Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2018 Ausgabe 77

Schwerpunkt:

STERBEN, TOD UND TRAUER IN DER KITA

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

in Kindertagesstätten kommt es immer wieder vor, dass Kinder, Eltern und Erzieherinnen und Erzieher mit Krankheit, Sterben und Tod konfrontiert werden. Wir nehmen wahr, dass die Mitarbeitenden in solchen Situationen häufig intuitiv genau das Richtige tun. Aber auch, wenn sie in dem akuten Augenblick eine gute und sehr angemessene Form des Umgangs finden, sind viele doch durch solche Situationen verunsichert. Möglicherweise weil sie nicht wissen, ob das, was sie tun, richtig ist, oder weil sie selbst sehr berührt sind.
Hier Sicherheit zu gewinnen und handlungsfähig zu sein, ist für viele Erzieherinnen und Erzieher ein Ziel, das sie auf unterschiedliche Weise erreichen können. Ein Weg besteht darin, Sterben, Tod und Trauer in der Kindertagesstätte wie eines der vielen Themen, die die Kinder beschäftigen, aufzugreifen. Auch kann es hilfreich sein, Unterstützung durch Hospizdienste zu erfragen. Im Schwerpunkt dieser Ausgabe sind einige Herangehensweisen beschrieben.

Daneben finden sich im allgemeinen Teil Themen, die den Alltag der Hospiz- und Palliativversorgung intensiv berühren, wie die stationäre und die ambulante Pflege und Begleitung. Die Formen und die Ressourcen, auf deren Basis pflegebedürftige Menschen am Ende ihres Weges umsorgt werden, werden uns weiterhin intensiv beschäftigen und langfristig im Hospiz-Dialog NRW ihren Raum finden.

Eine gute Lektüre wünscht Ihnen
Ihre

G. Dingerkus

Dr. Gerlinde Dingerkus

INFORMATION

Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege
Interview mit Werner Schneider 4

Für ein Sterben in Würde – Quartierspflege nach dem Modell der Buurtzorg
Andreas Klein 7

Hypnotherapeutische Ansätze in der Palliativversorgung
Wolfgang Schulze 10

Emotionen positiv verändern durch Multisensorik
Beat Grossenbacher 13

SCHWERPUNKT
STERBEN, TOD UND TRAUER IN DER KITA

„Du wärst jetzt mal tot“ Die Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer als Bildungsauftrag
Hilla Wedi und Claudia Kock 15

Von Leben – Tod – und – Trauer Hospiz goes Kindergarten
Sandra Schulz 19

Kinder trauern wie Pfützenspringer. Mal raus und mal rein!
Petra Lühr und Astrid Hanning 22

Wenn Kinder Geheimnisse in sich tragen
Gundula Göbel 24

Veranstaltungen 27

IMPRESSUM

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

Redaktion
Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Sigrid 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

Layout
Art Applied, Hafenweg 26, 48155Münster

Druck
Buschmann, Münster

Auflage
2500

Die im Hospiz-Dialog-NRW 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.

STERBEN ZUHAUSE IM HEIM – HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVKOMPETENZ IN DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE

Eine Studie

INTERVIEW MIT WERNER SCHNEIDER

Prof. Dr. Werner Schneider

Werner Schneider ist seit 2003 Professor für Soziologie an der Universität Augsburg und forscht insbesondere zu den Themen Familiensoziologie, Soziologie der Lebensphasen und privaten Lebensformen sowie Soziologie des Lebensendes.

Sie haben eine umfassende Studie zur Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Können Sie uns einige Eckdaten Ihrer Studie nennen?

Die Studie: „Sterben zuhause im Heim (SiH) – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege“ wurde gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. Wir haben am 1.11.2015 begonnen, am 31.10.2017 endete die Laufzeit. Beteiligte Institutionen waren das Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) an der Universität Augsburg und Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) München. Im Rahmen der Studie wurden 24 Experteninterviews, zehn Fallstudien und eine Onlinebefragung (adressiert an ca. 10.500 Heime) durchgeführt. Der Rücklauf der Onlinebefragung lag bei 15,4% (n=1.614).

Die Problematik des Rücklaufs ist begründet durch die generell zeitliche Ressourcenknappheit bei den Einrichtungsleitungen, die generelle Überfrachtung der Heime mit Befragungsanfragen und das zeitliche Überschneiden der Studie mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade (PSG II). Manche Heime scheuten sich auch, an der Befragung teilzunehmen, weil sie – wiederum aus Ressourcenmangel – beim Thema hospizlich-palliative Sterbendenversorgung konzeptionell und praktisch noch nicht so weit sind, wie sie eigentlich sein wollen.

Sie unterscheiden zwischen dem Heim als Lebensort und dem Heim als Quasi-Hospiz und sprechen von einem Spannungsfeld zwischen aktivierenden Maßnahmen auf der einen und der Betreuung des Sterbenden auf der anderen Seite. Welche Bedeutung hat dies aus der Perspektive des Heimes bzw. für die Leitung und die Mitarbeitenden?

Das Heim als Ort des Lebens fungiert zum einen als Orientierungsmuster für die Pflegekräfte und Heimleitungen, das deren professionelle Praxis leitet: Den Bewohnern soll der Lebensabend so gestaltet werden, dass sie ihn nach ihren Wünschen und Bedürfnissen verleben können. Dafür bedarf es – aus Sicht der professionellen Praxis – einer aktivierenden Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Versorgung der Bewohner, da Aktivität mit zum Leben gehört. Aus Sicht der Professionellen lassen sich Sterben und Tod nur schwer in dieses Orientierungsmuster integrieren, und zwar dann bzw. deshalb, weil es nicht als Teil des Lebens definiert wird. Dennoch müssen sich die Heime heute zunehmend mit der Betreuung Sterbender auseinandersetzen, schon allein aufgrund des demographischen Wandels. Die Zahlen der Bewohnerinnen und Bewohner, die bereits schwer oder mehrfach krank und hochaltrig gleichsam zum Sterben ins Heim kommen, steigen an. Mit diesem Wandel des Heims hin zu einem Ort des Lebens und des Sterbens sind ggf. Veränderungen in der Haltung der Professionellen – Sterben gehört im Heim mit dazu – und damit auch der Praxis verbunden: Aktivierung des Bewohners muss beim Sterbenden durch palliative Pflege ersetzt werden, die durch Ruhe, Minimalität und radikale Bedarfs-

orientierung gekennzeichnet ist, was unter Umständen auch den Verzicht auf Nahrung bedeuten kann.

Was bedeutet dies für die Bewohnerinnen und Bewohner?
Wenn das Heim von morgen sich organisational, personell und kulturell auf das Sterben einstellt, können die Bewohnerinnen und Bewohner dort einen Ort vorfinden, an dem sie gut betreut und versorgt ihr Lebensende verbringen können – gleichsam als „demokratische" Lösung einer „Verhospizlichung" des Lebensendes. Voraussetzungen sind hier allerdings insbesondere die entsprechende Ressourcenausstattung der Heime, damit ausreichend qualifiziertes Personal nicht nur für die Bewohner an sich, sondern vor allem auch für die Sterbenden mit ihren besonderen, zum Teil zeitaufwändigen Bedürfnissen zur Verfügung steht. Gerade hospizliche und vor allem auch palliative Kompetenz gelten als Voraussetzung eines „guten" Sterbens. Ob sich das Heim also zu einem Quasi-Hospiz oder einem Sterbeort zweiter Klasse entwickelt, hängt damit nicht zuletzt von politischen Weichenstellungen ab.

Sie verweisen in Ihrer Studie u. a. auf zwei wichtige Aspekte der Einbindung hospizlicher Arbeit: 1) die Identität eines Heims, das immer schon Sterbende begleitet und Hinweise von außen als Besserwisserei verstehen kann und 2) den Wunsch nach Austausch auf Augenhöhe, die den Rahmenbedingungen Rechnung tragen soll. Wie kann man Ihrer Meinung nach diesen Aspekten begegnen?
Findet sich in Heimen die Haltung „das machen wir doch schon immer", bezieht sich diese vor allem auf die Frage der Erweiterung der eigenen Praxis durch hospizliche Akteure von außen, etwa in Form einer Kooperation mit Hospizdiensten. Hier herrscht zum einen die Skepsis eines Mehrwerts durch Externe und zum anderen Misstrauen, Unsicherheit und Unverständnis bezüglich der Einbindung „fremder" Akteure vor. Deshalb gilt es, weiter Informations- und Aufklärungsarbeit zu leisten und die mögliche Rolle von hospizlichen Begleitern möglichst präzise zu benennen und von den heiminternen Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichen abzugrenzen. Zugleich bedarf es auch eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Akteuren, damit Ängste der Heime, „sich in die Karten schauen lassen zu müssen" abgemildert werden. Heime, die für sich vorhandene Defizite im Bereich der Hospizkultur und Palliativkompetenz (an)erkennen und Chancen für die Verbesserung der Betreuung Sterbender in der Vernetzung bzw. Kooperation sehen, sind hier offener, allerdings bedarf es auch hier eines kommunikativen, vertrauensvollen Verhältnisses und die Anerkennung von Leistungen und strukturellen Grenzen, die die Rahmenbedingungen für die Versorgung Sterbender im Heim stellen.

Wie stellt sich die Bedeutung der Angehörigen nach Ihren Studienergebnissen dar?
„Die" Angehörigen sind eine heterogene Gruppe. Es gibt diejenigen, die sich intensiv um den Bewohner kümmern, manche kommen hin und wieder vorbei und wieder andere sind gar nicht greifbar. Von den Verfügbaren erweisen sich manche als Hilfe für die Mitarbeitenden im Heim, da sie sich bei der Begleitung der sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner engagieren. Sie übernehmen dabei vor allem die hospizlich konnotierte Aufgabe des (kommunikativen) Daseins. Andere werden eher als Störfaktoren gesehen, weil sie sich – aus Sicht der Heime – unverhältnismäßig in die Versorgung einmischen, was meist zwar als Ausdruck der Sorgen um den Bewohner/die Bewohnerin verstanden werden muss, aber für die Mitarbeitenden im Heim belastend sein kann. Sind Angehörige beteiligt, zunächst unabhängig davon, wie sie vom Heim wahrgenommen werden, bedürfen sie mitunter ebenfalls einer Begleitung oder zumindest Ansprache, um das Sterben ihres Nahestehenden verarbeiten zu können. In der Hospiz- und Palliativpraxis wird hier von der unit-of-care gesprochen, die auch im Heim relevant ist. Diese Begleitung der Angehörigen, also z. B. sich Zeit für Gespräche zu nehmen, erfordert jedoch zeitliche und personelle Ressourcen des Heims, die in der Regel nicht verfügbar sind. Das erzeugt Frust auf beiden Seiten – den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern im Heim und den Angehörigen.

Mit welchen Herangehensweisen könnte man dieser Problematik langfristig begegnen?
Zum einen bedarf es einer Haltung der ganzheitlichen Versorgung im Heim, die von der unit-of-care ausgeht und sich nicht allein auf den Bewohner bezieht. Nur dann werden auch die Angehörigen als Adressaten betrachtet. Zum anderen muss diese Haltung auch strukturell umgesetzt werden. Und auch hier muss, wie bereits angedeutet und so banal es klingen mag, wieder auf die Ausstattung der Heime mit personellen Ressourcen geschaut werden. Eine gute Versorgung der unit-of-care, nicht nur, aber vor allem im Sterben, erfordert auf der einen Seite Qualifikation und Kompetenzen und auf der anderen Seite schlicht und ergreifend Zeit. Beides kostet Geld.

» Zeit für den und am Patienten ist das, was am dringendsten erforderlich ist.

