Krankheit, Tod und Sterben verändert?

Ja natürlich, klar. Ich hatte es ja schon gesagt, es war mehr eine Reise als ein Filmprojekt, und wenn man sich mit solchen Fragen sehr intensiv über eine sehr lange Zeit beschäftigt, durchdringt einen das schon sehr.

Ich habe zuvor diese Dinge sehr weit von mir geschoben – auch angesichts der Tatsache, dass man in unserer wohlorganisierten Welt gar nicht so viel damit zu tun hat. Wir haben uns ja angewöhnt, Dinge, die früher im familiären Bereich ganz selbstverständlich waren, aus unserem Alltag zu verdrängen. Die Erziehung der Kinder, die Pflege der Alten und Kranken, aber auch das Sterben, das alles findet in dafür vorgesehenen Institutionen statt. Noch vor 100 Jahren ist der Großvater im Kreise der Familie gestorben. Die Kinder waren dabei und konnten ihn anfassen, konnten das sehen, riechen all das, was sinnliche Erfahrung ausmacht und somit natürlich auch lernen, damit umzugehen. Ich z. B. hatte bis vor gar nicht langer Zeit noch keinen Toten gesehen und wusste nicht, wie das ist und habe das natürlich auch immer gerne von mir weggeschoben, wie man das im Alltag ja gerne macht.

Hier war es so, dass ich mich damit sehr intensiv beschäftigt habe und somit natürlich auch mit der Endlichkeit der eigenen Existenz und dann versucht man, sein Leben vielleicht auch ein bisschen anders

zu gestalten. Die Dinge, die schön sind – das klingt jetzt so profan – zu genießen und in dem Bewusstsein zu leben, dass die Dinge endlich sind und man die Zeit, die einem gegeben ist, für sich auf eine schöne Art nutzen sollte, indem man glücklich ist, wenn man die Möglichkeit dazu hat.

### Und wie wünschen Sie sich, sollte oder könnte weiterhin mit diesem Thema in den Medien umgegangen werden? Haben Sie selber noch ein Projekt vor Augen?

Nein, für mich ist das Thema erledigt, um das ganz klar zu sagen. Ich habe noch viele andere Themen, die bearbeitet werden müssen. Ich habe dem erst mal nichts mehr hinzuzufügen, das war und ist mein Statement. Das ist ja auch nicht nur ein Film über das Sterben, sondern ein Film, der in letzter Konsequenz das Leben feiert, die Solidarität in dieser Familie und den menschlichen Zusammenhalt. Ein wesentlicher Kern unserer Erzählung ist ja, wie diese Familie zusammenrückt angesichts der Bedrohung und wie sie es gemeinsam schafft, dass am Ende der Tod ein friedlicher, schöner Moment sein kann, den man miteinander erlebt. Und plötzlich ist der ganze Schrecken des Sterbens weg. Das fand ich sehr interessant. Der letzte Satz der Tochter „Ich muss jetzt zum Training“ weist ja auch ins Leben zurück. Dem habe ich nichts mehr hinzuzufügen, ich gehe jetzt ins Leben hinaus und werde es genießen – mit anderen Themen.

Ich wünsche mir natürlich von der Gesellschaft, dass das Thema nicht verdrängt wird, aber es gibt ja auch viel, was dazu in den Medien behandelt



Die ganze Familie ist ‚betroffen‘

Pandora Verleih/ Dresden



Pandora Verleih/ Dresden

wird. Die ARD z. B. hat letztes Jahr eine ganze Woche zum Thema Sterben gezeigt. Man kann sich eigentlich nicht beklagen, dass die Medien das Thema ignorieren würden, das zeigt auch die Resonanz auf unseren Film.

Letztendlich ist es aber auch eine Sache, die jeder mit sich selber ausmachen muss. Ich habe eher die Erfahrung gemacht, dass die Menschen es verdrängen und nichts damit zu tun haben wollen. „Ach, das ist mir zu gruselig, damit will ich in meinem Alltag nichts zu tun haben. Da gibt es jetzt so einen Film, aber den guck ich mir jetzt lieber nicht an, ich will das jetzt nicht an mich ran lassen“, das ist eigentlich eher das Problem. Ich glaube, es ist jedem selbst überlassen, wann er sich damit beschäftigt. Früher oder später sollte man wissen, kommt es auf jeden von uns zu, es kann – glaube ich – nicht schaden, sich damit ein wenig zu beschäftigen und dann auch gewappnet zu sein. Und in letzter Konsequenz auch sein Leben anders zu genießen. Denn über die Endlichkeit unserer Zeit auf Erden Bescheid zu wissen, führt unter Umständen dazu, dass man ein größeres Bewusstsein für die Schönheiten des Alltags bekommt.

**Die Leserinnen und Leser unserer Zeitschrift sind in der Begleitung und Unterstützung Sterbender und ihrer Familien tätig, also in der Phase des Lebens, wenn der Tod nicht mehr verdrängt werden kann: Was würden Sie ihnen mit auf den Weg geben?**

Ich muss sagen, ich habe ja im Vorfeld des Films aber auch während der Arbeit viele Menschen getroffen, die mit Sterbenden zu tun haben. Davor hatte und habe ich einen unglaublichen Respekt, das hat mich sehr beeindruckt.

