

Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2019 Ausgabe 81

Schwerpunkt:

MÄNNER UND HOSPIZARBEIT

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

„Männer willkommen!“ So titelte die Neue Osnabrücker Zeitung einen Artikel über den Hospizdienst Ostercappeln in dem es heißt „Wäre das Thema nicht so ernst, könnte man scherzhaft sagen: Es ist Not am Manne.“

Viele Hospizdienste und Hospize kennen das. So ist denn auch manchmal von den Quotenmännern die Rede, da ihr Anteil bei den ehrenamtlich Begleitenden lediglich bei zirka zehn Prozent liegt ... was sich übrigens auf der Führungsebene – nicht ungewöhnlich – auch in der Hospizarbeit häufig genug umkehrt.

Begleitet werden jedoch Männer und Frauen gleichermaßen. Und dass manche Sterbende oder auch trauernde Nahestehende lieber einen Mann als eine Frau an ihrer Seite haben möchten, ist verständlich.

So ist es nur folgerichtig, Erkenntnisse über Geschlechts- und Rollenbilder zu gewinnen, über den Grund für das Ungleichgewicht, darüber, was Männer bewegt – nicht nur in der Begleitung, sondern auch im eigenen Umgang mit Verlusten – und dieses Wissen nutzbar zu machen. Nutzbar, um vielleicht auch die Hospizarbeit mehr für Männer zu öffnen, als dies bisher aktiv getan wurde.

Einige Hintergründe und nicht zuletzt auch ein erfolgreicher Umsetzungsversuch sind in dieser Ausgabe des Hospiz-Dialoges zu finden.

Nicht nur den zu wenigen Männern unter uns wünsche ich viel Freude bei der Lektüre

Ihre

g. Dingerkus

Dr. Gerlinde Dingerkus

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, Hafengeweg 26, 48155 Münster

Druck

Buschmann, Münster

Auflage

2.500

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.

INFORMATION

Soziale Arbeit – Ein integraler und notwendiger Bestandteil ambulanter Hospizarbeit 4
Hanna Szibalski, Wilma Neuwirth, Karin Leutbecher

Digital nah sein: die Peer-Onlineberatung da-sein.de 6
Cordelia Wach

Der Blick über die Grenze – Sterbeort Krankenhaus am Beispiel von Dänemark 9
Angela Carollo

SCHWERPUNKT MÄNNER IN DER HOSPIZARBEIT

Wie Männer vorsorgen 12
Anna J. M. Wagner, Susanne Kinnebrock, Mariacarla Gadebusch Bondio

Männer trauern anders? 14
Regina Rath-Wacenovsky

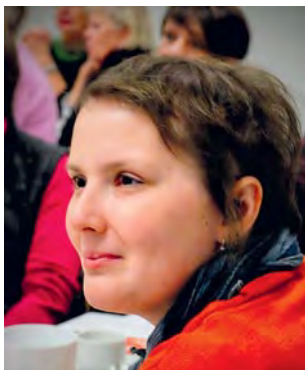
Gefühlsarbeit: Gender und ehrenamtliche Sterbebegleitung 18
Melanie Pierburg

Sterbende begleiten – Ein Befähigungskurs ausschließlich für Männer?! 20
Andreas Lüdeke

Veranstaltungen 23

SOZIALE ARBEIT – EIN INTEGRALER UND NOTWENDIGER BESTANDTEIL AMBULANTER HOSPIZARBEIT

HANNA SZIBALSKI, WILMA NEUWIRTH, KARIN LEUTBECHER



Hanna Szibalski

Die Rahmenvereinbarung zu § 39 a SGB V wird alle vier Jahre überprüft und angepasst. Die nächste Überarbeitung sollte unbedingt dazu genutzt werden, die Rahmenvereinbarung den heutigen Bedarfen entsprechend zu verändern. Der Landesarbeitskreis Soziale Arbeit (LAK) hat dazu eine Stellungnahme erarbeitet, die anregt, die Rahmenvereinbarung zu überarbeiten oder besser noch, sie neu zu schreiben.

Im LAK setzen wir uns seit 25 Jahren mit den verschiedensten Themen von Hospiz, Palliativ Care und Sozialer Arbeit auseinander.

Gerade in den letzten Jahren haben wir festgestellt, dass sowohl in der Hospizarbeit mit Erwachsenen als auch mit lebensverkürzend erkrankten Kindern¹ und ihren Familien die Beratungstätigkeit der Koordinatorinnen und Koordinatoren weit über die in § 39a sowie in der entsprechenden Rahmenvereinbarung genannten palliativpflegerische Beratung hinausgeht. An uns werden komplexe psychosoziale Problemlagen herangetragen, die sich aus der Lebenssituation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen im Kontext des gesellschaftlichen Wandels ergeben. Beispiele hierfür sind Themen wie Altersarmut, soziale Isolation, familiäre Konflikte, Migrations- und Fluchthintergrund sowie die Überforderung



Wilma Neuwirth



Karin Leutbecher

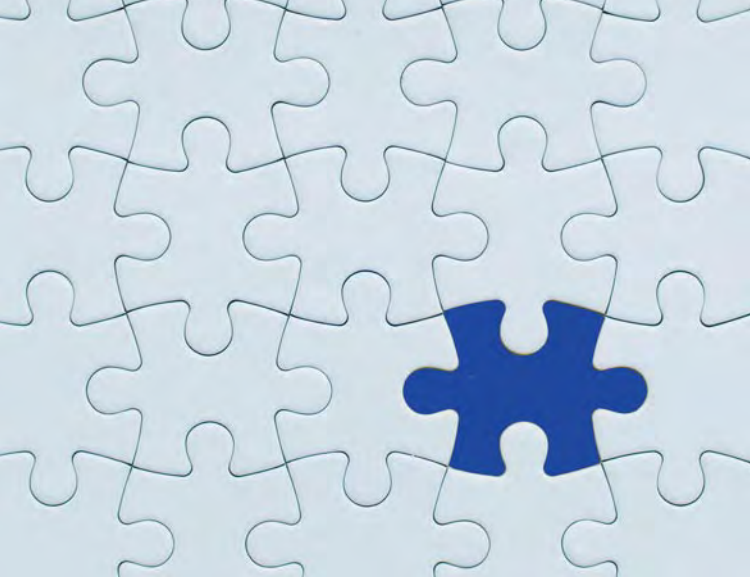
¹ gemeint sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Der Landesarbeitskreis Soziale Arbeit (LAK) für Fachkräfte im Hospiz- und Palliativbereich in NRW wurde 1994 gegründet und ist seitdem eigenverantwortlich organisiert unter dem Dach des Hospiz- und Palliativverbandes NRW, unterstützt durch die Akademie für Palliativmedizin in Bonn und ALPHA-Westfalen. Im Arbeitskreis treffen sich Fachkräfte der Sozialen Arbeit viermal im Jahr, um sich fachlich auszutauschen, berufsspezifisch fortzubilden und berufspolitisch einzubringen.

In 2002 hat der Arbeitskreis das „Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich“ (3. überarb. Auflage, 2007) sowie mehrere Artikel im Hospiz-Dialog NRW (2002, 2007) veröffentlicht. Außerdem verfasste er Stellungnahmen sowohl zur ersten Fassung des § 39a SGB V (2002) als auch zum Hospiz- und Palliativgesetz (2015). Aktuell sind ca. 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ganz NRW und aus verschiedenen Arbeitsschwerpunkten der Hospizarbeit hier aktiv.

durch die komplexe Angebotsstruktur im Gesundheitssystem. Betroffene, Angehörige und das soziale Umfeld haben einen hohen Beratungs-, Unterstützungs- und Koordinierungsbedarf. Dieser besteht im Besonderen bei „jungen“ Familien, in denen ein Elternteil sterbend oder ein Kind lebensverkürzend erkrankt ist.

Bei den vielfältigen psychosozialen Themen gibt es in der Erwachsenen- und in der Kinderhospizarbeit unterschiedliche Schwerpunkte. Bei der Frage, was „psychosoziale Beratung und Begleitung“ im Kontext ambulanter Kinder- und Erwachsenenhospizarbeit bedeutet, stießen wir auf das Problem, dass „psychosozial“, wie viele andere Begriffe der Sozialen Arbeit, Bestandteil von Alltagssprache geworden ist.² Das bringt häufig eine Verwechslung von psychosozial im Sinne von Alltagsunterstützung, bei der eine gewisse Sozialkompetenz



ausreichend ist, mit psychosozialer Beratung und Begleitung von Menschen mit existentiellen Fragestellungen und komplexen Problemlagen, die einer fachlich fundierten, methodischen und strategischen Unterstützung bedarf. In unserem Arbeitskreis haben wir uns entschieden, den Begriff „psychosozial“ ausschließlich in den fachlichen Kontext zu stellen.

Die Rahmenvereinbarung ist nicht mehr up-to-date

Die derzeitige Rahmenvereinbarung übergeht die komplexen Problemlagen der Betroffenen und den fachlich fundierten Umgang mit diesen Fragestellungen. Sie reduziert auf palliativpflegerische Beratung durch die Fachkraft (s. § 5 Abs.1 Rahmenvereinbarung).

In der ambulanten Hospizarbeit kann die ehrenamtliche Begleitung ein passendes entlastendes Angebot sein. Zeit schenken, Da-sein, Zuhören, bei alltäglichen Dingen unterstützen sind für die Betroffenen oft eine außerordentliche Unterstützung, wieder etwas mehr Alltag leben zu können, auch Geborgenheit zu spüren. Die Bearbeitung von komplexen Fragestellungen gehört jedoch nicht zu den Aufgaben ehrenamtlicher Hospizbegleitung.

