



# Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2015 Ausgabe 64

Schwerpunkt:

**SEITENWECHSEL**

## Editorial



### Liebe Leserinnen und Leser,

es war einer der Gruppenabende des Hospizdienstes; an diesem Tag sollte es um Validation gehen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahmen Platz und es wurde gefragt, ob es irgendetwas Wichtiges gibt, bevor die Kursleitung mit dem Thema beginnt. Da stand Frau Unger\* auf und sagte: „Ich muss Euch etwas sagen“, und nach einer Pause fuhr sie fort: „Ich habe die Seite gewechselt.“

Was war geschehen? Frau Unger hatte gerade die Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung erhalten. Und plötzlich stand da nicht mehr und ausschließlich die Hospizmitarbeiterin, die Sterbende begleitet, sondern da stand ein Mensch, der vielleicht selbst bald zu jenen gehört, die begleitet werden.

Was bedeutet ein solcher Seitenwechsel von der Hospizmitarbeiterin zur onkologisch Erkrankten, von der Pflegekraft zum Pflegefall, vom Trauerbegleiter zum Trauernden? Ist eine solche Situation anders als für Lehrer, Bankangestellte oder Chemikerinnen?

Die Beiträge in dieser Ausgabe des Hospizdialogs zeigen auf unterschiedliche Weise das Besondere dieser Situation auf. Denn auch wenn wir alle, egal welchen Hintergrund wir haben, im Angesicht von Krankheit, Sterben und Tod, auf uns selbst zurückgeworfen werden, gibt es da doch etwas ‚Anderes‘, eine andere Betroffenheit, eine Veränderung der Perspektive, eben einen Seitenwechsel.

Für diese und die Beiträge im allgemeinen Teil dieser Ausgabe wünsche ich Ihnen eine gute Lektüre!

Ihre

*G. Dingerkus*  
Gerlinde Dingerkus

\* Name von der Redaktion geändert

## 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, Sigrid Kießling, Mary Wottawa  
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

### Layout

Art Applied, Hafengeweg 26a, 48155 Münster

### Druck

Buschmann, Münster

### Auflage

2.500

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.  
Foto Seite 8: M. Dingerkus; S. 9 -10: H. P. Katlewski; S. 11: Hennes; S. 14: G. Achtermann

## INFORMATION

### Das Ziel weiterhin im Blick Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen

Felix Grützner 4

### Lieben – Leben – Abschied nehmen bei der IGSL-Hospiz e.V.

Liss Steeger 5

### Die Sterbehilfedebatte aus jüdischer Sicht Multidisziplinäre Fachtagung: End-of-Life: Jewish Perspectives

Stephan M. Probst 8

### Refugio – Ein Angebot für Flüchtlinge

Sigrid Kießling und Gerlinde Dingerkus 11

## SCHWERPUNKT SEITENWECHSEL

### Zwischen Professionalität und Betroffenheit

Der Seitenwechsel eines Arztes 14

### News zur neuen Zeitrechnung

Birgit Hucker 15

### Die Praktika der eigenen Krisen sind Chancen oder Auf einmal war ich selber dran ...

Interview mit Corinna Woisin 17

### Seitenwechsel: Gezwungen – gewollt – geschenkt

Franco Rest 20

### Veranstaltungen

23

## DAS ZIEL WEITERHIN IM BLICK

**Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen:  
NRW-Projekt geht in die Regionen, Netzwerke verdichten sich,  
Experten tagen**

FELIX GRÜTZNER



Dr. Felix Grützner

Seitdem im vergangenen Oktober über 700 Menschen zur Fachtagung „Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen“ in Bochum zusammengekommen waren, hat sich dieses bedeutende Thema auf unterschiedlichen Ebenen weitergetragen und insgesamt deutlich an Präsenz gewonnen. So konnte man dem Ziel des NRW-Projektes, landesweit die stationären Einrichtungen in der Altenhilfe

bei der Ver- und Umsorgung schwerstkranker und sterbender Bewohnerinnen und Bewohner zu unterstützen und zu fördern, ein gutes Stück näherkommen.

In den beiden Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe wurden und werden in diesem Sommer in den fünf Regierungsbezirken regionale Veranstaltungen durchgeführt, die zum Thema informieren, Austausch ermöglichen und die regionale Vernetzung befördern sollen (13.8. Köln, 18.8. Detmold, 3.9. Münster, 8.9. Arnsberg, Anmeldung und Programme: [www.alpha-nrw.de](http://www.alpha-nrw.de)). Bereits am 1. Juli kamen in Düsseldorf 180 Menschen aus allen Bereichen der Altenpflege, der Hospizarbeit sowie der Palliativversorgung zusammen, um gemeinsam Herausforderungen und Perspektiven für die hospizlich-palliative Versorgung in den Pflegeheimen zu diskutieren. Gastgeber war die Ärztekammer Nordrhein, deren Präsident Rudolf Henke im Grußwort u. a. darauf einging, dass nicht zuletzt die Haus- und Fachärzte eine Schlüsselrolle im Gefüge der an der Begleitung beteiligten Berufsgruppen spielen. Großes Interesse fanden neben thematischen Vorträgen (u. a. Gerda Graf, Niederzier, zur konkreten Umsetzung in ihrer Pflegeeinrichtung und Prof. Dr. Lukas Radbruch zur Symptombehandlung bei

Bewohnerinnen und Bewohnern) sogenannte Gesprächsinseln, an denen sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Regionen treffen, Kontakte schließen und sich austauschen konnten. ALPHA wird die dort gesammelten Fragen und Wünsche aufnehmen und in die weitere Realisierung der regionalen Vernetzung einfließen lassen. Ähnlich wie bei der landesweiten Auftaktveranstaltung wurde auch in Düsseldorf deutlich, dass sowohl die Umsetzung hospizlich-palliativer Versorgung in den Einrichtungen als auch ihre Vernetzung mit den Partnern in der Hospizarbeit und Palliativversorgung regional stark divergieren.

Auf die Initiative der ALPHA-Stellen hin hat sich in den vergangenen Monaten eine landesweite Experten- und Expertinnengruppe zum Thema der Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeheimen etabliert. Menschen aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen mit langjähriger Erfahrung und Expertise, darunter Leiterinnen sogenannter „Leuchtturmprojekte“, diskutieren und erarbeiten darin Handreichungen, Umsetzungshilfen und Empfehlungen. So wurde beim letzten Treffen am 11. Juni in Bonn darüber beraten, anhand welcher Kriterien sich der Umsetzungsgrad von Hospizkultur und Palliativversorgung in einer Einrichtung bemessen lässt. Ein weiteres wichtiges Thema der Runde war, wie Bewohnerinnen und Bewohner identifiziert werden können, die von einem palliativ-pflegerischen Ansatz und/oder einer Pflege- und Therapiezieländerung profitieren würden. Sobald aus diesem Diskussionsprozess konkrete Ergebnisse vorliegen, werden diese der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Ein dritter großer Bereich des NRW-Projektes umfasst die Befähigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeheimen. Hierzu ist eine Synopse der bestehenden Curricula erarbeitet worden, die zu konkreten Vorschlägen für Befähigungskonzepte und -strukturen in den Einrichtungen genutzt werden können.

Die ALPHA-Stellen erwarten nun mit Spannung die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie, die bis Ende des Jahres den Umsetzungsgrad von Hospizkultur und Palliativversorgung in den nordrhein-westfälischen Pflegeheimen erheben wird. Denn schon jetzt ist sicher: Die hospizliche und palliative Begleitung wird in vielen Einrichtungen schon seit vielen Jahren umgesetzt. Wo dies jedoch noch nicht der Fall ist, kann es hilfreich sein zu klären, in welchen Bereichen Defizite und damit Unterstützungswünsche bestehen. ALPHA möchte sich dafür einsetzen, dass die dafür notwendigen Kommunikationsprozesse zielgerichtet weitergeführt werden.

Auch ist es uns ein Anliegen, ganz praktische Hinweise und Handreichungen (z. B. zu spezifischen Symptomen am Lebensende) weiterzugeben, die die Einrichtungen unserer Homepage entnehmen können. Wir verstehen dabei all unsere Aktivitäten als Angebot, welches zu nutzen jeder Einrichtung offen steht. Daher freuen wir uns auch über konstruktive Rückmeldungen der verschiedenen Institutionen und Professionen, denn diese tragen zur Weiterentwicklung einer guten Hospiz- und Palliativkultur in den Einrichtungen bei.

**Dr. Felix Grützner**

ALPHA-Rheinland  
Heinrich-Sauer-Straße 15  
53111 Bonn  
www.alpha-nrw.de

## „LIEBEN – LEBEN – ABSCHIED NEHMEN“ BEI DER IGSL-HOSPIZ E.V.

LISS STEEGER

**L**ängst ist Hospiz zu einer Idee und geistigen Bewegung geworden, um ein Leben bis zuletzt in Geborgenheit zu ermöglichen. Die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e. V. (IGSL-Hospiz e.V.) ist ein bedeutender Teil der Hospizbewegung und wurde 1986 von Dr. Paul Becker in Limburg gegründet. Mit über 2600 Mitgliedern, 28 Regionalgruppen sowie 14 Kooperationspartnern ist sie eine der größten Dachorganisationen der Hospizbewegung in Deutschland. Die IGSL arbeitet interdisziplinär als gemeinnützige und überkonfessionelle Organisation für eine humane Qualität des Lebens bis zuletzt. Sie möchte Menschen ermöglichen, zu Hause zu sterben, wo dies möglich und verantwortbar erscheint.

Der IGSL-Verband ist mit allen Hospizinitiativen in Deutschland durch den Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) und deren Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) und Hospiz- & Palliativ-Verbänden der Bundesländer (LV) vernetzt. Doch sieht sie sich nicht nur als einen organisatorischen Zusammenschluss von Hospizaktivitäten, sondern als geistige Gemeinschaft, deren Mitglieder und Gruppen sich auf

vielfältige Weise unterstützen und gemeinsam an den Themen der Hospizbewegung arbeiten. Vereinen und Organisationen, die deren Anliegen verfolgen, wird eine Zusammenarbeit über Kooperations- oder Partnerschaftsverträge angeboten.

Die IGSL-Hospiz wirkt mit an einer öffentlichen Bewusstseinsbildung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer im Sinne seiner Ziele, die im Zehn-Punkte-Programm verankert sind.

Das ‚Herzstück‘ sind die Regionalgruppen (und Partnerschaftsvereine), in denen die Hospizidee vor Ort gelebt und verwirklicht wird. Unterstützt werden die Regionalgruppen durch eine zentrale Geschäftsstelle in Bingen und den ehrenamtlichen Vorstand mit der Vorsitzenden Christel Grimm aus Langen und ihrer Stellvertreterin Monika Wehrstein



Liss Steeger

aus Nagold. Als Botschafterin fungiert die Ärztin, Medizjournalistin und ARD-Moderatorin Dr. Susanne Holst, die die verschiedenen Anliegen der IGSL-Hospiz nach außen vertritt.

