



# Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2022 Ausgabe 92

Schwerpunkt:

**GENERATIONENWECHSEL**



## Liebe Leserinnen und Leser,

wie in vielen anderen sozialen oder auch kulturellen Bereichen erleben wir in der Hospizarbeit einen Generationenwechsel – nicht nur in der ehrenamtlichen Begleitungs- und Vorstandsarbeit, sondern auch im Hauptamt. Dieser unvermeidliche Wechsel bringt viele Chancen mit sich, ist jedoch mancherorts auch mit Sorgen verbunden, vor allem dann, wenn die Frauen und Männer der ersten Stunde als Wegbereiterinnen und Wegbereiter vermeintlich große Fußstapfen hinterlassen haben. Auch wenn es so wäre: Jedes Engagement erhält einen individuellen Anstrich. Mit jedem neuen Mitarbeiter und jeder neuen Mitarbeiterin ändert sich der Farbton. Kein Weg ist wie der andere. Dabei bleibt er zwar gesäumt von den für die Begleitung Sterbender unerlässlichen Grundhaltungen und Werten, doch kann er nun – und muss vielleicht auch – neu gestaltet werden. So gilt es, das Bewährte zu erhalten, Kreatives zu schaffen, Neuartiges zu etablieren und dabei mutig mit den eigenen Schuhen den Weg in die Zukunft zu beschreiten.

Eine gute Lektüre wünscht Ihnen



Ihre Dr. Gerlinde Dingerkus

## INFORMATION

- 4 Tod, Trauer, Trost – Mit Kunst gegen die Ohnmacht**  
Boris Hait, Elena Margolina-Hait & Robert J. Hait
- 7 Ein Bewusstsein für die politische Biographie**  
Interview mit Gereon Heuft
- 10 Trauernden begegnen – Ein Seminarkonzept**  
Irmgard Hewing
- 13 Das Lebensende thematisieren**  
Nicola Rieder et al., Palli-Kom

## SCHWERPUNKT GENERATIONENWECHSEL

- 16 Zwischen Tradition und Ökonomisierung – Kann die ursprüngliche Hospizidee bewahrt werden?**  
Miriam Püschel
- 19 Haltung weitergeben, Übergänge gestalten**  
Sabine Löhr, Judith Kohlstruck
- 23 Junges Ehrenamt**  
Bernadette Groebe
- 25 Leserbrief**  
Zum Beitrag „Sterben ohne Abschied“ (Autorin: Anke Sauter) von Norbert Mucksch
- 26 Veranstaltungen**
- 27 Impressum**



## TOD, TRAUER, TROST – MIT KUNST GEGEN DIE OHNMACHT

BORIS HAIT, ELENA MARGOLINA-HAIT & ROBERT J. HAIT

**D**ie Eheleute Boris Hait und Elena Margolina-Hait sind in Lwiw, Ukraine, geboren und leben schon seit vielen Jahren in Unna. Dem Palliativmediziner und der Konzertpianistin und Klavierprofessorin an der Hochschule für Musik in Detmold ist es schon seit langem ein Herzensanliegen, sich dem Thema „Tod, Trauer und Trost“ gemeinsam literarisch und musikalisch zu nähern. Mit Kriegsbeginn in der Ukraine ist der Moment gekommen, dieses besondere Projekt in Form einer CD in die Tat umzusetzen.

**„Die Wiege schaukelt über einem Abgrund, und der platte Menschenverstand sagt uns, dass unser Leben nur ein kurzer Lichtspalt zwischen zwei Ewigkeiten des Dunkels ist.“**

*Vladimir Nabokov*

Innerhalb dieses kurzen Lichtspaltes wandeln wir auf gewundenen Wegen und hinterlassen unsere

Spuren. Der Lichtspalt beherbergt alles. All das, was uns ausmacht, was das Leben lebenswert macht, was uns menschlich macht: Freude und Bestürzung, Hoffnung und Angst, Liebe und Verletzung, Errungenschaften und Rückschläge – Tod, Trauer und Trost.

Wo komme ich her? Wo gehe ich hin? Was ist, wenn ich nicht mehr bin?

Seit jeher ist die Beschäftigung sowohl mit Fragen des Lichtes als auch mit denen ewiger Dunkelheit eine unumstößliche Konstante unseres Seins. Es berührt und bewegt die Menschen über alle Lebenslagen, Gesellschaftsschichten und Zeitdimensionen hinweg. So überrascht es keineswegs, dass diese Gedanken gerade auch in der Musik und Literatur Einzug halten und Künstler sich kontrovers mit dem Thema „Tod, Trauer und Trost“ auseinandersetzen – so wie die Pianistin und Interpretin dieser CD.

Doch auch für die Medizin ist dieser Balanceakt eine unabdingbare Existenzgrundlage. Nirgendwo verschwimmen hierbei die Grenzen so flüssig wie in der Palliativmedizin. Für den Sprecher der Texte dieser CD, der seit langem in der medizinischen Versorgung Schwerstkranker arbeitet, ist seine Tätigkeit als Palliativmediziner von unschätzbarem Wert. Sterbebegleitung eröffnet einzigartige Perspektiven auf das Leben, den Tod und das, was danach kommen mag. Im Dialog mit Menschen an ihrem Lebensende offenbart sich ein reichhaltiger Schatz: Wut, Angst und Verzweiflung angesichts des Unbekannten, Vorahnung des Unausweichlichen, die Reue vertaner Chancen, das Ringen mit dem eigenen Schicksal, unendliche Trauer und Einsamkeit – aber auch die Weisheit und das Glücksgefühl eines erfüllten Lebens, Hoffnung, Freude der Erinnerung, Befreiung, Zuversicht und Neugier auf das Nahende. Wie durch ein Kaleidoskop ermöglicht es die Sterbebegleitung, einen flüchtigen Blick auf den illustren Lichtspalt des Menschenlebens zu erhaschen.

Eine Niederschrift simpler Worte vermag es nicht, die Erfahrungen am Sterbebett in ihrem Gefühlsreichtum, ihrer Widersprüchlichkeit, ihrer Komplexität und ihrer Schönheit zu erzählen. Doch das klangliche Zusammenspiel von Musik und Literatur erlaubt es, die Tiefe und Wahrhaftigkeit der menschlichen Seele zu beleuchten. Daher rührt die Ursprungs-idee dieser CD.

Mit dem Ausbruch des Krieges in der Ukraine war für die Träger dieses Projektes der Zeitpunkt gekommen, die Idee zu realisieren. Am 24. Februar 2022 ist das Thema „Tod, Trauer und Trost“ nahezu unvorstellbar grausam, erbarmungslos und betäubend über uns hereingebrochen. An dem Tag, der den Lauf der Geschichte veränderte – für die Ukraine, für Europa, für die Welt. Auch für uns. Einige unserer engsten Freunde befinden sich auch aktuell noch im Kriegsgebiet, ihrer Heimat. Manche von ihnen verbringen ihren Alltag stundenlang in Luftschutzbunkern. Andere schaffen angesichts der heranrückenden Lebensgefahr ihre Kinder außer Landes, nicht wissend, ob und wann die Familie wieder vereint sein wird.

Seit Anfang März leben in unserem Haus zwei Jugendliche aus Charkiw. Mit beklemmender Fassungs- und Sprachlosigkeit beobachteten wir, wie die beiden am Frühstückstisch zusammensackten, als sie das dumpfe Grollen der Flugzeugtriebwerke über ihren Köpfen vernahmen. Zum Glück war es – dieses Mal – lediglich eine Passagiermaschine im Landeanflug auf Dortmund.

Musik und Literatur wirken auf die Menschen als Berührung mit dem Schönen, als Leuchtfeuer glühender Ideale, als Vermittler wahrhaftiger Werte. Sie sind somit ein einzigartiges Mittel, um Trost zu



Cover CD

spenden, um Ohnmacht zu überwinden, um auf Neue Hoffnung zu fassen. Die Musik und die Texte dieser CD haben nicht nur zum Ziel, einen Beitrag zur Enttabuisierung des Todes zu leisten. Vielmehr wollen sie den Menschen, die sich mit der neuen Welt, einer düsteren und lähmenden Kriegsrealität, konfrontiert sehen, bei der Verarbeitung ihrer Trauer eine Stütze sein.

Uns Trägern dieses Projektes ist es ein besonderes Anliegen, unsere Zuhörerinnen und Zuhörer mit

Werken ukrainischer Künstlerinnen und Künstler vertraut zu machen. Die entmenschlichende, aufhetzende Rhetorik des russischen Staates benutzt Begriffe wie „Entukrainisierung“, um die historischen Wurzeln des ukrainischen Volkes, seine Sprache und seine Kultur zu verhöhnen, zu negieren und zu pervertieren. Daher fühlen wir uns verpflichtet, die Schönheit und Schätze der ukrainischen Kultur in Wort und Klang lebendig zu erhalten.

Zu musikalischen Werken von Bach, Mozart, Schubert, Chopin, Gluck, Nepomuceno, Glinka sowie von den ukrainischen Komponisten Lyssenko, Skoryk und Bortkiewicz sind literarische Beiträge zu hören von Goethe, Ringelnatz, Kaléko, Rilke, Bonhoeffer, Roth, Eichendorff, Droste-Hülshoff, Streiff, Münchhausen, Andersen, Blumenthal, Fossen, Fried, Saint-Exupéry, Nabokov, Tolstoi, Latendorf und von den ukrainischen Dichtern Schewtschenko, Franko, Lessja Ukrajinka, Tschuprynka und Swidsinskyj.

Die CD kann bestellt werden unter:  
cd-margolina@gmx.de.