Durch palliativpflegerische Beratung und Anleitung einer Koordinationskraft mit palliativpflegerischer Ausbildung Sicherheit in der medizinisch-pflegerischen Versorgung zu erlangen, auch einen „Lotsen“

² „In der Sozialen Arbeit, wie in anderen Humanwissenschaften, die sich keine ausschließende Kunstsprache zugelegt haben, taucht bei der Klärung ihrer Basisbegriffe zusätzlich das Problem der „doppelten Hermeneutik“ (Giddens 1997, S. 338) auf, dass ihre Begriffe nämlich weitgehend durch Alltagssprache (auch von SozialpädagogInnen) vor- oder mitdefiniert sind. Umgekehrt wirken sozialpädagogische Begrifflichkeiten austauschend auf die alltäglichen Lebenswelten und Wirklichkeiten zurück“ (Franz Stimmer, Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit, Stuttgart 2012, S. 14).

in unserem Gesundheits- und Pflegesystem an der Seite zu haben, der sich für die Bedürfnisse des Patienten einsetzt, kann für erkrankte Kinder und Erwachsene sowie ihre Angehörigen ein hohes Maß an Entlastung und somit eine Verbesserung der Lebensqualität bedeuten.

Der Fokus der beruflichen Qualifikation und des beruflichen Handelns ist dabei auf die Pflegesituation gerichtet³. Dem Arbeitsfeld Gesundheits- und

Kernforderung der Stellungnahme des LAK

Der LAK fordert u. a. in seiner Stellungnahme

- die Berücksichtigung aller Aspekte von Palliative Care,
- die Neufassung der Aufgaben des Ehrenamtes im Sinne von sozialkompetenter Alltagsunterstützung sowie die Würdigung des bürgerschaftlichen Engagements,
- die Benennung von Sozialer Arbeit als prädestinierte Berufsgruppe für die Koordination ambulanter Hospizdienste.

Die „Stellungnahme zur Überarbeitung der Rahmenvereinbarung zu § 39 a (2) SGB V – Förderung des Landesarbeitskreis Soziale Arbeit für Fachkräfte im Hospiz- und Palliativbereich in NRW“ finden Sie auf der Homepage des HPV NRW im Bereich der Downloads unter „Soziale Arbeit“.

Krankenpflege ist die professionelle umfassende „Bearbeitung“ der komplexen Fragestellungen jedoch ebenfalls nicht zuzuordnen.

Für eine ganzheitliche, umfassende Beratung und Begleitung von Patienten, Zugehörigen und Ehrenamtlichen sowie zur Koordinierung und Vernetzung des ambulanten (Kinder-) Hospizdienstes bietet sich vorrangig die Soziale Arbeit⁴ an. Der hohe Beratungsbedarf bei psychischen Verarbeitungsprozessen, in Krisensituationen, bei sozialen, sozialrechtlichen und finanziellen Fragen sowie bei der Vermittlung und Koordination der medizinischen, pflegerischen und alltäglichen Versorgung, den wir in der Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen erleben, gehört zum Arbeitsalltag der Sozialen Arbeit. Sozialarbeiterinnen und Sozial-

³ vgl. § 5 PfIBRefG (Ausbildungsziel)

⁴ unter Soziale Arbeit/Sozialarbeit sind hier die verschiedenen Abschlüsse der Sozialen Arbeit (Bachelor und Master) gemeint

arbeiter werden in ihrem Studium mit der entsprechenden Fach- und Methodenkompetenz „ausgestattet“, um diesen komplexen Fragestellungen zu begegnen⁵.

In Vorbereitung und Praxisbegleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich ebenfalls die Anforderungen verändert. Die ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleiter im Alltag der Patienten und ihrer Angehörigen sind mit den beschriebenen komplexen Problemlagen konfrontiert. Sie benötigen professionelle, fachlich fundierte Unterstützung, u. a. um die eigenen Grenzen erkennen und ihre Erlebnisse verarbeiten zu können. Auch hier ist Soziale Arbeit mit ihren grundlegenden beruflichen Schlüsselkompetenzen die prädestinierte Berufsgruppe.

Fazit

Die Realität in der Arbeit der ambulanten Hospizdienste ist schon seit Jahren eine andere als in der Rahmenvereinbarung abgebildet. Es ist Zeit, diese Lücke zu schließen und einen multiprofessionellen Ansatz ernst zu nehmen.

Das Gesetz lässt sich leider nur schwerfällig ändern, aber die Rahmenvereinbarung kann schon jetzt verändert und erweitert werden. Packen wir es gemeinsam an!

Wilma Neuwirth

Tel.: 02 01 - 3 19 37 53 96
wilma.neuwirth@cse.ruhr

Hanna Szibalski

Tel.: 02 01 - 3 19 37 53 92
Hanna.szibalski@cse.ruhr

Karin Leutbecher

Tel.: 0 23 23 - 9 88 29 11
k.leutbecher@ahpd-herne.de

DIGITAL NAH SEIN: DIE PEER-ONLINEBERATUNG DA-SEIN.DE

CORDELIA WACH

Seit 2013 hält die Stiftung Hospizdienst Oldenburg mit der Plattform da-sein.de ein zeitgemäß-innovatives Angebot im Bereich der Sterbe- und Trauerbegleitung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor. Die

Online-Plattform bietet Beratung und Begleitung im Peer-to-Peer Ansatz für Heranwachsende an.

Die Stiftung ist eine intergenerative und interdisziplinär arbeitende Institution mit dem Anspruch der Letztverlässlichkeit, die in den vergangenen 25 Jahren maßgeblich zum Aufbau, der Durchführung sowie der Weiterentwicklung von

ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten am Lebensende in Oldenburg, in der Region sowie landes- und bundesweit beigetragen hat. Ein multiprofessionelles Team von 12 Hauptamtlichen und 150 Ehrenamtlichen im Alter von 18 bis 82 Jahren ist in den Kernbereichen Ambulante Kinder-, Jugend- und Erwachsenen hospizarbeit, Jugend-Onlineberatung, Trauerbegleitung sowie Bildungsarbeit tätig.

Die Erfahrungen von Hospizdiensten und entsprechenden Einrichtungen zeigen, dass Jugendliche und junge Erwachsene in Trauersituationen persönlich eher selten eine Beratungsstelle aufsuchen, um den direkten Gesprächskontakt zu suchen. Gleichzeitig haben sie häufig viele Fragen



Cordelia Wach

© Tom Steffens

⁵ „Soziale Arbeit ist sowohl interdisziplinär als auch transdisziplinär und schöpft aus einem breiten Spektrum wissenschaftlicher Theorien und wissenschaftlicher Forschung. „Wissenschaft“ wird in diesem Kontext im grundlegenden Sinne, d. h. als „Wissen“ aufgefasst. Die Soziale Arbeit stützt sich auf ihre eigenen, sich ständig weiterentwickelnden theoretischen Grundlagen und ihre eigene Forschung, bedient sich aber auch der Theorien aus anderen Human-

wissenschaften wie der Gemeinschaftsentwicklung, Sozialpädagogik, Verwaltung, Anthropologie, Ökologie, Ökonomie, Erziehung, dem Management, der Krankenpflege, Psychiatrie, Psychologie, öffentlichen Gesundheit und Soziologie.“ (Übersetzung der „Global Definition of Social Work“, DBSH, 6.8.2019: https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/%C3%9Cbersetzung_der_Definiton_Sozialer_Arbeit_deutsch.pdf)



und ihren Lehrerinnen und Lehrern sowie einem außerschulischen Lernort in den Fächern Darstellendes Spiel, Musik sowie Werte und Normen geforscht und gearbeitet. Kulturpädagoginnen und -pädagogen der Bereiche Theater und Musik beleuchteten das Thema mit den Jugendlichen aus unterschiedlichen Perspektiven und erarbeiteten die gemeinsame Abschlusspräsentation „traurig schön“, bei der über 100 Schülerinnen und Schüler

und das Bedürfnis nach Austausch und Information, um ihre Situation fassbarer zu machen. Um diese trauernden sowie lebenszeitverkürzend erkrankten und zweifelnden jungen Menschen adäquat zu erreichen, bedarf es spezifischer Angebote. Digitale Information und Peerberatung über die Medien Mail und Chat können in diesem Alterssegment durch die zielgruppengerechte und niederschwellige Kommunikationsform sehr hilfreich sein.

Entstehungsgeschichte

da-sein.de war in der Aufbauphase 2012 Teil des soziokulturellen Pionierprojektes Perspektivenwechsel zum Thema Leben und Sterben, einem Oldenburger Kooperationsprojekt zwischen der Stiftung Hospizdienst, der Palliativstation des Ev. Krankenhauses sowie der Kulturetage, einem soziokulturellen Zentrum. Vorrangiges Ziel des Projekts bestand darin, junge Menschen für das Thema Sterben, Tod und Trauer zu sensibilisieren sowie trauernden oder lebenszeitverkürzend erkrankten Jugendlichen eine Plattform zu bieten, auf der sie sich austauschen können und Unterstützung in ihrer herausfordernden Lebenssituation erhalten.

In dem Pilotprojekt wurde zunächst für ein Schulhalbjahr mit Schülerinnen und Schülern vier unterschiedlicher Schulformen der Jahrgangstufen 9/10

auf der Bühne standen. Die zweite Säule von Perspektivenwechsel war der Aufbau von da-sein.de.

Unterstützung durch Beratung und Begleitung im Netz

Das Onlineangebot verfolgt das Ziel, ein auf Selbstbestimmung gerichtetes Unterstützungsangebot für junge Ratsuchende bereitzustellen und deren aktuelle Lebenssituation zu verbessern. Heranwachsende sollen in einer Sterbe- oder Trauersituation begleitet werden und Unterstützung bei jugendalters- und gesellschaftlich bedingten Entwicklungsaufgaben erhalten.

Auf der Plattform werden pro Jahr ungefähr 100 Klientinnen und Klienten von 20 jungen Ehrenamtlichen beraten und begleitet. Seit 2013 wurden weit über 10.000 E-Mails von Nutzerinnen und Nutzern und Peers geschrieben, und jährlich rufen etwa 50.000 Menschen die Seite auf.

» Digitale Information und Beratung über Mail und Chat sind in diesem Alter hilfreich.

Das Team von da-sein.de besteht derzeit aus 20 Ehrenamtlichen zwischen 18 und 26 Jahren, zwei pädagogisch-therapeutischen Fachkräften und externen Honorarkräften. Neben dem Vorbereitungskurs nehmen die Peerberaterinnen und -berater an kontinuierlichem Online-Coaching, Supervision, Intervision, monatlichen Praxistreffen sowie thematischen Fort- und Weiterbildungen teil.