Die IGSL unterstützt den Vorrang einer verantwortbaren Sterbe- und Trauerbegleitung in der häuslichen Umgebung vor stationären Angeboten mit dem besonderen Wert und Einsatz durch ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer. Diese begleiten Schwerstkranke, Sterbende und ihre Angehörigen durch Gespräche, Beratung oder einfach durch ihre Anwesenheit. Ihre Hilfe steht allen zur Verfügung, die sie brauchen und wollen – unabhängig von Weltanschauung, Religionszugehörigkeit oder Alter. Dabei orientieren sie sich an den körperlichen, seelischen, sozialen, rechtlichen und spirituellen Bedürfnissen. Menschen mit Verwirr-



Dr. med. Paul Becker, Gründer der IGSL

heit und Bewusstseinsverlust werden als besonders schutzbedürftig angesehen. Dieses Ehrenamt fördert deutlich die eigene Persönlichkeitsentwicklung durch Auseinandersetzung mit grundlegenden Lebensfragen, durch beeindruckende Begegnungen sowie durch menschliche Nähe und Wärme. Diese Erfahrungen können dazu beitragen, die eigene Lebenszeit sinnvoll zu gestalten.

Es wird die vertrauensvolle Zusammenarbeit von Medizinern, Pflegenden, Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern und ehrenamtlichen Diensten gefördert. Durch die Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege sowie der ambulanten und stationären Hospizarbeit können mit der IGSL als Kooperationspartner gemeinsame Vorstellungen zu hospizlicher Arbeit entwickelt werden.

Im IGSL-Hospiz-Bildungswerk (HBW) werden die organisatorischen und inhaltlichen Voraussetzungen für eine Qualifizierung und Weiterbildung in der Hospizarbeit und Trauerbegleitung auch als ‚Inhouse-Angebote‘ geschaffen. Ehrenamtliche und hauptamtliche Kräfte werden durch Vorbereitung, Fortbildung, Informationen und Ermutigung im Bereich der Themen „Sterben, Tod und Trauer“ unterstützt und auf Einsätze in der Lebens- und Sterbebegleitung vorbereitet. Die Leitung des HBW



obliegt dem Schatzmeister der IGSL-Hospiz, Georg Tomasik.

Die Verbreitung der Hospizidee erfolgt auch durch Vortragstätigkeit und Publikationen. Im IGSL-Hospiz-Verlag veröffentlichen qualifizierte Autorinnen und Autoren in Themenheften, Ratgebern und der viermal im Jahr erscheinenden Zeitschrift „Der Wegbegleiter“, die als Sprachrohr, Zuhörer und Kommunikator dient.

Die Publikation „Lieben – Leben – Abschied nehmen“ mit Sprüchen, Texten und Bildern erfreut sich großer Beliebtheit und wird oft als Geschenk verwendet. Diese ‚Spiegelungen im Fluss des Lebens‘ berühren und können auf ihre ganz eigene Weise Kraft, Hoffnung und Trost vermitteln. In der Ausschreibung zu diesem kleinen Buch heißt es „Abschiede unterschiedlicher Dimensionen bestimmen unser Leben, und je nachdem, wie wir Abschiede erlebt haben, lehrt uns die Erfahrung, dass solche Lebenskrisen durchaus auch Lebenschancen sind, und erst in der Abschiedssituation sich die Kostbarkeit des Verlorenen noch einmal zeigt und bewusst macht.“

Ein Schwerpunkt der IGSL liegt auf der Verbreitung einer juristisch abgesicherten verbindlichen Patientenverfügung, die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die Fürsorgepflicht des Arztes berücksichtigt. Die „Umfassende Vorsorgemappe“ (Autor Klaus Holland) entspricht den aktuellen Anforderungen unter Berücksichtigung des neuen Patientenverfügungsgesetzes (PatVerfGes):

- Die Patientenverfügung legt fest, wie die Wünsche bezüglich der medizinischen Behandlung am Lebensende aussehen, wenn man nicht mehr selbst entscheiden kann.
- Mit der Vorsorgevollmacht für Entscheidungen in persönlichen Angelegenheiten können bis zu zwei Bevollmächtigte benannt werden, die damit den Auftrag bekommen, diese Entscheidung im Sinne des Vollmachtgebers zur Durchsetzung der Patientenverfügung zu treffen.
- Die Vollmacht für Rechtsgeschäfte aller Art dient als Ergänzung, um eine Person zu bevollmächtigen, alle vermögens- und zivilrechtlichen Angelegenheiten zu regeln.
- Mit der Betreuungsverfügung wird bestimmt, wer vom Vormundschaftsgericht als Betreuer zu bestellen ist, falls die Betreuung notwendig werden sollte.
- Mit der Behandlungsvereinbarung kann bei einer unaufhaltsam fortschreitenden Erkrankung festgelegt werden, was im Falle der nächsten Krankheitsstufe gemacht werden soll, falls der Vollmachtgeber nicht mehr entscheidungsfähig ist.
- Mit dem Vordruck „Gedanken zu meinem Sterben“ kann die Vorstellung der letzten Lebensphase dargelegt werden und wie es unmittelbar nach dem Tod weitergehen soll.
- Hinweise und Empfehlungen zur Selbstbestimmung am Lebensende
- Notfallkarte

*„Im Grunde sind es doch die Beziehungen zu den Menschen, welche dem Leben seinen Wert geben.“*

*Wilhelm von Humboldt*

Hospizarbeit ermöglicht für einen Abschied in Würde mitmenschliche Begleitung und Halt unter Wahrung der Lebensqualität. Wesentlich sind die Ehrlichkeit und die Authentizität der Menschen, die sich um einen Sterbenden versammeln, denn der behutsame Umgang mit der Wahrheit ermöglicht ein bewusstes Abschiednehmen.

Sinnstiftende Wertschätzung durch persönliche Gespräche kann diesen letzten Wegabschnitt so angenehm wie möglich gestalten.

Die IGSL (Regionalgruppen und Einzelmitglieder) setzt sich für ein menschenwürdiges Sterben ein. Allen Bestrebungen einer Tötung auf Verlangen („aktive Sterbehilfe“) und der Beihilfe zur Selbsttötung wird mit Entschiedenheit entgegengewirkt. Vielmehr werden Betroffenen, ihren Angehörigen und den Begleiterinnen und Begleitern der Sterbenden Unterstützung und Beistand angeboten.

Sowohl von der emotionalen als auch von der rechtlichen Seite betrachtet sind Sterbebegleitung und Lebensbeistand, so wie es im Namen des Vereins verankert ist, die Inhalte der Arbeit der IGSL-Hospiz.

#### **Kontakt**

IGSL-Hospiz e.V. (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand)  
Mainzer Straße 4  
55411 Bingen  
Tel: 0 67 21 - 1 03 18  
Fax: 0 67 21 - 1 03 81  
www.igsl-hospiz.de  
info@igsl-hospiz.de

#### **Zur Autorin:**

Liss Steeger ist Bankkauffrau, arbeitet als freie Mitarbeiterin einer Tageszeitung und gibt als Moderatorin Seminare für das IGSL-Hospiz-Bildungswerk zum Thema „Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“, „Texten wie ein Profi“ oder „Mitglieder halten und gewinnen“.

## DIE STERBEHILFEDEBATTE AUS JÜDISCHER SICHT

Vom 28. bis 31. Mai 2015 fand am Klinikum Bielefeld die multidisziplinäre Fachtagung „End-of-Life: Jewish Perspectives“ statt  
STEPHAN M. PROBST

Auch wenn das Thema der Fachtagung nicht ausdrücklich ‚Sterbehilfe‘ hieß, sondern die Veranstaltung aus jüdischer Perspektive auf vielerlei Fragen am Ende des Lebens blickte, zog sich die ‚Sterbehilfedebatte‘ doch wie ein roter Faden durch das ganze Symposium. Zu groß ist die, durch die öffentliche und politische Diskussion ausgelöste Verunsicherung auch in den jüdischen Gemeinden Deutschlands und auch hier spüren viele Menschen Ängste, wenn sie an ihr eigenes Sterben oder das ihrer Angehörigen denken. Es bestehen Ängste vor Würdeverlust beim Sterben, Ängste vor Autonomieverlust, aber auch Ängste, am Lebensende aus Sicht des jüdischen Religionsgesetzes, der Halacha, falsche Entscheidungen zu treffen.

Wie groß der Bedarf an einer Auseinandersetzung mit dem Thema ist, war rasch nach Ankündigung der Veranstaltung erkennbar, die schon vor Beginn sehr viel Aufmerksamkeit erhielt. In kürzester Zeit, lange vor Ablauf der Anmeldefrist, waren die 60 verfügbaren Plätze vergeben. Überwiegend meldeten sich Rabbiner, jüdische Ärzte, Pflegekräfte, Studenten, Sozialarbeiter, Psychologen, ehrenamtliche Hospizhelfer und Laien, aber auch Mediziner und etliche nichtjüdische Interessierte an. Darunter auch Prominente, wie zum Beispiel Franz Müntefering, der sich seit längerem an der öffentlichen Diskussion beteiligt und zu Wort meldet.

Die Veranstalter der Fachtagung hatten bewusst jüdische Fachleute der verschiedensten Disziplinen zusammengeführt, um aus jüdischer Sicht und mit Rücksicht auf die moderne Lebenswirklichkeit selbstkritisch zu diskutieren, was ‚Sterben in Würde‘ für Menschen heißt, die im Judentum ihre spirituelle und religiöse Heimat sehen. Ärzte, Juristen, Rabbiner und Philosophen definierten unter ande-

rem die Begriffe aktive, passive und indirekte Sterbehilfe, palliative Sedierung und diskutierten über medizinische Entscheidungen am Lebensende, Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten aus ihrer jeweiligen Perspektive und unter Berücksichtigung der jüdischen Tradition.

