



Hospizdialog Nordrhein-Westfalen

April 2025 Ausgabe 103

Schwerpunkt:

STERNENKINDER

SCHWERPUNKT

STERNENKINDER

- 4** RECHTLICHE GRUNDLAGEN
- 6** DIE SOZIALE EXISTENZ DER STILLGEBORENEN – WARUM SIE FÜR TRAUERND ELPERN WICHTIG IST
Julia Böcker
- 9** ABSCHIED VON HANNO
Erinnerungen einer betroffenen Mutter
Viktoria im Interview mit Taina Beulting
- 13** ANKER SEIN IN ERSCHÜTTERNDEN ZEITEN
Uli Michel
- 16** GESCHWISTERTRAUER
Anonym
- 19** ZUR ENTWICKLUNG DER BESTATTUNGSKULTUR FRÜH VERSTORBENER KINDER
Norbert Fischer

INFORMATIONEN

- 21** ÜBER DAS STUDIEREN DES STERBENS
Ein Bericht aus dem Masterstudiengang Palliative Care
Clara Schuppan
- 23** ZWISCHEN THEORIE UND PRAXIS
Aktuelle Perspektiven aus dem Studiengang Palliative Care
Insa Verbeck / Meike Schwermann
- 27** „EINFACH MAL REDEN“ GEGEN EINSAMKEIT
Silbernetz bietet entlastende Telefongespräche für alle ab 60 Jahren
Amira Mahdi
- 29** NACHRUF
Dr. Wolfgang Bodenbender
- 30** VERANSTALTUNGEN
- 31** IMPRESSUM

Liebe Leserinnen und Leser,

die Freude auf die Geburt eines Kindes gehört zu den wohl bedeutsamsten Ereignissen im Leben einer Familie. Begleitet von den vielfältigen Planungen und Veränderungen, die damit einhergehen, ist es ein ganz besonderer Lebensabschnitt. Mit Kindern verbinden wir Zukunft und Freude, Hoffnungen und Träume. Doch leider verlaufen Schwangerschaften und Geburten nicht immer komplikationslos. Manchmal kommt es zu einer Fehlgeburt oder ein Kind stirbt im Mutterleib, während der Entbindung oder kurz danach. Diese Kinder werden als „Sternenkinder“ bezeichnet. Die Erfahrungen die damit einhergehen, hinterlassen großen Schmerz, tiefe Traurigkeit und anhaltende Liebe.

Gesellschaftlich wird das Thema Fehl- und Totgeburten noch immer tabuisiert. Daher ist es so wichtig, die Trauer und den Verlust anzuerkennen und Wege aufzuzeichnen, die den betroffenen Familien in dieser häufig von Ängsten, Zweifeln und Schuld belasteten Zeit helfen, mit dem Verlust und den dazugehörigen Erfahrungen umzugehen. Um auch Strukturen zu verändern, engagierte sich Natascha Sargorski, Autorin, Kolumnistin und selbst betroffene Mutter, zusammen mit der Initiative Feministische Innenpolitik für einen gestaffelten Mutterschutz. Aufgrund einer von ihr initiierten Petition beschloss der Deutsche Bundestag am 30.01.2025 ein neues Gesetz: „Gestaffelter Mutterschutz nach Fehlgeburt“ – ein Meilenstein für viele betroffene Frauen!

In dieser Ausgabe des Hospizdialogs kommen neben Fachpersonal auch betroffene Menschen zu Wort. Wir danken besonders den Autorinnen, die aus ihrer persönlichen Lebensgeschichte berichten, für ihre Beiträge. Es kostet großen Mut sich auch nach Jahren den berührenden und schmerzhaften Gefühlen zu stellen und von den Erlebnissen zu erzählen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre!

Ihr ALPHA Team



RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Grundsätzlich gilt, dass die gesetzlichen Regelungen je nach Bundesland variieren können.

Begriffliche Definitionen

„Eine Fehlgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Trennung vom Mutterleib weder das Herz geschlagen noch die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat und die Beendigung der Schwangerschaft vor der 24. Woche erfolgt und das Körpergewicht des Kindes unter 500 Gramm liegt. Bei einer Beendigung der Schwangerschaft nach der 24. Woche oder mit einem höheren Körpergewicht handelt es sich um eine Totgeburt. [...]. Nicht lebend geborene Kinder werden oft auch als „Sternenkinder“ bezeichnet.“ (Deutscher Bundestag 2023)

Personenstandsgesetz und Namensrecht

Im Falle einer Totgeburt erfolgt nach der verpflichtenden Meldung eine Beurkundung im Personenstandsregister (§ 21 Abs. 2 Personenstandsgesetz). Eltern können ihrem Kind, wenn es nach der 24. Schwangerschaftswoche tot geboren

wurde, einen Namen geben. Dieser Name kann in der Geburtsurkunde vermerkt werden (Deutscher Bundestag 2023).

Nach einer Fehlgeburt können Eltern seit dem 15. Mai 2013 die Geburt ihres Kindes beim Standesamt anzeigen. Die Erteilung der Bescheinigung ist nicht von einer bestimmten Dauer der Schwangerschaft oder von einem Mindestgewicht des tot geborenen Kindes abhängig. In die Bescheinigung können Angaben zum Kind, das heißt der vorgesehene Vor- und Familienname, Geschlecht, Geburtstag und Geburtsort aufgenommen werden. Auch Angaben zu Mutter und Vater, wie Vor- und Familienname, gegebenenfalls Geburtsname sowie Religion können aufgenommen werden. Die Regelung gilt auch für Eltern, deren Sternenkind vor der Gesetzesänderung geboren ist. D.h. auch wenn die Geburt zehn Jahre oder länger zurückliegt, kann eine Bescheinigung durch das Standesamt ausgestellt werden. Es besteht jedoch keine Pflicht zur Anzeige beim Standesamt, die Entscheidung bleibt den Eltern überlassen (BMFSFJ 2018).

Bestattungsgesetz

Jedes Bundesland hat eigene Bestattungsgesetze, die die Bestattung von Fehlgeburten und Totgeburten regeln. Eltern haben im Fall einer Fehlgeburt mittlerweile in jedem Bundesland die Möglichkeit, ihr Kind zu bestatten, wenn sie dies wünschen. Für eine Totgeburt besteht hingegen – in vielen Bundesländern ab einem Körpergewicht von 500 Gramm und in einigen ab 1000 Gramm oder ab der 24. Schwangerschaftswoche – eine Bestattungspflicht (Deutscher Bundestag 2023). Die einzige Ausnahme bildet NRW: In Nordrhein-Westfalen sind Eltern nicht verpflichtet, ihr totgeborenes Kind (über 500 Gramm oder älter als 24. SSW) selbst zu beerdigen. Unabhängig vom Gewicht des Kindes haben Eltern aber ein Recht auf Bestattung, auch bei Schwangerschaftsabbrüchen. Ist die Geburt bzw. der Schwangerschaftsabbruch in einer Einrichtung erfolgt, hat deren Träger sicherzustellen, dass jedenfalls ein Elternteil auf die Bestattungsmöglichkeit hingewiesen wird. Liegt keine Erklärung der Eltern zur Bestattung vor, sind Tot- und Fehlgeburten von den Einrichtungen unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten. Die Kosten hierfür trägt der Träger der Einrichtung (§14 (2), BestG NRW) (IM NRW 2025). Unabhängig von Schwangerschaftswoche oder Gewicht gilt: wurde das Kind lebend geboren, d.h. hat das Herz geschlagen, hat es geatmet oder hat die Nabelschnur pulsiert, müssen Eltern das Kind beerdigen (Deutscher Bundestag 2023).