Die Erlöse aus dieser CD sollen insbesondere Krankenhäusern in der westukrainischen Stadt Lwiw sowie jungen aus der Ukraine nach Deutschland geflohenen Menschen zugutekommen. Wir bedanken uns ganz herzlich für die freundliche Unterstützung bei „Rotary Club Unna, District 1900“ & „Rotary Unna Stiftung“.



v. l. n. r.: Elena Margolina-Hait, Boris Hait & Robert J. Hait

#### **Kontakt**

Dr. Boris Hait  
Palliativzentrum am  
Christlichen Klinikum Unna Mitte  
Obere Husemannstraße 2  
59423 Unna  
mobil: 01 78 - 8 76 48 34  
dienstlich: 0 23 03 - 1 00 60 34  
b.hait@gmx.de  
b.hait@hospitalverbund.de

# EIN BEWUSSTSEIN FÜR DIE POLITISCHE BIOGRAPHIE

## Die Bedeutung des Ukrainekriegs für die Zeitzeugen des Zweiten Weltkrieges

Interview mit Prof. Dr. Gereon Heuft, geboren 1954, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind u. a. die Psychotraumatologie, Gerontopsychosomatik, Alterspsychotherapie.

### Was geschieht bei den Menschen, die den Zweiten Weltkrieg erlebt haben, wenn sie jetzt die Bilder aus der Ukraine sehen?

Wir sollten da unterscheiden zwischen den heute Hochaltrigen, 93 Jahre und älter, die z. B. selbst in Kampfhandlungen involviert waren, und den 77- bis 93-Jährigen, also der Kriegskindergeneration, die nicht direkt mit Kampfhandlungen konfrontiert war. Von diesen sind ein Drittel der nichtjüdischen Bevölkerung schwerstbelastet und traumatisiert, während es bei der jüdischen Bevölkerung in der Altersgruppe zu 100 % Betroffene gibt.

Bei diesem Drittel bestehen die Traumata z. B. auf Grund von Tiefflieger- oder Bombenangriffen, es gab praktisch nichts zu essen, sie waren auf der

Flucht oder haben sexualisierte Gewalt erlebt. Für diese Gruppe besteht eine relativ erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass durch die Kriegsberichterstattung lange zurückliegende Belastungen wieder hochkommen, evtl. mit Symptomen einer spät beginnenden Posttraumatischen Belastungsstörung oder durch Symptome, in denen sich die Belastungssituation im Körpersymptom symbolisierend wiederholt. Dass man z. B. keine Luft mehr bekommen hat und heute bei einer sogenannten Trauma-Reaktivierung diese Luftnot wieder auftritt, auch wenn sie organisch nicht begründet ist.

Für die Hochaltrigen gilt das genauso, mit dem Akzent, dass unter Umständen noch die Täter-, also die Schuldthematik hinzukommt.

### **Was genau wirkt auf die alten Menschen und was können die Angehörigen tun?**

Der stärkste Motor für die Reaktivierung schwerer Belastungen sind die Bilder. Wenn Angehörige das bemerken, dann könnten sie den älteren Menschen mit Kriegserfahrungen raten, den Bilderkonsum einzuschränken, z. B. auf Radionachrichten zurückzugreifen.

Es gibt keine Studien in dieser Altersgruppe, aber wir wissen aus klinischen Zusammenhängen, dass die Konfrontation mit Bildern stärkere Erinnerungsreize setzt. Und wir wissen auch, dass es nicht gut ist, ununterbrochen Nachrichten zu verfolgen, was wir möglicherweise aus Solidaritätsgründen tun. Da ist eine gesunde Abgrenzung notwendig.

### **Wie erkennt man insbesondere bei Menschen mit Demenz, ob und was die Bilder in ihnen auslösen?**

Hier kommen weitere Faktoren hinzu. Ich würde gern das Beispiel einer Bewohnerin anführen: Sie war gut integriert und völlig unauffällig, solange sie noch selber mobil war und sich weitgehend selbstständig pflegen konnte. Bei Fortschreiten ihrer Erkrankung und als sie auf Hilfe bei der Körperpflege angewiesen war, wurde sie zunehmend aggressiver. Das verstand niemand und die Pflegekräfte fühlten sich abgelehnt. Keiner hatte mehr Lust, mit ihr zu arbeiten. Einige Zeit später gelang es, über die Schwester der Bewohnerin zu erfahren, dass sie Ende des Zweiten Weltkriegs ein Vergewaltigungstrauma erlitten hatte. Ihr ganzes weiteres Leben war sie alleinstehend und hatte damit auch körperliche Nähe vermieden. Nun war Berührung über die Pflege notwendig. Die Kenntnis dieser Not ermöglichte es den Pflegenden, wieder Solidarität mit der Bewohnerin zu entwickeln und den Ablauf der körperlichen Pflege so zu gestalten, dass die Patienten bei der Körperpflege nicht ganz aufgedeckt war und gleichzeitig mit ihr beruhigend gesprochen wurde. Dieser neue Ansatz führte allseitig zu einer Entlastung.

### **Wie kann die Kommunikation mit den Menschen gestaltet werden, die angesichts ihrer Erinnerungen unter Angstgefühlen leiden?**

Grundsätzlich sind traumatherapeutische Behandlungsmethoden nicht altersgebunden. Aber gerade

bei dieser vulnerablen Gruppe der in absehbarer Zeit Sterbenden, bei denen die psychische Kraft und Perspektive gegebenenfalls nicht mehr ausreicht, sind diese „anstrengenden Psychotherapiemethoden“ vielleicht nicht mehr indiziert.

Dann würde ich alternativ vorschlagen, gut wahrzunehmen und zuzuhören, ob jemand sprechen möchte. Man sollte das Gesprächsangebot nicht forcieren und auch keinen Druck ausüben. Wenn jemand reden möchte, sollte es jedem bewusst sein, dass die Inhalte auch für den Zuhörenden sehr belastend sein können.

Manchmal neigt man als Zuhörer zum Beschwichtigenden. Das könnte jedoch bei dem Sprechenden zum Gefühl eines Abgewimmeltwerdens oder auch einer Abwertung führen ... daher ist es besser, als Zuhörer begleitend und spiegelnd, aber nicht beschwichtigend zu reagieren. Und auch auf keinen Fall überreagieren und dramatisieren, sondern eher in Verbundenheit mitfühlen. Das ist oft eher eine zugewandte Haltung, bei der man nicht allzu viel sprechen muss.

### **Was ist wichtig für Fachleute aus Pflege und Medizin?**

Es kann schon eine Herausforderung für die Behandelnden sein, wenn z. B. jemand mit 87 Jahren, der mit diesen Bildern aus dem Ukrainekrieg konfrontiert ist, plötzlich wieder eigene schwerste Kriegserfahrungen erinnert und ansprechen möchte. Sollten sich aufgrund der Erinnerungen psychische oder körperlich nicht erklärbare (psychosomatische) Symptome entwickeln, ist die Differenzialdiagnostik oft auch für die behandelnden Ärzte nicht einfach.

Man wird zunächst immer auch körperliche Ursachen für die Symptomatik ausschließen müssen. Wenn man weiß, dass der Betroffene solche Erfahrungen gemacht hat, und deswegen unter Erinnerungsbildern leiden könnte, dann könnte man zumindest vorsichtig versuchen, die Zusammenhänge zwischen den damaligen Erfahrungen und den heutigen Symptomen anzusprechen. Man merkt relativ schnell, ob der Betreffende den Ball aufgreift, oder ob er „abblockt“.

### **Denken Sie, dass es genug Professionelle gibt, die in diesem Bereich unterstützen können?**

Sicher nicht. Der gesamte Bereich der Alterspsychotherapie ist erheblich unterbesetzt. Im Hinblick auf ältere Menschen zeigt sich hier ein noch größeres Defizit. Das hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen. Therapeuten im mittleren und jüngeren Erwachsenenalter lassen evtl. das Thema des Alternsprozesses nicht so gerne an sich herankommen, da sie selber diese Entwicklungsaufgabe noch vor sich haben – und das macht Angst. Diese Jahrgänge suchen auch noch weniger aktiv nach Psychotherapie. Deutschland und Österreich waren ja bis zum II. Weltkrieg führend in der Psychotherapie. Nach Ende des II. Weltkrieges hatte die Nationalsozialistische Diktatur die meisten Experten vertrieben oder umgebracht, so dass in den ersten Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg das psychotherapeutische Wissen erst mühsam wieder „importiert“ werden musste. Die nachwachsende Altersgeneration hat oft schon im mittleren Lebensalter selber Erfahrungen mit Psychotherapie sammeln können oder kennt Menschen, die von einer solchen Behandlung profitiert haben. Daher erwarte ich in 10-20 Jahren eine deutliche Veränderung. Die nachfolgende Altersgeneration wird Psychotherapieangebote viel eher einfordern.

### **Gibt es noch etwas, was Sie unseren Leserinnen und Lesern aus der Hospiz- und Palliativversorgung empfehlen würden?**

Ja, ich glaube, es ist wichtig, dass sie ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass ihre Schutzbefohlenen, egal in welchem Kontext, auch eine politische Biographie haben. Diese kann relativ unbelastet gewesen sein: Nehmen wir z. B. jemanden, der während des Kriegs im Allgäu in der Landwirtschaft aufgewachsen ist. Die Eltern waren beide unabhkömmlich auf dem Hof und wurden nicht eingezogen, es gab immer genug zu essen und keine Flucht, keine Bombenangriffe, keine Kinderlandverschickung. Andere wiederum waren, wie bereits erwähnt, mittel- oder stark betroffen von Kriegsgeschehnissen. Und dies kann eben auch Anlass dafür sein, dass im Alter, wie z. B. jetzt durch den Ukraine-Krieg, Erinnerungen und Traumata wieder hochgespült werden.

Menschen im Hospiz befinden sich in einer erhöhten Vulnerabilität. Sie realisieren die Lebensbegrenzung und sind mit dem Tod bedroht. Diese Erfahrungen führen unter Umständen zu einer höheren psychischen Empfindlichkeit. Daher sollte man Menschen im Hospiz ermöglichen, dass sie angesichts der Belastungen, die sie jetzt für sich persönlich zu tragen haben, eine Grenze setzen dürfen. Dazu darf man die Bewohner auch aktiv ermutigen.



**Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Gereon Heuft**  
Sektion für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Münster  
Albert-Schweitzer-Campus 1 (Geb. A9)  
48149 Münster  
Tel.: 02 51 - 8 35 29 01  
Fax: 02 51- 8 35 29 03  
heuftge@ukmuenster.de



## TRAUERNDEN BEGEGNEN – EIN SEMINARKONZEPT

IRMGARD HEWING

**T**rauer ist ein höchst individueller Prozess. Für den einen ist der Verlust mit einer emotionalen oder auch existentiellen Krise verbunden, für den anderen ist der Verlust berührend und doch annehmbar. Kein Mensch trauert wie der andere, auch stellen sich Menschen, die einen Verlust erlebt haben, diesem auf sehr unterschiedliche Weise.

### Was wir meinen, wenn wir von Trauer sprechen

Trauer ist die Reaktion eines Menschen auf einen Verlust, ob durch Tod oder Trennung von einem Nahestehenden, aber auch durch den Abschied von materiellen Dingen, z. B. von der beruflichen Rolle, dem finanziellen Status oder auch von der eigenen gesundheitlichen Unversehrtheit. Trauern ist eine angeborene emotionale Fähigkeit, mit Verlusten umzugehen. Denn alle Menschen – ob Kinder oder Erwachsene – müssen sich nach dem Tod eines

Nahestehenden neu auf sich selbst besinnen, in einer veränderten Lebenssituation orientieren und neu zurechtfinden. Trauer kann ein wegweisender heilender Prozess sein, um mit dem Vergangenen abzuschließen, sich dem Zukünftigen zuzuwenden und das Leben in einen neuen Zusammenhang zu stellen.

Seit 2019 ist die sogenannte „anhaltende Trauerstörung“ als pathologische Trauerreaktion eine in der ICD<sup>1</sup> 11 klassifizierte Krankheit. Die Kriterien für die Diagnose sind laut WHO: Funktionseinschrän-

<sup>1</sup> Die ICD ist ein weltweit genutztes Klassifikationssystem, in dem Krankheiten definiert werden. Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ oder auf deutsch: „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“. In der Kurzform spricht man von der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“.

kung im Alltag, ein starkes Verlangen nach und eine anhaltende Beschäftigung mit der/dem Verstorbenen, verbunden mit starkem emotionalem Schmerz – über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr. Das Einfügen der Trauer in die ICD wurde und wird immer noch kritisch diskutiert.

Aus der Trauerforschung ist bekannt, dass ein gesunder Trauerprozess keine zeitlich fest definierten Grenzen hat. Das erste Trauerjahr ist von besonderer Bedeutung, da jedes bisher gemeinsam gelebte Ritual, jeder Geburtstag, besondere Festtage oder Erlebnisse, die in einem Kalenderjahr stattgefunden haben, mindestens einmal ohne die/den Verstorbene/n durchlebt werden. Aber die intensiven Gefühle gehen oft sehr weit über das traditionelle Trauerjahr hinaus.

### Was Trauernde brauchen

Menschen in Trauer benötigen wertfreien Respekt in ihrem Handeln und auch in ihrem Nichthandeln. Sie leben in einem Gewirr von Gefühlen, die im Leben derer, die nicht trauern, so nicht vorkommen. Für sie gibt es nicht die Trauerkultur, die ihnen eine Orientierung oder einen „Leitfaden“ bieten könnte. Und auch wenn man sich durch Literatur oder Filme mit der Thematik beschäftigt hat, ist letztendlich wohl niemand vorbereitet: auf den emotionalen Schmerz, auf die eigene Verunsicherung oder auf andere plötzlich auftretende Gefühle und Veränderungen. Wenn ein geliebter Mensch stirbt, bleibt eine schmerzliche Lücke im Alltag der Hinterbliebenen. Plötzlich ist nichts mehr wie vorher.

Auch wenn Tod und Sterben zum Leben gehören, ist es in unserer Gesellschaft häufig ein Tabuthema. Gerade dann ist es aber wichtig, dass die Menschen in der Umgebung nicht wegschauen und ausweichen, sondern im Gegenteil: hinschauen und dableiben. Trauernden zu begegnen, braucht jedoch manchmal eine Portion Mut. Ihr Gegenüber ist unsicher, hat Sorge, nicht die richtigen Worte zu finden, oder fühlt sich ohnmächtig.

„Gestern bin ich in der Stadt einer alten Bekannten begegnet, deren Ehemann kürzlich verstorben ist. Ich wusste gar nicht, was ich sagen sollte. Am liebsten wäre ich ihr aus dem Weg gegangen. Ich hatte

Angst, etwas falsch zu machen, etwas Falsches zu sagen. Ich fühlte mich so hilflos!“

„Auch nach zwei Jahren wiederholt meine Nachbarin immer wieder die alten Geschichten um ihren verstorbenen Bruder. Ich kann es nicht mehr hören!“

„Vor zwei Wochen ist meine Tochter gestorben. In meinem ganzen Schmerz und meiner ganzen Trauer werde ich nun auch noch von vielen Menschen gemieden. Dabei wünschte ich mir so sehr ihre Ansprache!“

Solche und ähnliche Aussagen zeigen die Angst und die Hilflosigkeit im Umgang mit Trauernden.

### Das Seminar „Trauernden Begegnen – ein Mutmachseminar“

All diese Gedanken mündeten in der Idee, ein Konzept zu entwickeln, das Menschen in ihrem alltäglichen Leben darin stärken und sie ermutigen soll, Trauernde nicht alleinzulassen, sondern ihnen mit Achtsamkeit, Empathie, Wertschätzung und Verständnis zu begegnen. Mit dem „Mutmachseminar“ machte Sabine Wüppenhorst einen großen Schritt in diese Richtung und damit hin zu einer positiven Entwicklung unserer Gesellschaft, indem die Trauer aus der Tabuzone heraus- und wieder ins Leben hineingeholt wird. In Zusammenarbeit mit ALPHA NRW und Koordinatorinnen aus ambulanten Hospizdiensten entstand eine Publikation, die das Seminarkonzept enthält (incl. Arbeitsblätter und Präsentation) mit dem Ziel, Trauer besprechbar zu machen und Berührungssängste abzubauen.

### An wen sich das Seminar richtet

Das niedrigschwellig ausgerichtete Mutmachseminar richtet sich an Menschen, die sich im Umgang mit Trauernden hilflos fühlen, die mehr über Trauer und Trauernde erfahren wollen und die bereit sind, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Es hat einen Umfang von wenigen Stunden. Wichtig für die Ausschreibung ist es, deutlich zu machen, dass es sich nicht um ein Selbsthilfe- oder Trauerbegleitungsangebot handelt. Die Umsetzung soll durch erfahrene und fachlich sichere Referentinnen und Referenten, Koordinatorinnen und Koordinatoren erfolgen.

### Das Seminarkonzept

Biographiearbeit, Trauermodelle, Trauerverläufe sind hilfreiche Elemente, um Trauer zu verstehen, und werden hier vorgestellt. Es geht nicht um das Trösten: Die Kraft des Zuhörens und ein einfaches Dasein helfen. Die eigene Unsicherheit im Gespräch mit Trauernden zu thematisieren, durch Nachfragen ihre Wünsche bezüglich des Umgangs mit ihnen zu erkunden und Hilfsbereitschaft zu signalisieren, können hilfreiche Gesten sein, um ins Gespräch zu kommen.

In fünf Pilotveranstaltungen wurde das Seminar online durchgeführt, die Rückmeldungen der Teilnehmenden waren mehr als positiv und machten den Bedarf deutlich. „Wie leicht kann das Gespräch sein, wenn dem Thema Trauer normal begegnet wird!“ Viele waren überrascht darüber, wie berührend, offen und leicht sie miteinander ins Gespräch kamen.

Der rote Faden in diesem Seminar, das ursprünglich in Präsenz gedacht war, aber auch sehr gut online durchführbar ist, besteht in der Wertschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, da zu sein, um Gedanken zu sortieren, den Blickwinkel zu verändern, eigene Kompetenzen zu entdecken und den Mut, die Leichtigkeit zu finden, Trauernden zu begegnen, so wie sie es zulassen können, hinzuschauen, da zu sein, zu akzeptieren.

Sie können die Publikation als Druckfassung bestellen oder als PDF über [www.alpha-nrw.de](http://www.alpha-nrw.de) abrufen.



#### Irmgard Hewing

Ansprechstelle im  
Land NRW zur  
Palliativversorgung,  
Hospizarbeit und  
Angehörigenbegleitung  
Landesteil Westfalen  
Friedrich-Ebert-Straße 157-159  
48153 Münster  
Tel.: 02 51 - 23 08 48  
[alpha@muenster.de](mailto:alpha@muenster.de)  
[www.alpha-nrw.de](http://www.alpha-nrw.de)



## DAS LEBENSENDE THEMATISIEREN

### Kommunikationstraining zur Förderung des frühzeitigen Ansprechens palliativmedizinischer Themen bei unheilbar an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten

NICOLA RIEDER (FÜR DIE PALLI-KOM-PROJEKTGRUPPE\*)

**D**ie interprofessionelle Projektgruppe PALLI-KOM (Verbesserung der Palliativversorgung durch frühzeitige Aufklärung von Krebspatientinnen und -patienten) hat im Rahmen einer Förderung durch die Deutsche

Krebshilfe e. V. ein Kommunikationstraining für Ärztinnen und Ärzte entwickelt und erprobt.