Ein defizitäres Feld für die Einrichtungen ist das der Kooperation mit den Hausärzten. Wie stellt sich diese Problematik differenziert dar?
Die Heime, die an unserer Studie teilgenommen haben, haben unterschiedliche Erfahrungen mit Hausärzten. Diejenigen, die hier Probleme sehen, sehen diese in der mangelnden Qualifikation von Hausärzten im Bereich Palliative Care, die sich auch in einer geringen Wertschätzung der palliativen Kompetenz im Heim sowie der Zurückhaltung in der Verschreibung von schmerzlindernden Medikamenten und/oder der Verordnung von SAPV äußert. Vor allem aber wird die Kooperation Hausarzt-Heim problematisiert. Im benannten mangelnden Zugang von Hausärzten zu Palliative Care, aber auch in strukturellen Faktoren, wie räumliche Distanz, schlechte Erreichbarkeit und fehlende Zeitressourcen für Heimbesuche, werden von Seiten der Heime Defizite gesehen. Auch die professionelle Distanz der Hausärzte gegenüber den Pflegekräften behindert eine Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“, die für die Heimmitarbeiter aber als Kriterium für gute Kooperation gesehen wird – ihre Kompetenz und Erfahrung sollen ernst genommen werden.

Die Generationen der Altenheimbewohner sind auf Grund ihrer auch historisch bedingten Biographie unterschiedlich; Ansprüche, Wünsche oder Bedürfnisse verändern sich. In der heute sterbenden Generation spielt vielleicht die Kindheit im Krieg und in der Nachkriegszeit eine Rolle, in der Zukunft wird es anders geprägte Biografien geben. Wirkt sich dies auch auf die Wünsche und Bedürfnisse im Sterbeprozess aus?
Zur Frage, welche konkreten Wünsche und Bedürfnisse Sterbende haben, kann ich aus eigener Forschung keine fundierten Aussagen machen. Was sich in verschiedenen Studien zeigt, ist die grundsätzliche Bedeutung von würdevollem Sterben, das vor allem gekennzeichnet ist durch Schmerzfreiheit und Selbstbestimmung. Was darüber hinaus konkret als Wunsch formuliert wird, hängt von der jeweiligen Biographie ab: So mag für viele wichtig sein, eventuelle Familienprobleme und Streitigkeiten noch ausräumen zu können, andere möchten vielleicht noch ein bestimmtes Ereignis miterleben oder sich über ihr Leben austauschen können. Wieder andere möchten einfach in Ruhe gelassen werden. Über den Einzelfall hinaus spielen hier aber freilich immer auch kulturelle Prägungen im Sinne von Modernisierungseffekten eine Rolle. Die zukünftig Sterbenden werden von Anbeginn an in einer individualisierten Gesellschaft aufgewachsen und sozialisiert worden sein, deren Credo der Einzelne als Gestalter seines Lebens und Sterbens ist, was die „Individualität“ der Wünsche und Bedürfnisse weiter verstärkt. Zugleich wird die Gesellschaft immer pluraler und heterogener, verstärkt etwa durch Menschen mit Migrationshintergrund. Was jeweils wichtig erscheint, muss erst herausgefunden werden. Biographiearbeit wird damit für die Hospiz- und Palliativarbeit noch weiter aufgewertet, um dem gerecht zu werden, was der Einzelne sich für sein Sterben wünscht.

Was glauben Sie, würden wir erfahren, wenn Bewohnerinnen und Bewohner befragt würden?
Zur Frage, was sich Sterbende im Allgemeinen wünschen bzw. was sie am meisten bereuen, gibt es auf dem Büchermarkt bereits verschiedene Werke. Konkret bezogen auf die Wünsche von Heimbewoh-

nerinnen und Heimbewohnern gibt es lediglich vereinzelte kleinere Feldstudien, die hierzu schlaglichtartige Hinweise geben (z. B. Brüll, 2005; Bremer Heimstiftung, 2005). Neben einer ausreichenden Schmerzversorgung als Sicherung körperlicher Leidensfreiheit gehört zu einem „guten Sterben" demnach auf der einen Seite vor allem persönliche Ansprache, Kontakt zu Angehörigen und gegebenenfalls Gespräche mit Dritten, beispielsweise ambulanten Hospizhelfern, die sich Zeit nehmen können, um für den Sterbenden da zu sein und bei denen der Bewohner nicht das Gefühl hat, den Pflegekräften oder Angehörigen zur Last zu fallen. Auf der anderen Seite ist den Bewohnerinnen und Bewohnern wichtig, dass ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse respektiert werden, wozu unter anderem auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung gehört. Neben solchen ja durchaus bekannten Aspekten ist der Hinweis interessant, dass die Vorstellungen aus dem Feld der Hospizarbeit, z. B. den Sarg des Verstorbenen öffentlich, über den Haupteingang, und damit würdig zu überführen, sich nicht ohne Weiteres mit den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner deckt, die in Teilen eher eine diskrete Verabschiedung des Verstorbenen präferieren würden (vgl. Bremer Heimstiftung, 2005, S. 7) – das Sterben soll zwar Thema sein, aber keine allzu große Präsenz im Heimalltag bekommen. Ausgehend von solchen ersten interessanten Hinweisen hielte ich eine breiter angelegte soziologische Studie zu diesem Thema für durchaus notwendig und wünschenswert, zumal sich ja bereits abzeichnet, dass das, was Akteure im Feld gut, weil würdevoll fänden, nicht unbedingt das ist, was sich Heimbewohnerinnen und Heimbewohner wünschen. Wissen um solche Umstände sind die Grundlage für eine hospizlich-palliative „Lobbyarbeit" für Sterbende im Allgemeinen und Sterbende in Institutionen im Besonderen. Das gilt umso mehr, je individualisierter, pluraler und heterogener die deutsche „Sterbelandschaft" in Zukunft wird.

Literatur

Brüll, H.-M. (2005). *Sterbebegleitung im Heim. Eine qualitative Erkundungsstudie zur Situation und zu Werteeinstellungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe* (online verfügbar unter: https://hsbwgt.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/year/2005/docId/11).

Bremer Heimstiftung (Hrsg.) (2005): *„Ich möchte einfach einschlafen. Kein Tamtam drum herum." Gedanken und Wünsche zu Sterben und Tod. Eine Umfrage in der Bremer Heimstiftung* (online verfügbar unter: http://www.hospiz-horn.de/pdf_broschueren/umfrage_bhs.pdf).

FÜR EIN STERBEN IN WÜRDE – QUARTIERSPFLEGE NACH DEM MODELL DER BUURTZORG

ANDREAS KLEIN

Akkordarbeit, das ist der ambulante Pflegedienst derzeit. Geht Waschen, Essensgabe und Spritzen in unter 20 Minuten? Dann aber schnell. Möglichst inklusive An- und Abfahrt. Gehetzte Pflegekräfte verrichten bloße Handgriffe an Patienten, für ein Gespräch fehlt die Zeit. Die pflegebedürftigen Menschen werden reduziert auf Objekte, an denen Aufgaben erledigt werden. Schuld an diesem Umstand sind die knapp kalkulierten Fallpauschalen. Will ein Pflegedienst auch nur einigermaßen wirtschaftlich arbeiten, muss er die Mitarbeiter zu schneller Arbeit anhalten. Kommt zu diesem Faktor auch noch als oberste Maxime die Gewinnmaximierung – wie das bei börsennotierten Pflegekonzernen der Fall ist – wird das System komplett unmenschlich. Der Faktor

Andreas Klein

Zeit ist das bestimmende Element, vergleichbar mit einem Job am Fließband. Was aber, wenn der Pflegebedürftige genau das nicht mehr hat: Zeit? Was, wenn klar ist, dass er oder sie nicht mehr lange zu leben hat? Die Pflege reiht sich ein in unser großes System der Industrialisierung und Globalisierung. Es geht um permanentes Wachstum, denn nur so kann dieses System überleben. Kurzum, wir plündern und zerstören unseren gesamten Planeten und zwar ohne Rücksicht. Dem hat sich alles ausnahmslos unterzuordnen, auch der Mensch. Und gerade der Mensch ist es, warum wir Pflegekräfte ursprünglich unseren Beruf gewählt haben: Wir wollen Menschen helfen. Und das gilt in besonderem Maße für Schwerstkranke.

Anpacken und vernetzen: die Quartierspflege

Vor zwei Jahren war ich, wie meine Kollegen, kurz davor hinzuschmeißen. Ich war es leid, das Resultat dieser entmenschlichten Arbeit im Dauerstress zu erleben. Ein Blick auf die hilfebedürftigen Menschen zeigt ein ebenso deprimierendes Bild: Vereinsamung und das Gefühl, nur eine Last zu sein. Das gilt in besonderem Maße für Sterbende. Sollte ich den Pflegedienst verkaufen und etwas ganz Anderes machen? Ich beschäftigte mich mit alternativen Zusammenarbeitsformen, stieß bei meinen Recherchen auch auf Frédéric Lalouxs Buch „Reinventing Organziations“ und hier auf das niederländische Modell von Buurtzorg („Nachbarschaftshilfe“). Dort bilden kleine, unabhängige Teams von Pflegekräften ein Netzwerk mit Verwandten, Ärzten, Angehörigen und anderen Dienstleistern. Das hat mich beflügelt.

In den Niederlanden wird im Grunde die Charta zur Betreuung Schwerstkranker und sterbender Menschen umgesetzt. Dort heißt es wörtlich: „Die Angehörigen und die ihm Nahestehenden sind einzubeziehen und zu unterstützen. Die Betreuung erfolgt durch haupt- und ehrenamtlich Tätige soweit wie möglich in dem vertrauten bzw. selbst gewählten Umfeld. Dazu müssen alle an der Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten.“

> *» Die Betreuung in einem Netzwerk von haupt- und ehrenamtlich Tätigen ermöglicht es, in dem vertrauten Umfeld zu bleiben.*

Die ersten Schritte

Ich sagte mir, dass genug lamentiert wird, und fing an, etwas zu ändern. Eine andere Pflege musste

her. Die „Quartierspflege“ war geboren. Wir arbeiten seit einigen Monaten an einer neuen Struktur, einem neuen Arbeitsmodell, angelehnt an Buurtzorg. Ganz übertragbar ist das System nicht, da die Niederlande nicht nach Fallpauschalen vergüten, sondern nach Zeit. Auch ist der Ausbildungsgrad der Pflegekräfte höher als bei uns und die Quote von Pflegekraft zu Pflegebedürftigen besser. Wo es dort 1 zu 7 ist, kommt in Deutschland 1 Pflegekraft auf 14 Pflegebedürftige.

Aber das sollte uns nicht aufhalten. Das erste Team findet sich gerade zusammen in Düsseldorf-Urdenbach. Wir sind sozusagen noch im Beta-Stadium, dem Stadium des Ausprobierens. In dem Team, das wir derzeit noch „Quartierspflege“ nennen, arbeiten zehn Pflegekräfte mit verschiedenen Qualifikationen, Fähigkeiten und in unterschiedlichen Rollen. Es gibt keine hierarchischen Strukturen, wie eine Pflegedienstleitung. Wo diese bisher Schichtpläne und bürokratische Aufgaben alleinig durchführte, werden ihre Aufgaben im Team verteilt. Die

Dienstpläne werden zusammen erarbeitet. Eigenbestimmtes Arbeiten ist der Kern dieser neuen Organisationsform. Wir merken schon nach diesen wenigen Monaten, wie sich die Zufriedenheit der Kollegen signifikant gesteigert hat. Insbesondere die Mitbestimmung an einer neuen Struktur begeistert die Kollegen.