Mutterschutz

Mütter, die eine Totgeburt (Gewicht des Kindes ab 500 Gramm oder vollendete 24. SSW) hatten oder deren Kind direkt nach der Geburt verstorben ist, haben ein Anrecht auf die gesetzliche Mutterschutzfrist von acht Wochen (Deutscher Bundestag 2023).

Seit dem 1. Januar 2018 haben Mütter auch bei einer Fehlgeburt nach der 12. Schwangerschaftswoche einen Kündigungsschutz von vier Monaten, wenn dem Arbeitgeber zum Zeitpunkt der Kündigung die Fehlgeburt bekannt ist oder innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wurde (§ 17 Abs. 1 Nr. 2 MuSchG).

Ab dem 1. Juni 2025 sollen abhängig beschäftigte Frauen auch nach einer Fehlgeburt das Anrecht auf einen gestaffelten Mutterschutz erhalten. Folgende Schutzfristen sind dabei vorgesehen:

- Ab der 13. Schwangerschaftswoche
→ 2 Wochen Mutterschutz

- Ab der 17. Schwangerschaftswoche
→ 6 Wochen Mutterschutz
- Ab der 20. Schwangerschaftswoche
→ 8 Wochen Mutterschutz

Frauen sollen dabei selbstbestimmt entscheiden können, ob sie eine Schutzfrist in Anspruch nehmen möchten oder nicht. Entsprechende Regelungsänderungen werden für Selbständige, die eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wählen, und Bundesbeamtinnen und Soldatinnen geschaffen. In einem weiteren Schritt sollen auch Selbständige, die in der privaten Krankenversicherung versichert sind, einbezogen werden (BMFSFJ 2025).

Hebammennachsorge

Eine Hebammenhilfe der gesetzlichen und privaten Krankenkassen steht Müttern auch dann zu, wenn sie eine Fehlgeburt oder eine Totgeburt erlebt haben. Hebammen helfen den Eltern in dieser schweren Zeit, indem sie Eltern beraten, begleiten und mit Gesprächen helfen, das Erlebte zu verarbeiten (Familienportal 2025).



LITERATUR

Deutscher Bundestag (2024). Aktueller Begriff: Sternenkinder. In: Wissenschaftliche Dienste Nr. 13/23. Online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/957676/3f8f7eb4f025ff72b2380ab69fc27215/Sternenkinder-data.pdf> (Zugriff am 17.03.2025).

Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) (2018). Sternenkinder. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/sternenkinder-75368> (Zugriff am 17.03.2025).

Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen (IM NRW) (2025). Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz - BestG NRW). Online verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?sg=o&menu=o&bes_id=5166&aufgehoben=N&anw_nr=2 (Zugriff am 17.03.2025).

Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) (2025). Änderung des Mutterschutzgesetzes. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/aenderung-des-mutterschutzgesetzes-hat-bundesrat-passiert-255072> (Zugriff am 17.03.2025).

Familienportal (2025). Welche Regelungen gelten bei Fehlgeburt, Totgeburt oder Schwangerschaftsabbruch? Online verfügbar unter: <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/mutterschutz/welche-regelungen-gelten-bei-fehlgeburt-totgeburt-oder-schwangerschaftsabbruch--125128> (Zugriff am 17.03.2025).

DIE SOZIALE EXISTENZ DER STILLGEBORENEN – WARUM SIE FÜR TRAUERENDE ELTERN WICHTIG IST

JULIA BÖCKER

Der Verlust einer Schwangerschaft durch eine sogenannte Stille Geburt oder einen späten Schwangerschaftsabbruch ist für diejenigen, die sich ein Kind wünschen, ein einschneidendes, manchmal auch traumatisierendes Ereignis. In einem körperlich und emotional schmerzhaften Prozess verlieren Wunscheltern ihr ungeborenes Kind und damit auch die Hoffnung auf eine bestimmte Zukunft als Eltern und Familie (Layne, 2003). Zusätzlich können Schwangerschaftsverluste zu Schuldgefühlen und Stigmatisierung führen. Frauen erleben ihren Körper als versagend, während Männer sich in einer hilflosen Rolle wiederfinden. Die unterschiedlichen Trauerprozesse können Partnerschaften belasten.

Zusatzbelastung: Der soziale Umgang mit dem Verlust

Ein Teil des Leids von Betroffenen lässt sich darüber hinaus auf den professionellen und sozialen – also veränderbaren und vermeidbaren – Umgang

während und nach dem Verlust zurückführen. Auch wenn sich in den letzten Jahren die rechtlichen Rahmenbedingungen, geburtshilflichen Routinen und das öffentliche Bewusstsein verbessert haben (Böcker, 2022), berichten Betroffene noch immer von fehlender Empathie und Begleitung in der Klinik sowie von unsensiblen Kommentaren – „probiert es doch nochmal!“ – und sozialer Ignoranz durch das private und berufliche Umfeld. Betroffene fühlen sich oft weder in ihrem Schmerz noch als Eltern gesehen. Zudem besteht die gesellschaftliche Erwartung, dass sie den Verlust zeitnah bewältigen und bald wieder funktionieren.

Zwischen Noch-Nicht und Nicht-Mehr – der ambivalente Status des Stillgeborenen

Die Beziehung von Wunscheltern zu ihrem ungeborenen Kind beginnt heute meist mit dem positiven Schwangerschaftstest (Lupton, 2013). werdende Eltern überlegen sich einen Namen, richten ein Kinderzimmer ein und teilen die Nachricht von der

Vorgeburtliche bzw. pränatale Bindung bezeichnet die emotionale Beziehung, die die Schwangere zum ungeborenen Kind aufbaut. Eine starke vorgeburtliche Bindung gilt als förderlich für die kindliche Entwicklung, auch über die Geburt hinaus (Goecke et al., 2022). Durch den Beziehungsaufbau werdender Eltern entsteht bereits während der Schwangerschaft ein familiärer Zusammenhang, der in der Soziologie auch als „pränatale Sozialität“ (Hirschauer et al., 2014) bezeichnet wird.

Schwangerschaft mit Freundinnen und Freunden und der Familie. Gezielt fördern auch Gynäkologen und Gynäkologinnen in Ultraschall-Untersuchungen die vorgeburtliche Bindung (Sänger, 2020). Durch das Vertrauen ins medizinische System, etwa hinsichtlich der Überlebensrate bei extremer Frühgeburt, gehen Mediziner*innen und werdende Eltern ab der 24. Schwangerschaftswoche meist davon aus, dass das Kind von diesem Zeitpunkt an eine Geburt überleben würde. Im letzten Schwangerschaftsdrittel organisieren manche Wunscheltern nach amerikanischem Vorbild heute eine sogenannte Baby Shower als vorgeburtliche Begrüßungsfeier, in der das Kind auch vom sozialen Umfeld willkommen geheißen wird. Das ungeborene Kind existiert spätestens jetzt als neues Mitglied der Familie.