Wichtigstes Anliegen von da-sein.de ist es, den Nutzerinnen und Nutzern durch die Methode des Schreibens einen digitalen Schutzraum für den sensiblen Themenkomplex Sterben, Tod und Trauer zu eröffnen. Die Kontakte erfolgen durch intensiv geschulte ehrenamtliche Peer-Beraterinnen und -Berater, da die Erfahrung zeigt, dass die ähnliche Lebenswelt von gleichaltrigen Jugendlichen einen niederschweligen Zugang und Beziehungsaufbau ermöglicht. Durch das Vertrauensverhältnis zu einer festen Bezugsperson im Schreibkontakt entsteht im Laufe der Zeit eine stabile und positive Beziehungserfahrung: Die Klientinnen und Klienten erleben Akzeptanz, Solidarität und empathische Kommunikation auf Augenhöhe. Es kann zu einer Festigung der Persönlichkeit junger Menschen durch begleitete Selbstreflexion kommen, was sich wiederum günstig auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt.

Auch die Möglichkeit der Anonymität spielt eine wichtige Rolle. Durch das Ausschreiben von Problemen entsteht häufig bereits ein Stück Klärung und Entlastung. Online-Begleitung hält hier einen vielfältig nutzbaren digitalen Raum bereit, der schreibend erobert werden kann. Die E-Mail-Beratung und das Schreiben (Verfassen von E-Mails) stellen einen gelenkten und gleichermaßen selbstheilenden Prozess dar.

Die Homepage beinhaltet fünf inhaltliche Kernrubriken mit zielgruppenorientiert formulierten Informationen und Texten. Eine Facebook-Seite, ein

eigener Blog (trauer-teilen.blog), YouTube-Beiträge sowie die virtuelle Gedenkstätte RememberMe erweitern die Plattform. Hier kann jede Nutzerin/jeder Nutzer einen für alle sichtbaren Text für eine verstorbene Person anlegen, der in Form eines Sternes erscheint.

Vernetzung im Alltags- und Lebensraum und Peer-Onlineberatung als zukunftsweisende zivilgesellschaftliche Beteiligung

Schließlich leistet die Vernetzung mit lokalen und regionalen Angeboten und Institutionen einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitskompetenz von jungen Menschen. Hier hat die bundesweite

» Im Schreibkontakt entsteht eine stabile und positive Beziehungserfahrung.

Onlineberatung durch ihre Niederschwelligkeit Brückenfunktion und ermöglicht Jugendlichen im Bedarfsfall, sich in passende lokale Unterstützungssysteme einzubinden.

Ein weiteres Ziel ist es, bürgerschaftliches Engagement von jungen Menschen zu befördern: Die Peerberaterinnen und -berater können sich eine Bandbreite an Kompetenzen, darunter unterschiedliche methodische Vorgehensweisen, thematisches Knowhow sowie reflexive Techniken aneignen. Dieser Zuwachs an Fähigkeiten und Handlungswissen ermöglicht ihnen, auch in ihrer eigenen Lebenswelt bewusster zu agieren. Demnach können die jungen Ehrenamtlichen neben den fachlichen Ansätzen auch lebensweltlich orientierte Beratungs- und Krisenbegleitkompetenz erwerben.

Neben dem Ziel, Jugendliche und junge Erwachsenen in existenziellen Lebenssituationen online zu erreichen und zu begleiten, ist ein weiteres Anliegen im Kontext von da-sein.de, diese Themen nicht nur im virtuellen Raum zu belassen. Die Einbindung der Zielgruppe aus Oldenburg und dem Umland in die Ange-



© Tom Steffens

bote der Stiftung Hospizdienst Oldenburg hat Modellcharakter. Neben der Möglichkeit von Einzelberatungsgesprächen gibt es auch Gruppenangebote für dieses Alterssegment. Eine Trauergruppe für Jugendliche und junge Erwachsene mit Kochformat schafft kraftspendende Begegnungen – aber auch für die Angehörigen der Jugendlichen gibt es adäquate Angebote. Sie alle stärken das lokale Unterstützungsnetzwerk der Betroffenen.

Zudem macht sich die Stiftung stark dafür, Sterben, Tod und Trauer im Lebensraum Schule zu thematisieren und sich dort für eine gelingende Abschiedskultur zu engagieren. Dies geschieht in Form von Unterrichtsbesuchen und -gestaltungen, Teilnahme an Fachkonferenzen und Ausbildungsseminaren für Referendarinnen und Referendare, Trauersprechstunden an einzelnen Schulen sowie Praxisbesu-

chen von Schülerinnen und Schülern im Haus der Stiftung Hospizdienst Oldenburg.

Das Angebot da-sein.de finanziert sich durch Spenden, punktuelle Projektmittel sowie durch ein hohes Maß an Idealismus aller Akteure.

Die Arbeit der Stiftung Hospizdienst Oldenburg verfolgt dabei ein Kernziel: „Wir stiften Beziehung.“

Cordelia Wach

Teamleiterin da-sein.de / Trauerbegleiterin (BVT)
Stiftung Hospizdienst Oldenburg
Haareneschstr. 62
26121 Oldenburg
da-sein@hospizdienst-oldenburg.de

DER BLICK ÜBER DIE GRENZE – STERBEORT KRANKENHAUS AM BEISPIEL VON DÄNEMARK

ANGELA CAROLLO

Um Aussagen über die Versorgungsplanung am Lebensende zu treffen, ist es von entscheidender Bedeutung, die Häufigkeit und Verteilung von Menschen in den jeweiligen Kontexten, in denen sie sterben, zu erfassen. Studien ergaben, dass immer mehr Länder sich bemühen, den Sterbeort vom Krankenhaus nach Hause oder in eine Langzeit-Pflegeeinrichtung zu verlegen – entsprechend der Prioritäten von Patienten und Pflegepersonal (Ahsberg & Fahlström, 2012), aber auch in Hinblick auf die Kostenreduktion der medizinischen Versorgung sowie auf die Minimierung der Risiken von im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Qualität der Versorgung am Lebensende zu Hause am höchsten und im Krankenhaus am niedrigsten ist. Die Langzeit-Pflegeeinrichtungen wiesen dazwischenliegende Werte auf. Ebenso stellte sich heraus, dass die meisten Menschen das Ende ihres Lebens in einer vertrauteren Umgebung verbringen

möchten (Kinoshita et al., 2015; Wright et al., 2010).

In Deutschland sterben rund 47% der Menschen im Krankenhaus. Diese Rate ist von 1994 bis 2009 relativ stabil geblieben (Simon et al, 2012). Die Autoren prognostizierten zudem, dass die absolute Zahl der im Krankenhaus Sterbenden zunehmen, der Anteil der Todesfälle hier jedoch abnehmen wird. Dies ist hauptsächlich auf die steigende Zahl von alten Menschen und die damit einhergehenden zunehmenden Todesfälle zurückzuführen.

In unserer Studie konzentrierten wir uns auf Dänemark, wo auf der Ebene der gesamten Bevölkerung bisher nur wenig Forschung zum Sterbeort betrieben wurde. Wir nutzten qualitativ zuverlässige Verzeichnisdaten, um festzustellen, wie sich der Anteil



Angela Carollo

von über Fünfzigjährigen, die in Krankenhäusern gestorben sind, von 1980 bis 2014 verändert hat.

Unsere untersuchte Bevölkerung

Die untersuchte Population umfasste demnach alle Personen über 50, die zwischen 1980 und 2014 in Dänemark gestorben sind. Ein Tod wurde als Krankenhaustod definiert, wenn die Person stationär im Krankenhaus aufgenommen wurde und der Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus mit dem Tag des Todes übereinstimmte. Hierzu analysierten wir zunächst das Verhältnis von jährlichen Todesfällen in Krankenhäusern zu allen Todesfällen zwischen 1980 und 2014.

Anschließend wurde der Zusammenhang zwischen der Sterbewahrscheinlichkeit im Krankenhaus und den demografischen und sozioökonomischen Merkmalen einer Person untersucht.



Drei altersspezifische Trends

Es zeigte sich, dass im Untersuchungszeitraum 47,5% (870.776) von insgesamt 1.834.437 Personen im Alter von 50 Jahren und älter im Krankenhaus starben. Der Prozentsatz der Todesfälle im Krankenhaus verringerte sich im definierten Zeitraum für beide Geschlechter (Männer: von 56% auf 44%; Frauen: von 49% auf 39%), wobei im Durchschnitt mehr Männer im Krankenhaus starben als Frauen. Es stellte sich jedoch auch heraus, dass hier mehr Frauen als Männer im jüngeren Alter starben, während sich der Trend im höchsten Alter umkehrte. Es wird vermutet, dass diese Tendenz mit der Entwicklung bei Todesfällen aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zusammenhängt. Möglicherweise sterben jüngere Männer mit einem kardiovaskulären Ereignis vor Erreichen des Krankenhauses häufiger als Frauen.

Wir beobachteten drei altersspezifische Trends: Zum einen verringerte sich der Anteil der Personen im Alter von 50 bis 79 Jahren. Bei Personen im Alter von 80 bis 89 Jahren blieb der Anteil der Todesfälle im Beobachtungszeitraum nahezu unverändert. Schließlich sahen wir einen leichten Anstieg des Anteils der Todesfälle im Krankenhaus bei den ältesten Personen unserer Stichprobe (über 90 Jahre).

Um mehr über diese spezifischen Trends zu erfahren, haben wir den Anteil der Todesfälle der im Krankenhaus gestorbenen Personen im Verhältnis zur Dauer ihrer letzten Krankenhausaufenthalte analysiert. Der Anteil der Todesfälle mit ein- bis dreitägigen Krankenhausaufenthalten bei über 80-Jährigen stieg stark an.

Die Bedeutung von Atemwegserkrankungen

Eine weitere wichtige Erkenntnis ist die Entwicklung der Todesfälle im Krankenhaus bezüglich der Todesursachen. Wir haben insbesondere die drei Haupttodesursachen in Dänemark analysiert.