Pflege verbindet Menschen – auch in der Palliativversorgung

Die Versorgung und Pflege hilfebedürftiger Menschen sollten wir als gemeinschaftliche Aufgabe ansehen. Es gibt genügend Menschen in den jeweiligen Wohnquartieren, die Aufgaben übernehmen würden, auch ehrenamtlich. Und genau das ist der nächste Schritt in der Evolution der Quartierspflege, den wir anstreben: Wir vernetzen uns nicht nur mit Ärzten, Angehörigen, Freunden und Nachbarn, sondern auch mit Dienstleistern, wie zum Beispiel Fußpflegern. Nicht zuletzt deswegen haben wir eines unserer Ziele entsprechend formuliert: „Pflege verbindet Menschen".

Schon jetzt stimmen wir uns jenseits des ersten Quartierpflege-Teams insbesondere in der Paliativversorgung eng mit den betreuenden Ärzten, den Angehörigen und Einrichtungen wie dem Palliativ Care Team aus Düsseldorf ab, ganz im Sinne der Charta. Im Mittelpunkt stehen die Ziele, die wir gemeinsam mit dem Schwerstkranken festlegen. Dabei wünschen sich Patienten oft, zu ihren gewohnten Zeiten versorgt zu werden, insbesondere morgens. Genau hier ist ein Konflikt. Der Morgen ist die Rushhour der Pflege. Unsere Erfahrung zeigt: Ein offenes Gespräch über diese Problematik mit dem Patienten führt dazu, dass dieser Punkt keine Priorität mehr in den Zielen hat. Wichtiger ist ihm, ein großzügiges Zeitfenster zu bekommen.

Wie also mehr Zeit gewinnen, haben wir uns gefragt. Neben den pflegerischen Tätigkeiten und Abstimmungen untereinander müssen die bürokratischen Aufgaben trotzdem weiterhin erledigt werden. Die Lösung heißt Digitalisierung: Jedes Teammitglied hat ein 10'-Tablet mit SIM-Karte und kann sich so mit den Teamkollegen und -kolleginnen auf verschiedenste Weise jederzeit austauschen. Gearbeitet wird in der Cloud, auf die alle Zugriff haben und in der sich auch das Intranet befindet. Neben der Zeitgewinnung und der verbesserten Kommunikation hat die Einführung von digitalen Prozessen noch einen Vorteil: Die Fehlerquote kann minimiert werden, denn wie schnell ist ein Haken im Abrechnungssystem falsch gesetzt? Die Lösung sind gezielte Rollenverteilungen im System.

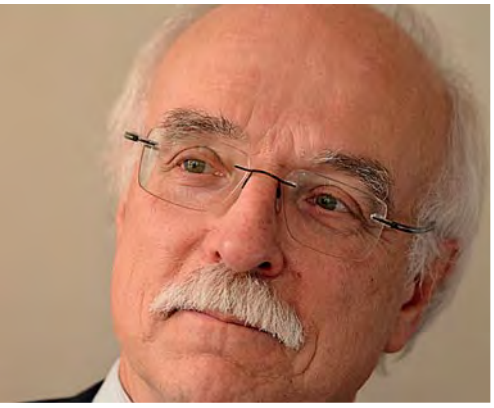
Wir sind noch ganz am Anfang unserer Reise, die Pflege wieder menschlicher zu gestalten. Stück für Stück. Sicherlich werden wir auf diesem Weg nicht alles richtig machen, aber wir arbeiten an Lösungen.

Andreas Klein
a.klein@careservice.de
www.careteam-pflege.de

HYPNOTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE IN DER PALLIATIVVERSORGUNG

WOLFGANG SCHULZE

Hypnotherapie ist eine Therapieform, bei der Trancezustände zur Behandlung genutzt und berücksichtigt werden. Wir können davon ausgehen, dass Trance ein universelles Phänomen ist, das jeder Mensch irgendwie kennt, zumindest als Tagtraum, einer flachen Form der Trance. Dieser Zustand beschreibt die Anwendung in der Palliativversorgung ganz gut, geht es doch ganz zentral um die inneren Bilder der Patientinnen und Patienten. Dies in wertschätzender Haltung zu begleiten, ist das Anliegen der Anwendung hypnotischer Prozesse in der Palliativversorgung.



Dr. Wolfgang Schulze

In manchen Lebensphasen fallen wir häufiger spontan in Trance als zu anderen Zeiten. Die Palliativsituation gehört dazu. Es sollte also sehr hilfreich sein, sich mit diesen Zuständen auszukennen, um unseren Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Manches Verhalten und manches Kommunikationsproblem erschließt sich uns erst dadurch!
Zudem kann Hypnose sehr hilfreich sein, um unwillkürliche und unbewusste Prozesse, zu denen auch Symptome zählen und denen wir uns ausgeliefert fühlen, wirksam zu beeinflussen. So gelingt durch Nutzung hypnotischer Phänomene (s. u.) eine günstige Beeinflussung gerade solcher Symptome, die uns auch in der Palliativversorgung täglich begegnen, wie Dyspnoe, Hustenreiz, Angst, Übelkeit, Erbrechen, Inappetenz, Juckreiz oder (Durchbruch-)Schmerz. Auch psychische Symptome wie Ängste, Depressionen, Traumatisierungen sowie die sogenannte erschwerte Trauer können mit Hypnotherapie gut behandelt werden.

Für alle, die durch das Einlassen auf die Hypnose einen Kontrollverlust befürchten: Bei der hypnotherapeutischen Behandlung soll das Gegenüber gerade nicht die Kontrolle abgeben. Die Patientinnen und Patienten fühlen sich ihrer Situation ohnehin bereits ausgeliefert, und das Ziel hypnotherapeutischer Haltung oder Intervention ist, dem oft erlebten Kontrollverlust entgegenzuwirken und Selbstwirksamkeit erlebbar zu machen.

Trance-Phänomene

Kognitive Veränderungen
1. Amnesien („Vergessen“):
Die Zeit bzw. die Zeitwahrnehmung kann komprimiert oder dilatiert sein (Zeitverzerrung).
Ein Beispiel:
Patient: „Ich warte jetzt eine halbe Stunde auf mein Morphin!“ – Schwester: „Es waren aber nur 5 Minuten, Herr ..., wir haben doch auch noch andere Patienten, und ich habe nicht Kaffee getrunken ...“

Was geschieht beim Patienten? Er denkt sich: „Es war doch eine halbe Stunde, die glauben mir nicht, und ich bin wohl nicht so wichtig ...“. Resultat: Der Kontakt reißt ab. – Bei Kenntnis der Zeitverzerrung würde man z. B. formulieren: „Oh ja, tut mir leid, Sie haben lange warten müssen!“ – Der Patient fühlt sich verstanden, der Kontakt bleibt erhalten.

„Vergessen“ der Grammatik: Jedes Wort wird für sich, also ohne Zusammenhang, gehört und umgehend in innere Bilder umgesetzt, mit möglicherweise schlimmen Auswirkungen: „Sie werden keine – schlimmen – Schmerzen – leiden müssen – wenn das Rippenfell – angestochen wird ...“ oder: „Ich erkläre Ihnen mal die Schmerzskala: Schmerzen der Stärke 5 sind wie, wenn der Finger in die Brotschneidemaschine gerät ... und 6 sind ... und 7 sind ...“ ... „Wie stark ist ihre Übelkeit/Atemnot von 0 bis 10, soll ich ihnen erklären, was das heißt?“ ...

„Vergessen“ der Naturgesetze: Widersprüchliches wird akzeptiert. Wir können gleichzeitig an zwei Orten sein, können uns z.B. „von oben“ sehen (Dissoziation).

2. Hypermnesien:
Das faszinierende Wiedererinnern von vergessenen Ereignissen. Diese werden als Ressourcen genutzt und bereichern die Biographiearbeit auf berührende Weise.

© G. Achtermann

Sensorische Phänomene
Bei den sensorischen Phänomenen geht es um die Afferenzen auf allen Sinneskanälen: visuell, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch (VAKOG). Die Aufmerksamkeit ist auf ein Ereignis oder Thema fokussiert, alles andere wird ausgeblendet. So werden Sinneseindrücke zum Teil nicht mehr wahrgenommen, wie wenn ein versunken spielendes Kind die Mutter nicht mehr hört oder das Grünwerden der Ampel beim Vor-sich-hin-Träumen nicht bemerkt wird, obwohl wir direkt darauf starren. So ist auch das Nicht-Wahrnehmen von Schmerzreizen bei analgetischer Hypnose, z. B. beim Zahnarzt, zu erklären. Umgekehrt können Klänge und Bilder so lebendig wahrgenommen werden, als wäre man dort.

Effektorische Phänomene
Diese Phänomene beeinflussen sekretorische oder motorische Efferenzen: Wenn wir uns auch nur vorstellen, wir beißen in eine saure Zitrone, hat das sekretorische Auswirkungen auf die Speicheldrüsen. In Trance lassen sich auch andere exokrine oder endokrine Drüsen durch innere Bilder beeinflussen, z. B. die Stresshormonausschüttung durch Imagination entweder eines Ruheortes oder z. B. eines Pferderennens. Und so wie sich die Muskelspannung der Arme durch Autogenes Training senken lässt, indem wir uns Schwere vorstellen, so kann sich in hypnotischer Trance beispielsweise ein Arm unwillkürlich anheben (Armlevitation).

Hypnotherapie in der Palliativsituation
Milton Erickson (1901-1980), Begründer der wissenschaftlichen Hypnotherapie, schrieb bereits 1958, als die moderne Hospiz- und Palliativbewegung noch in den Anfängen steckte: „... die Nutzung von Hypnose bei Patienten, die in der Terminalphase leiden. Bei der Behandlung solcher Patienten geht es nicht darum, die Krankheit selbst zu behandeln, wo doch der Patient bereits den Tod vor Augen hat und schmerzlich leidet. Die primäre Aufgabe ... ist, seinen persönlichen Anliegen und Bedürfnissen so weit als irgend möglich zu begegnen ..., was braucht der physische Körper und was braucht der Patient als ganze Person und Persönlichkeit, wo kulturelle und individuelle psychologische Implikationen von gleich großer oder größerer Wichtigkeit sind als die körperliche Erfahrung von Schmerz ...“

Die Anwendung
Folgende Basisanwendung zur Besserung von Wohlbefinden und Symptomen ist ressourcenorientiert, steigert die Selbstwirksamkeit (Autonomie), kann wertvolle Erinnerungen reaktivieren und zur Akzeptanz der aktuellen Lebenssituation beitragen. Diese kann explizit in einer durch einen Hypnotherapeuten eingeleiteten Hypnose erfolgen, aber auch implizit im Rahmen eines hypnotherapeutisch orientierten Gesprächs durch jeden in der Palliativversorgung Tätigen, der über Empathie und Selbstreflexion, eine palliative Haltung verfügt.