Wenn das Kind jedoch während der Schwangerschaft verstirbt, stehen Betroffene vor einer extremen emotionalen Herausforderung. Das Stillgeborene hat einen ambivalenten sozialen Status: Es war noch-nicht richtig auf der Welt, ist schon Nicht-Mehr und dennoch geliebtes Kind. Schwangere müssen in der Regel vaginal entbinden und entscheiden, was nach der Geburt mit dem Stillgeborenen passieren soll. Wollen sie es anschauen,

in den Arm nehmen und ankleiden? Wie soll oder muss es bestattet werden? Hebammen spielen nicht nur bei der Begleitung der Geburt, sondern auch bei der Beantwortung dieser herausfordernden Fragen eine entscheidende Rolle: Sie helfen, dem Kind nach der Geburt einen Platz in der Familie zu geben und wirken damit den Ambivalenzen entgegen. Zusammen mit den Eltern geben sie dem Kind eine Biografie – mit Ankunft, sozialer Existenz und Abschied.

Begegnung im Abschied

Idealerweise wird Betroffenen Zeit gegeben, um die Situation zu begreifen, eigene Entscheidungen zu treffen und in ihrem eigenen Tempo Kontakt mit dem verstorbenen Kind aufzunehmen. Um die oft von Angst geprägte Begegnung mit dem stillgeborenen Kind zu erleichtern, verhüllen Hebammen beispielsweise den kleinen Körper und lassen nur eine Nasenspitze oder ein Händchen herausschauen. Sie ermutigen, das Kind zu halten, zu fotografieren und sich von ihm zu verabschieden. Auf diese Weise werden Betroffene in ihrer Rolle als Eltern bestärkt. Fotografien, wie sie von Organisationen wie der „Dein-Sternenkind Stiftung“ angeboten werden, können helfen, die Existenz des Kindes später auch für Dritte sichtbar zu machen. Diese Unterstützung hilft Eltern, die „unwiederbringliche Jetztzeit“ nach der Stillen Geburt als bewussten Abschied zu gestalten und in guter Erinnerung zu bewahren (Böcker, 2025). In ihrer Arbeit stehen Hebammen dabei oft vor einem Dilemma: Einerseits möchten sie den Eltern genügend Zeit lassen, andererseits ist das Zeitfenster für den Abschied begrenzt. Im Wissen darum, dass viele Eltern den zunächst vielleicht gefürchteten Abschied im Nachhinein als wunderschön und wertvoll erinnern, legen sie Betroffenen die Begegnung nahe (vgl. Völkle, 2021). Zugleich dürfen sie sie nicht unter Druck setzen. Manche wünschen auch nach reiflicher Überlegung keinen Kontakt mit dem Stillgeborenen und bereuen diese Entscheidung auch später nicht (vgl. Mitchell, 2016). Viele Kliniken bieten an, das Kind auch einige Tage nach der Geburt noch einmal auf das Zimmer der Eltern zu bringen.

Alternative Formen des Gedenkens

„Continuing Bonds“ (Klass, 1996) ist ein psychologisches Trauer-Modell, das sich Mitte der 1990er Jahre in Abgrenzung von früheren Modellen entwickelte, die das Vergessen und die Loslösung von alten Beziehungen zu therapeutischen Zielen erhoben hatten. „Continuing Bonds“ betont stattdessen die Normalität einer fortgesetzten Verbundenheit mit den Verstorbenen. Diese drückt sich etwa durch eine Präsenz der Verstorbenen im Leben der Hinterbliebenen oder eine fortgesetzte Kommunikation über sie, oder auch mit ihnen, aus.

Elterliche Trauer gilt als besonders intensiv. Während ältere Trauermodelle darauf abzielen, sich vom Verstorbenen zu lösen, erhalten viele Eltern im Sinne des „Continuing-Bonds“-Modells (Klass, 1996) die Beziehung zum verstorbenen Kind aufrecht (Jones et al., 2023). Gespräche zum gemeinsamen Erinnern sind dabei essenziell. Doch es fehlen etablierte Rituale und Kommunikationsformen für den Umgang mit Betroffenen, die den Schwangerschaftsverlust weder negieren, noch orientiert sind an traditionellen Trauer- und Kondolenzpraktiken, die oft als unpassend wahrgenommen werden. Denn auch die Vorstellung, dass verwaiste Eltern für immer in Trauer versinken müssen, verstärkt ein Stigma und führt zur sozialen Isolation. Alternativen wären Geburtskarten nach Stillen Geburten, Abschiedsfeiern im Kreis derjenigen, die auch die Baby Shower besuchten, und Arbeitgeber, die freiwillig Trauerurlaub für Eltern gewähren – auch später noch, zum Beispiel an Jahrestagen. Solche sozialen Formen des Gedenkens machen den Verlust des Kindes nicht ungeschehen, tragen aber dazu bei, die Trauer zu einer besseren Erfahrung zu machen.



LITERATUR

Böcker, J. (2022). Der Wandel der Anerkennung von Fehl- und Totgeburt als Geburt eines Kindes. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 47, 59-82.

Böcker, J. (2025). Fehlgeburt, Stille Geburt und die unwiederbringliche Jetztzeit. In: Deppe, S., Clausen, A., Marcinski-Michel, I., Schweda, M., Wiesemann, C. (Hrsg.): *Handbuch Medizin und Lebenszeit*. Berlin, Heidelberg: J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-662-68418-4_38-1.

Goecke, T. W., Schöberl, G. I., Beckmann, M. W., Beetz, A. M. (2022). Der Bindungsstil der Mutter und ihr perinatales Wohlbefinden beeinflussen die frühkindliche Entwicklung. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 226, 325-332.

Hirschauer, S., Heimerl, B., Hoffmann, A., Hofmann, P. (2024). *Soziologie der Schwangerschaft: Explorationen pränataler Sozialität*. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Jones, E.E., Crawley, R., Brierley-Jones, L., Kenny, C. (2023). Continuing Bonds Following Stillbirth: Protective and Risk Factors Associated with Parental Bereavement and Adaption. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41, 93-109.

Klass, D. (1996). The Deceased Child in the Psychic and Social Worlds of Bereaved Parents during the Resolution of Grief. In: Klass, D., Silverman, P. R., Nickman, S. (Hrsg.): *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Washington: Taylor & Francis, 199-215.

Layne, L. L. (2003). *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*. New York: Routledge.

Lupton, D. (2013). *The Social Worlds of the Unborn*. London: Palgrave Macmillan.

Mitchell, L.M. (2016). „Time with Babe“: Seeing Fetal Remains after Pregnancy Termination for Impairment. *Medical Anthropology Quarterly*, 30, 168-185.

Sänger, E. (2020). Elternwerden zwischen „Babyfernsehen“ und medizinischer Überwachung. Eine Ethnografie pränataler Ultraschalluntersuchungen. Bielefeld: transcript Verlag.

Völkle, L. (2021). Die Existenzweisen eines Fötus: Eine Einzelfallanalyse zu Prozessen der De/Personalisierung und De/Humanisierung bei Totgeborenen. *Zeitschrift für Soziologie*, 50, 114-130.