Viele Studien zeigen die unterschiedlichen positiven Auswirkungen einer frühzeitigen Kommunikation palliativmedizinischer und das Lebensende betreffender Themen auf die Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten, beispielsweise mit Blick auf die Lebensqualität, Symptomkontrolle, Zufriedenheit und die Umsetzung wunschgerechter Therapien (Bakitas et al., 2015). Zudem weisen verschiedene Studien darauf hin, dass unheilbar an Krebs erkrankte Patientinnen und Patienten frühzeitige Gespräche über den Verlauf ihrer Erkrankung, das Sterben und die Möglichkeiten der Versorgung am Lebensende selbst für sehr wichtig erachten (Collins et al. 2018; LeBlanc et al., 2018). Dennoch gibt es unterschiedliche Faktoren, die solch ein rechtzeitiges Ansprechen immer wieder

\* Projektgruppe: Karin Oechsle<sup>1</sup> und Corinna Bergelt<sup>2</sup> (Projektleitung), Nele Harnischfeger<sup>1</sup>, Hilke Rath<sup>2</sup>, Anne Letsch<sup>3</sup>, Rudina Marx<sup>3</sup>, Hannah Brand<sup>3</sup>, Peter Thuss-Patience<sup>4</sup>, Karl Haller<sup>4</sup>, Bernd Alt-Epping<sup>5,6</sup>, Nicola Rieder<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2. Medizinische Klinik und Poliklinik, Palliativmedizin, Hamburg, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, Kiel, <sup>4</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Berlin, <sup>5</sup>Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen, <sup>6</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Palliativmedizin, Heidelberg

erschweren. So wird die frühzeitige palliativmedizinische Mitbetreuung in nationalen und internationalen Leitlinien zwar als Standard angesehen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020; Giligan, 2017), ist in Deutschland aber noch immer kein systematisch etablierter Teil der Regelversorgung (Gärtner et al., 2016; Berendt et al., 2017; Berendt et al., 2016). Nicht-palliativmedizinisch weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten fällt es oft schwer, palliativmedizinische Themen frühzeitig im Krankheitsverlauf anzusprechen. Gründe hierfür können beispielsweise kommunikative Unsicherheiten, fehlendes Wissen, Zeitdruck oder die Angst vor negativen Auswirkungen auf die weitere Beziehung zu den Patientinnen und Patienten sein (Granek et al., 2017).

Ein Ziel des PALLI-KOM Projekts war somit die Entwicklung eines niedrigschwelligen Trainings, das die ärztliche Gesprächsführungskompetenz im Hinblick auf palliativmedizinische und das Lebensende betreffende Themen fördert und Barrieren im Gespräch mit unheilbar an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten abbaut. Die Entwicklung erfolgte basierend auf einer eingehenden Literaturrecherche, den Ergebnissen von vier hierzu durchgeführten Fokusgruppen (Anm.: eine moderierte Form der Gruppendiskussion) sowie den Erfahrungen verschiedener Expertinnen und Experten.

So konnte ein 2 x 90-minütiges, manualisiertes Kommunikationstraining entwickelt werden, in dem mittels theoretischer Inhaltsvermittlung, einer beispielhaften Videosequenz, praktischen Rollenspielen, professionellem Feedback und einer Kommunikationshilfe für den Berufsalltag die ärztliche Gesprächskompetenz gefördert werden soll.

Um das Training in einem zweiten Schritt wissenschaftlich zu erproben, wurden die Teilnehmenden (onkologisch tätige Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen an fünf unterschiedlichen Standorten) zunächst zufällig in Interventions- oder Wartekontrollgruppen aufgeteilt. Die Erhebung der Studien-Daten erfolgte zu zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten (vor und nach dem Training), zwischen denen jeweils nur die Interventionsgruppe das Training erhielt. Dabei führten die Teilnehmenden videobasierte Simulationsgesprä-

che mit speziell geschulten Schauspielpatientinnen und -patienten, die hierbei unterschiedliche, standardisierte Rollen einnahmen. Die Aufzeichnungen dieser Gespräche wurden anschließend durch Forscherinnen und Forscher, die keine Informationen über die Gruppenzugehörigkeit hatten, anhand eines Bewertungssystems hinsichtlich der Gesprächskompetenz bezüglich palliativmedizinischer Themen beurteilt. Diese wird in fünf Kategorien unterschieden: „über Emotionen sprechen und Empathie zeigen“, „Vermittlung von Möglichkeiten und Hoffnung“, „Thematisierung des Lebensendes“, „Erläuterung des Konzepts der Palliativmedizin“ und „weitere tumorspezifische Behandlung besprechen“. Zudem wurde die teilnehmende Ärzteschaft gebeten, die geführten Gespräche mittels eines Fragebogens selbst einzuschätzen. Auch die Simulationspatientinnen und -patienten wurden gebeten, anhand eines dafür vorbereiteten Fragebogens die Gesprächsleistung ihres Gegenübers einzuschätzen. Nach Abschluss der Datenerhebung erhielten auch die Teilnehmenden der Wartekontrollgruppen ihr Training.

### **Pandemiebedingte Anpassungen**

Das Training sowie die Simulationsgespräche vor und nach dem Training wurden ursprünglich als Präsenzformat entwickelt. Durch die Corona-Pandemie musste in beiden Fällen auf ein Online-Format ausgewichen werden. Dies ließ sich sehr gut umsetzen und wurde von allen Teilnehmenden positiv angenommen.

Insgesamt nahmen 141 Ärztinnen und Ärzte an der Studie teil, von denen 73 der Interventions- und 68 der Wartekontrollgruppe zugeteilt wurden. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt etwa 33 Jahre alt. Zu einem etwas größeren Anteil waren Frauen vertreten (59,8%). Nach Absolvieren des Trainings wiesen die Teilnehmenden der Interventionsgruppen im direkten Vergleich in vier von fünf Bewertungsskalen eine signifikant größere Verbesserung der Gesprächsleistung auf. Lediglich für die Skala „weitere tumorspezifische Behandlung besprechen“ ließ sich durch das Training keine signifikant größere Verbesserung erwirken. Auch im Blick auf die ärztliche Selbsteinschätzung zeigten sich signifikante positive Effekte des Trainings, beispielsweise in Bezug auf eine höhere wahrgenommene Selbstwirksamkeit der Ärztinnen und Ärzte, eine

weniger negative Einstellung gegenüber der Versorgung Sterbender und weniger vermeidende Kommunikationsstrategien. Auch die selbstempfundene Sicherheit, das Lebensende anzusprechen, selbst wenn es noch nicht unmittelbar bevorsteht, konnte durch das Training positiv beeinflusst werden. Aus Sicht der Simulationspatientinnen und -patienten konnte unter anderem die Qualität der Interaktion signifikant positiv beeinflusst werden.

*„[...] anbei der Fragebogen nach meinem heutigen Gespräch mit der Simulationspatientin. Ich muss sagen, dieses Mal fiel mir das Gespräch sehr viel leichter. Ich wollte mich erneut bei Ihnen und bei [Name Dozent] bedanken für die Möglichkeit, in dieser Studie teilnehmen zu dürfen. Es war wirklich super lehr- und hilfreich für unseren Alltag.“*  
(Rückmeldung einer teilnehmenden Ärztin)

Die Ergebnisse zeigen, dass ein niederschwelliges, kompaktes Training bereits zu Verbesserungen der frühzeitigen ärztlichen Kommunikation über palliativmedizinische Themen führen kann. Eine zukünftige Implementierung – z. B. durch die Aufnahme in Fortbildungscurricula – könnte ein rechtzeitigeres Ansprechen fördern und damit die Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten weiter verbessern.

## Literatur

- Bakitas, M., Tosteson, T., Li, Z., Lyons, K., Hull, J., Li, Z., Dionne-Odom, J., Frost, J., Dagnev, L., Hegel, M., Azuero, A., Ahles, T.,** (2015). Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(13):1438.
- Collins, A., McLachlan, S., Philip, J.,** (2018). Communication about palliative care: A phenomenological study exploring patient views and responses to its discussion. *Palliative medicine*, 32(1):133-42.
- LeBlanc, T., Bloom, N., Wolf, S., Lowman, S., Pollak, K., Steinhäuser, K., Ariely, D., Tulskey, J.,** (2018). Triadic treatment decision-making in advanced cancer: a pilot study of the roles and perceptions of patients, caregivers, and oncologists. *Support Care Cancer*, 26(4):1197-205.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF),** (2015). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> Zugriff am: 12.05.2022.
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R., Berry, D., Bohlke, K., Epstein, R., Finlay, E., Jackson, V., Lathan, C., Loprinzi, C. L., Nguyen, L., Seigel, C., Baile, W.,** (2017). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(31):3618-32.
- Gärtner, J., Wedding, U., Alt-Epping, B.,** (2016). Frühzeitige spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung. *Wiener Klinisches Magazin*, 19(1):22-28.
- Berendt, J., Stiel, S., Nauck, F., Ostgathe, C.,** (2017). Early palliative care: current status of integration within German comprehensive cancer centers. *Journal of Supportive Care in Cancer*, 25(8):2577-80.
- Berendt, J., Oechsle, K., Thomas, M., van Oorschot, B., Schmitz, A., Radbruch, L., Simon, S., Gärtner, J., Thuß-Patience, P., Schuler, U., Hense, J, Gog, C., Viehrig, M., Mayer-Steinacker, R., Stachura, P., Stiel, S., Ostgathe, C.,** (2016). State of integration of palliative care at Comprehensive Cancer Centers funded by German Cancer Aid. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141(02):e16-e23.
- Granek, L., Nakash, O., Cohen, M., Ben-David, M., Ariad, S.,** (2017). Oncologists' communication about end of life: the relationship among secondary traumatic stress, compassion satisfaction, and approach and avoidance communication. *Journal of Psychooncology*, 26(11):1980-86.



**Nicola Rieder**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Universitätsmedizin Göttingen  
Klinik für Palliativmedizin  
Forschungsabteilung  
Von-Siebold-Str. 3  
37075 Göttingen  
[nicola.rieder@med.uni-goettingen.de](mailto:nicola.rieder@med.uni-goettingen.de)

## ZWISCHEN TRADITION UND ÖKONOMISIERUNG – KANN DIE URSPRÜNGLICHE HOSPIZIDEE BEWAHRT WERDEN?

Vermittlung einer hospizlichen Haltung nach dem Pflegemodell für stationäre Hospize

MIRIAM PÜSCHEL

**D**ie Hospizbewegung entstand aus dem Bemühen, neue Wege für die Gestaltung des Lebensendes zu entdecken. Als seinerzeit charismatische, bürgerschaftliche Kontrabewegung wandte sie sich gegen das herkömmliche Gesundheitssystem mit seinen Fortschrittsbestrebungen und seiner zunehmenden Objektivierung des Menschen. Sie verkörperte die Lossagung von der damals aufkommenden eher kommerziellen „Apparatemedizin“, trat für eine unbedingte Humanisierung der Medizin ein und hat als eine der bedeutendsten sozialen Bewegungen weltweit, trotz erheblicher Widerstände, den Umgang mit sterbenden Menschen nachhaltig verändert.