Die Anzahl der durch Tumore verursachten Todesfälle ist, mit Ausnahme der jüngsten Gruppe (50-59), im Laufe der Zeit für alle Altersgruppen gesunken. Wir haben außerdem beobachtet, dass die Zahl der Todesfälle im Krankenhaus aufgrund von Erkrankungen der Atemwege bei Personen ab 70 Jahren angestiegen ist. Dieser Anstieg war bei den über 80-Jährigen besonders ausgeprägt, was mit der zunehmenden Tendenz der Krankenhaussterblichkeit in der ältesten

Altersgruppe zusammenhängen könnte. Bei den ältesten Personen stellen Atemwegserkrankungen tatsächlich die häufigste Todesursache im Krankenhaus dar.

Gemeinsam mit der zunehmenden Tendenz von kurzen Krankenhausaufenthalten vor dem Tod deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die ältesten Menschen die meiste Zeit vor dem Tod zu Hause oder in einer Art Langzeit-Pflegeeinrichtung verbringen und erst kurz vor dem Tod in ein Krankenhaus gebracht werden. Wenn sich die Symptome, die zum Tod führen, schnell verschlechtern, fühlen sich die Pflegekräfte möglicherweise überfordert und beschließen, den Patienten in ein Krankenhaus zu überweisen.

Ein Krankenhausaufenthalt vor dem Tod aufgrund einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands ist gegebenenfalls unvermeidlich: Es stellte sich heraus, dass Menschen, die an Atemwegserkrankungen sterben – dies betrifft sowohl die USA als auch Großbritannien – häufiger als andere Patienten von einem Pflegeheim in ein Krankenhaus verlegt werden (Bone et al., 2016; Unroe et al., 2018).

Weitere Zusammenhänge

Auch die Tatsache, ob Patienten verheiratet oder alleinstehend sind, wirkt sich auf den Sterbeort aus. So stellten wir fest, dass die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus zu sterben, für verheiratete Personen im Vergleich zu Personen ohne Partner im Durchschnitt höher war. Darüber hinaus starben Personen mit mittlerem und hohem Einkommen häufiger im Krankenhaus als Personen mit niedrigem Einkommen. Dieses Erkenntnis zeigte sich für beide Geschlechter. Schließlich steigt die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus zu sterben, je mehr Krankenhausaufenthalte der Patient im Vorjahr hatte.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Vermeidung langer Krankenhausaufenthalte zusammen mit der Ausweitung der ambulanten und stationären Pflege zu weniger Todesfällen in den Krankenhäusern führen können, insbesondere bei den ältesten Personen (90+). Die Ergebnisse unserer Studie spiegeln einen allgemeinen Trend wider, der auch in anderen europäischen Staaten sowie in Nordamerika und Japan zu beobachten ist. Diese Ergebnisse sind besonders informativ für Entscheidungsträger und Angehörige der Gesundheitsberufe in Dänemark. Denn sie unterstreichen,

» Familienstand und sozialer Status wirken sich auf den Sterbeort aus.

dass die Planung und Entwicklung von Richtlinien für die Versorgung am Lebensende wichtig ist – im Sinne des Wunsches sowohl der Sterbenden als auch der Pflegekräfte nach einem „besseren Tod“ außerhalb des Krankenhauses.

Angela Carollo

Max Planck Institute for Demographic Research
Konrad-Zußé-Str. 1
18057 Rostock
carollo@demogr.mpg.de

Literatur

- Åhsberg, E., & Fahlström, G.** (2012). Changes in Place of Death among Elderly in Sweden: A Register Study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 32(2), 21-24. doi:10.1177/010740831203200205.
- Bone, A. E., Gao, W., Gomes, B., Sleeman, K. E., Maddocks, M., Wright, J., . . . Evans, C. J.** (2016). Factors Associated with Transition from Community Settings to Hospital as Place of Death for Adults Aged 75 and Older: A Population-Based Mortality Follow-Back Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2210-2217. doi: 10.1111/jgs.14442.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W.** (2009). Ageing Populations: The Challenges Ahead. *The Lancet*, 374(9696), 1196-1208. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4.
- Grover, A.** (2011). Thematic Study on the Realization of the Right to Health of Older Persons *UN Human Rights Council Report*. (Vol. 4).
- Kinoshita, H., Maeda, I., Morita, T., Miyashita, M., Yamagishi, A., Shirahige, Y., . . . Eguchi, K.** (2015). Place of Death and the Differences in Patient Quality of Death and Dying and Caregiver Burden. *Journal of Clinical Oncology*, 33(4), 357-363. doi: 10.1200/jco.2014.55.7355.
- Simon, S. T., Gomes, B., Koeskeroglu, P., Higginson, I. J., & Bausewein, C.** (2012). Population, Mortality and Place of Death in Germany (1950-2050)-Implications for End-of-Life Care in the Future. *Public Health*, 126(11), 937-946.
- Sixty-seventh World Health Assembly** (2014). Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care throughout the Life Course.
- Unroe, K. T., Carnahan, J. L., Hickman, S. E., Sachs, G. A., Hass, Z., & Arling, G.** (2018). The Complexity of Determining whether a Nursing Home Transfer is Avoidable at Time of Transfer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(5), 895-901. doi: 10.1111/jgs.15286.
- Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G.** (2010). Place of Death: Correlations with Quality of Life of Patients with Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*, 28(29), 4457-4464. doi: 10.1200/jco.2009.26.3863.

WIE MÄNNER VORSORGEN –

Vorstellungen und Praktiken gesundheitlichen Vorausplanens im Alltag und in der Beratungspraxis

ANNA J. M. WAGNER, SUSANNE KINNEBROCK, MARIACARLA GADEBUSCH BONDIO



Anna J. M. Wagner M. A.



Prof. Dr. Susanne Kinnebrock



Prof. Dr. Dr. Mariacarla Gadebusch Bondio

Männer gelten in vielfacher Hinsicht als „Problemkinder“ bei Gesundheitsfragen: Sie informieren sich seltener über Gesundheits- und Krankheitsthemen, verhalten sich risikoaffin, kommunizieren selten aktiv mit anderen über ihre eigene Gesundheit und unterschätzen ihre eigene Vulnerabilität (siehe Überblick bei Kinnebrock & Wagner, 2018). Auch, was die Übernahme der Pflege von Familienmitgliedern anbelangt, schneiden Männer eher schlecht ab: Care-Aufgaben wie Pfl egetätigkeiten bei schwerer Krankheit werden in Familien immer noch mehrheitlich von Frauen übernommen (Ferrant et al., 2014). Was allerdings das gesundheitliche Vorsorgen für den Fall anbelangt, dass man aufgrund eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung seinen Willen nicht mehr selbst artikulieren kann, scheint es vordergründig kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu geben.

Allerdings erheben die Studien zum Vorausplanungsverhalten die (biologische) Geschlechtszugehörigkeit meist nur am Rande und gehen zudem auf den Einfluss von geschlechterstereotypen Rollenvorstellungen und Haltungen (Gender) kaum ein

(Gadebusch Bondio et al., 2018). Auch fokussieren die Studien meist nur auf das tatsächliche Vorausplanungsverhalten (z. B. das Ausfüllen einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung), ohne die dahinterstehenden Beweggründe zu erheben. Eine Studie von Perkins et al. (2004) illustriert jedoch, dass die Motive hinter dem gesundheitlichen Vorausplanen bei Männern und Frauen unterschiedlich sind: Für Männer scheint die (potenzielle) Beeinträchtigung der eigenen körperlichen und mentalen Funktionalität – und damit verbunden der Verlust an Autonomie – das dominierende Thema zu sein. Dies kann dazu führen, dass lebenserhaltende bzw. -verlängernde Maßnahmen abgelehnt werden.

Aus wissenschaftlichen Studien wissen wir also noch vergleichsweise wenig darüber, wie in Deutschland Geschlecht bzw. Gender die komplexen Entscheidungsprozesse und Motive des gesundheitlichen Vorausplanens beeinflussen: Welche Rolle spielen Geschlecht, Geschlechterrollen und -stereotype für das Vorausplanungsverhalten und die zugrundeliegenden Vor- und Einstellungen? Mit Blick auf Männer können wir uns fragen: Aus welchen Gründen sorgen Männer (nicht) für Lebensphasen vor, in denen sie ihren eigenen Willen nicht mehr artikulieren können? Welche Vor- und Einstellungen, z. B. zu Autonomie, Verletzlichkeit und Verantwortung, sind bedeutsam?

Forschungsprojekt: Gesundheitliches Vorausplanen aus einer Genderperspektive

Diesen und weiteren Fragestellungen ging das Forschungsprojekt „Die Sorge um die Fürsorge: Bis zum Ende über sich verfügen... Vorstellungen von Autonomie, Verantwortung und Vulnerabilität“ nach, das im vom Freistaat Bayern geförderten Forschungsverbund ForGenderCare angesiedelt war. Das Projekt betrachtete das gesundheitliche Vorausplanen aus einer gender- und kultursensiblen Perspektive und analysierte dabei nicht nur beobachtbare Geschlechterunterschiede, sondern berücksichtigte auch Geschlechterrollen sowie sozial konstruierte Geschlechtervorstellungen als

potenzielle Erkläransätze für Vorsorgeverhalten. Dabei nahmen wir zum einen eine lebensweltliche Perspektive ein, um die Vorstellungen, Motivationen und Vorsorgeaktivitäten von Menschen in ihrem Alltag zu erfassen: Hierzu führten wir Gruppengespräche mit Bürgerinnen und Bürgern, werteten die Online-Kommunikation zum Vorausplanen in Internetforen aus und interviewten Expertinnen und Experten aus der Beratungspraxis. Zum anderen analysierten wir die öffentliche Darstellung des gesundheitlichen Vorausplanens in den Medien, wissenschaftlicher sowie Ratgeberliteratur mit besonderem Blick auf geschlechter-spezifische Argumentationsmuster.

Empirische Befunde: Wie und warum Männer vorsorgen

Im Folgenden geben wir einen kleinen Einblick in die Ergebnisse aus zwei Teilstudien des Forschungsprojekts, die dem lebensweltlichen Teil zuzuordnen sind und auf das Vorausplanungsverhalten sowie die zugrundeliegenden Vor- und Einstellungen von Männern fokussieren.