DIE AUTORIN



Julia Böcker

Leuphana Universität Lüneburg
Institut für Soziologie und Kulturorganisation
Universitätsallee 1
21335 Lüneburg
Julia.boecker@leuphana.de



ABSCHIED VON HANNO

Erinnerungen einer betroffenen Mutter

VIKTORIA IM INTERVIEW MIT TAINA BEULTING

Viktorias dritter Sohn Hanno ist 2021 in der 18. Schwangerschaftswoche tot zur Welt gekommen. Ein Jahr lang haben sie und ihre Familie allein versucht, mit diesem Schicksalsschlag umzugehen. Erst dann fand der erste Kontakt zur Bethanien Sternenkinder Beratungsstelle Münster/Osnabrück statt, in der Viktoria Einzelgespräche und auch Gruppenangebote gemeinsam mit anderen frühverwaisten Eltern wahrnahm. Mittlerweile ist Hannos kleine Schwester Edda gesund und lebend zur Welt gekommen und ergänzt die Familie als viertes Kind.

Wie hast Du erfahren, dass Hanno verstorben ist?

Es kam ganz überraschend, Hannos Tod war gar nicht abzusehen. Bis dahin hatte alles immer gut ausgesehen.

Es war ein Sonntag, wir waren bei Freunden zum Kaffee trinken. Ich war alleine mit meinen beiden

Söhnen an dem Tag, mein Mann war wandern. Ich bekam abends Wehen, aber ich habe diese im ersten Moment gar nicht als solche eingeordnet. Ich dachte erst, es wäre vielleicht einfach ein Dehnungsschmerz. Dann kam aber irgendwann eine starke Blutung dazu, und mir wurde klar: Jetzt ist es ernst. Ich habe dann ganz schnell den Rettungswagen und eine Freundin angerufen, damit meine Söhne eine Betreuung hatten, denn ich wollte nicht, dass sie mit ins Krankenhaus müssen.

Für mich war völlig klar: Ich rufe jetzt nicht meinen Mann an. Der ist gerade mitten im Wald, kann nichts tun, kommt da auch nicht weg. Dann wäre es ja eine ganz schlimme Situation für ihn gewesen, mitten im Wald, ohne die Möglichkeit, zu mir zu kommen oder mitzuverfolgen, was gerade mit mir passiert. Für mich war innerlich ganz klar: Ich mache das jetzt hier alleine, ich ziehe das durch. Dann kam ich ins Krankenhaus, wo mich eine Ärztin in Empfang nahm, die mich im Untersuchungs-

zimmer direkt untersuchte. Meine Erinnerungen sind hier sehr vage. Ich saß auf dem schrecklichen gynäkologischen Stuhl, das Licht schien mir grell ins Gesicht. Es war 2021, also mitten in Corona. Deswegen musste als Erstes auch noch ein Corona-Test bei mir gemacht werden. Das fand ich ganz heftig in dieser Situation, dass sich als erstes darum gekümmert wurde anstatt um mein Kind.

Hast Du das Gefühl, in der Situation gut begleitet worden zu sein?

Mir ist nachdrücklich der Empfang in Erinnerung geblieben. Für mich fühlte es sich sehr chaotisch an. Es waren viele Menschen um mich herum, der Raum war nicht gut vorbereitet, und dann auch noch der Corona-Test.

Es wurde besser, als ich aus dem Untersuchungszimmer in den Kreißsaal kam. Die Beleuchtung war eine andere, es war dunkler, es war ruhig, wenige Menschen waren dort. Ab dem Moment hatte ich eine Hebamme an meiner Seite, die wirklich den Rest der Nacht bei mir war. Sie war zum Glück nur für mich da und begleitete mich auch noch nach meiner Zeit im Kreißsaal auf der gynäkologischen Station.

Diese Hebamme war sehr wertvoll für mich, nicht nur weil sie professionell war und feinfühlig, aber den nötigen emotionalen Abstand hatte. Sie wirkte sehr erfahren und brachte viel Ruhe mit. Sie ließ sich sehr auf meine Fragen und Sorgen ein und gab mir wertvolle Tipps, wie ich mit Hanno nach seiner Geburt umgehen konnte. Sie motivierte mich zum Beispiel, mein totes Baby zu mir zu nehmen, um mich verabschieden zu können, und sie brachte ihn mir später, als ich auf dem Zimmer war, wieder. Sie nahm mir damit etwas von der Angst und Unsicherheit, die ich in den Gedanken an mein totes Baby hatte. Ich stellte mir nämlich immer wieder die Fragen: Wie sieht er überhaupt aus? Kann ich ihn halten? Ist es gut, ihn anzusehen? Hier stützte und begleitete sie mich und stand mir stärkend zur Seite. Das war ganz wichtig, auch im Nachhinein, für meinen Trauerprozess!

Hattet ihr als Eltern den Eindruck, über alles, was auf Euch zukam, ausreichend informiert zu sein?

Das Team der Klinik informierte uns schon gut. Aber in meinen Augen war der Zeitpunkt sehr ungünstig. Sie fragten zum Beispiel während der

Geburt, ob mein Kind obduziert werden solle oder nicht, und sie informierten mich, wie eine Beerdigung aussehen könnte. Die Informationen kamen, aber den Zeitpunkt empfand ich als völlig unpassend. Ich finde das problematisch, denn es sind ethische Entscheidungen, die man da trifft, und die trifft man dann in einer emotional sehr, sehr stressigen Situation. Ich war im Nachhinein sehr froh, dass ich als promovierte Theologin während meiner Forschung und später als Lehrerin über solche Fragen schon nachgedacht hatte. Für mich war also klar, dass ich nicht möchte, dass mein Kind obduziert wird. Und dass ich selber das Kind beerdigen und auch alles andere selber regeln möchte. Da denke ich schon, es wäre viel sinnvoller, den Müttern die Chance zu geben, solche Fragen in Ruhe zu überdenken. Denn das sind Entscheidungen, die ganz weit reichen. Wenn man zwei oder drei Jahre später erkennt, dass es für einen selbst eigentlich doch nicht stimmig war, das eigene Kind obduzieren zu lassen, kann man das nicht mehr ändern. Ich glaube, das ist etwas, das einem dann sehr lange nachhängt. Genauso wie die Entscheidungen zur Gestaltung der Beerdigung und der Grabstelle.

Wie habt ihr von Hanno Abschied genommen?

Das lief im Krankenhaus gut: Wir bekamen Hanno in einem wunderschönen, kleinen Stoffschiffchen, gebettet in einen sehr schönen Kindersarg und mit einem Stoffherzen und einem Engel in zweifacher Ausführung, sodass wir jeweils etwas selbst behalten und etwas mit ins Grab geben konnten. Das war eine sehr schöne Vorbereitung! Das griffen wir dann auch auf bei der Beerdigung, die unser Pfarrer machte. Er nahm sich sofort Zeit, und zwei Tage später konnten wir Hanno schon beerdigen. Vorher hatte es ein Trauergespräch gegeben. Wir hatten uns einen besonderen Bibeltext ausgesucht und unserem Pfarrer gesagt, was wir uns noch für Hanno wünschen. Dies griff er dann in der Predigt auf. Unsere beiden älteren Söhne hatten etwas gestaltet und Hanno mit ins Grab gelegt. Gemeinsam hatten wir auch noch ein Kreuz gebastelt, denn so schnell gab es noch keinen Grabstein.