Das Judentum stellt die Heiligkeit des Lebens nahezu über alles andere und die Halacha, also das jüdische Religionsgesetz, verbietet nach überwiegender Auslegung eindeutig jede Handlung, die das Leben verkürzt. Auch in seinen orthodoxesten Auslegungen lehnt das Judentum den medizinischen Fortschritt nicht ab und fordert zum Erhalt des Lebens alles zu tun, was die moderne wissenschaftliche Medizin versprechen kann. Andererseits widerspricht es jedoch genauso ausdrücklich der jüdischen Lehre, Schmerzen und Leiden unnötig zuzulassen und den Sterbeprozess aktiv zu verlängern. Aber ab wann ist die Hoffnung, die die moderne Medizin macht, falsche Hoffnung? Wann sind Fortsetzung oder Eskalation medizinischer Maßnahmen nur noch aktives Verlängern von Schmerz und Leid im Sinne eines Hinauszögerns des natürlichen Todes, anstelle gebotener Lebensverlängerung, also das, was die wissenschaftliche Medizin mit dem neuen Begriff ‚Futility‘ bezeichnet? Es gibt nämlich durchaus einen, wenn auch sanften Paradigmenwechsel in der heutigen Medizin, die sich zunehmend mit ihren eigenen Fehlentwicklungen beschäftigt, ihre eigenen Irrtümer erforscht und den natürlichen Tod wiederentdeckt. Diese Erkenntnisse in halachische Entscheidungen am Lebensende miteinzubeziehen, war ein zentrales Thema der Tagung, um so einem, von außen betrachtet, paradox erscheinenden jüdischen Missverständnis entgegenzuwirken: Je traditioneller oder konservativer die Halacha bei anstehenden Entscheidungen über

apparativ-technische Maßnahmen in der Medizin ausgelegt wird, desto größer erscheint das Risiko, später dadurch einer unmenschlichen Apparatemedizin ausgeliefert zu sein. Denn um auf keinen Fall leichtfertig mit der Leihgabe des Lebens umzugehen, riskieren manche lieber, Würde am Lebensende zu verlieren oder werden mit gutgemeinter und überzeugter rabbinischer Autorität hin zu solchen Entscheidungen beraten.

Die Schwierigkeit, in unserer modernen Zeit halachisch richtige Entscheidungen zu treffen, liegt in der Natur bzw. der Geschichte des jüdischen Religionsgesetzes selbst begründet, dessen fundamentale Werke die Tora (also die fünf Bücher Mose), die Mischna (um das Jahr 200 niedergeschriebene rabbinische Auslegungen der Tora zu Struktur und Inhalt jüdischen Lebens der damaligen Zeit) und der Talmud sind. Der in bedeutenden jüdischen Zentren Babyloniens zwischen dem 2. und 7. Jahrhundert entstandene Babylonische Talmud enthält Verschriftlichungen von Mischna-Interpretationen und besteht aus zwei inhaltlich unterschiedlichen Elementen: einem normativen Teil, der die bis heute gültige Halacha aufzeichnet, und einem narrativen, erzählerischen Teil, der Aggada. Diese ist gewissermaßen eine ‚Fallsammlung‘ und für die jeweilige Epoche, die sich mit dem jüdischen Religionsgesetz beschäftigt, eine Fundgrube von Präzedenzfällen und Kasuistiken, die als Analogien auf die jeweiligen Lebenswirklichkeiten verschiedener Zeitalter übertragen werden können. Da der Talmud in einem schwer verständlichen aramäischen Idiom verschiedenste Debatten und Lehrmeinungen sammelt und außerdem schwer überschaubar und ohne systematische Ordnung ist, komplizierten vor allem seit dem Mittelalter verschiedene Gelehrte strukturierte Kodifizierungen des jüdischen Religionsgesetzes, die bis heute relevant sind. Die bekanntesten Beispiele sind die „Mischna Tora“ des Moses

Maimonides und Josef Caros „Schulchan Aruch“. Wie man in diesen teils Jahrtausende alten, aber verbindlichen Quellen Antworten auf Fragen unserer modernen hochtechnisierten Welt findet, war zentrales Thema des Symposiums.

So leitet etwa die moderne jüdische Medizinethik aus der talmudischen Geschichte um Rabbi Chanina ben Teradion ab, dass ein Patient keine Verpflichtung hat, sein Leben des Leidens zu verlängern. Die in einem Vortrag getroffene Feststellung „Wenn ein Patient unheilbar krank ist und andauernd Schmerzen hat, so dass es keine Hoffnung auf ein schmerzfreies Weiterleben gibt, es aber immer noch möglich ist, mit den medizinischen und technologischen Methoden sein Leben zu verlängern, dann ist es nicht angebracht, dies zu tun“, ist gewissermaßen die moderne Interpretation der aggadischen Erzählung aus dem Traktat Avodah Sarah des Babylonischen Talmuds. Dort wird vom Märtyrertod Rabbi Chanina ben Teradions erzählt, den die Römer in eine Torarolle eingewickelt auf den Scheiterhaufen warfen. Um seine Qualen beim Verbrennen zu verlängern und seinen Tod hinauszuzögern, legten sie kühlende, in Wasser getränkte Wollsträhnen auf sein Herz. Als seine Schüler es nicht ertrugen, sein Leiden mit anzusehen, riefen sie ihm zu, er solle seinen Mund öffnen und durch Einatmen des heißen giftigen Rauchs seinen Tod beschleunigen. Dies lehnte Rabbi Chanina ab, weil dies Selbsttötung sei. Dass der römische Vollstrecker aber die den Tod hinauszögernden Wollfäden entfernte, gestattet der Talmud.



Teilnehmer des Symposiums, u.a. auf dem Foto: Rabbiner Dr. Almekias-Siegl, Dr. Probst, Ex-Vizekanzler Franz Münterfering, Oberkirchenrat Dr. Ochel, Rabbiner Dr. Katz, Rabbinerin Treiger, Rabbiner Sievers und Rabbiner Dr. Kucera

Die Palliativmedizin hat nicht auf alle Situationen, die bei einem Kranken Gedanken an einen Suizid zur Verkürzung von Leid und Not entstehen lassen, eine Patentlösung im Repertoire, aber in den meisten Fällen kann eine adäquate palliativmedizinische oder hospizliche Versorgung den Todeswunsch ausräumen. Der scheinbar so große Bedarf an Möglichkeiten einer aktiven Sterbehilfe, den viele Umfrageergebnisse suggerieren wollen, zeigt auf jeden Fall, dass ein Bedarf an einer menschlichen Hilfe beim Sterben besteht. Diese Hilfe können Juden im Judentum finden, zumal wenn das Judentum der Lebenswirklichkeit gemäße Antworten gibt.



Diskussion zwischen Rabbinerinnen und Psychologinnen

Eine Herausforderung, auch an die pastoral-rabbinische Begleitung, wird es bleiben, wie mit den auch bei noch so guter palliativmedizinischer Versorgung und noch so achtsamem Umgang der Gesellschaft mit Leidenden und Sterbenskranken, sehr seltenen, aber trotzdem auftretenden Situationen umzugehen ist, in denen Menschen keinen anderen Weg sehen, als den Wunsch nach Erlösung von einem qualvollen Lebensende im Suizid zu formulieren. Der Gedanke an Suizid darf nicht durch eine apodiktische Ablehnung tabuisiert werden. Dies würde die Kranken und Leidenden, die solche Wünsche in sich wahrnehmen, nur wieder von einer Unterstützung und Hilfe ausgrenzen, die sie wahrscheinlich am allerdingendsten brauchen.



Dr. Stephan Probst



Am Rande des Symposiums: Rabbiner Dr. Tovia Ben-Chorin im Gespräch mit Dr. Stephan Probst

Denn das Sprechen über einen Suizidwunsch ist Suizidprophylaxe.

Ein weiterer Schwerpunkt des Symposiums war das Thema Patientenverfügungen. Man stellte fest, dass Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten auch in der jüdischen Welt nicht immer der Königsweg für alle Probleme sind, die sich am Lebensende auftun können. Aber das Erstellen einer Patientenverfügung und das Bestimmen eines Vorsorgebevollmächtigten kann ein wertvoller Einstieg sein, über seine Vorstellungen vom eigenen Sterben nachzudenken und mit seinen Angehörigen im Sinne eines ‚Advance Care Planings‘ darüber zu sprechen.

#### **Ltd. OA Dr. med. Stephan M. Probst**

Klinikum Bielefeld gem. GmbH  
Klinik für Hämatologie, Onkologie und  
Palliativmedizin  
Teutoburger Straße 50  
33604 Bielefeld  
stephan.probst@klinikumbielefeld.de  
www.klinikumbielefeld.de  
Tel.: +49 - 5 21 - 5 81 - 36 01  
Fax: +49 - 5 21 - 5 81 - 36 99



## REFUGIO – EIN ANGEBOT FÜR FLÜCHTLINGE

SIGRID KIESSLING UND GERLINDE DINGERKUS\*

**R**efugio ist ein psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in Münster, das seine Arbeit im August 2014 aufgenommen hat mit zwei halben therapeutischen Stellen, die besetzt sind durch Dr. Tilo Meissner, Arzt, systemischer Therapeut und Berater und Dipl. Psych. Andreas Maisch, Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) sowie einer sozialarbeiterischen Stelle, besetzt durch Dipl. Päd. Sandra Steinberg.

### Das Angebot

Das psychosoziale Zentrum Refugio bietet Therapie und Beratung für Flüchtlinge an. Dabei werden als Flüchtlinge sowohl Menschen angesehen, die sich im Asylverfahren befinden, als auch die Personen, die eine Ablehnung bekommen und aktuell eine Duldung haben. Darüber hinaus gibt es Einzelfälle, für die diese Kriterien nicht zutreffen. Es kommen vor allem Flüchtlinge zu Refugio, die Unterstützern mit psychischen Problemen auffallen oder vereinzelt auch solche, die sich selbst aufgrund eigener Belastungen an Refugio wenden.

Die Aufgabe von Refugio ist es, bei der Alltagsgestaltung, Perspektiventwicklung und der Verarbeitung von schwierigen Erfahrungen, die teilweise auch zu einer Traumatisierung führten, zu unterstützen. Der Fokus der Arbeit liegt auf der Therapie und Beratung von Erwachsenen, es gibt aber auch einen Ansprechpartner für Kinder. Das Spektrum dessen, was benötigt wird, ist groß und hängt davon ab, was die Klientinnen und Klienten mitbringen und welcher Grund sie zu Refugio führt.

Es wird zunächst ein Clearing angeboten, wobei u. a. die Fragen beantwortet werden sollen: Was brauchen die Menschen? Was kann Refugio leisten? Wo sind andere Institutionen oder Professionen einzubeziehen? Dabei befinden sich viele Strukturen noch im Aufbau, zum Beispiel bei der Frage der Qualifikation und des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern.

### Voneinander lernen

Die Mitarbeiter von Refugio stellten im Verlauf ihrer Tätigkeit fest, dass es neben der therapeutischen Ebene in der Kommunikation mit den Flüchtlingen viel darum geht, im gegenseitigen Prozess voneinander zu lernen. Kultur ist nach ihrem Verständnis etwas Offenes, im Gegensatz zu dem aus dem ethnologischen Bereich seit 40-50 Jahren überholten Begriff von abgeschlossenen Kulturen. Der Begriff der Interkulturalität ging dementsprechend von Kulturräumen aus, die zwar miteinander kommunizieren aber doch grundlegend unterschiedlich sind. So wird Kultur hier nicht erlebt. Sie sei vielmehr etwas, das eine Vernetzung aus vielen unterschiedlichen Prägungen darstellt: „Es kann gut sein, dass ich mit dem säkularen Akademiker aus dem Iran vielmehr gemeinsam habe als mit jemandem, der räumlich von hier kommt, auf dem Land und möglicherweise in armen Verhältnissen aufgewachsen ist.“ Diese andere Wahrnehmung dessen, was ‚Kultur‘ bedeutet, hat Konsequenzen für die Haltung den Flüchtlingen gegenüber und damit auch für die Kommunikation.