In einer ersten Studie führten wir sieben Gruppendiskussionen mit jeweils drei bis sechs Bürgerinnen und Bürgern. Eine der Gruppendiskussionen bestand ausschließlich aus Männern, vier weitere Diskussionsrunden waren sowohl mit Männern, als auch mit Frauen besetzt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die befragten Männer eher scheuen, mit ihren direkten Angehörigen über sensible Themen wie Sterben und schwere Erkrankungen zu sprechen und zurückhaltend agieren, wenn es darum geht, ihre eigenen Wünsche und Ängste zu formulieren (Thorsten, 32 Jahre: „ein bisschen Kopf in den Sand“). Dies scheint mit spezifischen Rollenerwartungen und Geschlechterstereotypen zusammenzuhängen, nach denen Männer eigenständig mit Problemen fertig werden und Emotionen nicht artikulieren (sollen). Da Vorausplanungsentscheidungen nicht nur den Vorsorgenden selbst, sondern auch die Angehörigen und professionell Pflegenden betreffen (Riedel et al., 2017), bedürfen sie intensiver kommunikativer Abstimmung; und ein Defizit an Kommunikation kann negative Konsequenzen mit sich bringen. Wenngleich das

Vorausplanen von den befragten Männern meist als wichtig erachtet wird, geht die Initiative zum Ausfüllen der Vorsorgedokumente häufig von der Partnerin aus, die sich selbst in der Verantwortung sieht. Was die Übernahme von Care-Tätigkeiten für andere betrifft, artikulieren die befragten Männer jedoch eine große Bereitschaft, Pflegeaufgaben zu übernehmen, und den Wunsch, ihren nächsten Angehörigen etwas zurückzugeben (Andreas, 21 Jahre: „Ich finde es dann schon gerechtfertigt, ... das, was [die eigenen Eltern] einem gegeben haben, dann auch fürsorglich wieder zurückzugeben.“). Verbal scheint die Pflegebereitschaft der Männer sogar größer als die der Frauen zu sein, die ihrerseits – vielleicht auch mit Blick darauf, dass es realiter bislang die Frauen sind, die mehrheitlich pflegen – die Übernahme von Pflege eher von bestimmten Bedingungen (z. B. der Passung zur Lebenssituation, ausreichenden finanziellen Mitteln) abhängig machen.

Das Bild des Mannes, der verantwortungsbereit, aber kommunikationsscheu ist, wird in der zweiten Studie aus Sicht professioneller Beraterinnen und Berater bestätigt. Wir führten qualitative Interviews mit insgesamt 18 Expertinnen und Experten aus Rechtsberatung, Medizin und Sozialberatung, die individualisiert zu Vorsorgedokumenten und Vorausplanen für finale Lebensphasen beraten. Die Beraterinnen und Berater berichteten, dass Männer durchaus an Beratungsgesprächen teilnehmen und Bereitschaft artikulieren, sich um ihre Angehörigen zu kümmern (Jürgen, 46 Jahre, juristischer Berater: „Im Prinzip kommen sie als Menschen, die sagen: ‚Wir sind Familie‘ oder ‚Wir sind füreinander da‘“). Gleichzeitig gehe die Initiative für das Vorausplanen von Männern eher von Frauen aus. Auch innerhalb



der kommunikativen Konstellationen im Beratungsgespräch sind Männer aus Sicht der Beraterinnen und Berater weniger aktiv als Frauen und eher darauf bedacht, das Vorausplanen schnell abzuschließen. Dies erschwert den Beraterinnen und Beratern mitunter einen Austausch im Sinne des Behandlung im Voraus Planens (BVP, englisch: Advance Care Planning, siehe In der Schmittgen et al., 2016), bei dem die individuellen Wünsche des Vorsorgenden eruiert und immer wieder neu evaluiert werden (Otto, 58 Jahre, Sozialberater: „Bei Männern ist die Vorsorgevollmacht ein Fünf-Minuten-Thema“).

Insgesamt zeigen beide Studien, dass Männer – selbst wenn sie ausgefüllte Vorsorgedokumente besitzen – beim gesundheitlichen Vorausplanen eher passiv bleiben und die kommunikative Auseinandersetzung mit diesem Thema meiden. Dies ist insbesondere auf spezifische Rollenvorstellungen und Geschlechterstereotype zurückzuführen, die verändert werden müssen, um eine individualisierte Vorausplanung im Sinne des BVP garantieren zu können.

Anna Wagner, M.A.

Institut für Medien, Wissen und Kommunikation
Universität Augsburg
Universitätsstraße 10
86159 Augsburg
anna.wagner@phil.uni-augsburg.de

Prof. Dr. Susanne Kinnebrock
Universität Augsburg

Prof. Dr. Dr. Mariacarla Gadebusch Bondio
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Literatur

- Ferrant, G., Pesando, L. M. & Nowacka, K.** (2014). Unpaid Care Work: The Missing Link in the Analysis of Gender Gaps in Labour Outcomes. *OECD Development Centre Issues Paper*. Verfügbar unter: https://www.oecd.org/dev/development-gender/Unpaid_care_work.pdf [Zugriff 26.08.2019].
- Gadebusch Bondio, M., Wagner, A. J. M., Krieger, R., Weiß, L. & Kinnebrock, S.** (2018). Behandlung im Voraus Planen (BVP): Eine Übersichtsarbeit über das Vorsorgeverhalten von Männern und Frauen. *Das Gesundheitswesen*, online first.
- In der Schmittgen, J., Nauck, F. & Marckmann, G.** (2016). Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. *Palliativmedizin*, 17(4), 177-195.
- Kinnebrock, S., & Wagner, A.** (2018). Geschlecht und Gesundheitskommunikation. In U. M. Gassner, J. von Hayek, A. Manzei & F. Steger (Hrsg.), *Geschlecht und Gesundheit* (S. 287–309). Baden-Baden: Nomos.
- Perkins, H.S., Cortez, J. D., & Hazuda, H. P.** (2004). Advance Care Planning: Does Patient Gender Make a Difference? *The American Journal of the Medical Sciences*, 327(1), 25-32.
- Riedel, A. Treff, N. & Spank, J.** (2017). Exemplarische ethische Dimensionen und Konfliktfelder in der Umsetzung gesundheitlicher Vorausplanungen. In A. Riedel & A.-C. Linde (Hrsg.), *Ethische Reflexion in der Pflege* (S. 169–179). Wiesbaden: Springer VS.

MÄNNER TRAUERN ANDERS?

REGINA RATH-WACENOVSKY



Dr. Regina Rath-Wacenovskiy

Hauer fand zum zweiten Mal der österreichische pädiatrische Hospiz- und Palliativkongress in Salzburg statt. Zum Leitthema „Miteinander bewegt“ gab es hochkarätige Vorträge, Workshops und lebhaftes Diskussions.

So spiegelte etwa die rege Teilnahme am Workshop „Ein-

same Wölfe“ das große Interesse am dort behandelten Thema „Trauer bei Männern“ wider. Schon beim anfänglichen Brainstorming zeigte sich die Vielfältigkeit der Assoziationen, Erfahrungen und Meinungen zur Thematik. Denn Trauer ist ein sehr individueller Begriff und findet nicht nur beim Tod eines geliebten Menschen statt. Eltern erleben beispielsweise auch dann Trauer, wenn ihnen die Nachricht einer schweren und/oder chronischen Krankheit ihres Kindes überbracht wird und bei palliativ betreuten Familien ist Trauer häufig bereits Teil des Alltags. Gegenstand dieser Trauer ist dann meist der Verlust der Zukunftsperspektiven sowohl

des Kindes als auch der Familie. Doch trotz dieser gemeinsamen Ursache geht jeder mit seiner Trauer anders um und hat sein eigenes Tempo zur Bewältigung. Das kann zu Spannungen und Konflikten innerhalb der Familie führen. Zusätzlich bringt die Erkrankung eines Kindes zwangsläufig große Veränderungen im Familienleben mit sich: Rollenbilder, Aufgabenbereiche und Positionen verändern sich. Freunde, Verwandte und Kollegen beenden Beziehungen. Dafür werden plötzlich andere, bisher fremde Personen wie Pflegende und Ärzte Teil des Familiensystems. Das Familienleben wird auf

Trauernde Väter ...

müssen stark sein
 verdrängen Gefühle
 sehen sich als Ernährer/Systemerhalter
 gelangen in emotionale Isolation „einsamer Wolf“
 Scham
 fühlen sich als Versager
 Partnerschaftskonflikt
 Außenseiter
 Rollenwechsel
 verlässt die Familie
 Beschützer
 Besserwisser
 Angst vor der Zukunft
 liebevoll, fürsorglich
 schweigsam
 Realist

Tabelle 1: Ergebnis Brainstorming Workshop „Einsame Wölfe“

das erkrankte Kind und die meist hauptpflegende Mutter ausgerichtet und sowohl Geschwisterkinder als auch Vater und andere männliche Familienmitglieder rücken dabei aus dem Fokus.

Trauern Väter bzw. Männer wirklich anders als Frauen? Ist Trauer tatsächlich geschlechtsabhängig?

Sowohl die Medizinerin und Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross als auch der britische Psychoanalytiker, Kinderarzt und Kinderpsychiater John Bowlby beschreiben Trauer als einen prozesshaften Verlauf, der entweder kontinuierlich oder sprunghaft verlaufen kann (Tabelle 2). Beide erwähnen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Im Gegensatz dazu berichten Betreuer, dass Väter bzw. Männer aus Familien mit Todesfällen sehr wohl andere

Elisabeth Kübler-Ross	John Bowlby
Zorn	Betäubung
Verhandeln	Sehnsucht/Verzehrung
Depression	Abbruch/Verzweiflung
Zustimmung	Neuaufbau/Reorganisation
Nicht wahrhaben wollen	

Tabelle 2: Phasen der Verlustverarbeitung

Trauerverhaltensweisen aufweisen als weibliche Betroffene. Diese männlichen Umgangsweisen werden oft negativ aufgenommen und als fehlende oder inadäquate Trauer interpretiert. Dadurch wird auch die Partnerschaft belastet und kann sogar zerbrechen.