Zunächst soll eine schöne Erinnerung (= Ressource) gefunden werden. Besonders in quälenden Situationen, in denen schon eine Spontantrance besteht, kann das eingeleitet werden durch wirksame Schlüsselfragen: „Wo wären Sie jetzt lieber als hier?“ – „Wo war es besonders schön in Ihrem Leben?“ – „Gehen Sie zurück in Ihrer Erinnerung, wo die Luft gut ist, es appetitlich riecht, Sie vital

sind…“. Signalisiert der Patient, „angekommen“ zu sein, gilt es, das Erleben auf allen Sinneskanälen mit interessierten Fragen zu aktivieren: „Wo finden Sie sich wieder? Drinnen oder draußen? Wie ist die Temperatur, angenehm warm oder angenehm frisch? Wie alt sind Sie? (besser als „wann war das?“) … was ist zu hören, die Geräusche … die Stille hören… Stimmen im Hintergrund …? Was ist zu sehen, in der Ferne, am Horizont …? Und was in der Nähe? … ganz vertraut … auf die Details achten … und der charakteristische Duft, der genau nur hier so existiert? Wie sind Sie da, sitzend, liegend, laufend … wie ist der Untergrund? etc. Was sehen Sie … in der Ferne … oder in der Nähe … schauen Sie auf die Details … wie mit einer Lupe, … ist es ganz vertraut … und vielleicht auch neu? … wie Sie es noch nie gesehen haben? Und die Geräusche – verändert sich etwas? Und der Duft … vertraut … wie fühlt sich die Kleidung an? Wie der Untergrund …?“

Die Wahrnehmung muss nicht ausgesprochen werden: „Wenn Sie möchten, können Sie darüber reden, wenn Sie möchten, können Sie es auch bei sich behalten“ ist eine Formulierung, die auch das Verschweigen wertschätzt. Erzählen ist allerdings sehr hilfreich, weil wir dann spezifisch nachfragen können: „Wie genau … ?“

Es ist unglaublich überraschend, welche Orte aufgefunden und als beglückend empfunden werden, viel besser als unsere Vorschläge (Suggestionen). Die Patientinnen und Patienten erleben eben nicht nur den Strand, die Wiese, den Wald – bei unseren „Palliativ-Hypnosen“ waren es auch schon mal das Zimmer der Großmutter, ein Boot, das Kinderzimmer, die Werkstatt, das Restaurant, die Kirche, das Fußballfeld, der Skilift, das Entbindungszimmer oder sogar der Kasernenhof … Das ist sehr viel besser, als von uns ausgehend – sozusagen paternalistisch – eine fertige (Fantasie-) Geschichte zu erzählen oder vorzulesen.

Die Atmosphäre dieses im Patienten erlebten Ortes oder Ereignisses wirkt dann auf das Wohlbefinden, die Stimmungslage und die Symptomatik. Sie kann beruhigend wirken, aktivierend (bei Fatigue), kann den Atem ruhiger werden, die Atemnot, den Schmerz oder die Übelkeit vergessen lassen oder den Appetit anregen. Häufig sucht sich das Unbewusste der Patienten genau den Sehnsuchtsort, an dem das erlebbar ist, was aktuell fehlt.

Manche Patienten oder Patientinnen müssen dazu besonders angeleitet werden. Dann ist es hilfreich, eine hypnotherapeutische Aus- oder Weiterbildung durchlaufen zu haben. Mit dieser Ausbildung gelingt die Trance-Induktion wesentlich intensiver, physische und psychische Symptome können besser bearbeitet werden und es gelingen vertiefte Gespräche über die Spiritualität (Beispiele siehe Literaturangaben).

Zusammenfassend ist die Nutzung hypnotherapeutischer Erfahrungen eine wichtige Bereicherung der Möglichkeiten in der Palliativversorgung, die bereits mit wenigen Kenntnissen beginnen, mit Ausbildung in Hypnotherapie aber eine enorme Erweiterung erfahren kann.

Dr. med. Wolfgang Schulze
Facharzt für Strahlentherapie und Radiologie
Zusatzqual. Palliativmedizin und Med. Hypnose M.E.G.
Donaustr. 28b
95445 Bayreuth
Tel.: 01 71 - 5 23 46 65
wolfgang.schulze.dr@gmx.de

Literatur

Ebell, H. (2009). *Krebserkrankungen.* In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Heidelberg, S. 673-691.

Erickson, MH. (1958). Hypnosis in Painful Terminal Illness. *The Journal of the Arkansas Medical Society; und 1959 American Journal of Clinical Hypnosis*, 1:3, 117-121.

Kachler, R. (2017). *Hypnosystemische Trauerbegleitung.* Carl Auer Verlag Heidelberg.

Muffler, E. (2009). *Hypnosystemische Interventionen zur Symptomlinderung in der Onkologie.* In: Isermann und Diegelmann: Ressourcenorientierte Psychoonkologie, Kohlhammer.

Peter, B. (1994). Hypnotherapy with Cancer Patients: On Speaking about Death and Dying. *Hypnos* 21(4).

Peter, B. (1996). Hypnosis in the Treatment of Cancer Pain. *Hypnos* 23: 99-108.

Rajasekaran, M, Edmonts, PM, Higginson, IL (2005). Systematic Review of Hypnotherapy for Treating Symptoms in Terminal Ill Adult Cancer Patients. *Palliative Medicine* 19: 418-426.

Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. Hypnose und Medizin. *Hypnose-ZHH 2010*; 5: 145-161.

Schulze, W. (2013). *Hypnose und Hypnotherapie in der Palliativmedizin* – Symptombehandlung und spirituelle Begleitung. Z Palliativmed; 14: 59-72.

Schulze, W. (2015). *Hypnotherapie in der Palliativmedizin.* In: Muffler, Elvira (Hrsg). Kommunikation in der Psychoonkologie – Der hypnosystemische Ansatz, Carl Auer Verlag Heidelberg.

Schulze, W., Revenstorf, D. (2017). *Hypnotherapie.* In: Psychotherapeutische Methoden am Lebensende, Hrsg. Daniel Berthold, Jan Gramm, Manfred Gastpar, Ulf Sibelius, Vandenhoeck & Ruprecht.

Schulze, W. (2018). *Hypnotherapie in der Palliativversorgung,* in Kränzle, S.: Palliative Care, Springer Medizin Verlag.

EMOTIONEN POSITIV VERÄNDERN DURCH MULTISENSORIK

BEAT GROSSENBACHER

Der Mensch empfindet Ängste, die ihren Ursprung in Scham oder Ekel haben können. Diese Empfindungen sichern uns Menschen das Überleben. Die Frage stellt sich nun, was hat das mit der Pflege zu tun? Sei es in der allgemeinen Pflege, Hospiz- und Palliativarbeit oder Demenzpflege, überall sollte der Mensch im Mittelpunkt stehen, auch mit seiner Scham, seinem Ekel und seinen Ängsten, dem wir wiederum mit unserer eigenen Angst begegnen. Diese Erkenntnis führt dazu, dass das Verständnis des Menschen mit seinen Emotionen im Kontext der Umgebung und der „Lebenswillensstrategie" verstanden werden muss. Der renommierte amerikanische Hirnforscher Professor Dr. Paul D. MacLean hat nachgewiesen, dass das menschliche Gehirn aus drei Bereichen besteht, die unterschiedliche Funktionen erfüllen (funktionale Struktur des Gehirns). Diese drei so verschiedenartigen Gehirne müssen dennoch im „drei-einigen Gehirn" (Triune Brain) zusammenarbeiten und sich miteinander verständigen. Dabei behält aber jedes Gehirn seine ganz spezifischen Spielregeln bei.

Erst aus dem Zusammenwirken des gefühlsmäßig-instinktiven Stammhirns, des emotional-impulsiven Zwischenhirns und des rational-kühlen Großhirns entsteht menschliches Verhalten.

Der Ausgangspunkt der Erforschung von Basisemotionen entstammt der Arbeit „The Expression of the Emotion in Man and Animal" von Darwin (1872). Er definierte die so genannten Basisemotionen als Emotionen, die in ihrem Ausdruck universal und angeboren sind. Obwohl noch immer keine endgültige Einigkeit darüber besteht, welche Emotionen zu den Basisemotionen zählen, hat die Mehrheit der Forscher Überraschung, Angst, Ekel, Freude, Trauer und Wut als solche anerkannt (Ekman, 1973; Fridlund, 1994; Izard, 1971). Alle anderen Emotionen seien Untergruppen oder Mischungen der Basisemotionen.

Der Mensch als Gefangener seiner Umwelt und der Überlebensstrategie

Nach unseren Beobachtungen im Centre d'ambiance (CDA) glauben wir, noch weiter gehen zu können, indem wir nur zwei Gruppen von Emotionen für relevant halten. Mit der Überlebensstrategie, die uns Menschen durch die Evolution mitgegeben wurde, reagiert der Mensch immer noch als emotionales Tier. Er verhält sich dabei nach dem Grundsatz der zwei ganz unterschiedlichen emotionalen Stimmungen „Bedrohung" und „Freude".

Beat Grossenbacher

Bedrohung

In unserem „Überlebensstrategie-Handbuch" sind die Bedrohungen als wichtiger einzustufen als die Freude. Wahrscheinlich gehören zu diesen Emotionen die Ausdrücke von Angst, Ekel, Trauer, Wut oder Überraschung dazu.
Bedrohungen lösen Reaktionen aus, die – je nach Intensität, wie sie auf uns aufprallen und uns begegnen – in drei Stufen unterteilt werden (um dies besser darstellen zu können, verwenden wir das Beispiel der Atemluft):

1 „Flucht"
Riecht es für den Menschen unangenehm, so wird er die Umgebung mit einer Fluchtbewegung eher verlassen.
2 „Aggression (Kampf)"
Mit der Intensität der schlecht riechenden Atemluft nimmt auch das Potential des Aggressionsverhaltens des Menschen zu. Dazu gehören im Konsens zum Arbeitsumfeld beispielsweise erhöhtes „Mobbing" und vieles mehr.
3 „Schockstarre"
Wir halten den Atem an, sind wie gelähmt; Aktion erfolgt hier keine mehr. Wir können uns kaum mehr bewegen und sind nicht mehr Herr unserer Reaktion.

Freude
Im Sinne einer Überlebensstrategie ist die Freude wohl weniger bedeutsam. Das soll nicht bedeuten, dass diese Emotion weniger wichtig ist. Damit sich der Mensch verstanden und geborgen fühlen kann, muss er Freude entwickeln können und dies in einem Umfeld, in dem sehr wenig Bedrohungsimpulse auf ihn einwirken. Die Freude kann man in der Reaktion ebenfalls in drei Stufen unterteilen. Auch diese sind für das menschliche Überleben als wichtig einzustufen.

1 „Zuneigung“
Ein kurzes Berühren kann in uns eine Zuneigung zum Gegenüber auslösen. Studien weisen nach, dass Menschen, die kurz berührt werden, zu dem Menschen, der berührt, eine Zuneigung aufbauen, auch wenn die Berührung kaum wahrnehmbar ist.

2 „Zusammengehörigkeitsgefühl“
Intensivere positive Berührungen lösen ein Zusammengehörigkeitsgefühl hervor nicht nur in der Familie, sondern auch in Politik oder Sport.

3 „Bereitschaft, zu teilen“
Die Bereitschaft zu teilen steht im Zusammenhang mit dem Überleben der Art. Wenn Berührungen mit einem natürlichen Lächeln gekoppelt sind, wird diese Bereitschaft zudem maßgeblich erhöht.

Unsere Wahrnehmungen (Sinnesorgane) sind ständig aktiv und können selbst im Schlaf nicht ausgeschaltet werden. Beobachtungen zeigen, dass Wachkomapatienten genauso auf Reize der Bedrohung wie auf Reize der Freude reagieren. Reize, die auf uns einwirken, werden in unserem Gehirn immer multisensorisch verarbeitet. Das heißt, das Empfinden wird immer im Konsens mit allen Reizen (Sinneswahrnehmungen) beurteilt.

Hierzu hat die CDA eine Untersuchung durchgeführt, zu der einführend und beispielhaft gesagt sei: Wenn wir die Raumtemperatur beurteilen müssen, so wirkt ein Duft in der Luft ebenso auf das Temperaturempfinden, wie die Raumfarbe oder der Klang der Raumumgebung. Beispielsweise erhöht der Duft Zimt die empfundene Raumtemperatur merklich. Kommt zusätzlich ein rötliches Licht hinzu, steigt die gefühlte Raumtemperatur nochmals markant an, auch wenn die gemessene Temperatur gleichbleibend ist.