Gepflanzt wurde die Hospizphilosophie von engagierten Bürgerinnen und Bürgern, die ihre Überzeugung von einem würdevollen, selbstbestimmten Leben bis zuletzt lebten. Das besondere Wesen des hospizlichen Handelns wurde damals weniger

durch professionelle Fähigkeiten und Kenntnisse beschrieben als vielmehr durch eine besondere innere, wertegetragene Haltung, die von unbedingter Akzeptanz, Mitgefühl und Zuwendung geprägt ist – intuitiv, empathisch, ehrenamtlich.

Die Hospizbewegung ist mittlerweile in der Gesellschaft etabliert; die einstige Pionierphase ist längst einer Konsolidierungsphase gewichen. Und ihr strukturelles Eindringen unter dem Label „Palliative Care“ in die Gesundheitspolitik sichert seit einigen Jahren ihr Fortbestehen: Das SGB V normiert einen Rechtsanspruch auf Palliativversorgung. Rahmenvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Hospizträgern eröffnen tragfähige Finanzierungsmöglichkeiten stationärer Hospize als Gegenleistung für verbindliche Standards und Effizienzversprechen. Der ursprüngliche Hospizansatz, von Ehrenamt und Spenden getragen zu sein, ist einem kassenfinanzierten Erstattungsansatz von mittlerweile 95% gewichen.

Die Folge: Leistungserbringer jeglicher Art drängen in den Gesundheitsmarkt. Sowohl Institutionalisierung, Professionalisierung als auch Ökonomisierung der Hospizangebote nehmen weiter zu und verdrängen mehr und mehr den ursprünglichen Charakter des bürgerschaftlichen Engagements. Die Erfahrung zeigt, dass sich in der Konsequenz auch Mitarbeitende deutlich weniger mit der Hospizidee verbunden fühlen, die persönliche Anteilnahme merklich sinkt, und sich die Sterbebegleitung mehr und mehr zu einem normalen Berufsfeld entwickelt, das allenfalls eine professionelle Fachlichkeit erwartet.

Die heutige Hospizversorgung bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Tradition und wirtschaftlicher Rentabilität, zwischen lebendiger Begegnung und regelhafter Grundversorgung.

Der seit einiger Zeit stattfindende Generationenwechsel in stationären Hospizen entspannt die Situation keineswegs. Die Gründerinnen-/Gründergeneration verabschiedet sich nach und nach in den Ruhestand. Vieles aus der Pionierzeit wird damit in Vergessenheit geraten. Erschwerend tritt hinzu, dass der vorherrschende Fachkräftemangel kaum personelle Auswahloptionen belässt und damit auch weniger humanitär motivierte Mitarbeitende anzieht, die aus anderen Gründen als der hospizlichen Überzeugung eine Anstellung im Hospiz suchen.

Die hospizliche Kultur in den bestehenden Einrichtungen zu bewahren und zu erhalten, aber auch in den neu entstehenden Hospizen zu entwickeln, wird eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben sein.

**Haltung bewahren**

Das Wesen der Hospizarbeit ist durch ein In-Kontakt-Sein, In-Beziehung-Sein, schlicht: durch Beziehungsgestaltung und situatives Handlungsvermögen charakterisiert. Beides bedarf einer empathischen, einfühlsamen Grundhaltung. Für eine solche Grundhaltung gibt es keine allgemeingültige Definition, wohl aber verschiedene Komponenten auf der Verhaltensebene, die eine bestimmte innere Haltung erfahrbar machen. Gemeinsames Aushalten auch von Unsicherheiten, schwierigen Situationen und Nöten, Wertschätzung und Akzeptanz, Bedürf-

Der Vielfalt mit Vielfalt begegnen – so würde ich es aus meiner Erfahrung heraus beschreiben. Unser Team ist sehr gemischt: Ältere, Jüngere, Erfahrene und weniger Erfahrene. Auch bei Nachbesetzungen achten wir darauf, dass unsere Unterschiedlichkeit erhalten bleibt, denn die Anforderungen an uns sind enorm vielfältig. Wer gerade seine Ausbildung beendet hat, bringt aktuelles Wissen mit. Wer schon länger da ist, hat praktische Erfahrungen. Und jedes Lebensalter birgt unterschiedliche Qualitäten. Menschen zwischen 30 und 50 und darüber hinaus haben in der Regel eigene Erfahrungen mit existenziellen Fragestellungen, junge Menschen können sich hier häufig zunächst nur einfühlen. Die entscheidenden Faktoren sind aber im Grunde altersunabhängig: Persönlichkeit, Charakter und Haltung. – Ich finde übrigens, dass unser Berufsfeld sich unbedingt eignet für Neueinsteiger im Alter von 50+.

Anne Storcks, Leitung Stationäres Hospiz Haus Hörn, Aachen

nisorientierung, Kultursensibilität und Achtsamkeit seien hier nur beispielhaft genannte Haltungsmerkmale. Will man die wesentlichen Kernelemente einer solchen Grundhaltung vermitteln, bedarf es eines klaren Orientierungsrahmens, der zudem Lernwege aufzeigt. Und genau hier setzt das „Pflegermodell für stationäre Hospize“ an. Es gewährt einen umfänglichen Verständnis- und Handlungsrahmen, der dabei unterstützen kann, die hospizlichen Werte in eine praxisorientierte Beziehungsgestaltung (Hospizarbeit) zu übertragen. Schwerpunkt ist dabei grundsätzlich die Entwicklung der hospizlichen Haltung.

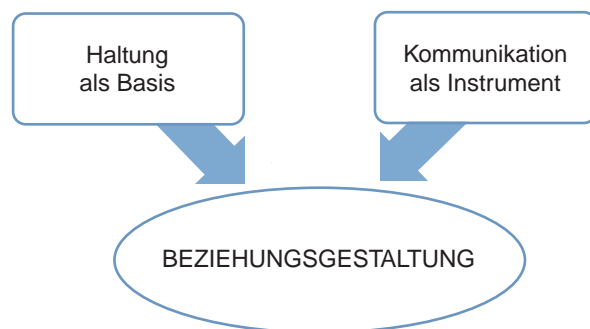


Abb.1: Hospizarbeit ist in seinem Kern Beziehungsgestaltung durch wache Kommunikation und Begegnung auf der Basis einer bestimmten inneren Haltung.

**Pflegermodell für stationäre Hospize**

Das Pflegermodell für stationäre Hospize ist auf der Basis eines wissenschaftlichen Praxisprojektes entstanden. Hierfür wurde im Jahre 2017 eine bundesweit angelegte Interviewreihe mit insgesamt 190 stationären Hospizen durchgeführt und der daraufhin entwickelte Modellansatz im Rahmen eines strukturierten Fachdiskurses mit Hospizvertreterinnen und -vertretern reflektiert und konsensiert.

Das Pflegemodell basiert auf einem Theorierahmen, der die hospizlichen Wurzeln und Traditionen beschreibt, aber auch die Ziele und Aufgaben der Hospizarbeit konkret ausformuliert. Wesentlicher Kern des theoretischen Unterbaus ist jedoch die Darstellung der philosophischen Grundannahmen, die in ihrer Gesamtheit betrachtet wesentliche Elemente der hospizlichen Haltung darstellen. Nach einer Beschreibung der palliativpflegerischen Handlungsvoraussetzungen werden die Besonderheiten im Rahmen des hospizlichen Pflegeprozesses besprochen. Es folgt eine Analyse des Modells auf der Basis des pflegewissenschaftlichen Paradigmas. Das Konzept schließt mit Hinweisen und Ansätzen zur Praxisumsetzung ab.

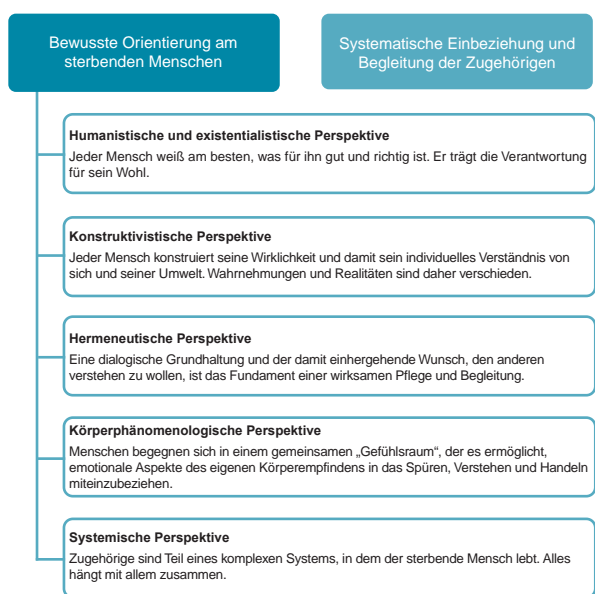


Abb. 2: Philosophische Grundannahmen und Perspektiven als Basis für die Entwicklung einer hospizlichen Haltung

## Hospizliche Haltung ist erlernbar

Die hospizliche Haltung nährt sich von bestimmten Denkweisen, Einstellungen und Werten, die ihren Ursprung in verschiedenen, im Pflegemodell näher dargestellten, philosophischen Grundannahmen haben: der Humanismus und Existenzialismus, der Konstruktivismus, die Hermeneutik und Körperphänomenologie sowie der systemische Ansatz. Nach diesen Grundannahmen zeigt sich hospizliche Haltung in der bewussten Achtung der Würde und Selbstbestimmung des sterbenden Menschen, in der Akzeptanz seiner Sichtweisen und Bedürfnisse,

im tiefen Zuhören und Verstehen wollen, im Spüren underspüren von Ungesagtem sowie in der wertschätzenden Einbeziehung des Umfeldes.