Gender und Psyche

Gendermedizin, also die Auseinandersetzung mit den Unterschieden zwischen den Geschlechtern bezüglich Ausprägungen und Auswirkungen von Erkrankungen, erlangt eine immer größere Bedeutung. Auch in der Psychiatrie und der Psychosomatik ist dieses Phänomen bekannt. So haben Männer etwa Schwierigkeiten, ihre Probleme und Bedürfnisse zu verbalisieren und neigen daher in Stresssituationen eher als Frauen zu Süchten und sogar zu Suizid. Bei Frauen hingegen finden sich häufiger depressive Krankheitsbilder. Die Formen, in denen Männer und Frauen ihre Emotionen ausleben, werden also tatsächlich auch vom individuellen Geschlechtererleben geprägt. Dieses wiederum ist stark vom pädagogischen Erleben beeinflusst. Immer noch prägen Ansichten wie „Buben weinen nicht“ schon in der Kindheit das männliche Rollenbild, wenn auch nicht mehr mit der gleichen Dominanz wie früher. Bridget Murray bezeichnet diese Prägung sogar als „emotional miseducation“, also als „emotionale Fehlerziehung“. Hinzu kommen gesellschaftliches Rollenverständnis und bisher erlebte emotionale Darstellungen – all das trägt zu einem geschlechterabhängigen Trauerverhalten bei.

Interessant ist hierbei eine 2016 durchgeführte Studie, deren Ergebnisse zeigen, dass die Form der Emotionalität, die als kompetent wahrgenommen wird, zwischen Männern und Frauen variiert. Zwar wird bei beiden grundsätzlich Emotionalität erwartet, doch gilt bei Frauen eine spontane, expressive Form der Gefühlsäußerung als kompetent, während bei Männern eine verzögerte, zurückhaltende Reaktion positiver aufgenommen wird (Hess et al. 2016).



Somit steckt also ein trauernder Mann, will er den gesellschaftlichen Normen entsprechen, in einem Dilemma: Während in emotionalen Situationen im Alltag Ruhe und Zurückhaltung von ihm erwartet werden, kann genau dieses Verhalten in der höchsten Krise, dem Tod oder der Erkrankung des eigenen Kindes als „herzlos“ ausgelegt werden.

Kultur und Männerbild

Auch kulturelle und religiöse Aspekte wie Rollenbilder, Rituale und Todesmodelle beeinflussen das männliche Trauer- und Schmerzverhaltensverhalten einer Gesellschaft. Durch die kulturelle Vermischung spielt die Auseinandersetzung mit diesen Zusammenhängen auch in unserer Betreuung immer öfter eine Rolle. Dieser Themenbereich ist aber zu umfangreich, um ihn in diesem Artikel gezielt zu beleuchten. Dazu möchte ich auf diverse Literatur verweisen.

Männer und Trauer

Mythen wie „Männer stecken das rascher weg“ oder „Männer trauern nicht wirklich“, halten sich

also nicht aus einer prinzipiellen geringeren Emotionalität von Männern, sondern aus der komplexen Form der männlichen Verlustbewältigung, die vor allem bei Partnerinnen häufig auf Unverständnis stößt. In einem Vortrag vor verwaisten Eltern versucht Helmut Kirschstein deshalb, die Unterschiede im Trauerverhalten zwischen Männern und Frauen vereinfacht zu formulieren und fasst dabei drei Hauptbeobachtungen zusammen:

Frauen trauern nach außen – Männer trauern im Innern.

Frauen suchen in der Trauer Gemeinschaft – Männer suchen das Alleinsein.

Frauen fühlen sich durch die Trauer – Männer denken sich durch die Trauer.

Trauer ist individuell

Der Umgang mit Trauer ist aber noch von vielen anderen Variablen als Geschlecht und Rollenbild abhängig. Bisherige Erlebnisse und Erfahrungen mit Tod und Trauer, Vorbilder, eigene Stressbewältigungsstrategien, aber auch vorhandene Res-

sources wie Freunde und Familie haben wesentlichen Einfluss darauf, wie der Betroffene mit der Trauer umgehen kann. Die Erfahrung aus dem Umgang mit palliativen Familien zeigt uns, dass das Verhalten von Angehörigen, ob Mann oder Frau, nicht vorhersehbar ist. Mütter, die vor dem Tod des Kindes reflektiert übers Sterben und den Tod sprachen, wirkten nachher ziel- und bodenlos, und Väter, die in der Krankheitsphase hilflos an der Seite der Mutter standen, entpuppten sich in der Trauerphase nach dem Tod als Fels in der Brandung für ihre Familie.

Als sehr spannend empfand ich das Buch „Männer trauern anders“, in dem Martin Kreuels 31 Erfahrungsberichte von Männern unterschiedlichen Alters zusammenfasst, die alle Erfahrungen mit Tod und Trauer gemacht haben. Kreuels versucht, die Männer und deren Geschichten mithilfe der immer gleichen 16 Fragen zu porträtieren und schafft es so, deren Trauer, Schicksale und unterschiedlichen Wege, damit umzugehen, trotz ihrer Sprachlosigkeit sichtbar zu machen. Viele der Trauerformen, die so abgebildet werden, lassen sich in unseren pädiatrischen palliativen Familien wiederfinden.

Trauerbegleitung von Männern

Eindeutige Anweisungen gibt es bei diesem Thema leider nicht. Jedoch können einige Gedanken und Ideen anregend und unterstützend im alltäglichen Umgang mit Vätern bzw. Vätern in Trauer wirken.

1. Klischees misstrauen:

- „Trauer/Schmerz hört irgendwann von alleine auf, Zeit heilt alle Wunden.“
- „Männer sind weniger emotional.“
- „Männer trauern kürzer, schließen rascher ab und kehren zur Routine zurück.“
- „Männer stecken Trauer und Schmerz besser weg.“
- „Männer reden nicht über Emotionen.“
- „Es gibt eine typische Form der männlichen Trauer.“

Es ist wichtig zu wissen, dass männliche Trauer oft einsam und dadurch weniger sichtbar ist. Durch die gewissenhafte Bewältigung von Berufs- und Alltagswelt entsteht das Gefühl von Routine und Kontrolle. Trauer und Schmerz verschwinden dadurch aber nicht.

2. Andere „Räume“ und Situationen ermöglichen, in denen Männer ihre Form der Trauer kommunizieren bzw. sie ausleben können:

Thomas Aschenbach erwähnt etwa, dass er gute Erfahrungen mit „Pläuschchen“ im Auto hat. Hilfreich sind außerdem reine Männergruppen, wo die Kommunikation häufig leichter fällt; Männer nehmen gern thematische Umwege in ihren Gesprächen und tun sich leichter mit Gesprächspartnern, die „gleich ticken“.

3. Männer suchen ein Tor zur Verlustbewältigung häufig im Tun sowie im Versuch nach dem intellektuellen Verstehen.

Viele von uns palliativen Betreuerinnen und Betreuern kennen solche Väter, die immer genau über die Abläufe der Sterbephase informiert werden möchten und mit Internetartikeln über neueste Therapien, Studien und Förderungen an uns herantreten. Das sind dann häufig auch diejenigen, die die besten Rampen in die Wohnung bauen und die heftigsten Fachdiskussionen mit den Technikern der Beatmungsmaschine führen.

Dazu eine Geschichte aus der Praxis:

Eine Familie mit türkisch-muslimischen Wurzeln, der Vater 32 Jahre alt, die Mutter 25. Sie wurden verheiratet und sind konsanguin. Nach drei Jahren vergeblichen Kinderwunsches ließen sie im Ausland eine Vitro-Befruchtung durchführen, die beim ersten Versuch zur Schwangerschaft führte. Die beiden Familien feierten das mit einem dreitägigen Fest.

Das Kind wurde von der Intensivstation mit Tracheostoma und invasiver Vollbeatmung sowie tiefster Sedierung aufgrund heftigster, nicht kontrollierbarer epileptischer Anfälle an eine Palliativstation transferiert. Auf der Intensivstation wurde das Kind kaum von den Eltern besucht. Sie wurden als wenig kooperativ beschrieben und besonders dem Vater wurde eine massive Ablehnung dem Mädchen gegenüber nachgesagt. Doch nach intensiver Zusammenarbeit mit der Familie konnte das Kind nach Hause entlassen werden und nicht nur der gesundheitliche Zustand des Kindes besserte sich: Die Familie fand endlich zu einer Art Alltagsroutine zurück und auch der Vater fand in diesem System seine Rolle als Organisator. So unterstützte er die Mutter maßgeblich, die vom plötzlichen Engagement ihres Mannes gerührt war. Das Paar entwickelte wieder einen liebevollen Umgang miteinander. Das Kind starb im Alter von vier Jahren schließlich aufgrund eines respiratorischen Zwischenfalls. Die Eltern blieben zusammen und trauern gemeinsam um ihr – von beiden geliebtes – Kind.

4. Väter bzw. Männer sind hilfreiche und wichtige Ressourcen, sowohl für das erkrankte Kind, Geschwisterkinder als auch für die Mutter:

Auch sie brauchen Wertschätzung und Bestätigung für ihre Form des Tuns und Trauerns. Die Mütter sind oft dankbar, wenn sie dafür „Dolmetschhilfe“ von den palliativen Betreuerinnen und Betreuern erhalten.

5. Trauernden Männern hilft das Gleiche wie weiblichen Angehörigen:

- Zuhören
- Für sie da sein
- Aushalten
- Offenheit
- Respektvoller Umgang

Der Umgang mit Trauer und Schmerz ist für die Betroffenen immer schwer und mühevoll, unabhängig von Geschlecht, Alter, Bildung, Lebenserfahrung und Religiosität. In welcher Form die Trauer uns als palliativen Betreuern begegnet, ist aber von Person zu Person unterschiedlich. Wir können uns mit Wissen, Zeit, Empathie und kollegialer Unterstützung rüsten, um sowohl die Familie als Ganzes als auch die Einzelnen im System zu stützen.

Dr. Regina Rath-Wacenovsky

Facharzt für Kinder und Jugendheilkunde
Experte für Palliativmedizin (PMU Salzburg)

SMZ Ost-Wien, Abteilung für Kinder
und Jugendheilkunde, Österreich

Regina-Hannelore.Rath-Wacenovsky@wienkav.at
Mitarbeit: MOMO Wiens mobiles Kinderhospiz
regina.rath@kinderhospizmomo.at

Literatur

Aschenbach, T. (2019). *Männer trauern anders*. Patmos Verlagsgesellschaft AG, Ostfildern.