Diese Erkenntnisse in der Pflege einzusetzen bedeutet, dass hier das Blickfeld erheblich erweitert werden muss. Es muss sich „multisensorisch“ öffnen. Wir wissen heute sehr viel über Farb-Therapie, Duft-Therapie, Klang-Therapie, Berührungs-Therapie usw. Nur, jedes dieser Felder wird zurzeit meist zu isoliert angeschaut. Zaghafte Versuche, dies zu ändern, kann man vereinzelt beobachten, wie zum Beispiel beim „Snoezelen“ oder bei der „Basalen Stimulation“. Leider finden die Versuche immer nur im Kontakt zwischen Betreuer und Patient Einsatz. Dass sich die Gruppenzugehörigen jedoch gegenseitig beeinflussen sowohl mit der Bedrohung als auch mit der Freude, wird dabei sehr oft von der Betreuung nicht wahrgenommen. Dabei ist auch das Personal nicht ausgeschlossen, denn oft wird vergessen, dass sich selbst die Stimmung, die das Pflegepersonal mit ins Haus hineinträgt, auf die Stimmung der Gruppe auswirkt. Somit bringt z. B. eine einzelne Therapie kaum etwas, wenn sich die Gruppe im „Stressmodus“ befindet. Effizienter wä-

re, wenn die ganze von der Umgebung betroffene Gruppe (Personal wie Bewohner oder Patient) entschleunigt und entspannt wäre.

Umgebungen multisensorisch gestalten
Die Arbeitsweise der Multisensorik beruht darauf, dass die Sinnesimpulse kongruent (gleich) abgegeben werden müssen, damit sie eine effektive Wirkung erzielen können. Dabei sind die Faktoren der „Bedrohung“ wie die der „Freude“ mit einzubeziehen. Die Arbeitsweise des CDA basiert auf einem Verfahren, das es ermöglicht, die Raumatmosphäre merklich zu verändern. So kann zum Beispiel …

- der normalen Lichtumgebung farbliche Akzente beigefügt werden,
- der Raumakustik eine Klangstimmung zugefügt werden,
- in der Luft schlechter Geruch entfernt werden, um keine Bedrohungssituation entstehen zu lassen,
- durch Einbringen von natürlichen ätherischen Ölen aromatherapeutisch unterstützt werden.
- Bildwelten über TV/Beamer und Lichtimpulse sind ebenso integrierbar, wie haptische Elemente oder Klangstimulanzien.

Neben den allgemeinen Elementen, die Pflegeinstitutionen normalerweise benötigen, werden bedarfsbezogen Klangwelten, Duftwelten oder Bild- und Lichtwelten angeboten. Im palliativen Bereich können unter anderem Elemente eingesetzt werden, die sich bei Schmerztherapien oder Angstbewältigung gut in die Pflege einfügen. Modifizierte Tagesabläufe lassen den Pflegealltag ein wenig humaner erscheinen und können dem Bewohner/Patienten sogar ein Lächeln aufs Gesicht zaubern.

Beat Grossenbacher
centre d’ambiance
Ferggerweg 5
3380 Wangen a/Aare
Tel.: +41 - 32 - 5 10 50 80
Fax: +41 - 32 - 6 31 11 85
bgrossenbacher@c-da.ch
www.c-da.ch

„DU WÄRST JETZT MAL TOT“

Die Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer als Bildungsauftrag

HILLA WEDI UND CLAUDIA KOCK

Der Erfahrungsschatz und die gemachten Erlebnisse sind über die Jahre recht reichhaltig geworden, so dass uns ein Innehalten, Reflektieren und Weiterbilden zu diesem Thema sehr angesprochen hat.
Die gemachten Erfahrungen beruhen auf subjektivem und intuitivem Erleben des Momentes der Konfrontation mit dem Thema, so dass es Sinn macht, das objektive Kita-Auge auf das Thema zu richten. Mit dem Wissen, mit einem guten Team und einem verlässlichen Netzwerk kann es dann an die Arbeit des Verarbeitens und des Entwickelns von Handlungsmöglichkeiten und Strategien gehen.

„Sterben und Tod“ als ein wiederkehrendes Thema in der Kita
Das Thema Sterben und Tod begegnet uns im Alltag so selten und häufig wie der Tod an sich. Altersbedingte Todesfälle wie auch schwere Krankheitsbilder und -verläufe belasten Familien und machen das Leben im Miteinander in einer Kita aus. Kinder leben im „Jetzt“, was für den Kita-Alltag bedeutet, dass ein Thema, was die Kinder mitbringen oder anspricht, direkt in die Umsetzung und Auseinandersetzung geht. In einer offenen Atmosphäre findet das Erlebte Gehör. In akuten Situationen informieren uns die Familien oder Beauftragten der Familien direkt über den Tod eines Familienmitglie-

Hilla Wedi

Claudia Kock

des. Die Familie geht dann vielleicht das erste Mal mit einem emotional sehr persönlichen Erleben eines Verlustes in die Öffentlichkeit, in die Kita. Kinder haben in der Regel „das Herzchen auf der Zunge“. Sie erzählen noch wertfrei von dem Erlebten oder den Erzählungen zum Todesfall in der Familie oder aus ihrem näheren Umfeld. Diese Erzählungen sind inhaltlich so vielschichtig und persönlich vielseitig wie die Menschen an sich. Jede Geschichte ist individuell geprägt und von persönlicher Aussagekraft. Das kann ein kurzer Satz sein, aber auch eine Verlaufs- oder Befindlichkeitserzählung. Kinder reagieren auf das Thema „Tod und Sterben“ sehr unterschiedlich und wechselhaft. Ironie und Tragik wechseln sich in „Blitzlichtmomenten“ bei den Kindern ab. So passiert es häufig, dass wir direkt oder im Nachhinein denken: Da ist es ja wieder, das Thema. Der Tod eines Tieres, welches wir auf der Straße bei einem Ausflugsgang sehen, löst bei den Kindern zum Beispiel Entsetzen, Ablehnung, Forschergeist, vegetarische Essensphasen als auch Lebensweisheiten aus.

Abschiede, Trennungen, Beziehungsende oder Freundschaftskrisen sind Lebenserfahrungen, die unvermeidbar sind und in der Erfahrungswelt der Kinder mehr oder weniger Thema sind. Die Kita ist auch der Ort, an dem die Kinder im Miteinander ein Gesprächsforum haben, in dem es möglich ist, Gedanken, Fakten, Fragen und Gefühle anzusprechen.

Unser Hund ist tot

Das Thema wird in vielen Situationen an uns herangetragen, z. B. in der Morgenkreisrunde: „Unser Hund ist tot.“ … und in der erweiterten Gesprächsrunde werden weitere Tiere, Oma, Opa und Verwandte benannt und gehen dementsprechend in die Aufzählung. Zwischen Mensch und Tier wird in der Wertigkeit zu Beginn des ersten Erlebens mit dem Tod kein großer Unterschied gemacht. Im weiteren Gesprächsverlauf geht es ins Detail über gezieltes Nachfragen der Kinder beziehungsweise gesetzte oder spontane Impulsfragen der/des begleitenden Erzieherin/Erziehers.

Es begegnet uns darüber hinaus:

- Bei dem Anblick des Friedhofs oder der Kirche, die auf dem Weg eines Ausflugs liegt,
- beim Mittagessen, wenn es Fleisch gibt: „Musste da ein Tier für unser Essen sterben?“
- durch Erzählungen von Verwandten, Freunden, Nachbarn, Gemeinde, …
- beim Experimentieren mit Insekten, Regenwürmern, Kellerasseln oder
- beim Auffinden von toten Tieren: Die Kinder haben z. B. ein totes Käuzchen im Kita-Keller gefunden. Daraufhin entstand eine umfassende Beerdigungszeremonie mit allen Riten, die die Kinder geplant und durchgeführt haben.

Die Wahrnehmung der Kinder

Wenn wir über Sterben und Tod sprechen, erleben wir die Kinder offen und wertfrei. Das Entwicklungsalter der Kinder ist entscheidend für den Umgang mit dem Thema: Ältere Kinder stellen Fragen, sowie sie die Dinge erfassen können. Auch suchen und lieben ältere Kinder den „Prizzel“ in Geschichten/Märchen, sie gehen in den Spannungsbogen und spielen mit Realität und Phantasie. Jüngere Kinder machen manchmal erste inhaltliche Erfahrung mit dem Thema

über Märchen wie zum Beispiel „Hänsel und Gretel“, „Der Wolf und die sieben Geißlein“ etc.
Sterben und Tod sind manchmal Inhalt im Rollenspiel mit dem Thema Tod („Du wärst jetzt mal tot“)
Darüber hinaus ist die Wahrnehmung der Kinder durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Emotionale Wertung und Wissen sind im Gleichgewicht.
- Die Vorstellung über den Kreislauf des Lebens ist linear (alte Menschen sterben).
- Kinder erleben die Reaktion und Erfahrung von Erwachsenen im Umgang mit dem Thema.
- Grundsätzlich sind Kinder neugierig und offen für das Thema, wobei es wie bei allen anderen Themen individuelle Ausnahmen gibt.
- Gesprächsvermeidung kommt vor, woraus für uns eine besondere Herausforderung im Hinblick auf die Verlustverarbeitung entsteht/Abwarten und die „Gesprächstür“ offenhalten.
- Kinder wollen Erklärungen und suchen einen Pädagogen, einen Zuhörer, der ihre Ideen und Ängste annimmt.

Der Blickwinkel der Familien
So vielschichtig wie wir im Team mit dem Thema umgehen, so unterschiedlich gehen die Familien auch damit um. Wir sind davon überzeugt, wenn wir dem Umgang mit Sterben, Tod und Trauer offen begegnen und Handlungsmöglichkeiten in unserem Konzept verankern, verdeutlichen wir als Team eine transparente und klare Haltung. Eltern wissen es zu schätzen, wenn die Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer in der Einrichtung eine Bedeutung hat beziehungsweise ernst genommen wird und dort auch Ausdruck, Raum und Zeit in der Gemeinschaft findet.

Im Hinblick auf das Thema: „Sterben Tod und Trauer“ liegt es an uns, gemeinsam mit dem Team eine Kultur im Haus zu schaffen, die das Werden und das Vergehen auf eine Stufe stellt. So wie alle anderen Bildungsbereiche, Themen und Projekte, die mit Natürlichkeit und Selbstverständlichkeit bearbeitet und gelebt werden.

> Wir erinnern uns noch recht gut daran, wie wir uns zum ersten Mal auf intensive Weise mit dem Thema konfrontiert sahen. Wir arbeiteten vor 20 Jahren zusammen in einer Kindertagesstätte und erfuhren nach den Sommerferien von einem tragischen Todesfall: Ein Elternteil hatte sich das Leben genommen. Zunächst waren wir geschockt und sprachlos. Im Austausch mit dem Team und der Familie, die sehr offen mit uns in Kontakt ging, konnten wir dem Kind über feste Rituale und Alltagsstrukturen eine sichere Basis bieten. In weiteren Beratungsgesprächen vermittelten wir die Angehörigen an Fachstellen, um das Erlebte zu verarbeiten.