Diese Haltung erfahr- und erlernbar zu machen, wird unter Zuhilfenahme der Ansätze im Pflegemodell sowie unter Einsatz verschiedener Workshopmethoden mit praktischen Übungen, biografischer Selbstreflexionsarbeit und Selbsterfahrungseinheiten ermöglicht. Es wird ein Raum eröffnet, in dem die Beteiligten ihre persönlichen Überzeugungen und Werte vor dem Hintergrund der philosophischen Grundannahmen reflektieren und sie bewusst in Beziehung zur eigenen Hospizarbeit setzen können. Dabei hat sich gezeigt, dass sich die Gruppenarbeit als kooperative Lernform für die hospizliche Haltungsentwicklung und -reflexion sehr eignet; sie ermöglicht ein gemeinsames Lernen sowie einen entspannten Austausch in einer vertrauensvollen Atmosphäre; und alle Beteiligten profitieren von dem vielseitigen Erfahrungswissen der jeweils anderen. Hierbei wird vielen Teilnehmenden auch deutlich, dass sich die hospizliche Haltung nicht nur in der Beziehung zum Gast zeigt, sondern auch im Umgang zwischen Mitarbeitenden des gesamten interdisziplinären Teams.

„Haltung“ zu lernen, war lange für die Hospizarbeit undenkbar. Es galt, sie in der eigenen Tätigkeit zu erfahren, sie mit den eigenen Händen und Sinnen zu begreifen. Mit dem Pflegemodell gibt es nun eine Möglichkeit, gemeinsam mit Mitarbeitenden zu hospizlicher Haltung zu arbeiten, die eigene Haltung zu reflektieren und zentrale Elemente der hospizlichen Haltung zu vermitteln.

Das Pflegemodell für stationäre Hospize ist im online-Buchhandel (Books on Demand) erhältlich.



### Miriam Püschel

Hospiz Minden – Volker Pardey Haus  
Marienburger Straße 10  
32427 Minden  
Tel.: 05 71 - 82 97 47 41  
m.pueschel@hospiz-minden.de



Ein Fallbeispiel: Den Hospizdienst Lebensfriede e. V. gibt es in der mittleren Kleinstadt mit ca. 50.000 Einwohnern seit 25 Jahren. Von Anfang an dabei ist die Koordinatorin Gundula W. mit aktuell 30 Wochenstunden. Seit 10 Jahren dabei ist ihre Kollegin Michaela S. mit aktuell 25 Wochenstunden. Gundula W. ist 65 Jahre alt, ihr Ruhestand beginnt im Juli 2023. Michaela S. ist 63 Jahre alt, ihr Ruhestand beginnt etwa 2,5 Jahre später: Zwei erfahrene Koordinatorinnen, die seit langem ein aufeinander eingespieltes Team bilden, aber nun relativ kurz hintereinander den Hospizdienst verlassen werden.

Wie könnte ein guter Verlauf dieses Wechsels der beiden hauptamtlichen Mitarbeiterinnen in den nächsten 3,5 Jahren aussehen und mit welchen Herausforderungen und Hürden müssen die Beteiligten rechnen?

### Der Vereinsvorstand agiert vorausschauend und verantwortlich

Der Vorstand von Lebensfriede e. V. hat die Renteneintrittsdaten der beiden Koordinatorinnen im Blick und beschäftigt sich bereits frühzeitig auf einer Vor-

standssitzung damit. Beide Koordinatorinnen werden in die weiteren Überlegungen einbezogen. Eine Stellenausschreibung erfolgt frühzeitig, so dass ein Arbeitsbeginn etwa acht Wochen vor dem Rentenbeginn von Gundula W. möglich ist. Zudem ist so auch Zeit für Bewerberinnen und Bewerber, fehlende Qualifikationen für die Koordinationstätigkeit zu erwerben.

Herausforderungen:

- Zeitliche und personelle Defizite auf Seiten des Vorstands
- Kommunikationsschwierigkeiten
- Wenig Bewerberinnen und Bewerber
- Fehlende Qualifikationen
- Geringe Kursdichte

Insbesondere die letzten Punkte stellen ein großes Problem dar. Hier kann ausreichend zeitlicher Vorlauf einen kleinen Vorteil bedeuten.

### Die Koordinatorinnen dokumentieren sorgfältig und nachvollziehbar

Vieles im Alltag ist selbstverständliche Routine und braucht keinen Ablaufplan. Für einen Wechsel ist



es jedoch vorteilhaft, wiederkehrende Aufgaben und Abläufe im Jahresverlauf zu dokumentieren und damit abrufbar zu machen. Dies trägt dazu bei, sowohl Fristen nicht zu versäumen als auch Traditionen, Regeln oder Gewohnheiten zu identifizieren – ohne den Anspruch, dass diese auch fortgeführt werden.

Herausforderungen:

- Mangelnde Zeit im Arbeitsalltag für die Dokumentation selbstverständlicher, aber relevanter Tätigkeiten
- Erwartungshaltung, dass mit dem Wissen der Abläufe auch deren Fortführung verbunden ist

**Anspruch: „Haltung weitergeben“**

Als Gundula W. mit der Hospizarbeit begann, gab es keine Förderung. Lebensfriede e. V. finanzierte die Koordinierung der ehrenamtlichen hospizlichen Begleitung aus Spendengeldern. Eine hauptamtliche Koordinatorin war damals relativ selten, was ein Grund dafür sein kann, dass laut unserer Umfrage lediglich 10 % der Koordinationsfachkräfte seit mehr als 20 Jahren hauptamtlich in der Hospizarbeit tätig sind. Seit 2002 werden die Personalkosten in der Ambulanten Hospizarbeit durch die Krankenkassen gefördert. Als Michaela S. 2012 bei Lebensfriede e. V. begann, wurden die Sachkosten noch nicht gefördert, dies war erst ab 2016 der Fall. Beide Koordinatorinnen wissen also um die Bedeutung von Spenden und Ehrenamt für ihre Arbeit. Jüngeren und/oder in der Hospizarbeit neuen Kolleginnen und Kollegen fehlt diese Erfahrung. Häufig wird damit auch eine ökonomisch-orientierte Haltung assoziiert – was sein kann, aber nicht sein muss. In jedem Fall lohnt es sich, innerhalb der Einrichtung über die eigene Haltung als Grundlage der Hospizarbeit zu diskutieren, um diese dann auch weitergeben zu können. Um es mit Heinrich Pera zu sagen: „Hospiz ist kein Ort, an dem wir uns einrichten, sondern eine Haltung“ und sie entstand aus bürgerschaftlichem Engagement.

Herausforderungen:

- Mangelnde Klarheit über Leitbild und Haltung des Vereins für die Hospizarbeit
- Verwechslung von Haltung mit „Beharren auf Bestehendem“

Das Miteinander unterschiedlicher Generationen erlebe ich als sehr bereichernd. Die neuen oder jüngeren KollegInnen gehen mit Unerschrockenheit auf Veränderungen in der Organisation oder auf Neuerungen, vor allem im Bereich Technik, zu und bringen oft etwas Frisches und Leichtes mit. Sie haben einen offenen Blick, der dann manchmal das ganze Team bestimmte Situationen anders bewerten lässt. Die Kolleginnen und Kollegen, die über lange Jahre viel Erfahrung in der Palliativarbeit sammeln konnten und aufgrund des Alters oft auch Krisenerfahrung mitbringen, können dafür meist unerschrockener auf emotionale Herausforderungen mit PatientInnen und Patienten und Zugehörige zugehen. Sie lassen sich im guten Sinn nicht so schnell aus der Ruhe bringen. Als Stationsleitung liegt mir daran, beide Stärken optimal zu nutzen. Damit wir auf dem Boden von Wissen und Erfahrung auch im routinierten Alltag immer wieder neu schauen, einschätzen und bewerten und nicht in die Falle gehen: „Ich weiß schon! Das kenne ich!“

Astrid Conrad, Leitung der Palliativstation, Helios-Klinikum Bonn/Rhein-Sieg, Bonn

**Leitsatz: „So wie es heute ist, muss es morgen nicht bleiben“**

So vieles klappt doch „wie am Schnürchen“, darum sollte es auch so bleiben. Die systemische Sichtweise auf ein Beziehungs- beziehungsweise Organisationsgefüge nutzt gern das Mobilé als Bild. Ein Mobilé ist ein ausbalanciertes, leichtes Ensemble von einzelnen Elementen, das sich als Ganzes bewegt, wenn nur ein Teil berührt wird. Das Mobilé Lebensfriede e. V. gerät also ohnehin in Bewegung, daher nur Mut zur Veränderung und Erneuerung. Auf einer der Zukunftswerkstätten sagte eine Teilnehmerin: „Die jungen Kolleginnen und Kollegen kommen mit frischen Ohren“ und sie bringen wohl auch neue Fähigkeiten mit. Ein Hospizverein mit einem klaren Leitbild und einer gefestigten Haltung wird dieser Bewegung gut standhalten und sich neu auspendeln.

Herausforderungen:

- Gefahr der Verletzlichkeit, weil eine neue Herangehensweise auch verstanden werden kann als Kritik an der bisherigen – Wertschätzung und Sensibilität sind hier ausgesprochen wichtig
- Zu viel Neuerung kann einen Wirbel auslösen, der das Mobilé verknoten lässt

**Die ehrenamtlich Mitarbeitenden in den Prozess einbinden**

Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind der Schatz der Arbeit. Sie tragen die Begleitung. Nicht zuletzt ist ihr Dasein auch die Grundlage der Förderung durch die Krankenkassen, errechnet sich die Fördersumme doch aus der Zahl dieser Mitarbeitenden und der Begleitungen. Sie sind auf die Gesprächsbereitschaft und Unterstüt-

zung durch die Koordinationsfachkräfte enorm angewiesen, um ihre anspruchsvolle, freiwillige Tätigkeit mit guter Selbstfürsorge ausüben zu können. Sie erhalten Sicherheit durch vertraute Abläufe und ihre Kontakte sind häufig stark personengebunden. Daher ist es empfehlenswert, sie in den Prozess des Generationenwechsels einzubinden, aber gleichzeitig deutlich zu machen, dass der Vorstand seine Personalverantwortung wahrnehmen wird.