### Netzwerk- und Lobbyarbeit

Eine weitere Frage, mit der sich Refugio beschäftigt, ist: Wie können in Münster Strukturen geschaffen werden, die den Bedürfnissen entsprechen, die schon jetzt sichtbar sind, oder auch jenen, die im Moment in ihrer Art und ihrem Ausmaß auch vielen therapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen noch gar nicht klar sind (was deutlich macht, dass die Erhebung des Bedarfs und der Versorgungssituation ein wichtiger Bestandteil der Arbeit sein sollte)? Hier spielt die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und auch mit dem Sozialamt eine wichtige Rolle. Diese ist in Münster dadurch gut, dass die gegenseitige Akzeptanz und das gemeinsame Verständnis für die Problematik groß sind.

Aber es gibt auch Bestrebungen hin zu einer überregionalen Vernetzung. So macht es Sinn, sich der „Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.“ (BAFF) anzuschließen, die sich auf nationaler Ebene um die Vernetzung der psychosozialen Zentren kümmert. Die nächsten psychosozialen Zentren, die eine vergleichbare Arbeit tun, befinden sich in Bielefeld, Soest, Hagen, Bochum, Aachen,

Düsseldorf und Köln. Sie arbeiten nicht ausschließlich innerhalb ihrer kommunalen Grenzen, sondern es wird auch im Umland danach geschaut, wo welcher Bedarf besteht, sowohl von Seiten der Flüchtlinge als auch von Seiten der Helferinnen und Helfer.

### Die Resonanz auf das Angebot

Im Augenblick sind bei Refugio in Münster alle Therapieplätze belegt, obwohl noch kein Flyer herausgebracht und keine Werbung gemacht wurde. Die Strukturen werden noch aufgebaut. Die Mitarbeiter von Refugio setzen sich dazu mit folgenden Fragen auseinander: Wie schaffen wir es, dass die Versorgung insgesamt besser wird und welche Rolle spielen wir an welchen Stellen? Da sie bereits an die Grenzen ihrer Kapazität kommen, muss genau überlegt werden, wie weiter vorzugehen ist: Wie ggf. die Weitervermittlung aussehen kann, mit welchen Partnern zusammengearbeitet werden und wie die konkrete Zusammenarbeit aussehen kann. Das setzt längerfristige Prozesse voraus.

Zum Bedarf liegen noch keine Zahlen vor. Zwar ist bekannt, wie viele Flüchtlinge in Münster ankommen. Auch gibt es Studien, nach denen 30-40% der Menschen mit Fluchterfahrung traumatisiert sind und unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden. Es gibt aber auch noch andere Traumatisierungsformen oder weitere Verhaltensauffälligkeiten,

die aus den häufig sehr belastenden Erfahrungen entstehen. Man kann aktuell noch nicht sagen, was der tatsächliche therapeutische Bedarf ist, da keine ausführlichen Erhebungen dazu in Münster gemacht wurden, und muss daher mit Annahmen bzgl. des vorhandenen Bedarfes arbeiten. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen, so die Mitarbeiter von Refugio, kann man jedoch bereits schon jetzt sagen, dass es wünschenswert wäre, wenn die konkrete Fallarbeit vereinfacht würde. Hier ist z. B. die Kooperation mit dem örtlichen Psychotherapeutennetzwerk hilfreich. Der Kontakt ist wichtig, um Termine anbieten zu können, um Fälle zu besprechen und um sich transkulturell in irgendeiner Form weiterzubilden, den Bedarf zu klären und zu besprechen, welche Fragen es gibt und wie man damit umgehen kann. Ergänzend bleibt grundsätzlich auch die Notwendigkeit, sich dem Thema wissenschaftlich zu nähern.



### Die Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler

Auch hinsichtlich des Tätigkeitsfeldes der Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler ist noch zu ermitteln, z. B. wie die Finanzierung zu gestalten oder auch die Qualität zu definieren ist. Offene Fragen sind außerdem: Welche Voraussetzungen müssen sie erfüllen, wie kann man gut mit ihnen arbeiten, wie kann man sie unterstützen, wie kann man die Qualität ihrer Arbeit sicherstellen? Sie sind bei den Gesprächen dabei und erfahren daher sensible Dinge. Sie benötigen Hinweise dazu, wie sie damit umgehen sollen, wenn sie hinterher, sozusagen auf der Straße, von den Familien angesprochen werden oder mit Gesprächsinhalten schlecht zurechtkommen. Es ist zu bedenken, dass sie durch diese Arbeit, also durch das Gehörte und Erlebte evtl. selbst eine Begleitung benötigen.

### Verlust und Trauer

In der Arbeit mit Flüchtlingen geht es um sehr unterschiedliche Verlust- und Trauersituationen. Da gibt es Menschen, deren Angehörige vermisst werden oder verstorben sind. Aber diese Form des Verlustes ist nicht die einzige. Für die meisten derer, die aus ihrem Land geflüchtet sind, ist die Hoffnung auf eine Zukunft in ihrer Heimat, in ihren sozialen Bezügen und ihren familiären Bindungen verloren gegangen – zumindest vorläufig, aber manchmal auch dauerhaft. Hier ist immer eine Art von Bewältigung notwendig. Dabei stellt sich die Frage, ob die Menschen dies aus eigener Kraft schaffen oder ob sie in diesem Bewältigungsprozess Begleitung benötigen. Auch hier wird zu ermitteln sein, welche Form der Unterstützung und Begleitung individuell adäquat ist, welche Professionen sowie Qualifikationen notwendig sind und also auch, ob die bisher in Deutschland gelehrt und praktizierte Trauerbegleitung in der Lage ist, diesem Bedarf ausreichend zu begegnen.

Generell gilt das Prinzip, dass die Klientinnen und Klienten im Vordergrund stehen, da sie selbst am besten wissen, was gut für sie ist – vergleichbar mit der Hospizarbeit, in der die Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und der Trauernden im Vordergrund stehen und erste Priorität haben. Dieses Prinzip und die dahinter stehende Haltung sind



Sigrid Kießling und Gerlinde Dingerkus

weitestgehend universell gültig und müssen für Menschen mit einer erhöhten oder mit einer auch nur vermuteten erhöhten kulturellen Differenz nicht prinzipiell verändert werden. Wichtig sei es, so die Mitarbeiter von Refugio, auf die Betroffenen individuell zuzugehen und dann danach zu schauen, was

die konkreten Bedürfnisse sind und auf welchen Werten diese beruhen. Auch können Traditionen oder Rituale eine Rolle spielen. Denn natürlich gibt es diese kollektive Erfahrungen, die man nicht auflösen muss, aber letztendlich ist es wichtig, Diversität nicht zu sehen zwischen konstruierten Kulturen oder Gesellschaftszugehörigkeiten, sondern zwischen den Individuen.

**Sigrid Kießling**  
**Gerlinde Dingerkus**

ALPHA-Westfalen  
Friedrich-Ebert-Straße 157-159  
48153 Münster  
Tel.: 02 51 - 23 08 48  
alpha@muenster.de

\* Der Artikel entstand auf der Basis eines Interviews mit Dr. Tilo Meissner, einer der drei Mitarbeitenden von Refugio.

## ZWISCHEN PROFESSIONALITÄT UND BETROFFENHEIT

### Der Seitenwechsel eines Arztes

**E**s war gerade ein paar Jahre her, dass ich bei meiner Mutter einen Krebs in der Bauchspeicheldrüse diagnostizieren musste, als meine Frau über Beschwerden im Bauch klagte. Schlimm konnte es ja nicht sein, so dachte ich. Die letzte Nachsorge-Untersuchung wegen eines Brustkrebses fünf Jahre zuvor bei dem besten Fachmann in der Umgebung lag gerade ohne Zeichen für ein Rezidiv sechs Wochen zurück. Der Professor verstand ja sein Handwerk und hatte den Bauch geschallt. Nun gut, zur Beruhigung schaue ich einmal drauf. Komm, wir gehen eben in die Praxis, machen halt zur Beruhigung Ultraschall.

Es traf mich wie ein Keulenschlag. Was ich sah, war nicht zu übersehen. Selten waren die Zeichen eines ausgedehnten Krebses so deutlich. Wie ich den Schallkopf auch drehte und wendete, alles Leugnen und Verdrängen half nichts. Dieses Mal war es die Niere. Ort und Ausdehnungsgrad sprachen für ein sehr ernstes Geschehen.

Aber sie war doch gerade vor wenigen Wochen von einem ausgewiesenen Fachmann geschallt worden. Das kann doch nicht sein! Ich war wie gelähmt. Ohne Frage ein Irrtum. Hoffnung, Verleugnung. Sicher würde sich herausstellen, dass es nichts Schlimmes ist. Alles nur ein Irrtum, nur nicht darüber nachdenken. Kein Wort zu meiner Frau.

Wie in Trance fuhr ich sie und mich nach Hause. In den nächsten zwei Tagen war ich total blockiert, meinem Beruf als Hausarzt auf dem Lande ging ich wie ein Automat nach, agierte reflexartig. Nur nicht

nachdenken, keine weiteren diagnostischen Schritte. Die Angst hatte mich voll im Griff.

Der Widerwillen, durch weitere diagnostische Schritte das längst Gewisse abzusichern, endgültig die Fakten anzuerkennen, ließen mich nur ganz allmählich wieder in mein professionelles Fahrwasser zurück. So sehr ich mich auch sperrte, kein Weg führte an den weiteren Schritten vorbei. Zu häufig war ich mit meinen Patienten diesen Weg gegangen. Nun, ohne die berufliche Distanz, mit der Prognose und den Konsequenzen leider zu vertraut, sträubte sich alles in mir.

Die fachärztlichen Untersuchungen bestätigten meine Sorgen leider zu genau.

Und dann noch dies: Meine Frau erwartete und verlangte von mir, dass ich die Führungs- und Entscheiderrolle einnehmen sollte. Ich und niemand anderes sollte zwischen den verschiedenen Therapie-Optionen die Auswahl treffen, ihr sollte ich nur meine Entscheidungen mitteilen, keine Zweifel äußern, keine Angst äußern. Ein perfekter Weg des Verdrängens durch paternalistische Übertragung der Verantwortung. Eine kaum auszuhaltende Bürde.