Foto: Imagesines

Wer war hilfreich in der Zeit des Abschiednehmens?

Das war sowohl die Hebamme im Krankenhaus als auch die Seelsorgerin dort. Die beiden waren wirklich wichtig! Rund um die Beerdigung war es dann unser Pfarrer. Und für mich selbst war es die ganze Zeit, gerade im ersten Jahr danach, besonders mein Mann, der mir Halt gegeben hat. Mit einer guten Freundin von mir, die auch schon tiefe Trauererfahrungen gemacht hatte, konnte ich auch über alles sprechen, sie hatte ein offenes Ohr für mich. Es kommt ja immer darauf an, was die Menschen sagen. Es gibt schon auch Begegnungen, die einen dazu veranlassen, das Thema bei dieser Person nicht mehr aufzugreifen. Das war aber bei meiner Freundin nie so, sie hatte immer ein Ohr und war eine gute Unterstützung.

Sehr hilfreich ist bis heute für mich außerdem die Beratungsstelle in Lengerich. Auf die Beratungs-

stelle hatte mich bereits die Seelsorgerin im Krankenhaus aufmerksam gemacht und mir sogar einen Flyer zu den Angeboten gegeben. Dass es ein Jahr dauerte, bis ich tatsächlich zum ersten Mal an einem Trauercafé teilnahm, lag vor allem daran, dass ich es zunächst – heute kann ich gar nicht mehr genau sagen, warum – auf jeden Fall alleine versuchen wollte, wieder auf die Füße zu kommen und meine Trauer zu verarbeiten. Es dauerte, bis mir klar wurde, dass ich das nicht alleine schaffen muss und es ok ist, Hilfe zu bekommen, und dass es bestimmt auch sehr gut tut, mit anderen Betroffenen zusammenzukommen.

Das erste Angebot, das ich wahrnahm, war ein Trauercafé, das einmal monatlich stattfindet und das ich bis heute sehr gerne besuche. Dort wird oft kreativ gearbeitet und etwas für das verstorbene Kind gestaltet. Das ist für mich eine ganz wunderbare Möglichkeit, in Beziehung zu Hanno zu sein

und zu bleiben. Ich nehme mir dann ja nur für ihn Zeit – die anderen Kinder sind zu Hause bei meinem Mann oder Freunden. Ich bastele etwas für ihn und kann es dann entweder mit nach Hause nehmen, um mich dort daran zu freuen und bei dem Anblick des Gebastelten an ihn denken, oder es zum Grab bringen, um meinem Sohn damit dort eine Freude zu machen – so stelle ich es mir vor. Außerdem hatte ich über mehrere Monate eine Einzelberatung, in deren Rahmen wir unter anderem die Nacht, in der die Fehlgeburt passierte, aufgearbeitet haben. Ich hatte hinterher den Eindruck, die Last meiner Trauer auf meinen Schultern sei leichter geworden. Ich fühlte mich irgendwie freier. Und während der Schwangerschaft mit unserem Regenbogenbaby nahm ich an einem Geburtsvorbereitungskurs für Folgeschwangere teil. Der war sehr wertvoll, weil diese Schwangerschaft für mich mit ganz vielen Ängsten verbunden war. Doch nicht nur für die gab es Raum in dem Kurs. Wir spürten unter anderem der Frage nach, welchen Platz das Sternenkind aktuell hat und welchen es nach der Geburt haben kann, wie wir eine Verbindung denken und fühlen können zwischen dem Baby, das schon gegangen ist, und dem, was gerade kommt. Am Ende des Kurses bastelten wir ein Mobilé, von dem Erinnerungsstücke an das verstorbene Baby herabbaumeln und Symbole der Hoffnung auf das gerade kommende Baby. Heute hängt es über dem Wickeltisch und erinnert mich jeden Tag an Hanno – Hanno, von dem ich glaube, dass er uns unsere Tochter geschickt hat.

Hat sich Dein Verhältnis zum Tod nach Hannos Geburt verändert?

Ja! Es hat sich auf jeden Fall ganz stark gewandelt. Man ist gezwungen, sich ganz intensiv mit dem Tod auseinanderzusetzen. Ich musste es dann ja auch meinen Söhnen erklären, die mir dieselben Fragen stellten, die ich mir stellte: Warum ist das passiert? Kann das nochmal passieren? Das war dann im Übrigen auch ganz präsent in meiner Folgeschwangerschaft. Da ich ein gläubiger Mensch bin und der Tod für mich ein spirituelles Ereignis ist, standen für mich auch die Fragen im Raum: Verändert sich jetzt mein Gottesbild? Gibt es einen Sinn, der dahintersteht? Aber auch: Wie geht es nach dem Tod weiter? Wo ist Hanno jetzt? Kann ich noch Kontakt zu ihm haben?

Viele haben mich in den letzten Jahren gefragt, warum es mir so wichtig sei, das Grab schön zu gestalten. Hanno sei doch da gar nicht mehr. Darauf Antworten zu finden für einen selber, das regt natürlich zum Denken an. Was bedeutet mir seine Grabstelle, und dass sie schön gestaltet ist? Für mich ist sie eine Möglichkeit, unsere Verbindung und Beziehung zu pflegen und ihn weiterhin existent zu halten.

Ich habe mittlerweile auch deutlich weniger Angst vor meinem eigenen Tod. Schon zwei Tage nach Hannos Geburt habe ich zu meinem Mann gesagt: Wenn ich jetzt sterben würde, dann wäre Hanno nicht mehr allein. Und er entgegnete mir: Dasselbe habe ich auch schon gedacht.

Das Interview mit Viktoria wurde für den Hospiz-Dialog geführt von

Taina Beulting

Leiterin der Bethanien Sternenkinder Beratungsstelle Münster / Osnabrück. Eine gemeinnützige Einrichtung der Bethanien Diakonissen-Stiftung, bei der alle Menschen, die von einer Fehlgeburt oder einem frühen Kindstod rund um Schwangerschaft, Geburt, oder in den ersten Monaten danach betroffen sind, kostenfreie Beratungs- und Gruppenangebote finden.

Bethanien Sternenkinder Beratungsstelle Münster/ Osnabrück

Kienebrinkstr. 15a
49525 Lengerich
05481 - 32 66 239
www.bethanien-stiftung.de



ANKER SEIN IN ERSCHÜTTERNDEN ZEITEN

ULI MICHEL

Was macht es für einen Unterschied, ob die Eltern eines verstorbenen Kindes in der Akutphase gut begleitet wurden oder auf nicht gut vorbereitetes Fachpersonal getroffen sind? Einen sehr großen – und zwar nicht nur im Moment des Ereignisses selbst, sondern auch weit darüber hinaus. Wie wir als Expert*innen in den Krankenhäusern und Arztpraxen betroffenen Eltern bei dem Tod ihres Kindes begegnen, wie wir Diagnosen überbringen, wie wir sprechen, mit aushalten oder ausweichen, wie wir Kompetenz und Sicherheit ausstrahlen oder selbst ins Wanken geraten – all das verändert das Erleben der Betroffenen und ihre Trauerphasen nachhaltig.