Prävention und Handlungsfähigkeit im Notfall
Wir halten eine klare Haltung und Handlungsmöglichkeiten (Alltagsbeispiele) im Konzept verschriftlicht für die Einrichtung für sehr sinnvoll. Im Trauerfall gibt es dem Team Sicherheit und bietet allen die Möglichkeit der gemeinschaftlichen Begleitung. Ein Akut-Plan ermöglicht einen Konsensprozess, der das Team nicht nur sachlich, sondern auch emotional näherbringt. Ein Leitfaden ermöglicht in einer gefühlsgeladenen Situation schnelles und profes-

sionelles Handeln. Zudem bietet ein Konzept für das bestehende Team und neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Unterstützung und Sicherheit.
Wir haben das Thema „Sterben, Tod und Trauer im Kindergarten“ auf einer Teamsitzung dem Team vorgestellt und daran gearbeitet über Fragen und Impulse wie:

- Was löst das Thema bei mir aus?
- Warum sollen wir uns im Team mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen?
- Möchten wir lediglich für die Akutsituation gerüstet sein oder geht es auch um Prävention für Kinder und Elternarbeit?
- Welche Sprache wird gesprochen?
- Wo sind Grenzen?
- Wo sind Handlungsverantwortlichkeiten?
- Innehalten und Denken löst das Thema aus und den Wunsch, das Annehmen und Begleiten des Kindes/der Familie zu können

- Handlungsmöglichkeiten austauschen
- Lebenserfahrung, Gehörtes, Schul- u. Fortbildungsinhalte
- Offene Fragen und Gesprächsaustausch

Darüber wurde sehr schnell deutlich, welche Bedeutung ein Akut-Plan im Konzept der Einrichtung hat. Mit den Teams wurde dann auf weiteren Treffen ein Akut-Plan-Ordner erarbeitet. Dieser wurde als ein zusätzlicher Punkt in unserem Einrichtungskonzept mit aufgenommen.

Die Fortbildung von ALPHA mit Gerlinde Dingerkus und Heidi Mertens-Bürger befähigt Kollegen zu einem professionalisierten Einbringen in ein Kita-Team. Das Begleitbuch zur Fortbildung für Erzieherinnen und Erzieher zum Thema „Sterben, Tod und Trauer im Kindergarten“ von Cécile Droste zu Vischering und Gerlinde Dingerkus war und ist eine gute Unterstützung, sich umfangreich mit dem Thema auseinanderzusetzen und das Wissen weiterzugeben. Themen wie Werden, Vergehen, Abschied, Sterben, Tod und Trauer, Hoffnung und Trost finden sich in vielen Bildungsbereichen wieder. Eine präventive Auseinandersetzung mit dem Thema bildet für das Team ein Auffangnetz in einer Akutsituation.

Wie es weiter geht
Wir haben bisher noch keine externe Unterstützung in Anspruch genommen, sind jedoch jetzt nach der Fortbildung gut gerüstet und würden die Angebote wahrnehmen und weitervermitteln. Das Wissen um ein gutes Netzwerk, die Hilfsangebote, Adressen und Literatur bieten eine gute Basis, um sich professionell dem Thema zu widmen.

Wenn wir versuchen, anteilnehmend und mittragend die Kinder und Eltern zu stützen, nehmen wir dem Thema „die Schwere “ und binden es in unser alltägliches Miteinander ein. Kinder erleben in besonderen Momenten „besondere“ Gesprächspartner ... Diese Arbeit, so wie sie dann selbstverständlich und authentisch gefüllt ist mit Handlungsmöglichkeiten und Erfahrungsschätzen, könnte ein präventiver Baustein im Bildungsauftrag sein. Das Erlernen und Erleben von Handlungsmöglichkeiten, Ritualen und Gesprächsformen der Auseinandersetzung wappnet für den Moment und Zukünftiges.

Hila Wedi und **Claudia Kock** arbeiten seit über 25 Jahren als Erzieherinnen im elementarpädagogischen Bereich an zwei Standorten in Münsters städtischen Kindertageseinrichtungen.

VON LEBEN – TOD – UND – TRAUER HOSPIZ GOES KINDERGARTEN

SANDRA SCHULZ

Was verbirgt sich hinter dieser Überschrift?

„Von Leben – Tod – und – Trauer – Hospiz goes Kindergarten“ ist ein Projekt, das die Hospizgruppe zusammen mit dem Kindergarten St. Katharina Ascheberg entwickelt und durchgeführt hat. Das Thema Tod und Trauer ist eher ein privates Thema unserer Gesellschaft. Es wird nicht gerne darüber gesprochen, denn es hat mit Abschied und mit Schmerz zu tun. Wir als Fachkräfte einer Kita erleben in unserem täglichen Umgang mit den Kindern, wie sehr auch dieser Bereich des Lebens sie interessiert. Das stellen wir als Team oft fest, wenn aus ganz alltäglichen Gesprächsthemen der Kinder ganz unvermittelt ein Gespräch zum Thema Tod und Trauer wird. Dies haben wir zum Anlass genommen und in Zusammenarbeit mit der Hospizgruppe Ascheberg ein über zehn Wochen laufendes Projekt entwickelt.

Die Vorbereitung

Vor der Umsetzung der einzelnen Projekteinheiten stand für uns erst einmal ein Jahr intensiver Vorbereitung an. Es mussten verschiedene Fragen geklärt werden, wie zum Beispiel: Wer begleitet das Projekt? Welche Ziele haben wir? Was bedeutet das Thema Tod und Trauer für uns? Welche Erfahrungen und Erlebnisse haben wir mit diesem Thema gemacht? Aus diesem Anlass gründeten wir einen Arbeitskreis, der sich einmal im Monat traf und aus Mitgliedern des Teams, Mitarbeiterinnen der Hospizgruppe, einer Trauerbegleiterin, einer Pastoralreferentin und einer Bestatterin zusammensetzte. In diesem Kreis besprachen wir sehr intensiv und in angenehmer vertrauter Zusammenarbeit unsere Themen, Anliegen und auch Ängste, so dass wir alle gut vorbereitet an die Planung und Umsetzung der Einheiten gehen konnten.

Sandra Schulz

Die Eltern mit „ins Boot“ geholt

Wichtig war uns auch, die Eltern der Kinder intensiv in dieses Projekt einzubeziehen, da für sie das Thema Tod und Trauer auch oft belastet ist und sie ihre Kinder davor schützen möchten. Als erstes fand hierzu ein Elternabend statt, an dem wir gemeinsam unser Projekt mit den einzelnen Einheiten vorgestellt und den Eltern Formen der kindlichen Trauer erklärt haben. Auf Fragen und Ängste der Eltern konnten wir eingehen und sie an diesem Abend besprechen. Weiterhin haben wir die Eltern darauf vorbereitet, dass auch sie zuhause mit Fragen der Kinder konfrontiert werden und wie sie diese beantworten könnten. Im Anschluss an den Elternabend hatten die Eltern die Möglichkeit, ihr Kind für dieses Projekt anzumelden.

Ein Gruß in den Himmel

Wie ging es weiter?
Von Anfang Januar bis Ende März 2018 trafen sich nun 18 angehende Schulkinder und die Mitglieder des Arbeitskreises montags nachmittags, um dem Thema auf die Spur zu kommen. Zunächst ging es um den Jahreskreis, um das Kommen und Gehen der Natur im Verlauf des Jahres. Es wurde die Geschichte einer Sonnenblume erzählt, die im Frühjahr aus der Erde wächst, blüht und im Herbst den Kern wieder an die Erde abgibt, sodass im nächsten Frühjahr aus diesem Kern eine neue Blume wächst. Anhand einer Meditation konnten sich die Kinder in diesen Kreislauf hineinversetzen und anschließend einen eigenen Kern einpflanzen. Dann ging es um das Thema Gefühle und wie man diese ausdrücken kann. Wir haben hierzu Lieder gesungen, die einzelnen Gefühle (Freude, Trauer, Wut, Angst u. v. m.) angesprochen und in dem Spiel „Spiegel der Gefühle“ nachempfunden. Bei dem Spiel fotografierten wir die Kinder und erstellten im Nachhinein eine Fotocollage der Gefühle. Die Kinder wurden kreativ und haben ein „MUWUKI“ gebastelt – ein Mut- und Wutkissen, das ihnen in verschiedenen Situationen helfen kann, ihre Gefühle auszudrücken. Dann ging es aber auch um die Frage, was kommt nach dem Tod. Die Kinder erfuhren von der

Urnen praktisch erleben

So funktioniert ein Krematorium

christlichen Auferstehungshoffnung, kamen ins Gespräch darüber, wie sie sich den Himmel vorstellen, und stellten dies zeichnerisch dar.

Der Weg zum Friedhof
Nach diesen Einheiten im Kindergarten selber ging es dann hinaus auf den Friedhof. Hier wurden verschiedene Grabstellen angeschaut und wie diese von den Verwandten liebevoll gepflegt werden, in der Erinnerung an die Verstorbenen. Weiterhin wurden auch Grabstellen eigener Verwandter oder Bekannter der Kinder besucht und die Kinder berichteten von den Verstorbenen, wenn sie dies

» Kinder stellen ihre Fragen ohne Berührungsängste.

wollten. Auch ein Blick in die Trauerhalle des Friedhofes durfte nicht fehlen. Zum Abschluss des Friedhofsbesuches haben alle Kinder Luftballons mit einer selbstgestalteten Karte in den Himmel steigen lassen als Gruß an verstorbene Familienmitglieder oder Bekannte. In einem weiteren Treffen ging es dann in die Räumlichkeiten eines Bestattungsinstitutes. Begleitet wurden die Kinder auch hierbei von einigen Erzieherinnen, von einer Bestatterin und einer Trauerbegleiterin, die in Ruhe alle Fragen der Kinder beantworteten. Die Kinder konnten verschiedene Särge und Urnen sehen und berühren. Ganz spannend war für die Kinder das Thema Krematorium und Einäscherung. Ohne Angst und ohne Berührungsängste wurden viele

Fragen gestellt und auch eine Zeichnung angeschaut, wie eine Kremierung vonstattengeht.

Der kreative Umgang mit Sarg oder Urne

In der letzten Einheit durften die Kinder wieder kreativ werden und gestalteten einen Sarg und eine Urne im Kindergarten. Im Anschluss wurde im Kindergarten ein separater Raum vorbereitet, wo wir den Sarg, die Urne, die Bilder der Kinder und Fotos der Einheiten ausgestellt haben. In diesem Raum standen auch viele Bilderbücher zu diesem Thema bereit, die uns während des Projekts immer wieder geholfen haben, mit den Kindern ins Gespräch zu kommen und die von den Kindern jederzeit angeschaut werden konnten. Alle Familien, die dies für sich wollten, konnten noch zwei Wochen diesen Raum mit ihren Kindern besuchen und sich von den Kindern berichten lassen, was sie während des Projekts erlebt haben. Die Eltern erfuhren nach jeder Einheit durch einen kurzen Aushang, was die Kinder an jedem einzelnen Nachmittag erlebt hatten, um auf Fragen besser vorbereitet zu sein. Wir hoffen, dass die Kinder gestärkt aus diesem Projekt hinausgegangen und im Ernstfall vorbereitet sind. Sie wissen nun, dass sie keine Angst haben müssen vor den Räumlichkeiten des Bestatters oder vor der Trauerhalle. Sie haben eine Vorstellung davon, wie ein Sarg oder eine Urne aussehen und wissen auch, dass sie die Möglichkeit haben, etwas für den Verstorbenen zu tun, indem sie den Sarg oder die Urne gestalten oder dem Verstorbenen ein Bild mitgeben.

„Ich weiß ja jetzt, wie alles ist!“

Weiterhin wissen sie, dass mit dem Thema Tod und Trauer verschiedene Gefühle verbunden sind, die dazugehören und ihren Platz brauchen. Die Fragen, die die Kinder hatten, sind beantwortet und ihre Neugier zumindest ein wenig gestillt worden. Im Nachhinein lässt sich sagen, dass das Projekt für alle ein großer Gewinn war, die Kinder sind gestärkter und offener im Umgang mit dem Thema. Ein Kind sagte etwa drei Monate nach dem Projekt, als ein Trauerfall in der Familie eintrat: „Ich bin traurig, aber das gehört dazu und ich weiß ja jetzt, wie alles ist und wie das geht mit der Beerdigung!“ Auch die Eltern waren nach dem Projekt sehr zufrieden, konnten eigene Ängste und Bedenken verwerfen und sahen ihre Kinder klar und selbstbewusst aus diesem Projekt hervorgehen. Wichtig war uns während des ganzen Projekts, dass die Kinder alle Fragen, die sie haben, stellen dürfen und ehrliche Antworten bekommen. Es wurde immer auf die Themen und Anliegen der Kinder eingegangen, auch wenn sich dadurch eine Einheit veränderte und in eine andere Richtung ging. Die Kinder sollten merken, es wird ihnen nichts verschwiegen und sie werden mit ihren Bedürfnissen und auch Ängsten ernst genommen. Für uns als Team und Arbeitskreis war der Verlauf des Projektes ein Ansporn weiterzumachen und mit den nächsten angehenden Schulkindern wieder das Thema „Von Leben – Tod – und – Trauer – Hospiz goes Kindergarten“ anzugehen.