Wie gerne hätte ich genau solch eine fachlich versierte Person neben, nein, mit schützend entscheidender Hand über mir gehabt, der ich in kindlichem Vertrauen hätte folgen können. Dummerweise war ich eben nicht naiv, nicht jemand, der einfach nur voll Vertrauen folgen und in die Zukunft gucken durfte, selbst in der ernstesten Situation den Strohhalm zu einem starken Ast werden lassen konnte. Zu unterschiedlich waren die immer zahlreichen alternativen Behandlungsvorschläge, zu deutlich die Warnungen der ‚Fachleute‘ davor, den Ratschlägen der Kollegen zu folgen – alle waren sie hochrenommierte Professoren, europaweit ausgewiesene Fachleute.

Die Nächte wurden zur Qual, es ging um nichts weniger als das eine Leben meiner Frau. Von Not und Angst getriebener Ehemann, zugleich verantwortlicher Lotse, manchmal war ich der Verzweiflung nahe. Vier Autounfälle in einem halben Jahr, zum Glück nur Bagatellen. Nicht zuletzt auch für meine Patientinnen und Patienten in der Praxis stellte ich eine



ernstzunehmende Gefahr dar. Meine professionelle Aufmerksamkeit war erheblich eingeschränkt. Die normalerweise ausgeprägte Empathie, wie hatte sie gelitten! Wenn die Patienten ihre Klagen vortrugen: Immer hatte ich den subjektiven Leidensdruck verstanden, auch wenn ihre Sorgen und Empfinden nicht in gleichem Maße objektiver Beurteilung standhielten. Es waren ihre Sorgen, also existierten sie, waren bedeutsam und von mir nicht zu relativieren. Jetzt aber ging ich streng ins Gericht mit ihnen. Was war das schon im Verhältnis zu der schweren Erkrankung, die wir auszuhalten hatten. Ungerecht wurde ich, wenn ich sogar wütend auf sie wurde, wenn sie sich über ‚Kleinigkeiten‘ ellenlang

ausließen. Als hätten sie Schuld daran, dass es ungleich Schlimmeres auf dieser Welt gab.

Als wenn das alles nicht genug gewesen wäre. Unter der gewählten Behandlung stellten sich so gravierende Nebenwirkungen ein, dass meine Frau auf Abbruch drängte. Damit wäre die Prognose endgültig infaust. Wieder mitleidender Ehemann und zur Kalkulation verpflichteter Arzt. Ein kaum auszuhaltendes Dilemma.

Ein wenig ist das Ende jeden Leidensweges auch eine Erlösung: Für mich war es dies – bei aller Verzweiflung – in doppelter Hinsicht.

**Autor der Redaktion bekannt**

## NEWS ZUR NEUEN ZEITRECHNUNG

BIRGIT HUCKER

**A**lle waren guter Dinge  
Einfach nur mal kurz schauen  
Vorsichtshalber  
mal kurz aus dem bewussten Leben  
genommen und nachgeschaut  
und alles ist anders

So beschrieb mein Mann Wilhelm kurz nach seiner Diagnose im September 2013 was geschehen ist. Nach einer Magenspiegelung wurde die Zufallsdiagnose Speiseröhrenkarzinom diagnostiziert. Die Nachricht kam mit einem Anruf aus der Endoskopie des Krankenhauses, in dem ich arbeite. Seit acht Jahren bin ich dort als Sozialarbeiterin im Brückenteam der Palliativstation beschäftigt.

Ich war geschockt, Wilhelm hat versucht, mich zu beruhigen. Ich saß an seinem Bett und weinte. Mir schossen viele Gedanken und Bilder durch den Kopf. Ich wusste, was das bedeutet ..., ein schwerer Weg lag vor uns.

Ich habe mir sofort professionelle Unterstützung gesucht, weil mir von Anfang an klar war, dass ich es nicht allein schaffen würde. Es stellte sich schnell ein Rollenkonflikt zwischen meinen Gefühlen als Angehörige und der Rolle als Krankenschwester mit dem medizinischen Wissen ein. In der Familie übernahm ich die Funktion der medizi-

nischen Beraterin ein, die versuchte zu beruhigen, zu erklären, Mut zu machen, obwohl ich wusste, dass wir uns auf einem Weg mit ungewissem Ausgang befanden. Das war ein anspruchsvoller Balanceakt, der mich enorm viel Kraft kostete.

Wir waren anfangs voller Hoffnung und zunächst sah alles gut aus, aber nach der Operation im Januar 2014 verschlechterte sich Wilhelms ge-

sundheitlicher Zustand von Woche zu

Woche. Mitte Februar stellten die Ärzte nach einem CT eine regelrechte Explosion des Tumors fest und er starb 2 Tage später. Es ging rasend schnell, nicht mal ein halbes Jahr von der Diagnose bis zu seinem Tod, und wir haben innerhalb von einigen Stunden alles besprechen müssen Trauerfeier, Grab ... Es war wie in einem ICE zu sitzen und nicht anhalten zu können. Wilhelm wurde nur 56 Jahre alt und starb in der Onkologie unseres Krankenhauses.

Nach seinem Tod im Februar 2014 brauchte ich Zeit, um mein Leben komplett neu zu ordnen. Ich musste vieles in meinem Leben ändern und war sozusagen meine eigene Sozialarbeiterin. Zum Trauern blieb zunächst kaum Zeit. Ich konnte mir nicht vorstellen, dass ich jemals wieder an dem Ort arbeiten konnte, an dem Wilhelm gestorben ist.

Nach einem halben Jahr nahm ich meine Beratungstätigkeit auf der Palliativstation wieder auf. Ich



Birgit Hucker

hatte zu meinem eigenen Erstaunen nicht so große Angst vor der inhaltlichen Arbeit, meine Ängste drehten sich um folgende Fragen: Wie kann ich mit dem Zeitdruck umgehen? Wie gehe ich mit den Fragen der Kolleginnen und Kollegen um? Wie schaffe ich wieder eine angemessene Distanz?

In den ersten zwei Wochen begleitete mich ein Gefühl von ‚Dünnhäutigkeit‘ und ich hatte Angst vor Konflikten, Angst zu versagen oder in Tränen auszubrechen. Ich stellte schon nach einigen Wochen für mich überraschend fest, dass ich gelassener in Gespräche ging und ich hatte das Gefühl, dass die Menschen mir schon nach einem kurzen Kontakt vertrauten. Es tat mir gut zu arbeiten, Normalität zu erleben, etwas zu tun, was Sinn macht. Die Betroffenen gaben mir Mut, motivierten mich weiterzumachen. Einen Sinn suchen und finden, das ist eine zentrale Frage für mich geworden.



Birgit und Wilhelm Hucker, Sächsische Schweiz/Schrammsteine 2006

Victor E. Frankl konstatiert in seinem therapeutischen Konzept zur Heilung durch Sinnfindung den Willen zum Sinn als ein innewohnendes Bedürfnis im Menschen, besonders in Grenzsituationen. Über diese Sinnfindung ist innere Veränderung, Reifung, Wachstum möglich (Frankl, 1990).

Natürlich gibt es immer wieder Situationen, die Erinnerungen hervorrufen und die Trauer ist wieder präsent. Eine besondere Herausforderung in meiner Situation war, das erste Mal ein Gespräch in dem Zimmer zu führen, in dem Wilhelm gestorben ist. Das war mir bewusst und ich habe von meinen Kolleginnen Unterstützung bekommen. Sie haben mich aufgefangen, standen für Gespräche zur Verfügung.

Insgesamt bin ich dünnhäutiger geworden, habe jedoch auch das Gefühl, durch das Erlebte Ressourcen entwickelt zu haben. Ich bin nicht verunsichert in Ausnahmesituationen bei Trauer, Verzweiflung und Sprachlosigkeit. Ich bin achtsamer, Sorge für mich selbst und versuche, mir meine Grenzen bewusst zu machen, andererseits kann ich mich gut in die jeweiligen Situationen einfühlen. Ich habe bemerkt, dass sich die Beziehungen zu Betroffenen im professionellen Kontext durch das eigene Erlebte in eine positive Richtung verändert haben, vielleicht weil die Menschen spüren, dass ich Ihnen in gewisser Weise ‚nahe‘ bin.

Es ist mir ein Anliegen, die Hoffnungsfähigkeit der Betroffenen wahrzunehmen und auf für sie wichtige Ziele hinzuarbeiten. Der Dichter und Menschenrechtler Václav Havel drückt es in einem seiner Gedichte so aus: Hoffnung ist nicht: „[...] die Überzeugung, dass etwas gut ausgehen wird. Wohl aber die Gewissheit, dass etwas sinnvoll ist, unabhängig vom Verlauf vom Ergebnis.“

Ich habe mich von einer ganz anderen Seite kennengelernt ..., eine, die ich in dieser Art noch nicht von mir kannte. Was mich erschreckt hat, dass ich, nachdem ich wieder angefangen hatte zu arbeiten und mich wieder gestärkt fühlte, ein Jahr später einen Rückschlag erlebt habe, als der erste Todestag sich näherte. Ich habe gehadert mit mir, konnte nicht verstehen, dass ich wieder in ein Loch fiel. Ruthmarijke Smeding erklärt ihr Modell der Trauer mit dem Bild einer Spirale. Sie konstatiert, dass ein Drehen der Spirale ein Sinnbild für das Auf- und Abwärts in der Trauerzeit steht und spricht von Gezeiten der Trauer, Gezeiten, die immer wieder plötzlich auftauchen können und als unpassend empfunden werden (Smeding, 2005). Ich habe mich darin wiedergefunden und es hat mir geholfen, mich selbst zu verstehen. Natürlich habe ich mich als schwach, ausgeliefert und verletzt erlebt... und dennoch ist daraus auch eine Stärke erwachsen. Ich versuche, betroffene Menschen ihre eigenen Wege finden zu lassen. Durch meine eigene Erfahrung ist mir noch bewusster geworden, wie wichtig Autonomie ist. Cornelia Knipping spricht von radikaler Patientenorientierung in Palliative Care (Knipping, 2007).

Die größte Herausforderung war der Rollenkonflikt. Es war wie zweigleisig denken und fühlen, einerseits realistisch denken und gleichzeitig beten und hoffen, zwei ambivalente Kräfte. Bis heute beschäftigen mich Schuldgefühle und Zweifel. Immer wieder Fragen, ob ich nicht doch hätte etwas anders machen können. Die Vermischung von privatem mit

dem professionellen Kontext war problematisch. Ich brauchte Abstand nach alledem und musste wieder ein ‚normales‘ Nähe-Distanz-Verhältnis aufbauen.

Ich bin auf meinem Weg und mir ist bewusst, dass es auf diesem Weg immer wieder Rückschläge geben wird. Mir ist jedoch auch bewusst, dass ich nicht allein bin in einer solchen Situation. Mein Alltag auf der Palliativstation zeigt mir, wie viele Menschen sich in ähnlichen Ausnahmesituationen befinden. Sie geben mir in Beratungen immer wieder Kraft und ich habe Respekt vor ihren Bewältigungsstrategien und auch mehr Verständnis für ihre Verzweiflung, Wut und Angst.