Denn unsere zugewandten und mitfühlenden Gesten, unsere Zuversicht, sowie die wirklich wichtigen Informationen sind erste Trittsteine auf dem Weg der Trauer (vergleiche die Ausführungen zum Tryptichon der Trauer nach Ruthmarijke Smeding). Sie gleichen einem Anker in stürmischen Zeiten und können Lichtblicke in den dunkelsten

Momenten von jungen Eltern sein. Ich erlebe immer wieder, wie Eltern früh verstorbener Kinder im Rückblick mit leuchtenden Augen von ermutigenden Kontakten berichten. Wie sie Dankbarkeit für Kompetenz und liebevolle Begleitung äußern oder davon erzählen, wie sie sich aufgefangen fühlten in einer Situation, als der Boden sich unter ihnen aufzutun schien. Eine gut begleitete Akutsituation lässt Hoffnung und Zuversicht entstehen und damit auch langfristige Perspektiven für die Zukunft.

Fehlende Standards in Praxen und Kliniken

In unseren Praxen und Kliniken gelten bisher für Totgeburten keine Standards und das macht es für manche Paare deutlich schwieriger als für andere. Es unterliegt dem Zufall, auf wen verwaiste Eltern treffen, ob sie kompetent und hilfreich begleitet werden, oder aber zusätzliche Belastungen oder sogar Traumatisierungen erfahren.

Denn oft ist es nicht der Tod des Kindes, der im Nachhinein so schwer wiegt, sondern die Reaktion der Ärztin oder des Arztes bei der Diagnosestellung

oder das manchmal wenig feinfühliges Verhalten von Fachpersonen. Dazu die Rückmeldung einer betroffenen Mutter:

„An dem Abend, als ich in der 40. Schwangerschaftswoche ins Krankenhaus kam und beim CTG kein Herzschlag gefunden wurde, kam eine junge Ärztin, um den Ultraschall zu machen. Sie war offensichtlich mit der Situation überfordert und ließ uns einfach allein in dem Ultraschallraum zurück, nachdem sie uns mit einem Satz verkündet hatte: ‚Ich kann keinen Herzschlag mehr finden, tut mir leid.‘ In dieser Situation hätte ich mir mehr Einfühlungsvermögen und Kenntnis gewünscht. Sie schien überfordert, aber Sie können sich sicher vorstellen, wie überfordert wir uns gefühlt haben.“

Eine schwere Nachricht gut zu überbringen ist rhetorisch anspruchsvoll und sollte daher in Ausbildungen von Fachpersonen geübt werden. Abwarten zu können, Tränen auszuhalten, das Stabilisieren in existenziellen Krisen gehört nicht selbstverständlich zu unseren Kompetenzen und braucht daher entsprechende Schulungen und gute Selbstregulation.

Interdisziplinäre Fortbildungen

Die Ausbildungen und die Standards der verschiedenen Berufsgruppen, die mit trauernden Eltern und den Themen Abschied und Verlust zu tun haben, sind sehr unterschiedlich und reichen meiner Erfahrung nach von gar nicht vorhanden bis hochprofessionell. Insgesamt zeichnet sich eine deutliche Weiterentwicklung in der Ausbildung des Fachpersonals ab. Bei den heute ausgebildeten Kollegen*innen fließen etwa aktuelle Forschung zum Thema Trauer und Trauma mit in die Ausbildung ein. Doch bei vielen fehlt immer noch der Praxisbezug. Insbesondere für die eigene fachliche Sicherheit und einen gelungenen Umgang mit den Themen Tod und Abschied, sowie dem Wissen um die Bedeutung der Bindung und Versorgung eines kleinen toten Kindes. Zum Ausbildungsstandard sollte gehören, dass neue Kollegen*innen behutsam an die Themen und die Versorgung der verstorbenen Babys herangeführt werden, dass ihre eigene innere Haltung zum Umgang mit Tod und Trauer wachsen kann und dass sie bei verschiedenen Fachpersonen hospitieren und lernen

können. Durch ein solches „Grundgerüst“ und durch die Beschäftigung mit immer wieder neuen Verlustsituationen werden Pflegenden, Ärzt*innen und Hebammen dazu beitragen, die betroffenen Eltern zu stabilisieren und in existenziellen Krisen sicher zu begleiten.

Den ganzen Betreuungsbogen zu erfassen und Eltern ein sicheres Netz zu bieten, in dem sie sich in einer solchen Situation aufgefangen fühlen können, dazu tragen insbesondere die interdisziplinären Fortbildungen bei. Dort können Hebammen und Berater*innen von Bestatter*innen lernen, oder Gynäkolog*innen von ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter*innen. Ebenso natürlich umgekehrt. Die Inhalte reichen von der Diagnoseübermittlung, über Kommunikation in besonderen Situationen, die rechtlichen Grundlagen oder auch das eigene Rollenverständnis als Bezugsperson in der Akutphase oder als Begleiter*in während einer prozesshaften Trauerbegleitung. Selbsterfahrung und Selbstregulation werden reflektiert und traumasensibles Verhalten geübt.

Denn der Verlust des Kindes ist für Eltern ein langer Weg, auf dem sie sehr unterschiedlichen Menschen und Institutionen begegnen, die ihnen helfen können, psychisch und seelisch unbeschadet durch die Krise zu kommen. Die unterschiedlichen Fachpersonen sollten voneinander wissen, Stärken des/der anderen, sowie thematische Überschneidungen oder Ergänzungen kennen und wertschätzend miteinander im Kontakt sein.

Was braucht es auf der fachlichen Ebene, um für Eltern ein sicherer Anker zu sein?

- Wissen um die verschiedenen Verlustmöglichkeiten während der Schwangerschaft und der Geburt, sowie die Fähigkeit, auch sehr komplexe Fragestellungen zu erfassen und auszuhalten.
- Kenntnis der rechtlichen Aspekte sowie guter Rahmenbedingungen von Abschied, Aufbahrung, Segnung, Taufe und Bestattung verstorbenen Föten bzw. Säuglinge. Ebenso die Rechte der Mütter in Sachen Mutterschutz, Eintrag ins Familienstammbuch oder Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.
- Ressourcen-fokussierte Kommunikation und professionelle Nähe
- Unvoreingenommen sein, um sich immer wieder darauf einzulassen, wie genau diese Eltern mit dieser schweren Situation umgehen werden. Trauer ist sehr individuell.

Was braucht es auf der persönlichen Ebene, um für Eltern ein sicherer Anker zu sein?

- **Ambiguitätstoleranz:** Die Fähigkeit, es auszuhalten, wenn Situationen sich ganz anders entwickeln, als wir es gedacht oder auch gewünscht haben, wenn unvereinbare Mehrdeutigkeiten und Gegensätze zu Spannungsfeldern führen und sich zum gegebenen Zeitpunkt nicht so leicht lösen lassen.
- **Kompetenzanmutung:** Durch unsere Sprache und Körpersprache, durch Fakten und Fachinformationen nehmen Betroffene unsere Kompetenz wahr. Dazu gehört auch unsere Fähigkeit, uns in den anderen einfühlen zu können, empathisch zu sein und die Würde unseres Gegenübers zu achten.
- **Verlässlichkeit:** Menschen in existentiellen Nöten suchen Stabilität und haben eine sehr feine Wahrnehmung dafür, ob sie sich auf uns verlassen können. Ob das, was wir früher gesagt haben, auch jetzt noch Bestand hat. Ob unsere Aussagen und unser Verhalten auch in einem längeren zeitlichen Verlauf gesehen vertrauenswürdig sind.