Eckert, A. (2012). Ressourcen der Väter im Bewältigungsprozess in: *Familie und Behinderung*. S 134-155. Verlag Dr. Kovac.

Fässler-Weibl, P. (1996). *Wenn Kinder sterben*. Paulusverlag Freiburg, Schweiz.

Hess, U., David, S., Hareli, S. (2016). *Emotional Restraint is Good for Men Only: The Influence of Emotional Restraint on Perceptions of Competence*. *Emotion*, 16, 2, 208-213.

Kirschstein, H. (2015). Vortragdokumentation: *Männer trauern anders. Typisch männliche Strategien angesichts von Tod und Verlust – und wie sich damit umgehen ließe*; Vortrag vor der Selbsthilfegruppe verwaister Eltern, Bramsche-Uefelnam, 23. April 2015.

Kreusels, M. (2014). *Männer trauern anders. Erfahrungen*. Books on Demand GmbH, Nordstedt.

Lothrop, H. (2008). *Gute Hoffnung-Jähres Ende*. Verlag Kösel.

Murray, B. (1999). *Boys to Men: Emotional Miseducation: APA Monitor* Volume 30 Number 7.

GEFÜHLSTARBEIT: GENDER UND EHRENAMTLICHE STERBEBEGLEITUNG

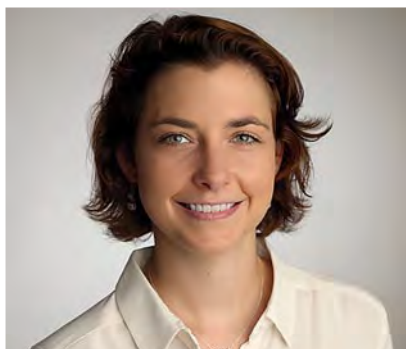
MELANIE PIERBURG

W

enn Menschen sterben, dann sterben Menschen. Beim Ableben einen Unterschied zwischen den Geschlechtern zu unterstellen, erscheint auf den ersten Blick absurd. Schließlich ändert sich an der Tatsache des Dahinscheidens nichts, ob sie Männer, Frauen oder Personen betrifft, die sich mit diesen Kategorien nicht identifizieren. Sobald man sich genauer mit dem Sterben auseinandersetzt, treten aller-

dings Differenzen auf, die mit der Geschlechterzuordnung verbunden sind.

Nähert man sich dem Thema zunächst statistisch, liest man auf der Homepage des Statistischen Bundesamtes unter der Rubrik Sterbefälle und Lebenserwartung, dass die durchschnittliche Lebenserwartung von neugeborenen männlichen Kindern bei 78 Jahren und bei neugeborenen weiblichen Kindern bei 83 Jahren liegt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2019). Dies entspricht auch unserer alltäglichen Wahrnehmung. Sterben und Geschlecht werden also im Zusammenhang mit dem erwarteten Sterbealter zusammengedacht. So sind Geschlechtszugehörigkeiten stärker im gesellschaftlichen Bewusstsein verankert als beispielsweise



Melanie Pierburg

Schichtzugehörigkeiten, obwohl diese ebenfalls Einfluss nicht nur auf das Leben, sondern auch auf das Sterben haben (vgl. Feldmann, 2010).

Neben dem Zusammenhang von Sterben und Lebensalter kann auch der soziale Umgang mit dem Ableben hinsichtlich des Geschlechts perspektiviert werden. So spielt es im Rahmen der Sterbebegleitungen der modernen Hospizbewegung eine relevante Rolle. Nicht nur die prominenten Vorbilder der Bewegung sind weiblich, wie z. B. Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross, sondern auch die Menschen, die Sterbebegleitungen im Rahmen eines ehrenamtlichen Engagements durchführen, sind zu einem großen Teil Frauen (vgl. Begemann; Seidel, 2015).

Es drängt sich die Frage auf, woran es liegt, dass vor allem Frauen sich zu diesem Ehrenamt berufen fühlen – ohne dass der männliche Anteil der Ehrenamtlichen damit ignoriert werden soll. Aussagen zum Thema Geschlecht zu machen, kann herausfordernd sein, da es zwei Fallstricke gibt: Man bedient sich eines Wissens über Geschlechter, das man durch die Differenzierung erst hervorhebt und ggf. festigt. Das könnte der Fall sein, wenn man Vermutungen darüber anstellt, dass Frauen für Care-Arbeiten vermeintlich prädestiniert sind. Auf der anderen Seite kann man das Geschlecht ganz ignorieren und gerät dann in Gefahr, gesellschaftliche Ungleichheiten nicht ausreichend im Blick zu haben. Man könnte also auch so tun, als spiele das Geschlecht in der modernen Hospizbewegung keine Rolle, obwohl ein Überhang an Frauen und geschlechtsspezifische Arbeitsverteilungen in den jeweiligen Organisationen offensichtlich sind.

» *Sterbebegleitung ist eine komplexe Gefühlsaufgabe.*

Um diesen beiden Schwierigkeiten zu entgehen, möchte ich mich im Rahmen dieses Artikels mit Gender – als dem sozialen Geschlecht – und Sterbebegleitungen auseinandersetzen, ohne eine globale Erklärung anzubieten, die angesichts des komplizierten Phänomens auch verdächtig sein könnte, es sich zu leicht zu machen. Stattdessen möchte ich vielmehr einen Aspekt beleuchten, der mit der Verbindung von Geschlecht und Hospizbegleitung zusammenhängen könnte: Die Arbeit an und mit Gefühlen. Um das zu tun, möchte ich zunächst kurz eine Forschungsarbeit vorstellen, die in den Sozialwissenschaften inzwischen den Status eines Klassikers innehat.

Die Soziologin Arlie Russell Hochschild (2006) ver-



öffentlichte in den 1990er Jahren eine Studie über Flugbegleiterinnen. Darin entwickelt sie die These, dass diese Berufsgruppe im Rahmen ihrer Tätigkeit Gefühlsarbeit betreibt, die exemplarisch für viele moderne Dienstleistungsberufe ist. Das Besondere dieser Arbeit sei, keine Gefühle vorzuspielen, sondern tatsächlich die der Tätigkeit förderlichen Emotionen in beruflichen Situationen zu empfinden. So reiche es nicht, wenn eine Flugbegleiterin so tue, als sei sie gut gelaunt und freundlich gegenüber ihren Kunden eingestellt; sie solle so fühlen, um den Kunden eine ideale Dienstleistung liefern zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, lernten die Flugbegleiterinnen beispielsweise ihre unfreundlichen Kunden als Kinder zu imaginieren, um nachsichtig mit ihnen umzugehen.

Hochschild vertritt in ihrem Werk die These, dass Frauen mehr Gefühlsarbeit leisten als Männer, da ihre Sozialisation sie darauf vorbereitet. Dabei macht sie auch auf die Gefahren aufmerksam, die mit der Manipulation von Gefühlen zu Berufszwecken einhergehen. Hochschild wird dafür kritisiert, in ihrer Arbeit eine Differenz zwischen authentischen und weniger authentischen Gefühlen zu machen. Wenn man der These folgt, dass Gefühle immer in Auseinandersetzung mit anderen Menschen und dem Selbst entstehen, ist diese Zweiteilung schwerlich aufrechtzuerhalten. Die These, dass inzwischen bei vielen modernen Tätigkeiten Gefühle und Professionalität miteinander assoziiert sein können, bleibt davon allerdings unberührt.

Was haben die freundlichen und nachsichtigen Flugbegleiterinnen mit Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleitern zu tun? Bei diesen sehr unterschiedlichen Aufgabenfeldern mutet der Vergleich zunächst befremdlich an. Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleiter sind gleichermaßen zu einer Form von Gefühlsarbeit aufgerufen. In Begleitungssituationen stehen die Gefühle und Bedürfnisse der Sterbenden im Fokus. Angst, Wut oder auch Freude können Ausgangspunkte der Kommunikation bilden. Die Gefühle der Person, die begleitet, sind wichtig im Rahmen der Selbstreflexion, müssen aber manchmal kontrolliert werden, um für den Sterbenden und ggf. seinen An- und Zugehörigen eine Hilfe sein zu können. Die Angst der Begleitenden darf vielleicht Raum einnehmen, aber sie darf die Situation nicht beherrschen. Gleichzeitig darf bzw. muss die Betroffenheit der begleitenden Person für den Sterbenden spürbar sein. Dies sind komplexe emotionale Aufgaben, denen Sterbebegleitende – unabhängig vom Geschlecht – in jeder Begleitungssituation auf das Neue begegnen. Hier stehen nicht nur Freundlichkeit und Nachsicht im Vordergrund, sondern eine große Bandbreite an Gefühlen, welche die Grundlage für vertrauensvolle Beziehungen bilden.

Diesen emotionalen Herausforderungen zu begegnen, ist in unserem Kulturraum tendenziell ein Metier von Frauen. Im Rahmen einer Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern scheinen Frauen traditionell mehr Gefühlsarbeit zu übernehmen. Vielleicht fühlen sich Frauen jedoch auch vor allem

dann berufen, wenn Empathie gefordert ist. Wir leben allerdings in einer Gesellschaft, in der sich eine auf Geschlechterkategorien zurückgehende Arbeitsteilung wandelt. Die neuen Väter, die Care-Arbeit selbstverständlich auf sich nehmen, sind ein Beispiel dafür. Außerdem werden geschlechtliche Zuordnungen durchlässiger und stehen sogar ganz zur Disposition. Es wird spannend sein, zu beobachten, wie sich diese Entwicklungen auf ehrenamtliche Sterbebegleitungen auswirken. Männer, Frauen und alle, die sich jenseits dieser Kategorien befinden, mag einiges trennen. Die Konfrontation mit dem Sterben eint uns aber alle. Die Hospizbewegung wirbt für Solidarität am Lebensende und das ist keine Frage des Geschlechts.

Melanie Pierburg

pierbu@uni-hildesheim.de

Literatur

Begemann, V., Seidel, S. (2015). *Nachhaltige Qualifizierung des Ehrenamts in der ambulanten Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen*. der hospiz verlag, Ludwigsburg.

Feldmann, K. (2010). *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. VS Verlag, Wiesbaden.

Hochschild, A. R. (2006). *Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle*. Campus Verlag, Frankfurt am Main.