Eine meiner Kraftquellen ist die Natur... Wilhelm und ich waren so gern unterwegs zum Wandern... Jetzt gehe ich die Wege allein ... auch das Gehen hilft ... Schritt für Schritt ... weiter gehen...

Eine andere Quelle ist Literatur und Lyrik ..., ich finde mich dort wieder und versuche bestimmte Prozesse in mir besser zu verstehen.

Wilhelm hat seine kreative Fähigkeit genutzt und seine Gefühle in Bezug auf seine Erkrankung auch im folgenden Gedicht ausgedrückt.

*Der Dreimaster  
Er läuft in den Hafen ein  
Leicht zerzaust von  
den Stürmen der letzten Jahre  
Der Kapitän konnte sich immer auf ihn verlassen  
Aber eine Untersuchung des Rumpfes war fällig*

*Das Ergebnis traf alle wie ein Schlag  
der Schiffsbohrwurm hatte die Planken befallen  
Eine Reparatur nicht mehr möglich*

*aufhalten ja vielleicht mal sehen  
Ja mal sehen*

*Der Kapitän hatte es fortan schwer  
wenn er auf ein Tiefzusteuerte  
eine Besatzung zu finden  
auf Reise zu gehen  
sich zu verlassen*

*An das Ende zu denken*

Wilhelm Hucker

Mit seinen Gedichten hat er etwas Besonderes hinterlassen, vielleicht auch für andere Menschen. Mich hat die schwere Zeit in meinem Glauben gestärkt und ich habe gelernt, auf mich zu hören. Auf die Frage, wie es mir heute geht, kann ich sagen: Es gibt gute und weniger gute Tage auf meinem ganz persönlichen Trauerweg.

#### **Birgit Hucker**

Sozialarbeiterin und Krankenschwester im  
Brückenteam der Palliativstation  
des St.-Johannes-Hospitals  
Johannesstrasse 9-17  
44137 Dortmund  
Tel. 02 31-18 43-3 83 45  
birgit.hucker@joho-dortmund.de

#### **Literatur**

**Frankl, V. E.** (1990). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Das Leiden am sinnlosen Leben*. München: Serie Piper

**Knipping, C. (Hg.)** (2007). *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Huber Verlag

**Smeding, R. (Hg.), Heitkönig-Wilp, M. (Hg.)** (2005). *Trauer erschließen. Eine Tafel der Gezeiten*. Ludwigsburg: hospiz-verlag

## „DIE PRAKTIKA DER EIGENEN KRISEN SIND CHANCEN“

oder „Auf einmal war ich selber dran ...“

INTERVIEW MIT CORINNA WOISIN

**C**orinna Woisin ist examinierte Krankenpflegekraft seit 1988 und diplomierte Pflegewissenschaftlerin, sie ist 49 Jahre alt. Sie hat bis 1998 als Pflegekraft in Akutkliniken Sterbende begleitet und war auch in der Anleitung

von Pflegeschülern tätig. Bis 2004 arbeitete sie als Palliativpflegefachkraft im stationären Hospiz und hat im Anschluss in den ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst gewechselt.



Corinna Woisin

## **Wann sind Sie erkrankt und wie erging es Ihnen damals?**

Nachdem ich mich im Jahr 2000 entschied, Pflegepädagogik zu studieren, wurde in 2002 das Mammakarzinom diagnostiziert. Dies geschah für mich völlig überraschend im Rahmen einer Operation mit einem anderen Hintergrund. Meine Therapien fanden dann von Frühjahr bis Herbst 2002 statt.

## **Würden Sie das damals als einen tatsächlichen Seitenwechsel bezeichnen?**

Es war tatsächlich ein Seitenwechsel für mich. Ich habe zum einen erschütternd erleben müssen, wie unprofessionell Mediziner und Kollegen mit mir umgegangen sind – von der Diagnosemitteilung bis hin zum Druck, schnell handeln zu müssen, von den Hausärzten bis hin zu den Fachärzten. Ich habe dann selbst an einem Kongress zu dieser Erkrankung teilgenommen, weil ich mich umfassend informieren wollte, um für mich richtige Entscheidungen zu treffen und mir wurde klar, vieles selbst in die Hand nehmen zu müssen.

Neben meiner Erkrankung habe ich im stationären Hospiz gearbeitet. Dabei trug ich immer meine Perücke, sie diente dabei sozusagen als Berufskleidung. Ich musste auch oft vor oder nach dem Dienst zur Bestrahlung in das benachbarte Krankenhaus. So hatte ich nahezu täglich einen Seitenwechsel. Dies wurde auch in Teambesprechungen und Supervisionen thematisiert und gemeinsam geklärt.

## **Gab es dennoch Situationen, in denen Sie eine Begleitung vermieden haben?**

Wenn die Patienten die Diagnose Mammakarzinom hatten, dann habe ich sie oft bewusst nicht begleitet, um die andere Perspektive bzw. die professionelle Seite einhalten zu können.

## **Wie haben Sie Unterstützung wahrgenommen?**

Ich hatte viel Unterstützung durch meinen Freundeskreis. Die Familie war eher überfordert. Es hat mich sehr überrascht, wie sehr sie durch ihre eigene große Betroffenheit in Anspruch genommen war.

## **Die Erfahrungen aus der Arbeit, beeinflussten bzw. beeinflussen sie den eigenen Umgang mit**

## **der Krankheit?**

Es ist so, dass ich besonders verstanden habe – vor allem im Akutbereich – dass wir Menschen nur in einer sehr kurzen Phase erleben.

Sie haben Jahre, Monate und Wochen mit dieser Erkrankung gelebt und wir sehen sie nur in einem sehr kleinen Zeitfenster. Daher meine ich, wir nehmen uns hier manchmal zu wichtig!

Ich habe verstanden, welche Bedeutung Familie und Freundeskreis haben und dass man gut daran tut, diese mehr in den Fokus zu nehmen. Ich habe bei der Aussage: „Hospizarbeit begleitet Sterbende und ihre Angehörigen“ das ‚und‘ als sehr bedeutend erlebt.

Dann sehe ich die Bedeutung der Therapie für die Erkrankten als wesentliches Element: Scham, die Brust immer wieder zeigen zu müssen, sich entblößen zu müssen ... Ich hatte als Pflegekraft darauf schon einen Blick, aber es hat sich doch noch einmal sehr verändert.

## **Wo haben Sie sich selbst Hilfe geholt?**

Für mich war es sehr wichtig, mich zu informieren und Angebote als Betroffene zu haben. Dabei war es auch von Bedeutung, vor allem sachliche und allgemeingültige Informationen zu erhalten, Dinge, bei denen ich selbst entscheiden kann, was ich davon nutzen möchte.

Die zweite Form der Hilfestellung bot die Krebsberatungsstelle, wo ich im Rahmen eines Schminkkurses gelernt habe, mich selber auch ohne Haare, Augenbrauen etc. attraktiv zu fühlen und einfach etwas für mich zu tun.

Außerdem habe ich mich im Internet informiert, wobei das Angebot in 2002 noch nicht so umfangreich war wie heute.

Ebenso habe ich mir Bücher besorgt oder von Freunden gezielt besorgen und lesen lassen. Dabei blieb die Organisation aber in meinen Händen.

## **Welche Bedeutung hat das für die eigene Arbeit? Gab es Zeiten, in denen Sie – bedingt durch Ihre Erkrankung – Ihre Arbeit nicht tun konnten?**

Ich hatte meine Existenzgrundlage in der Arbeit im stationären Hospiz. Dabei wurde ich von dem Team unterstützt und konnte meine Zeit, auch meine Freizeit, auf die Behandlungszeiten abstimmen.

Eine Bedeutung hat auch meine Erfahrung aus der Chemotherapie, in der ich mir einmal mein Lieblingsgetränk wünschte und es dann ausschließlich bekam, dieses nach der Therapie dann mit Chemotherapie und Krankheit assoziierte. So empfehle ich heute jedem, in der Zeit nicht unbedingt die Lieblingslebensmittel anzufragen.

Und was immer noch passierte, war, dass ich hören musste, „Das ist die Mamma-Ca!“ also als Mammarkarzinom betitelt zu werden ... Ich war nicht mehr Corinna Woisin, sondern das Mammarkarzinom.

### **Wie sind Sie selbst mit Ihrer Erkrankung umgegangen?**

Für mich war es sehr wichtig, Alltag zu haben. Manche Mitpatienten stellten ihre Erkrankung sehr in den Vordergrund. Bei mir war das anders.

### **War es manchmal auch eine Gratwanderung mit eigener Angst bzw. Traurigkeit anderen Trost geben zu wollen oder zu müssen?**

Ich habe in der Zeit meiner Erkrankung ein interessantes Phänomen erlebt: Ich habe alle meine Prüfungen mit ‚Eins‘ abgelegt. Es gelang mir in der Zeit, große Fürsorge für mich selbst zu haben. Ich hatte in der Zeit geschafft, Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen. Darüber hinaus habe ich das Gefühl gehabt, große Ressourcen in mir zu entdecken, die ich vorher nicht wahrgenommen habe. Ich brauchte keinen Trost und konnte sehr gut andere trösten.

Trösten war also eigentlich kein Problem für mich. Mehr Sorgen machte ich mir um meine Familie, denn die konnten nichts tun: Ich hatte ja die Möglichkeiten, alles für mich Hilfreiche zu unternehmen und umzusetzen.

### **Wie war es für Sie nach der Krankheitsphase?**

Der Übergang war eher schwierig. Die eigene Betroffenheit veränderte sich. Dann wieder in den Alltag zu gehen mit all seinen kleinen Problemen, empfand ich als nicht einfach. Nach einer Auszeit, in der existentielle Probleme im Vordergrund standen, dann wieder auf die unwichtigen Themen oder Stresssituationen umzuschalten, war gar nicht so leicht.

### **Hat sich im Nachhinein etwas für Sie verändert? Gehen Sie anders auf Menschen zu?**

Diese Krankheit war das wichtigste Praktikum in meinem Leben. Auf der anderen Seite zu sein. Mir ist dabei sehr klar, dass ich es, wenn ich heute so eine Krankheit hätte, nicht so gut schaffen würde. Ich hatte damals ein tragfähiges Umfeld und viele Ressourcen und konnte so die Krankheit gut bewältigen. Ich glaube, dass es wichtig ist, zu welchem Zeitpunkt man von einer solchen Erkrankung getroffen wird: Widerstandsfähigkeit spielt auch eine Rolle, aber ich war zu dem Zeitpunkt physisch, mental und sozial gut aufgestellt, das war wichtig. Was mir darüber hinaus bedeutsam erscheint, ist, dass man noch sensibler und immer wieder die

Wünsche der erkrankten Menschen erfragt, da sich diese stetig verändern können. Also nicht monatelang davon auszugehen, dass man immer die gleichen Bedürfnisse hat, wie ich das z. B. beim Apfelsaft oder anderen geäußerten Wünschen erlebt habe. Es ist notwendig, mehr und häufiger zu fragen, um aktuellen Bedürfnissen tatsächlich gerecht zu werden.