Herausforderungen:

- Unruhe unter den ehrenamtlich Mitarbeitenden, Gerüchteküche
- Beendigung der ehrenamtlichen Tätigkeit, weil die vertraute Person geht
- Ressentiments gegenüber der/dem Neuen

### Aufgaben der Verbände

Während der drei Zukunftswerkstätten haben die Teilnehmenden sehr genau ihre Rolle betrachtet, sich mit ihren Ressourcen und der „Strahlkraft“ ihrer Arbeit beschäftigt. Schritte in Richtung des Loslassens und des Übergangs wurden angedacht.

Aber auch der Landesverband hat einige Anregungen mitgenommen, um den Generationenwechsel auf gesellschaftspolitischer und rechtlicher Ebene zu begleiten. So ist es dringend notwendig, das Berufsbild der Koordinationsfachkraft in der ambulanten Hospizarbeit bekannter zu machen. Viel zu wenige Kolleginnen und Kollegen aus Pflege und sozialen Berufen wissen um die Vielfältigkeit dieser Tätigkeit. Außerdem fehlen immer wieder die notwendigen Weiterbildungsangebote für alle angesprochenen Berufsgruppen.

Der Entschluss stand vor einem Jahr fest: Ich werde im September dieses Jahres in den Ruhestand gehen. Ein merkwürdiges Gefühl, verbunden mit Fragen wie: „Lass ich Menschen im Stich? Wird der Dienst so weitergeführt, dass sich alle gut aufgehoben fühlen?“ Und natürlich kamen auch Fragen wie: „Wer macht es weiter? Wird eine Kollegin die Leitung übernehmen oder schreiben wir die Stelle aus?“ Viele Gespräche fanden statt, schwere, aber auch sehr gute. Ich fühlte mich erst dann erleichtert, als klar war, wer meine Nachfolgerin werden würde: eine zwanzig Jahre jüngere Kollegin, also definitiv ein Generationenwechsel, ein guter für mich, aber auch für die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? Wie werden sie mit den Veränderungen umgehen? Denn ich erinnerte mich gut an meinen Start als Leitung des Dienstes, eine Veränderung, die zu Unruhe und auch Abschieden führte. Diese Frage wird sich sicherlich erst in einigen Monaten beantworten lassen. Meine Hoffnung ist, dass sich alle oder zumindest die meisten, von dem frischen, neuen Geist mitgenommen fühlen.  
Anita Wiese, Leitung Ambulanter Hospizdienst der Caritas, Meschede

Zu guter Letzt ermuntern wir die Einrichtungen, sich in diesem Prozess begleiten zu lassen. Mit Unterstützung einer externen Fachkraft lässt sich manche Klippe besser umschiffen.



**Sabine Löhr**  
Hospiz- und PalliativVerband  
NRW e. V.

Königsallee 135  
44789 Bochum  
Tel.: 02 34 - 9 73 55 - 1 47  
Fax: 02 34 - 9 73 55 - 1 48  
loehr@hvp-nrw.de  
www.hvp-nrw.de



**Judith Kohlstruck**

### In eigener Sache: Erneut Online-Mitgliederversammlung des HPV NRW erfolgreich durchgeführt

Am 7. April 2022 fand die Mitgliederversammlung 2022 erneut als Online-Veranstaltung statt. Knapp 40 stimmberechtigte Mitglieder und etwa 15 Gäste nahmen an ihren Bildschirmen teil. Neu in den Vorstand gewählt wurde Katharina Ruth, Koordinatorin im Hospizdienst Pustebume, Wuppertal. Sie besetzt das Amt der Kassiererin, welches Judith Kohlstruck vor einem Jahr vorübergehend übernommen hatte. Judith Kohlstruck wurde als Beisitzerin wieder in den Vorstand gewählt. Damit sind die laut

Satzung vorgesehenen sieben Vorstandsposten besetzt. Die Mitgliederversammlung bestätigte zudem eine Satzungsänderung sowie eine Neuordnung der Beitragsordnung. Eine Anhebung der Mitgliedsbeiträge ist damit nicht verbunden. Weitere Informationen zur Verbandsarbeit unter [www.hvp-nrw.de](http://www.hvp-nrw.de).

# JUNGE MENSCHEN IN DER HOSPIZARBEIT – CHANCEN UND AUFTRÄGE FÜR DIE ZUKUNFT DER HOSPIZBEWEGUNG

BERNADETTE GROEBE

**J**unge Ehrenamtliche in der Sterbe- und Trauerbegleitung sind kein Randthema mehr und doch hält sich die Annahme, dass junge Menschen (unter 30 Jahren) und die Hospizarbeit und ihre Themen nicht zusammenpassen. Dabei sind Krankheit, Verlust, Sterben, Tod und Trauer auch Teil der Lebenswelten junger Menschen: Ob als junge Betroffene, die selbst lebensverkürzt erkrankt sind oder nach dem Verlust einer wichtigen Person einen Umgang mit ihrer Trauer suchen, oder als junge Menschen ohne einen akuten Anlass von Krankheit, Tod oder Trauer, die sich Räume wünschen, in denen sie sich zu Fragen des Lebens und Sterbens austauschen können.

In der Malteser Hospizarbeit waren 2019 nur 3,5 % aller ehrenamtlich Tätigen 30 Jahre alt oder jünger. Dabei äußern auch junge Menschen den Wunsch, sich selbst engagieren zu wollen. 49 % der Befragten einer deutschlandweiten Umfrage unter 16-30-Jährigen gaben an, dass sie sich jetzt oder zukünftig ein Ehrenamt in der Hospizarbeit vorstellen könnten.

Das Projekt „Junge Menschen in der Sterbe- und Trauerbegleitung“ will junge Menschen zwischen 18 und 30 Jahren für existentielle Fragen und Themen neugierig machen und für ein Ehrenamt in der Hospizarbeit und Trauerbegleitung begeistern. Es versteht sich als Experimentierraum, in dem neue Ideen und Ansätze entstehen und ausprobiert werden können. An zwölf Standorten in Deutschland fanden zwischen 2019 und 2022 Pilotprojekte statt.

Hier entwickelten junge Menschen zusammen mit Mitarbeitenden der Dienste Wege und Ideen, wie junge Menschen mit Hospizarbeit und Trauerbegleitung in Kontakt gebracht und für unterschiedliche Formen ehrenamtlicher Mitarbeit gewonnen werden können.

## Öffnung der Hospizarbeit: Chancen für ein diverses Ehrenamt

Im Untertitel des Projektes steckt dessen Vision für junge Menschen in der Hospizarbeit: „Interessieren – Stärken – Beteiligen“.

Laut Umfrage wissen fast drei Viertel der unter 30-Jährigen nicht, was Hospizarbeit ist oder welche Angebote sie macht. Dabei steigt die Bereitschaft für ein Ehrenamt mit dem Wissen über diesen Bereich. Hilfreich sind neben Informationen über konkrete Tätigkeiten frühe Einblicke in die Praxis. Junge Menschen sind also zu interessieren und Berührungspunkte zu schaffen. Sie sind dort, wo sie sich aufhalten, über altersspezifische Kanäle mit persönlichen Geschichten und Erfahrungsberichten anzusprechen. Über Praktika und Schnupperzeiten, Vorträge in Hochschulen, über Aktionen und Events wie „Pizza trifft Hospiz“ oder die „Before I Die“-Wand und über Beiträge in Social Media erhielten junge Menschen an den Standorten niederschwellige Einblicke in die Hospizarbeit.

Um jungen Menschen über ein Interessieren hinaus den Einstieg in ein Engagement im Dienst zu er-

möglichen, sind vielfältige Möglichkeiten für ein Ehrenamt im Dienst zu finden – auch neben Sterbe- und Trauerbegleitung. Bei welchen Tätigkeiten können sich junge Menschen mit ihren Kompetenzen und Stärken einbringen? Womit können junge ehrenamtlich Tätige den Dienst (auch kurzzeitig) stärken und was bietet dieser für ehrenamtlich Tätige? Welche Stärkung durch Vorbereitungskurse und Formate der Praxisbegleitung benötigt die Zielgruppe selbst? In den Projektdiensten wurden drei neue Formate für Vorbereitungskurse auf ein Ehrenamt in der Sterbebegleitung entwickelt und – anders als bei anderen Vorbereitungsformaten – ein früher Einstieg ins praktische Tun kombiniert mit enger Praxisbegleitung ermöglicht. Über Austauschforen untereinander, im Kontakt zu Koordinationskräften und in Supervision konnten junge Menschen in ihrem eigenen Erleben und Handeln gestärkt werden, sodass sie selbst in ihrem Umfeld und der Gesellschaft als Botschafter der Hospizidee auftreten können.

Die Beteiligung junger Menschen ist wichtiger Baustein des Projektes: In den Projektdiensten haben sich junge Menschen mit ihren Ideen eingebracht und diese umgesetzt, waren als Gesichter und Stimmen der Hospizarbeit tätig und haben an einigen Orten Projekte verantwortlich geleitet.

### **Herausforderungen und Aufgaben für einen Wandel der Hospizbewegung**

Junge ehrenamtlich Tätige bringen oft andere Anforderungen an Hospizdienste mit als bisher gewohnt. Erfahrungen zeigen, dass für diese Gruppe die bestehenden Abläufe des Dienstes oftmals nicht passend sind, beispielsweise weil langfristige Planung schwierig ist und klassische Begegnungsstrukturen wie z. B. Gruppenabende eine andere Form der Alltagsgestaltung voraussetzen. Doch junge Menschen sind nur ein Beispiel für veränderte Vorstellungen vom Ehrenamt, die auch andere Menschen in einer aktiven Berufs- und Familienphase des Lebens betreffen. Damit auch in Zukunft Hospizarbeit durch ein starkes, buntes und vielfältiges Ehrenamt in unserer Gesellschaft wirken kann, braucht es einen Wandel der Strukturen der Hospizkultur.