Dies sind einige wesentliche Aspekte in der Begleitung von Sternenkindereltern, die den Betroffenen Kraft und Selbstwertgefühl in erschütternden Zeiten geben.

Lassen Sie uns Anker sein.



DIE AUTORIN



Uli Michel

Hebamme, Trauma-Fachberaterin, Trauerbegleiterin, Coach und Autorin von *Ein Kind in den Sternen*. Wie Eltern still geborener Kinder Halt finden, 2023. Freiberufliche Hebamme seit 1996, Hospizkordinatorin von 2013-2019, Leiterin der Sternenkinder-Beratungsstelle Münster/Osnabrück von 2019-2024. Aktuell Trauerbegleiterin der Initiative Schmetterling e.V. in Neuss und freiberuflich in eigener Praxis sowie der Fort- und Weiterbildung tätig.

Unter den Erlen 7
40489 Düsseldorf
u.michel@uli-michel.de
www.uli-michel.de

PHASEN DER TRAUER:

Trauerphasen nach Ruthmarijke Smeding, niederländische Trauerforscherin. Smedings Modell unterteilt Trauer in drei Phasen und lässt sich auf den Tod während der Schwangerschaft übertragen.

STERBETRAUER:

Wenn Eltern eine lebensbegrenzende Diagnose in der Schwangerschaft erhalten, beginnt ihre Trauer darüber, dass dieses Kind nicht gesund und lebensfähig ist. Dass sich ihre Freude auf neues Leben plötzlich in eine Situation verwandelt hat, wo sie sich mit Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen müssen. Dass ihre Zukunftsvorstellungen wie ein Kartenhaus zusammenfallen. Diese Zeit ist geprägt von Hoffen und Bangen. Von dem Wunsch, dass doch noch ein Wunder geschieht, und der Ohnmacht angesichts der Diagnose. Es ist noch gemeinsame Zeit mit dem Kind, die kostbar und heilsam gestaltet werden kann.

TODESTRAUER:

Obwohl die Diagnose bekannt war, sind die Eltern häufig überrascht, wenn der Tod tatsächlich eintritt. Die kurze Zeit zwischen dem Todeszeitpunkt bzw. der Geburt und der Bestattung dient dem tatsächlichen Begreifen des Todes. Viele Eltern sind tief berührt von dem Anblick ihres verstorbenen Kindes und können Liebe und Verbundenheit empfinden. Alles, was mit diesem Kind an Zeit verbracht werden kann, kann nur jetzt stattfinden. Daher ist es wichtig, dass Fachpersonen alle Möglichkeiten (Bonding, Baden, Anziehen, Familienfotos, Segnung etc.) anbieten, damit Eltern entscheiden können, was zu ihnen passt.

WEITERLEBENSTRAUER:

Das eigene Leben an die veränderte Situation anzupassen ist eine große Aufgabe. Die entstandene Lücke im Familiensystem durch den Tod des Kindes ist groß und das Thema omnipräsent. Viele betroffene Eltern schlafen abends mit Trauer und Schmerz um das verstorbene Kind ein und wachen morgens damit auf. Der Kontrast zu ihren Mitmenschen, deren Leben unverändert weitergeht, wird mit der Zeit immer größer. Der Verlust wird in allen Dimensionen erst langsam und dann zunehmend schlimmer erlebt und es braucht viel innere Kraft, den Weg der Weiterlebenstrauer zu gehen. In dieser Phase kann professionelle, haltgebende Begleitung von großem Wert sein.

Smeding, R. (2012), Das Triptychon der Trauer. Die Hospizzeitschrift, 52, 6-12.



GESCHWISTERTRAUER

Erinnerungen einer Schwester

Als ich von einem Schulausflug kam, wusste ich nicht, dass meine Welt nie mehr die Gleiche sein würde. Eigentlich hatte ich gar nicht fahren wollen. In den Tagen, bevor es losgehen sollte, schlief ich auf einer Matratze vor dem Bett meiner Mama, um ja nichts zu verpassen. Meine Mama war hochschwanger und meine kleine Schwester, die ich so unendlich lange herbeigesehnt hatte, konnte sich nun jede Minute auf den Weg machen. Ich fühlte mich ihr schon jetzt so verbunden. Oft hatten wir über die Bauchdecke meiner Mama kommuniziert – ich drückte den Finger hinein und sie stupste von innen an der gleichen Stelle heraus, immer und immer wieder das gleiche Spiel.

Nun fuhr ich also und meine Eltern versicherten mir, mich sofort anzurufen und abholen zu lassen, sollte die Geburt losgehen. Ich verbrachte schöne, wenn auch vor Aufregung unruhige Tage.

Als ich am Ende der Woche am Schulbus abgeholt wurde, erfuhr ich, dass wir nicht wie gedacht nach Hause, sondern zu meiner Mama ins Krankenhaus fahren würden. Natürlich protestierte ich sofort: Das Baby war also inzwischen gekommen und keiner hatte mir Bescheid gegeben? Aber die Stimmung im Auto war nicht von Freude und Auf-

regung erfüllt, nichts war so, wie es sein sollte. Und dann erzählten mir mein Vater und meine Tante, was geschehen war. Zwei Tage war das schon her gewesen und meine Eltern hatten die Zeit gebraucht, selbst zu verstehen und zu verarbeiten. Keiner hatte die Kraft gehabt, mich mit einer solchen Nachricht auf dem Schulausflug zu konfrontieren und nach Hause zu holen. Meine Mama lag in einem riesigen Zimmer, darin vier Betten, doch nur ihres ganz hinten am Fenster war belegt. Ich schritt durch den Raum und erst, als ich ihr Gesicht sah und in ihren Armen lag, begriff ich, dass das gerade wirklich passierte.

Wir hatten eine schöne Verabschiedungsfeier. Wir sangen das Schlaflied, welches die Spieluhr meiner kleinen Schwester schon in der Schwangerschaft immer für sie gespielt hatte und legten gebastelte Vögelchen in ihr Grab. Es wurden viele, viele Tränen geweint und die Leute schüttelten mir am Grab die Hand und drückten mir ihr Beileid aus. Ich weiß, dass ich in dieser Zeit nicht allein war. Alle versuchten wirklich ihr allerbestes. Aber alle waren auch so tief in ihrem eigenen Schmerz gefangen, dass es schwer war, so richtig füreinander da zu sein. Auf die Idee, dass es für mich gut sein könnte, mit jemandem zu sprechen oder mich

in einer Gruppe auszutauschen, ist damals glaube ich niemand gekommen.

Ich hörte meine Mama in vielen Nächten nach meiner kleinen Schwester schreien. Die Bilder von ihr hängen bis heute in der Wohnung meiner Eltern. Sie gehört dazu und ist immer dabei. Es war nicht so, dass man über das Erlebte nicht sprechen durfte – aber wie sollte man über etwas reden, was einen so sprachlos machte? Jeden Abend saß ich am Fenster in meinem Zimmer und sagte meinem geliebten Sternchen gute Nacht – viele Jahre behielt ich dieses Ritual bei.