Wir bemalen einen Sarg

Sandra Schulz
Kindergarten St. Katharina
Katharinenplatz 3
59387 Ascheberg
Tel.: 0 25 93 - 68 99
kita.stkatharina-ascheberg@bistum-muenster.de

KINDER TRAUERN WIE PFÜTZENSPRINGER. MAL RAUS UND MAL REIN!

Kindertrauerbegleitung in den Tageseinrichtungen für Kinder im DRK-Kreisverband Lippe e.V., bei der DRK-Jugendhilfe und Familienförderung in Lippe

PETRA LÜHR UND ASTRID HANNING

v. l. n . r.: P. Lühr, A. Voß-Kaftan, S. Reuter, A. Hanning, W. Gomm, A. Möller

Im Jahre 2011 wurde durch den DRK-Kreisverband Lippe e.V. die „Deutsches Rotes Kreuz- Jugendhilfe und Familienförderung in Lippe gemeinnützige GmbH“ (JuF) gegründet. Diese Gesellschaft ist in den Bereichen Frühförderung, Familienförderung, Offene Ganztagsgrundschulen und Kindertageseinrichtungen tätig und ein anerkannter Träger der Jugendhilfe. Die gemeinsame Fachberatung für die sieben Kindertagesstätten in der Trägerschaft der DRK-JuF und für die zwölf Kindertagesstätten in der Trägerschaft des DRK-Kreisverbandes hat ihren Sitz in Lemgo. In den Tagesstätten sind insgesamt 210 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

Die Mitarbeitenden in den Kitas decken ein großes Aufgabenfeld ab und müssen sich stetig neuen Herausforderungen stellen. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, ist eine Spezialisierung notwendig. Dies hat der Träger sehr ernst genommen, hat in den unterschiedlichsten Bereichen für die Befähigung von Spezialistinnen und Spezialisten gesorgt.

Die Kitas waren gut aufgestellt

... so dachte man ... bis zu einem Ereignis, das Mitarbeitende, Kinder und Eltern einer Kita verzweifelt, hilflos, traurig, betroffen und fast wie in einem Schockzustand zurückgelassen hat. Eine Mutter von Drillingen, die alle die gleiche Kita besuchten, verstarb bei einem tragischen Verkehrsunfall. Zwei ihrer Kinder waren mit ihr im Auto und verunglückten ebenfalls tödlich. Das dritte Kind war zu dem Zeitpunkt noch in der Kita. Zu der großen Trauer und Betroffenheit kam ein hohes Maß an Hilflosigkeit – es waren einschneidende Erfahrungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dieses Ereignis führte dazu, dass das DRK im Bereich der Trauerarbeit einen Handlungsbedarf für seine Kitas wahrnahm: In Zukunft sollten Mitarbeitende, Kinder und Eltern bei Todesfällen jeglicher Art unterstützt und begleitet werden. Der Wunsch nach einem Konzept, speziell für die Kitas, war geboren. Es wurde uns allen bewusst: Wir müssen besser vorbereitet sein!

Der Grundstein

Im Jahr 2016 bot der DRK-Landesverband eine Ausbildung zum/zur Kinder- und Jugendtrauerbegleiter/-begleiterin an. Sechs Mitarbeiterinnen, die sich dieser Thematik annehmen wollten, waren bald gefunden: Das ehrenamtliche Team setzte sich zusammen aus einer Diplompädagogin, die gleichzeitig die Koordinatorin der Trauergruppe ist, aus drei Erzieherinnen sowie zwei externen Kolleginnen, die seit vielen Jahren ehrenamtlich in der Trauer- und Hospizarbeit in Lippe tätig sind (siehe Foto). Gemeinsam fuhr das Team an fünf Wochenenden nach Münster, um sich der Qualifikationsmaßnahme zu stellen. Das Seminar des Landesverbandes hatte zum Ziel, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auszubilden, um in den verschiedenen Kreisverbänden Kinder- und Jugendtrauergruppen für das Alter 6-18 Jahren aufzubauen und zu installieren. Das entsprach nicht ganz unseren Ansprüchen und Bedürfnissen, konnte jedoch als Grundstein für das Entstehen eines eigenen Konzeptes genutzt werden. Dies nahmen wir nach Abschluss der Weiterbildung direkt in Angriff. In den regelmäßigen Arbeitstreffen in unserer Freizeit entstand einerseits die

> *» „Hoffentlich brauche ich das, was ich eben gehört habe, nie anzuwenden!“*
>
> *Zitat einer Erzieherin*

Idee eines Notfall-Konzeptes für die akute Situation. Andererseits sollte den Erzieherinnen und Erziehern das Thema „Trauer und Tod“ so nähergebracht werden, dass es in den Alltag der Kinder einfließen kann, so dass es – genau wie z. B. Gesunde Ernährung oder Verkehrserziehung – Teil des Kindergartenkonzeptes wird. Denn dieses Thema begegnet uns immer wieder im täglichen Leben – und sei es „nur“ die tote Ameise, die die Kinder beim Spielen entdecken, oder die Katze, die vom Auto überfahren wird.

Eine Schulung für alle Mitarbeitenden

So war die Idee geboren, eine Schulung für alle Mitarbeitenden durchzuführen, um sie mit dem Vorhaben vertraut zu machen. Diese beschäftigte sich mit folgenden Schwerpunkten:
Wie gehe ich mit Trauer um?
Wie trauert das einzelne Kind? Wie die Gruppe?
Wie gehen Eltern mit dem Thema Tod um?
Wie verhalte ich mich gegenüber Hinterbliebenen?
Tod und Trauer im Alltag

Über die Schulung hinaus

Bereits während der Schulung und unmittelbar im Anschluss zeigten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlichste Reaktionen: von Betroffenheit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Fassungs- und Ratlosigkeit über das, was im Ernstfall auf Erzieherinnen und Erzieher, Kinder und Eltern zukommen kann, bis hin zu Mut und Hoffnung dieses Thema anzugehen, zu bewältigen und in den Kitaalltag zu integrieren. Im Akutfall stehen wir den Mitarbeitenden, Kindern und Eltern unterstützend und begleitend zur Seite. Bei gegebenem Anlass sind wir auch vor Ort in der Kita tätig, sollten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht in der Lage sehen, den Trauerfall aufzuarbeiten. Eine von uns zusammengestellte „Trauerkiste“ steht allen Beteiligten zur Verfügung. Sie beinhaltet themenbezogene Bilderbücher, Filme, Fach- und Sachbücher, Geschichten, Elterninformationen, eine Adressenliste von Beratungsdiensten und Anlaufstellen und viele Ideen für die praktische Umsetzung.

Pfützenspringer

Die Kindertrauergruppenstunden

Eine Arbeitsmappe mit zehn Einheiten für den Ablauf von einer Trauergruppenstunde mit Kindern ist wichtiger Bestandteil dieser Arbeitsmaterialien. Wir empfehlen möglichst aufeinanderfolgend jeden Tag eine Einheit, bei der die Rituale immer beibehalten werden sollen.

» Es ist das Ende der Welt,
sagt die Raupe.
Es ist erst der Anfang,
sagt der Schmetterling.
Laotse

Einführung

- Vorbereitung eines Raumes mit Wiedererkennungscharakter
- Ritual mit Stuhlkreis, evtl. eine Musik zum Ankommen
- eine gestaltete Mitte, z. B. Tülltücher, Kerze in der Mitte, Bild des Verstorbenen etc.

Mögliche Aktionen

- über ein Bilderbuch ins Gespräch kommen
- eine Erinnerungskiste oder ein Erinnerungslicht basteln
- ein Besuch auf dem Friedhof oder eines Bestatters
- einen kindgerechten Film ansehen
- Buschpflanzen und Gebasteltes anhängen
- über Gefühle sprechen, z. B. mit „Gefühlskarten“
- u. v. m.

Abschluss

- ein Abschlussritual, z. B. ein kreativ gestaltetes Angebot mit nach Hause geben
- Abschlussmusik
- Verabschiedungsrunde, bei der sich alle an den Händen halten

In einige dieser Aktionen können auch die Eltern miteinbezogen werden.

Ausblick

Nach wie vor treffen wir uns, um weiter an dem Thema „Trauer“ zu arbeiten. Unser Wunsch ist es, die Hilfsangebote für Mitarbeitende, Kinder, Eltern und Angehörige auszubauen. Das nächste Angebot wird ein Fortbildungstag für die pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein. Nach dem theoretischen Zugang stehen dort nun praktische Umsetzungen im Vordergrund.

Im Rahmen unserer Arbeit kam aus dem Kreis der Mitarbeitenden der Wunsch, sich mit dem Umgang mit lebensverkürzenden Krankheiten zu beschäftigen. Dies greifen wir gern auf. Denn unser großer Wunsch ist es, den Bedürfnissen der Kolleginnen und Kollegen in der Kita gerecht zu werden und sie weiter zu ermutigen, das Thema Tod und Trauer in den Alltag mit den Kindern einzubeziehen.

Astrid Möller
Pagenhelle 15+18
32657 Lemgo
Tel.: 0 52 31 - 62 78 77
a.moeller@drk-jugendhilfe-lippe.de

WENN KINDER GEHEIMNISSE IN SICH TRAGEN

GUNDULA GÖBEL

Gundula Göbel

Unser Leben birgt viele Geheimnisse. Manche haben mit dem Tod zu tun, andere damit, sich verantwortlich oder schuldig zu fühlen. Belastende Geheimnisse können zu kindlichen Depressionen, Verhaltensproblemen wie Trennungsangst, Schlafproblemen, Aggressionen oder Ängsten führen. Oftmals war das Mitteilen eines Geheimnisses der Schlüssel, um dem Leben wieder vertrauen und lachen zu können. Kinder ab ca. vier Jahren trauen sich oft nicht, ihr belastendes Geheimnis zu erzählen. Sie fürchten unbewusst, die Zugehörigkeit und die emotionale Verbundenheit zu verlieren. Die Gefahr, emotional ausgeschlossen oder nicht mehr geliebt zu werden, die Angst vor Bestrafung oder davor, Mama oder Papa traurig zu machen, ist fast unerträglich. Wenn Kinder glauben, auch noch schuld zu sein, dann kommt oftmals Scham dazu und zwingt Kinder innerlich zum Schweigen.

Kinder und Geheimnisse

Um sich dem Thema Geheimnisse und deren Auswirkungen auf die Kinderpsyche zu nähern, müssen wir verstehen, wie Kinder Geheimnisse wahrnehmen und verstehen. Gute oder schöne Geheimnisse sind für Kinder ein wichtiger Entwicklungsschritt. Er ermöglicht Kindern, in ihrer Welt Autonomie und Abgrenzung zu entwickeln. Das Wort Geheimnis kommt aus dem Lateinischen und bedeutet unter anderem: verbergen, gesondert, einsam oder heimlich. Bis zu ca. drei Jahren gehen Kinder meist davon aus, dass Mama oder Papa ohnehin alles von ihnen weiß oder wissen darf. Noch ist es für Kinder ganz schwer, ein Geheimnisträger zu sein. Das zunehmend zu beobachtende Ins-Ohr-Flüstern hat im Kindergartenalltag eine große geheimnisvolle Bedeutung. Erst mit vier bis fünf Jahren haben fast alle Kinder eine Idee davon, was ein Geheimnis ist, denn es gibt immer mehr gute Geheimnisse wie ein selbstgebasteltes Geburtstagsgeschenk, einen Zaubertrick, versteckte Schätze oder Heimlichkeiten untereinander.