In der Coronazeit hat im Ehrenamt ein Generationenwechsel begonnen. Ältere Zeitschenkerinnen und -schenker verabschiedeten sich, durch digitale Schulungsangebote kamen neue, deutlich jüngere ehrenamtlich Tätige hinzu. Die nächste Generation ist überwiegend weiblich, berufstätig, motiviert, digital aufgestellt, aber zeitlich weniger flexibel. Sie bereichern die Gruppe, mit ihren Sichtweisen, Themen und Fragen wirken sie auch auf die Reflexionsgespräche ein. Das Miteinander ist offener geworden: Früher war es eher schwierig, neue Ehrenamtliche in bestehende Gruppen einzufügen. Heute ist es selbstverständlich und willkommen, dass sich die Gruppen ständig neu durchmischen und ergänzen.

Wenig verändert hat sich über die Jahre die Motivation, etwas Sinnvolles zu tun, würdevolles und menschliches Sterben zu begleiten, Angehörige zu stützen und so den Tod wieder ins Leben zu holen. Wie sehr diese Haltung die früheren und aktuellen ehrenamtlich Tätigen verbindet, wurde bei unserem Begegnungsfest zum 25-jährigen Bestehens des Hospizdienstes deutlich.

Ambulanter Hospizdienst in Herne

Im Projekt war eine zentrale Aufgabe, abzuwägen, wo sich Festhalten an bestehenden Traditionen von Organisationsstrukturen und Abläufen lohnt, und wo eine Öffnung orientiert an vielfältigen Lebenswelten und Bedürfnissen der ehrenamtlich Tätigen angebracht ist. Bei aller Unterschiedlichkeit und Individualität beschäftigte eine Frage: Wie gelingt die Verbindung von bestehenden und neuen ehrenamtlich Tätigen zu einem gemeinschaftlichen „Wir-Gefühl“ und die Kommunikation zwischen allen Beteiligten? Die Projekte machten Erfahrungen mit speziellen Angeboten für junge Menschen, wie ein Kurs in den Räumen einer Tanzschule oder ein Gruppenabend in der Pizzeria sowie mit generationsübergreifenden Themenabenden.

Der notwendige Wandel der Hospizarbeit erfordert mehr Vielfalt. Darin liegt zugleich eine große Herausforderung – nicht nur im Projekt, sondern für die gesamte Hospizbewegung. Wie kann die Würdigung von Vielfalt im Dienst gelingen? Dabei denken wir an ein buntes Ehrenamt, an Anerkennung von unterschiedlichen Qualifikationsansätzen, das Koordinieren vielfältiger Einsatzfelder und Reflexionsformate für ehrenamtliches Engagement in der Hospizarbeit und Trauerbegleitung sowie an eine erweiterte Vernetzung mit Akteurinnen und Akteuren in der Gesellschaft, um die Hospizidee bekannter zu machen.

Die Impulse aus Projekten mit jungen Menschen gilt es zu nutzen, um die Hospizarbeit insgesamt

nachhaltig weiterzuentwickeln. Damit sie auch in Zukunft dem Auftrag gerecht wird: Sorge tragen für einen offenen Umgang mit Krankheit, Sterben, Verlust und Trauer in der Gesellschaft und Menschen jeden Alters, jeder Herkunft und jeder geschlechtlichen Orientierung in Krankheit, im Sterben, im Abschiednehmen und Trauern zur Seite stehen.

Mehr über das Projekt der Malteser in Kooperation mit dem DHPV e. V. und der Uni Graz, gefördert vom Bundesfamilienministerium, erfahren Sie im Buch „Zu jung fürs Thema Sterben?!“, das im Juli 2022 beim hospiz verlag erscheinen wird, und unter [www.junges-ehrenamt-hospiz.de](http://www.junges-ehrenamt-hospiz.de).

**Quelle:**

Umfrage „Tod, Sterben und Trauer – (k)ein Thema für junge Menschen?“ (2020), <https://www.malteser.de/hospizarbeit/umfrage-junge-menschen-und-hospizarbeit.html>



**Dr. Bernadette Groebe  
(Projektleitung)**

Malteser Hilfsdienst e. V.  
Fachstelle Hospizarbeit, Palliativ-  
versorgung & Trauerbegleitung  
Tel.: 02 21 - 98 22 26 31  
[Bernadette.Groebe@malteser.org](mailto:Bernadette.Groebe@malteser.org)

## Leserbrief

**Zum Beitrag „Sterben ohne Abschied“ von Anke Sauter  
im Hospiz-Dialog NRW, Ausgabe 90, Januar 2022**

NORBERT MUCKSCH

Unter der Überschrift „Sterben ohne Abschied“ erschien in der Januar Ausgabe des Hospiz Dialogs ein Beitrag, der mich unmittelbar neugierig machte. Ich erwartete eine fundierte Auseinandersetzung mit den vielfältigen Folgen, die die Corona-Pandemie sowohl für Sterbende als auch für Trauernde mit sich gebracht hat. Umso mehr war ich enttäuscht, dass zu den Folgewirkungen der Pandemie-Einschränkungen für trauernde und sterbende Menschen sich kaum etwas in diesem Beitrag wiederfindet. Dem Titel „Sterben ohne Abschied“ wird dieser Beitrag jedenfalls nicht gerecht. Stattdessen wird von der Verfasserin sehr einseitig und unkritisch über den ICD 11 und die dort nun verankerte „Anhaltende Trauerstörung“ berichtet. Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich finde es grundsätzlich gut, dass gravierende Verlusterfahrungen nun mit einer eigenen Diagnose-Ziffer im ICD Berücksichtigung finden. Davon können trauernde Menschen mit besonders schweren Verläufen aufgrund gravierender Todesumstände sicher profitieren. Ich störe mich allerdings sehr an der konkreten Terminologie. Warum?

- 1.) Trauer ist keine Störung, sondern eine gesunde und angemessene Reaktion auf erlittene Verluste.
- 2.) Trauer ist wesensmäßig anhaltend. Ich kenne aus zahlreichen begleiteten Gruppen sehr viele Menschen, die sich auch nach Jahren noch als trauernde Menschen beschreiben.
- 3.) Wenn man in diesem Kontext den Begriff Störung verwendet, dann können damit nur die besonderen, schwerwiegenden Umstände eines Verlustes/Todes gemeint sein, jedoch nicht die Trauer an sich.

## Veranstaltungen

- 19.07. - 20.07.2022 Würzburg  
**Sich den Tod wünschen – „Palliative Care“ und Suizid**  
 Juliusspital Palliativakademie  
 Tel.: 09 31 - 3 93 22 81  
 palliativakademie@juliusspital.de  
 www.juliusspital-palliativakademie.de
- 29.07.2022 online  
**Online-Training: Resilienz – Erfolgreich durch die Krise**  
 Malteser Akademie  
 Tel.: 0 22 63 - 9 23 00  
 malteser.akademie@malteser.org  
 www.malteser-akademie.de
- 29.07.2022 Olpe  
**„Ich will nicht darüber reden!“**  
 Zugang zu trauernden Jugendlichen finden  
 Balthasar Akademie  
 Tel.: 0 27 61 - 92 65 40  
 kontakt@kinderhospiz.de  
 www.kinderhospiz-balthasar.de
- 15.08.2022 online  
**Grundlagen Crowdfunding und Fundraising**  
 Einführung in moderne Finanzierungs-  
 methoden für Soziale Organisationen  
 Paritätische Akademie NRW  
 Tel.: 02 02 - 2 82 22 28  
 fatima.elboujdani@paritaet-nrw.org  
 www.paritaetische-akademie-nrw.de
- 29.08.2022 Kleve  
**Stark in Kontakt – Gewaltfreie Kommunikation in Beruf und Alltag**  
 Wasserburg Rindern – Katholisches  
 Bildungszentrum  
 Tel.: 0 28 21 - 7 32 17 17  
 info@wasserburg-rindern.de  
 www.wasserburg-rindern.de
- Ab 29.08.2022 Aachen  
**Qualifikation zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung**  
 für die letzte Lebensphase nach § 132g  
 Abs. 3 SGB V  
 Bildungswerk Aachen  
 Tel.: 02 41 - 51 27 22  
 info@bildungswerkaachen.de  
 www.bildungswerkaachen.de
- 05.09.2022 online  
**Cool sein um jeden Preis – Was tun mit den Gefühlen eines Kindes oder Jugendlichen?**  
 Akademie Regenbogenland  
 Tel.: 02 11 - 6 10 19 51 03  
 kontakt@akademie-regenbogenland.de  
 www.akademie-regenbogenland.de
- 23.09.2022 Berlin  
**Kommunikation ohne Worte – KoW® mit Schwerstkranken und Sterbenden**  
 Akademie für Fort- und Weiterbildung -  
 Wannseeschulen Berlin  
 Tel.: 0 30 - 80 68 60 40  
 akademie@wannseeschulen.de  
 www.wannseeschulen.de
- Ab 19.09.2022 Aachen  
**Weiterbildung zur Ethikberatung im Gesundheitswesen**  
 Bildungswerk Aachen  
 Tel.: 02 41 - 51 27 22  
 info@bildungswerkaachen.de  
 www.bildungswerkaachen.de



## 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  
alpha@muenster.de, www.alpha-nrw.de

### **Layout**

Art Applied, Kinderhauser Str. 101, 48147 Münster

### **Druck**

Burlage, 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 Autorinnen und Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

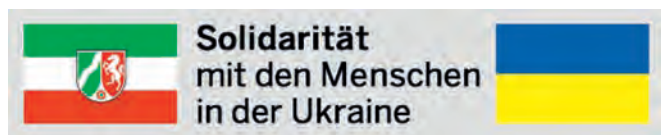


### **ALPHA-Rheinland**

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  
alpha@muenster.de  
www.alpha-nrw.de



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