Ich bin davor noch nie in einem Hospiz gewesen. Ich hatte mir immer – wie in ganz alten Filmen – ein ganz düsteres Backsteingebäude vorgestellt, aus dem einem quasi das Sterben schon entgegen-springt. So stand ich dann ganz perplex in Berlin in dem lichtdurchfluteten, buntgestrichenen Ricam-Hospiz und war total beeindruckt auch von den Leuten, die dort gearbeitet haben. Auch von der Lebensfreude, die es dort gibt, obwohl es ja ein Ort ist, wo gestorben wird. Das fand ich ganz toll, und ich habe davor einen ganz großen Respekt. Ich weiß, dass das für viele Menschen, die in diesen Bereichen arbeiten, nicht immer leicht im Alltag ist, auch wenn das manchmal so selbstverständlich aussieht.

Insofern wünsche ich den Menschen, die in den Hospizen, in der Sterbebegleitung und in den Krankenhäusern arbeiten, viel Kraft im Alltag und mit ihrer Arbeit. Denn eins ist ja klar, das ist ein ganz, ganz wichtiger Bereich! Leider können nicht alle Menschen zu Hause sterben, weil sie vielleicht nicht das familiäre Umfeld haben. Wenn das aber so sein sollte, dann braucht es auch dabei erfahrene Leute, die das begleiten und insofern ist mir klar, dass das einer der neuralgischen Punkte unserer Gesellschaft ist.

Ich kann einfach nur allen Leuten, die dort arbeiten, alle Kraft dieser Welt wünschen, das mit so viel Leidenschaft und Optimismus zu machen, wie es eben möglich ist.

## Veranstaltungen

**07.05. - 09.05.2014**

**Gütersloh**

Achtsamkeit und Gewahrsein im Umgang mit Sterbenden. Einführung in den kontemplativen Ansatz. Bildungswerk Hospiz- & Palliativmedizin am Städt. Krankenhaus  
Tel.: 0 52 41 - 90 59 84  
[www.hospiz-und-palliativmedizin.de](http://www.hospiz-und-palliativmedizin.de)

**08.05. - 09.05.2014**

**Bremen**

Leben und Tod – Messe und Fachkongress – Vorsorge, Pflege, Begleitung, Abschied und Trauer  
Messe Bremen & ÖVB-Arena  
[www.messen.de](http://www.messen.de)

**09.05.2014**

**Herne**

Ethische Entscheidungen am Lebensende. Wille des Patienten – Beitrag der Pflege – Arzt als Entscheider?  
APPH Ruhrgebiet  
Tel.: 0 23 23 - 4 98 26 00  
[apph@apph-ruhrgebiet.de](mailto:apph@apph-ruhrgebiet.de)  
[www.apph-ruhrgebiet.de](http://www.apph-ruhrgebiet.de)

**19.05. - 20.05.2014**

**Kassel**

Bundesweites Vernetzungstreffen von Mitarbeitern in der ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit  
Kultursensible Begleitung in der Kinder- und Jugendhospizarbeit  
Deutscher Kinderhospizverein e.V.  
Tel.: 0 27 61 - 94 12 90  
[eberhard.meyer@deutscher-kinderhospizverein.de](mailto:eberhard.meyer@deutscher-kinderhospizverein.de)  
[www.deutscher-kinderhospizverein.de](http://www.deutscher-kinderhospizverein.de)

**22.05.2014**

**Königswinter**

13. Petersberger Gesundheitssymposium Palliativmedizin – ‚Geriatric und Demenz‘  
beta seminare bonn berlin GmbH  
Tel.: 02 28 - 9 19 37 37  
[annemarie.murr@bsbb.de](mailto:annemarie.murr@bsbb.de)  
[www.gesundheitssymposium.de](http://www.gesundheitssymposium.de)

**03.06. - 04.06.2014**

**Düsseldorf**

Einführung in die Integrative Validation  
Kaiserswerther Diakonie  
Tel.: 02 11 - 4 09 30 00  
[www.kaiserswerther-diakonie.de](http://www.kaiserswerther-diakonie.de)

**05.06. - 07.06.2014**

**Lleida, Spanien**

8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care  
Barceló Congresos  
Tel.: 00 34 9 38 82 - 38 78  
[www.eapc2014@barcelocongresos.com](mailto:www.eapc2014@barcelocongresos.com)

**24.06. - 27.06.2014**

**Düsseldorf**

10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und 13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung  
„Palliativ - Versorgung - Forschung / Hospiz - Begleitung - Praxis“  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin  
[www.dgp-dkvf2014.de/anmeldung.html](http://www.dgp-dkvf2014.de/anmeldung.html)

**08.07. - 11.07.2014**

**Köln**

Vom hilflosen zum hilfreichen Helfer. Sicherheit und Kompetenz im Umgang mit Tumorkranken  
Dr. Mildred Scheel Akademie  
Tel.: 02 21 - 9 44 04 90  
[www.mildred-scheel-akademie.de](http://www.mildred-scheel-akademie.de)

**28.08.2014**

**Dortmund**

ALPHA-Symposium  
Beratung zur Patientenverfügung  
ALPHA-Ansprechstellen  
Tel.: 02 51 - 23 08 48  
Tel.: 02 28 - 74 65 47



### **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**