Statistisches Bundesamt (2019). *Bevölkerung. Sterbefälle und Lebenserwartung*. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html, zuletzt aktualisiert am 11.04.2019.

STERBENDE BEGLEITEN – EIN BEFÄHIGUNGSKURS AUSSCHLIESSLICH FÜR MÄNNER?!

ANDREAS LÜDEKE

In unserem Hospizdienst ist der Anteil der männlichen Sterbegleiter, wie vermutlich in den meisten Hospizgruppen, eher niedrig. Er liegt im Durchschnitt bei 15%. Dabei wird häufig explizit die Sterbebegleitung durch einen Mann gewünscht. Aufgrund der niedrigen Männerquote können wir diesem Wunsch jedoch

leider oft nicht gerecht werden. Auch in Gruppenangeboten zur Trauerbegleitung, sowohl im Erwachsenenbereich als auch bei unseren Kinder- und Jugendtrauergruppen, erfahren wir immer wieder, wie wichtig gemischtgeschlechtliche Gruppenleitungen für die Trauernden sind.

Ein Männergrundkurs – kann das funktionieren?

Dennoch muss ich gestehen, dass ich es zunächst für einen Scherz hielt, als eine unserer Koordinatorinnen einen „Männergrundkurs“ vorschlug – waren wir doch in den bisher fast 100 Grundkursen jedes Mal froh, wenn wenigstens ein oder zwei Männer, wir nannten sie „Quotenmänner“ – teilnahmen. So fragten wir uns, ob wir wohl ausreichend Anmeldungen erhalten würden.

Trotz vieler Fragen und Bedenken haben wir uns ein Herz gefasst, den Kurs mutig in unser Jahresprogramm aufgenommen und in einem Presse-termin zusätzlich beworben. Es gab Überlegungen dazu, ab wie viel Teilnehmern der Kurs durchgeführt werden soll und ob es einer Anpassung der Inhalte bedarf. Wir waren sehr gespannt auf die Resonanz der Kursausschreibung, aber wie sich herausstellte, waren alle unsere Bedenken unbegründet.

Am 12. Januar 2019 startete der erste Männergrundkurs mit zwölf hochmotivierten Teilnehmern. Die beruflichen Hintergründe waren sehr unterschiedlich, so fanden sich unter anderem ein Elektromeister, ein Gartenbautechniker, ein Lehrer, zwei Diplom-Ingenieure, ein Steuerberater und ein Bäckermeister darunter. Das Alter der Teilnehmer lag zwischen 52 und 75 Jahren, im Durchschnitt bei 61 Jahren. Es soll nicht verschwiegen werden, dass unter den Teilnehmern die Ehepartner von zweien unserer hauptamtlichen Mitarbeiterinnen, einer Vorstandsfrau und einer aktiven ehrenamtlichen Mitarbeiterin waren. Aber keiner von ihnen wurde geschickt oder überredet, sondern alle haben sich freiwillig, mit großem Interesse angemeldet und waren neugierig, mehr über das zu erfahren, was ihnen

ihre Frauen von ihrer haupt- oder ehrenamtlichen Tätigkeit in der ambulanten Hospizarbeit erzählt hatten.

Gemeinsam mit einem erfahrenen Pfarrer, der Lehrer an einer berufsbildenden Schule ist und langjährige Erfahrungen in der Hospizarbeit mitbringt, übernahm ich die Kursleitung. Denn es war nur folgerichtig, dass dieser Kurs von zwei Männern geleitet wird.



Andreas Lüdeke

Anders als erwartet

Die Gruppe fand sich erstaunlich schnell zusammen und ein bald entstandenes gegenseitiges Vertrauen ermöglichte einen sehr offenen Umgang miteinander. Einige Teilnehmer äußerten, dass der Hinweis auf einen reinen Männerkurs sie sehr angesprochen und motiviert hätte, sich anzumelden. Andere wiederum bedauerten, dass nicht doch auch Frauen teilnahmen. Wieder anderen war es egal. Während der Kursdurchführung stellte sich schnell heraus, dass viele unserer vorherigen Bedenken in keiner Weise eintrafen. Männern wird ja manchmal unterstellt, sie seien eher schweigsam und wenig mitteilend, also insgesamt weniger kommunikativ als Frauen. So war im Vorfeld eine unserer Überlegungen, wie wir mit der Zeit umgehen, wenn der Bedarf zum Austausch nicht so ausgeprägt ist wie

in den sonstigen Grundkursen. Diese Gedanken waren unnötig, denn genau das Gegenteil traf zu: Die teilnehmenden Männer hatten ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Austausch und zeigten eine große Experimentierfreudigkeit. Sie hatten keinerlei Scheu, sich emotional berühren zu lassen und darüber ins Gespräch zu kommen, auch wenn sie mit manchen Methoden



Männergrundkurs



sicherlich Neuland betreten. Bei kurzen Gruppenarbeitssequenzen mussten wir die Teilnehmer sogar immer wieder auf die Einhaltung der Zeiten hinweisen.

Ein offener und unkomplizierter Umgang

Auch die Befürchtung, dass Männer sich eventuell schwerer tun mit Selbsterfahrungsanteilen, traf nicht ein. Bei körpernahen Übungen, wie zum Beispiel einer Blindenführung oder dem Versuch, eine Begleitsituation ohne Worte zu gestalten, erlebten wir viel Offenheit und Neugier, sich auf die neuen, nicht alltäglichen Erfahrungen einzulassen. Die Teilnehmer äußerten wiederholt, dass es deutlich einfacher sei, sich unter Männern darauf einzulassen, da hier weniger Berührungsängste bestehen. Andere äußerten, dass der Umgang miteinander auch deshalb unkomplizierter sei, da man sich nicht darstellen müsse und „unter sich“ sei. Sehr unkompliziert waren auch die Auswertungsrunden am Ende der einzelnen Sequenzen. Da wurde – anders als in gemischten Gruppen – ehrlich, offen und sehr direkt Feedback gegeben: „Der heutige Abend hat mir nicht so wirklich was gebracht“, hieß es dann schon mal, „aber ich komme nächstes Mal gerne wieder und bin gespannt auf das, was ihr dann mit uns vorhabt!“

Am Ende waren sich alle einig: „Es war eine wertvolle Bereicherung, sich auf diesen Kurs eingelassen zu haben. Das hat uns ganz neue Perspektiven eröffnet. Wir haben weniger vom Tod als mehr über das Leben erfahren.“

Was bedeutet das für die Zukunft?

Von den zwölf Teilnehmern haben sich inzwischen sechs für eine aktive Mitgliedschaft im Verein entschieden. Sie verstärken damit das Team der ca. 130 ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleiter unseres Vereins sowohl im Bereich Sterbe- und Trauerbegleitung als auch im Bereich Kinder- und Jugendhospizarbeit und steigern zudem, wenn auch nur in geringem Maße, den Anteil der männlichen Begleiter.

Nach den durch diesen Kurs gewonnenen positiven Erfahrungen können wir uns durchaus vorstellen, in Zukunft einen weiteren Männergrundkurs anzubieten. Wir suchen zudem noch nach Wegen und Möglichkeiten, jüngere Männer anzusprechen und für unsere Arbeit zu gewinnen.

Gern möchten wir auch anderen Hospizgruppen Mut machen, es einmal mit einem solchen Angebot zu versuchen.

» Entgegen allen Erwartungen zeigten die Männer Experimentierfreude, Offenheit und Ehrlichkeit.

Andreas Lüdeke

Geschäftsführender Koordinator
Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst-
Lippe e.V.
Leopoldstr. 16
32756 Detmold
Tel.: 0 52 31 - 96 28 00
www.hospiz-lippe.de
info@hospiz-lippe.de

Veranstaltungen

21.10.2019 - 23.10.2019 Köln
Familiensysteme im Ausnahmezustand
Wenn ein Mensch fehlt
Mildred-Scheel-Akademie, Köln
Tel.: 02 21 - 9 44 04 90
www.mildred-scheel-akademie.de

30.10.2019 Essen
**Beratung zur Patientenverfügung
in einfacher Sprache**
Zukunftsplanung am Lebensende
Caritasverband für das Bistum Essen e.V.
Tel.: 02 01 - 81 02 80
info@caritas-essen.de
www.caritas-essen.de

15.11.2019 - 16.11.2019 Coesfeld
**Methodenkoffer für Kurse und
Gruppenarbeit in der Hospizarbeit**
Kolping Bildungsstätte Coesfeld
Tel.: 0 25 41 - 80 31 32
u.bertels@bildungsstaette.kolping-ms.de
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.de

16.11.2019 Nürnberg
Himmel – Hölle – Fegefeuer
Der Umgang mit „schweren“ Bildern
in der Begleitung Sterbender
Hospizakademie Nürnberg
Tel.: 09 11 - 89 12 05 30
info@hospizakademie-nuernberg.de
www.hospizakademie-nuernberg.de

25.11.2019 - 29.11.2019 Winterberg
**Erfolgreiche Kommunikation
in sozialen Arbeitskontexten**
Personenzentrierte Gesprächsführung AWBG
St. Bonifatius, Bildungs- und Exerzitienhaus
Tel.: 0 29 81 - 9 27 30
info@bst-bonifatius.de
www.bst-bonifatius.de

09.12.2019 - 12.12.2019 (1. Teil) Coesfeld
**Leitungskompetenz in Hospizgruppen
nach § 39a SGB V**
Kolping Bildungsstätte Coesfeld
Tel.: 0 25 41 - 80 31 32
u.bertels@bildungsstaette.kolping-ms.de
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.de

11.12.2019 Berlin
**Kulturell unterschiedlicher
Schmerzausdruck -
wie damit umgehen?**
Akademie für Fort- und Weiterbildung -
Wannseeschulen Berlin
Tel.: 0 30 - 80 68 60 40
akademie@wannseeschulen.de
www.wannseeschulen.de

13.01.2020 - 15.01.2020 Mülheim a.d.R.
**Leitung von Teams in
herausfordernden Situationen**
Schwierige Lagen erfolgreich meistern
Paritätische Akademie NRW
Tel.: 02 02 - 2 82 22 30
lueckerath@paritaet-nrw.org
www.paritaetische-akademie-nrw.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

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