### **Was würden Sie auf Grund Ihrer Erfahrung den Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeitern mit auf den Weg geben?**

Ich glaube, dass jeder in seinem Leben einschneidende Erlebnisse hat, denke aber auch, dass nicht jeder eine Erkrankung gehabt haben muss, um andere begleiten zu können und um empathisch zu sein. Es gibt wesentliche Dinge, die die Begleiter können müssen: diesen Fokus der Individualität, des Beim-andern-sein, des Nichtbewertens, auch andere Meinungen und andere Umgangsweisen zuzulassen und auch die vielleicht kleinen Hürden und Hindernisse, die es hat, dass man diese auch im Blick behält und nicht bewertet. In meiner Arbeit hat sich nicht viel verändert, höchstens in mir selber.

### **Für wie sinnvoll halten Sie es, in einer Zeitschrift wie dem Hospiz-Dialog, einen Schwerpunkt zu diesem Thema zu machen?**

Ich finde es wichtig, unsere eigene Betroffenheit im Blick zu behalten, damit wir arbeitsfähig bleiben, aber auch verletzbar. Dass für Menschen erlebbar ist, dass auch Begleiter auf der anderen Seite stehen können, dass wir nicht nur theoretisch gute Begleiter sind, sondern mit dem Herzen unsere Arbeit machen. Wir begleiten von Mensch zu Mensch, nicht von Professionen zu Betroffenen. Sich dem ‚Seitenwechsel‘ immer wieder neu zu widmen, macht sehr viel Sinn, daher finde ich es schön, wenn eine Zeitschrift sich dieses Themas annimmt.

**Corinna Woisin**

Malteser Hilfsdienst e. V.  
Hospiz-Zentrum Bruder Gerhard  
Halenreihe 5  
22359 Hamburg-Volksdorf  
Tel: 0 40 - 6 03 30 01  
corinna.woisin@malteser.org

## SEITENWECHSEL: GEZWUNGEN – GEWOLLT – GESCHENKT

FRANCO REST



Prof. Dr. Franco Rest

**B**ei Leonardo da Vinci findet sich der Aphorismus: „Und die ganze Zeit, da ich dachte, ich lernte zu leben, lernte ich zu sterben.“ Ich weiß ja nicht, wie es ihm beim Sterbenlernen ergangen ist, aber dieser Satz ist vielleicht bedeutsamer als all seine Kunstwerke und Erfindungen zusammen.

Gibt es einen umfassenderen ‚Seitenwechsel‘ als den vom Leben zum Tod? Und kann man diesen vielleicht sogar ‚lernen‘?

Aber zunächst sollte ich mich wohl kurz vorstellen, da anzunehmen ist, dass die Leserinnen und Leser dieser Zeitschrift mich nicht kennen; und bei dieser Darstellung verfolge ich den Weg meiner Seitenwechsel: 1942 geboren; 1970/71 Lehrender (später Professor) für Erziehungswissenschaften („Leben lernen“); erster Seitenwechsel 1972 von der möglichst exakten Sozialwissenschaft zur ‚Sterbebeistandsforschung‘, die es zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht gab; denn die ‚Erforschung‘ des Sterbebeistands ist in den Grenzen der Wissenschaften fast unmöglich. Mitbegründung vieler Hospize, Hospizinitiativen (darunter auch der ALPHA-Stellen) in Deutschland und außerhalb; über 200 Publikationen zur Thematik Sterben, Tod, Trauer, Hospizbewegung, Ethik = 45 Jahre ‚Sterben lernen‘. 1990 erschien ein Buch mit dem Titel „Kehrtwendung im Menschenleben“, also eine wissenschaftlich ‚distanzierte‘ Beschreibung von Seitenwechseln; z. B. „bis jetzt war ich Täter, jetzt bin ich Opfer – oder umgekehrt“. Im Übrigen bin ich verheiratet, durchlebte die Kindererziehung, die Erweiterung der Lehrgebiete um Sozialethik und medizinisch-pflegerische Ethik, Philosophie, Theologie und vieles mehr.

2004 der entscheidende Seitenwechsel: Erkrankung meiner Frau (M. Parkinson) = ich konvertierte vom Wissenschaftler und Lehrenden ‚hinüber...‘ zum pflegenden Ehemann. 2007 erfolgte die Diagnose einer eigenen Unheilbarkeit (chron. Polyarthritis) = ich konvertierte vom Trainer und Analy-

tiker der Hospizarbeit zum Patienten; zwar hatte ich einige Jahre vorher schon zufällig für einige Stunden in einem Hospiz in GB gelegen, aber die Behauptung einer Unheilbarkeit und Lebensverkürzung war mir bis dahin erlebnisfremd. 2008: Ende aller wissenschaftlichen Tätigkeit durch Pensionierung = Seitenwechsel vom Professor zum ‚Poeten‘. Selbstverständlich weiß ich um die angebliche Weisheit, es gäbe nichts Praktischeres als eine gute Theorie, und gute Theorie sei eben verdichtete Praxis; aber nun prügelte mich die Verlogenheit solcher Worte: „Rogern Sie mich nicht an!“, sagte einer meiner ehemaligen Studenten, als ich ihn im Sterben begleiten wollte.

Und nun soll ich über ‚Seitenwechsel‘ nachdenken und vielleicht interessierte Leserinnen und Leser daran teilnehmen lassen! Also soll ich über etwas reden/schreiben, über das ich mit der Auslöserin meines Seitenwechsels nicht (mehr) reden kann; meine Frau hat alle sprachlichen Fähigkeiten (mündlich, schriftlich) verloren. Ich zögere: Darf ich darüber schreiben? Wäre das nicht so etwas wie ein geistiger ‚Seitensprung‘? Brauche ich dafür einen ‚Seitenaufprallschutz‘, weil ja mit Vorwürfen zu rechnen wäre: ‚unwissenschaftlich‘, ‚Verrat der geliebten Person‘? Kann überhaupt von jener ‚Seitenauslinie‘ berichtet werden, welche durch die ‚Abschiebung‘ meiner Frau in ein Heim, durch die gesetzlichen Möglichkeiten von Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Urlaub im Pflegehotel oder durch die ‚Freunde‘ überschritten würde, die da sagen, ich müsse auch mal an mich denken? Könnte das nicht wie ein Vorwurf an all jene klingen, die sich anders entschieden haben? Manchmal übernehme ich ja sogar Aufgaben, für die ich nicht ‚qualifiziert‘ bin; denn für jede Einreibung, Infusion, Massage, Sicherung oder Fixierung durch die professionellen Helfer (Pflegerkräfte des ambulanten Dienstes) müsste ja zuvor eine ‚Verschreibung‘ vorliegen.

Und dann sprechen mich Menschen an, indem sie mir Zitate meiner eigenen Bücher vorhalten, und meine jetzige Hilflosigkeit gegen meine Bücher richten. Die ‚Seitentür‘ zur Flucht aus dem Seiten-

wechsel habe ich mir selbst versperrt; den ‚Ekel‘ vor den Ausscheidungen, dem Erbrochenen habe ich mir selbst verboten; das Stechen in die Haut der Geliebten für Spritzen und Infusionen bringe ich ‚kaum übers Herz‘. Und dann wirft man mir Prospekte von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen an den Kopf, woran ich doch nur teilnehmen könnte, wenn ich die Geliebte bei Fremden zurück oder allein lassen würde. Und dann merke ich, dass ich eigentlich ‚vielseitig‘ weiterleben sollte, als Wissenschaftler, als pflegender Ehemann, als Naturfreund, als politischer Mensch und als Dichter. Aber indem ich dies hier niederschreibe, spüre ich, dass ich mich tatsächlich der Thematik ‚seitenverkehrt‘ nähere. Denn wie kann ich meiner Schreiblust und darstellerischen Inkontinenz zugleich mit den menschlich-ehelichen Aufgaben frönen, ohne hier wie dort ‚schuldig‘ zu werden? Während ich schreibe, steht der Rollstuhl meiner Frau allein im Garten und ihr Schweigen schreit mich an. Hat nicht gerade sie einen Seitenwechsel vollziehen müssen, als sie die Rolle der Gebenden (Lehrerin, Ehefrau, Poesietherapeutin) zugunsten der ‚Empfangenden‘ (Pflegetbedürftigkeit, Dauermedikation, pürierte Nahrungsmittel) aufgab? Sie hatte für Deutschland die Poesietherapie als „Brücke vom leidvollen zu verdichtetem Leben“ entdeckt, und ich war in vielen ihrer Seminare ihr Schüler gewesen. Nun wechselte ich auf ihre Seite, versuchte ihr Lebenswerk fortzusetzen und mit ihrer Sprache das Dichten zu lehren und zu tun. Mein ‚Lebensthema‘ allerdings blieb das „Sterben-Lernen“ auch in der Poesie.

„Zugunsten“ schrieb ich gerade, als ich den Seitenwechsel meiner Frau reflektierte. Ja, das wird deutlich; der Wechsel vom Leben-Lehren zum Sterben-Lernen ist kein Verdienst, sondern könnte allenfalls ein Geschenk sein: Ich gewinne ein anderes Verhältnis zum Leben und meine Frau nähert sich einem anderen Ufer. Durch all meine wissenschaftlichen Arbeiten zieht sich ein roter Faden, der sich nun bewahrheitet (bewahrheiten muss) oder in einem anderen Lichte erscheint, zu welchem Wissenschaft ohnehin nicht durchdringen kann. Es reicht dem Wechsler eben nicht mehr, ihn, den Wechsel, zu be-sinnen, er wird ihn er-leben.

Mein Focus lag nie allein auf dem Verlorenen, dem Therapiebedürftigen, dem Hilfefzwang bei der Betrachtung schwerer Krankheit und der Begründung notwendiger Hospiz- und Palliativversorgung. „Besser der Mensch wird geliebt, als dass er die richtige Medizin bekommt“; „man kann einen Menschen nicht nur mit der Axt, sondern auch mit zu viel Be-

treuung erschlagen“; „meine Angst, meine Einsamkeit, meine Trennungen, mein Leid, meine Trotzdemhoffnung gehören mir, nur mir! Und wehe, es will mich jemand davon gegen meinen Willen befreien!“ – so heißt es in einigen meiner Publikationen.