Es gibt aber auch belastende Geheimnisse (Worte oder Geschehnisse, die nur dem Kind oder wenigen anderen bekannt sind), diese können sich auf die Kinderpsyche negativ auswirken. Bereits kleine Kinder fühlen sich verantwortlich für die Gefühle der Eltern und dadurch auch für unterschiedliche belastende Situationen. Die Auswirkungen von belastenden Geheimnissen hängen eng mit dem Entwicklungsstand des Kindes, seiner Bindung zu den Elternteilen sowie der Schwere des Geheimnisses zusammen. Schwerwiegende Geheimnisse verunsichern Kinder oder verletzen ihre Psyche, da sie dafür keinerlei Bewältigungsstrategien kennen.

Belastende Geheimnisse für ein Kind können sein:

- sich für den Tod eines Elternteils, Geschwisterkindes oder Freundes verantwortlich zu fühlen (Viele Kinder denken, weil sie mit Vater oder Mutter gestritten haben, ist er oder sie schlimm erkrankt oder gestorben),
- zu glauben, es hätte auf das Geschwisterkind, den Freund oder die Freundin aufpassen müssen,
- zu denken, es selbst sei der Grund für Streitereien der Eltern und damit auch für deren Trennung oder Scheidung,
- sich verantwortlich zu fühlen für kleine oder schwere Unfälle oder Krankheiten,
- Grenzverletzungen, sexuelle Übergriffe aller Art zu erleben und zum Schweigen gezwungen werden,
- zu glauben, es hätte etwas verändern können, wenn es sich getraut hätte, etwas zu sagen oder einzugreifen (gerade bei Gewalt in der Familie mit Folgen, wie z. B. schweren Verletzungen oder Tod eines Familienmitglieds),
- sich verantwortlich zu fühlen für das Weglaufen oder Sterben eines Haustieres,
- sich verantwortlich zu fühlen für Krieg, Gefangenschaft oder Flucht.

Diese und andere möglichen Geheimnisse bewirken in Kindern ganz unterschiedliche Gefühle. Schöne Geheimnisse lösen bei Kindern Gefühle von Stolz, Freude, Aufregung und Leichtigkeit aus, belastende Geheimnisse dagegen Angst, Scham, Wut, Traurigkeit oder ein Gefühl der Schuld.

Bücher wie „Mein Geheimnis“, eine Geschichte über ein schlimmes Geheimnis eines Kindes, können helfen, mit Kindern über Geheimnisse ins Gespräch zu kommen oder sie bei eigener Betroffenheit zu trösten. Denn nichts ist für Kinder schlimmer, als ihr Leben lang ein belastendes Geheimnis in sich zu tragen. Bei Gesprächen oder im Umgang mit Kindern, deren Elternteile schwer erkrankt oder verstorben sind, können erwachsene Begleiter/Begleiterinnen dem Kind gegenüber durch ihre innere und äußere Haltung sehr hilfreich sein:

- Offenheit: Alles, was das Kind erzählt und an Gefühlen zeigt, darf sein.
- Die eigene Bereitschaft für das Thema Geheimnisse prüfen: Nur dann kann das Kind begleitet werden und erfährt notwendigen emotionalen Halt und Unterstützung.
- Keine Erwartungen stellen: Manche Kinder sprechen plötzlich über andere Themen, z. B. über Bäume oder über ein verstorbenes Tier; das Kind zeigt uns seinen Weg. Hier gilt es, einfach da zu sein, zuzuhören, zu begleiten und im Tempo des Kindes mitzugehen.
- Ein Buch zum Thema vorlesen und Gedankenaustausch anbieten: So ermöglicht man dem Kind, sich mit einem eigenen Geheimnis auseinanderzusetzen – wann auch immer. Zeit zu geben, ist eine Kunst und beinhaltet Vertrauen. Es entstehen evtl. keine Gespräche über das eigene Geheimnis, sondern über den Tod, über Schuldgefühle oder auch ganz andere Inhalte. Alles ist erlaubt.
- Keine Bewertungen der Geheimnisse, der Gefühle und der Person.

Muschel, Erinnerung – der emotionale Schatz

Für Erwachsene stellt sich die Frage: Kann ich denn mit einem Kind schon über Verantwortung, Angst, Schuld sprechen? Dies ist ganz klar mit einem „Ja“ zu beantworten. Wenn es Kindern emotional zu viel ist oder das Thema zurzeit nicht dran ist, dann sprechen sie bis zum Schulalter plötzlich über ganz andere Themen. Kinder wissen sehr gut, womit sie sich wann auseinandersetzen können. Diese Grenzen sollten immer akzeptiert werden.

Wie können Geheimnisse verarbeitet werden?

- Malen: Kinder können beim Malen ihre Gefühle ausdrücken, bei starker Belastung des Kindes kann auch eine Maltherapie sehr hilfreich sein. Geheimnisse oder belastende Gefühle können von vielen Kindern oftmals nicht in Worte gefasst werden, da das Gefühl von Scham und Schuld sie hat sprachlos werden lassen.
- Tanz, Bewegung, Musik: Gerade für jüngere Kinder kann der Ausdruck der Sorgen in der Bewegung ohne Worte sehr heilsam sein. Auch diese Form des Ausdrucks braucht verlässliche und nicht wertende Begleitung.
- Theater: Gerade in der Palliativ- und Hospizarbeit kann das Theaterspielen für Kinder eine wunderbare Möglichkeit werden, um das Geheimnis mitzuteilen. In der Form des Übertragens auf die zu spielende Rolle können belastende Gedanken ausgesprochen werden. Auch im Theaterspiel braucht das Kind im Fall einer Mitteilung des Geheimnisses einen wertungsfreien Raum und eine Hilfestellung.
- Kreativität: Durch die Gestaltung mit Ton, Holz, Knete, Farben, Stimme etc. können Geheimnisse einen Ausdruck, eine Gestalt bekommen. So werden manche Sorgen annehmbar, veränderbar, gestaltbar und bearbeitbar.

Im Bereich der Palliativ- und Hospizarbeit ist zu bedenken, dass Kinderseelen sehr verletzlich sind. Trennung oder Tod von geliebten Menschen sind für Kinder fast immer verbunden mit Verlustangst und tiefer Verunsicherung ihres Urvertrauens. Ihre

Aus dem Bilderbuch

eventuell aufkommenden Gefühle von Wut, Hilflosigkeit und Traurigkeit müssen durch verlässliche Begleitung ausgehalten werden.

Belastende Geheimnisse angesichts des Todes

Alles, was Kinder an belastenden Geheimnissen nicht nach außen bringen dürfen, kann sie krank machen, da es dann keinen Weg für sie gibt, Gefühle von Schuld, Scham und Traurigkeit auszudrücken und zu reflektieren. Wenn Kinder Geheimnisse emotional in sich wegschließen, sind sie in ihnen, beeinflussen ihr Leben und verhindern oftmals ein Abschiednehmen beim Sterben eines geliebten Menschen. Dies erschwert die so entscheidende Trauerzeit und das Trauern mit guten Erinnerungen und mit Liebe. Dennoch haben auch Kinder ein Recht, Geheimnisse für sich zu behalten. Erwachsene sollten alles tun, dass Kinder sich nicht schuldig fühlen. Kindern darf nicht durch das Auferlegen eines Geheimnisses ihre Unbeschwertheit genommen werden. In meiner Praxis erlebe ich die große Bereitschaft von Kindern, über ihre belastenden Geheimnisse zu sprechen oder sie im Spiel mitzuteilen; sie brauchen Vertrauen, Zeit und keinerlei Bewertungen. Ihre Entlastung ist im ganzen Körper sichtbar. Oft können sie danach erst über die verstorbene Person sprechen, zum Friedhof mitgehen oder schwerkranke Elternteile im Krankenhaus oder im Hospiz besuchen.

Gundula Göbel
Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin,
EMDR-Traumatherapeutin, Autorin
Poststraße 10
21244 Buchholz
Tel.: 0 41 81 - 9 42 39 77
www.gundula-goebel.de

Literatur

Anonym (2010). *Die Bedeutung von Geheimnissen bei Kindern auf dem Weg der Identitätsfindung,* GRIN Verlag.

Flitner, E., Valtin, R. (1991). *Mit den Augen der Kinder: „Kannst du schweigen wie ein Grab?" Über die Bedeutung von Geheimnissen für Kinder,* rororo.

Göbel, G., Stöckel, U. (2017). *Mein Geheimnis,* Bilderbuch ab 5 Jahre, www.gundula-goebel.de.

Veranstaltungen

22.-24.10.2018 **Köln**
Familiensysteme im Ausnahmezustand
Wenn ein Mensch fehlt
Dr. Mildred Scheel Akademie Köln
Tel.: 02 21 - 9 44 04 90
deutsche@krebshilfe.de
www.krebshilfe.de

30.10.2018 **Hamburg**
Ich bau jetzt mal einen Grabstein für Papa
Anregungen und praktische Übungen zum Thema Sterben, Tod und Trauer
Hamburger Zentrum für Kinder und Jugendliche in Trauer
Tel.: 0 40 - 22 94 44 80
info@kinder-in-trauer.org
www.kinder-in-trauer.de

30.10.2018 **Bergisch Gladbach**
Nie mehr Wolkengucken mit Opa?
Diözesan Caritasverband für das Erzbistum Köln
Tel.: 02 21 - 2 01 02 73
weiterbildung@caritasnet.de
www.fortbildung-caritasnet.de

13.11.2018 **Bielefeld**
Kinaesthetics in der Pflege
Lebensqualität und Autonomie in der letzten Lebensphase
Bildung und Beratung Bethel
Tel.: 05 21 - 1 44 57 70
www.bbb-bethel.de

12.-16.11. / 03.-07.12.2018 **Nürnberg**
Seminar zur Führungskompetenz
Akademie für Hospizarbeit und Palliativmedizin Nürnberg
Tel.: 09 11 - 89 12 05-30
info@hospizakademie-nuernberg.de
www.hospizakademie-nuernberg.de

19.-20.11.2018 **Würzburg**
Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase
Tel.: 09 31 - 3 93 22 81
palliativakademie@juliusspital.de
www.palliativakademie.de

19.-23.11.2018 **Rehburg-Loccum**
Weiterbildung Trauerbegleitung (BVT)
Evangelische Heimvolkshochschule Loccum
Tel.: 0 57 66 - 9 60 90
info@hvhs-loccum.de
www.hvhs-loccum

22.11.-23.11.2018 **Engelskirchen**
Beratung zur Patientenverfügung
Malteser Akademie Ehreshoven
Tel.: 0 22 63 - 9 23 00
www.malteser.de/bildung

27.-28.11.2018 **Würzburg**
Ethische Entscheidungsfindung – Wie kommen wir ans Ziel?
Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit
Julius-Spital Würzburg
Tel.: 09 31 - 3 93 22 81
palliativakademie@juliusspital.de
www.palliativakademie.de

07.12.-9.12.2018 **Erfurt**
Hospizarbeit und Palliative Care bei Gehörlosen
Thüringer Hospiz- und Palliativakademie
Tel.: 03 61 - 78 92 76 15
akademie@hospiz-thueringen.de
www.hospiz-thueringen.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 Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**