Da gibt es die Ängste bezüglich der erwarteten Komplikationen, wegen des notwendigen Umbaus des Hauses, der Schluckbeschwerden, der Dehydratation usw., die mich ablenken von der Überprüfung meines Wissens an dem gelebten Tun. Aber immer wenn die Ängste drohen, überhand zu nehmen, erinnere ich mich an den selbst formulierten Anspruch, in den verursachten Alltagsängsten die Chance zu jener Angst zu finden, die dem Beängstigten Kraft gibt. Das gelingt manchmal, sehr manchmal.

Da schweigen wir uns 24 Stunden am Tage an, wir, der immer beredte und geschwätzige Professor und die Dichterin. Aber immer, wenn das Schweigen schrill und die Lautlosigkeit bedrückend wird, erinnere ich mich jener Stille, welcher einst meine Frau als Junglehrerin ihre Staatsarbeit widmete, und nach der ich theoretisch immer begehrte. Sprachlosigkeit, Geräuschlosigkeit ist etwas Anderes als Stille; das Schweigen kann mächtiger sein als alle Worte. In der Stille kommunizieren die Inneren (Mehrzahl von das Innere) miteinander. Heute, nach dem Seitenwechsel, erlebe ich nicht nur das Ende der Diktatur des Wortes, sondern auch die Bedingung des Schweigens für die Verständigung. Ich lausche beispielsweise den Augen meiner Frau.

Die Prognosen und Erwartungen z. B. des Internets knallen in unser Leben, wenn da von Schmerzen, von möglicher Atemnot, von Erstickungsanfällen, von der Verkürzung der Bewegungsmuskulatur durch fehlende Beanspruchung geschrieben steht. Erstmals erlebe ich den Hass auf die Prophezeiungen, die sich bei einer Krankheit erfüllen sollen, und auf die Pflichten, die uns auferlegt werden. Aber dann erlebe ich die sich in den enttäuschten und getäuschten Erwartungen verborgene Hoffnung, nicht auf Heilung, nicht auf Kraftzuwächse gerichtet, von denen zu oft geschwätzt wird, sondern auf Regen, auf Schnee, auf atmende Erde, auf die unstillen Augenblicke, die nicht gezwungen, sondern empfangen werden können – empfangen werden müssen.

Ja, der Seitenwechsel hat zu vielen Verlusten geführt, nicht nur der Kraft und der Gesundheit, son-

dern auch jener Freunde, die sich zurückgezogen haben, weil sie mit uns „nichts mehr anfangen“ können, oder auch der (Hospiz)Gruppen, bei denen ich hunderte von Vorträgen hielt, und von denen keine mehr ein Interesse an uns zeigt (auch nachdem ich ihnen wegen der veränderten Prioritäten absagen musste). Es gehört ja zum guten Ton, über Facebook zu lästern; aber diese 200 ‚Freunde‘ sind wenigstens verfügbar und ‚hören‘ zu. Geschrieben habe ich seinerzeit, die Trennung sei die konstruktive Kehrseite der destruktiven Verluste, und man müsse das ‚Loslassen‘ üben. Was ich nicht geahnt hatte, waren die Freiheit und die Lust, die mich beim ‚Entlassen‘ überkamen.

In einem der letzten Hefte des Hospizdialogs ging es um „Allein, Einsam, Verlassen?“ (Nr. 63); darin ein Aufsatz über „Schmerzhaftes Einsamkeit“, diagnostiziert im anterioren Gyrus cinguli des Gehirns. Ich will und darf das dort Gesagte nicht bestreiten. Aber mein Seitenwechsel von der Wissenschaft zum Leben hat mir gezeigt, dass es dabei überhaupt nicht um ‚Einsamkeit‘, sondern um ‚Vereinsamung‘, um Verlassenwerden geht. Einsamkeit erlebe ich eher als den ummauerten und reichhaltig begrüntem Hinterhof der Versuche des Menschen, mit sich, mit Natur, mit Gott, mit Schicksal, mit Welt ‚eins‘ zu werden. In meinen Auseinandersetzungen mit der aktiven Sterbehilfe und dem (assistierten) Suizid ‚diagnostizierte‘ ich u. a. die Angst vor dem Alleinsein als einen Impuls des Todeswunsches, des Nicht-mehr-so-leben-Wollens, und folgerte daraus auch Angebote zur Überwindung der Vereinsamung. Nach dem Seitenwechsel würde ich nun ergänzen: Sollte meine Frau vor mir sterben, und ich damit aus der aufgezwungenen Vereinsamung sogar ins Alleinsein wechseln müssen, werde ich nach der Abfassung dieses Aufsatzes in Gestalt eines ersten Pfeils – wie einst Wilhelm Tell – immer noch einen zweiten Pfeil im Köcher haben für all jene, die mich an der Vollendung meiner Einsamkeit ggf. auch durch Suizid hindern möchten.

Nun fragen Sie mich vielleicht, ob ich Ideen hätte, wie man den konstruktiven, nicht destruktiven Seitenwechsel üben, wie sich darauf vorbereiten könnte. Leonardo da Vinci deutete es an: Das ganze Leben ist eine Vorbereitung auf den Seitenwechsel, ein Lernen des Seitenwechsels hin zu der größeren Aufgabe als dem Leben, nämlich zum Sterben. Zugegeben – meiner Frau helfen z. B. auch ätherische Öle aus Fichte, Rosenholz, Weihrauch, Melisse und Ysop, aufgestreichelt oder diffundiert; außerdem das eine oder andere Gedicht (z. B. aus einem gu-

ten Hörbuch) und die von ihr geliebte Musik. Mir helfen ein Psychoneuroticum, das ich mir manchmal spritze, aber auch die Musik, die ich für uns mache, oder auch bestimmte Düfte – und natürlich jene Menschen, die mich nicht zurück auf die andere Seite treiben möchten, sondern mich auf meiner neuen Seite sein lassen.

Vor allem habe ich eine Wissenschaft wiederentdeckt, die ich lange vergessen hatte, die eigentliche Wissenschaft, die vom „angewandten Nichtwissen“, die Ignorologie; sie holt mich von der selbst gesetzten Säule des verehrten Wissens und Könnens herunter. Und dann lausche ich zusammen mit meiner Frau mindestens einmal im Monat der Matthäuspassion von Johann Sebastian Bach und höre darin etwas gänzlich anderes als vor dem Seitenwechsel bei dem Choral: „Wenn ich“, und hier das betonte Ich im Gegensatz zum Missbrauch der gleichen Melodie im Weihnachtssoratorium, „einmal soll scheiden, so scheide nicht von mir“, mit der wunderbaren Schleife beim zweiten Scheiden.<sup>1</sup> „Wenn ich den Tod soll leiden, so tritt du dann herfür! Wenn mir am allerbängsten wird um das Herze sein, so reiß mich aus den Ängsten kraft deiner Angst und Pein.“ Da sind die beiden Ängste nebeneinander, die von Krankheit und Verlassenheit verursachten ebenso wie die eine „existentielle Angst“, die mir „auf der anderen Seite“ des Lebens entgegen kommt und mir nicht Verzweiflung, sondern Bemütigung (wohlgermerkt, nicht Ermutigung) verschafft.

Vielleicht haben ja nun einige Leserinnen und Leser, die mich von der ‚früheren Seite‘ her kennen, etwas gänzlich Anderes als diese sehr persönlichen und doch auch im nötigen Maße distanzierter Überlegungen erwartet. Vielleicht irritiert der eine oder andere Satz und schmerzt sogar. Aber genau das ist die Folge eines Seitenwechsels für all jene, die ihn nur von Außen wahrnehmen können: Man sieht einen Menschen springen, hat Angst, dass er dabei stürzt, aber kann nicht mitspringen; vielleicht nimmt jedoch dann jemand Anlauf zum eigenen Sprung ...

**Prof. Dr. Franco Rest**  
rest@fh-dortmund.de

<sup>1</sup> Ich weiß durchaus, dass das Lied eigentlich von Paul Gerhardt stammt und von J.S. Bach mehrfach verwendet wurde („Oh Haupt voll Blut und Wunden“; „wie soll ich dich empfangen“). Aber das spielt hier wohl keine weitere Rolle.

## Veranstaltungen

**03.07.2015**

**Hannover**

Wachkoma – Was heißt das eigentlich?

Leibniz Kolleg Hannover

Tel.: 05 11 - 98 24 62 39

buer0@leibnizkolleg hannover.de

www.leibnizkolleg hannover.de

**03.07. - 04.07.2015**

**Engelskirchen**

Trauer nach Suizid – Zusatzmodul für  
TrauerbegleiterInnen

Malteser Akademie

Tel.: 0 22 63 - 9 23 00

www.malteser-akademie.de

**27.07. - 01.08.2015**

**Kempten**

Pilgern für Hospizbegleiter –  
ausdrücklich überregional  
Akademie Hospizarbeit und  
Palliativmedizin Nürnberg

Tel.: 09 11- 4 31 03 08

ruthenberg@kda-bay.de

www.hospizakademie-nuernberg.de

**13.08.2015**

**Köln**

Hospizkultur und Palliativversorgung in  
Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-  
Westfalen für den Regierungsbezirk Köln  
ALPHA-Rheinland

Tel.: 02 28 - 74 65 47

rheinland@alpha-nrw.de

www.alpha-nrw.de

**18.08.2015**

**Detmold**

Hospizkultur und Palliativversorgung  
in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-  
Westfalen für den Regierungsbezirk Detmold  
ALPHA-Westfalen

Tel.: 02 51 - 23 08 48

alpha@muenster.de

www.alpha-nrw.de

**03.09.2015**

**Münster**

Hospizkultur und Palliativversorgung in  
Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-  
Westfalen für den Regierungsbezirk Münster  
ALPHA-Westfalen

Tel.: 02 51 - 23 08 48

alpha@muenster.de

www.alpha-nrw.de

**04.-05.09.2015**

**Essen**

Bundesweites Seminar für ehrenamtliche  
Mitarbeiter/innen - zum fachlichen  
Austausch in der Kinder- und  
Jugendhospizarbeit

Deutscher Kinderhospizverein e.V.

Tel.: 0 27 61 - 94 12 90

info@deutscher-kinderhospizverein.de

www.deutscher-kinderhospizverein.de

**08.09.2015**

**Arnsberg**

Hospizkultur und Palliativversorgung in  
Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen  
für den Regierungsbezirk Arnsberg  
ALPHA-Westfalen

Tel.: 02 51 - 23 08 48

alpha@muenster.de

www.alpha-nrw.de

**12.09.2015**

**Siegburg**

Junge Künstler: Mit Kindern kreativ arbeiten  
Tagesseminar für ehrenamtliche Mitarbeiter/  
innen der Kinder- und Jugendhospizarbeit  
Deutscher Kinderhospizverein e.V.

Tel.: 0 27 61 - 94 12 90

info@deutscher-kinderhospizverein.de

www.deutscher-kinderhospizverein.de



### **ALPHA-Rheinland**

Heinrich-Sauer-Straße 15  
53111 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**