Nun ist schon so viel Zeit vergangen und das Leben irgendwie weitergegangen. Es geht mir gut und ich kann aus ganzem Herzen lachen. Und trotzdem ist da ein Schmerz, der manchmal aufreißt und mich so übermannt, dass ich das Gefühl habe, mein Körper bricht auseinander.

Ich glaube nicht, dass ich jemals richtig verarbeitet habe, was damals passiert ist. Erst war dafür kein Raum, und dann schien plötzlich schon zu viel Zeit vergangen. Ich glaube auch nicht, dass man mir angemerkt hat, wie es mir damals ging und manchmal noch heute geht. Kinder haben da ja ihre ganz eigenen Wege. Am letzten Jahrestag stand ich mit meinen Eltern am Grab meiner Schwester und habe als einzige ganz bitterlich weinen müssen. Mein Vater nahm mich daraufhin in den Arm und sagte mir, dass sie wissen, dass das für mich damals auch unendlich schwer war und sie mehr auf mich hätten achten müssen. Ich hatte das Gefühl, in dem Moment ist ein kleiner Teil in mir geheilt.

Die Verfasserin ist der Redaktion bekannt.



©istockphoto.com/Evgeniia Siliankovskaia

WIE TRAUERN KINDER?

Kinder haben je nach Alter ein anderes Todes- und Zeitverständnis als Erwachsene. Sie sind in vielerlei Hinsicht noch stark von den Reaktionen und der Begleitung der Erwachsenen abhängig und noch nicht ganz vom Anderen abgegrenzt. Ihre Trauer hebt sich von der Trauer der Erwachsenen in drei wesentlichen Punkten ab:

Vielfältige Gefühlsäußerungen und Verhaltensweisen

Die psychischen und physischen Reaktionen von Kindern sind oftmals spontan und impulsiv und nicht daran orientiert, ob sie sozialen und ethischen Normen entsprechen. Hier sind die Erwachsenen gefragt, die Verhaltensweisen des Kindes

mit Sinn zu füllen. Weinen gehört nicht unbedingt zum Trauerausdruck eines Kindes. Meist verarbeitet das (kleine) Kind seine Gefühle im täglichen Spiel und nicht unbedingt, indem es darüber redet. Wenn man mit dem Kind über den Tod eines geliebten Menschen spricht, kann seine Reaktion befremdend erscheinen. Das Kind schützt sich mitunter durch Weghören und Spielen. Manchmal setzen sich Kinder erst viel später oder mehrmals damit auseinander. Auf jeder Entwicklungsstufe kommen neue, andere Fragen über das Geschehen hinzu, die sie dann in ihr verändertes Weltbild integrieren. Zudem fehlt es den Kindern häufig an Wissen über Sterben, Tod und Trauer. Dieses fehlende Wissen wird leicht mit kindlichen Bildern und Fantasien gefüllt, die Angst und Schuldgefühle hervorrufen können. Offene Kommunikation ist ein Schlüssel, um Kinder in dieser schwierigen Zeit zu unterstützen.

Emotionales Wechselbad

Kinder trauern ‚häppchenweise‘, sie können fröhlich spielen, dann auf einmal stark betrübt sein und weinen, um gleich darauf wieder fröhlich weiter zu hüpfen. Dies ist eine wichtige Schutzvorkehrung, die eine ernsthafte und nachhaltige Beeinträchtigung in ihrer Entwicklung verhindert. Dadurch wirkt die Kindertrauer häufig wie ein undurchsichtiger Prozess. Die Aufgabe der Erwachsenen besteht darin, kreative Zugänge zu finden, das Kind sein zu lassen, wie es ist, die Gefühle anzunehmen, wie sie kommen, und seinen ganz individuellen Weg im Umgang mit der Situation zu finden. Je offener Eltern mit ihrer eigenen Trauer umgehen, desto mehr Raum bieten sie auch ihren Kindern, ihre Emotionen zu zeigen.

Doppelte Verlierer

Kinder brauchen immer die Fürsorge der Eltern. Für diese kann es aber durch den eigenen Verlust eine große Herausforderung sein, Kinder angemessen zu begleiten, da sie sich selbst im Trauerprozess befinden. Somit verlieren Kinder nicht nur eine geliebte Person, sondern zudem auch manchmal über längere Zeit hinweg die gewohnte Zuwendung und Aufmerksamkeit ihrer Familien. Familiensysteme müssen sich neu finden und stabilisieren, dies sind oft langjährige und schmerzhafteste Prozesse. Gemeinsame Trauerrituale und das Anerkennen der unterschiedlichen Trauerwege können den Zusammenhalt in der Familie stärken und Kindern wie Eltern Mut machen.

Nach:

Droste zu Vischering & Dingerkus (2018) „Sterben, Tod und Trauer im Kindergarten. Begleitbuch für Erzieherinnen und Erzieher.“ Online verfügbar unter: <https://alpha-nrw.de/wp-content/uploads/2021/01/sterben-tod-und-trauer-im-kindergarten.pdf>



Grabmal von 1723 auf dem Kirchhof in Burweg-Horst (Landkreis Stade) – drei Kreuze über den Köpfen der Kinder symbolisieren deren frühen Tod
Foto: Fischer

ZUR ENTWICKLUNG DER BESTATTUNGSKULTUR FRÜH VERSTORBENER KINDER

NORBERT FISCHER

Als „Engelgottesacker“ oder „Engelgarten“ wurden in Bayern jene von den übrigen Grabstätten abgetrennte, am Rand gelegene Plätze des Friedhofes bezeichnet, die der Bestattung früh verstorbener Kinder dienten. Es waren kleine Flächen, die häufig überdacht und durch ein Tor zugänglich waren. Die Kinder, die hier bestattet wurden, waren nicht mehr getauft worden und konnten daher offiziell kein christliches Begräbnis beanspruchen. Im Falle frühverstorbener, nicht getaufter Kinder nahmen die Hinterbliebenen diese gesellschaftliche Ausgrenzung jedoch keineswegs immer hin. So wurden praktische Ausnahmeregelungen erdacht, wie zum Beispiel Taufen im Mutterleib (intrauterine Taufen) oder Erweckungs- und Nottaufen. Auch Taufmirakel und Wallfahrten spielten eine Rolle.

Auch reguläre Kinderbegräbnisse unterlagen eigenen Zeremonien. Sie waren - außer in den

Oberschichten - bis weit in die Neuzeit hinein von wenig Aufwand geprägt, die hohe Kindersterblichkeit spielte hier eine Rolle. Seit dem späten Mittelalter kannte die römische Kirche für getaufte Kinder eine separate Begräbnisliturgie. Die liturgische Farbe bei einem Kinderbegräbnis war weiß, entsprechend auch der - wenn überhaupt verwendete - Kindersarg.

Auf frühneuzeitlichen Familiengrabsteinen der Oberschichten werden Kinder häufig auf Familienreliefs, aufgereiht wie Orgelpfeifen, neben den Eltern dargestellt. Ihr vorzeitiger Tod wird durch ein Kreuz über dem Kopf oder eine abgeknickte Blume symbolisiert. Verstorbene Säuglinge wurden auf Grabmälern auch als Wickelkinder gezeigt. Dies resultierte aus dem Brauch, Säuglinge kurz nach der Geburt in Tücher zu wickeln, um ihren Körper zu schützen. Verstorbene Kleinkinder und ältere Kinder hingegen sind in der Regel in Kleidungsstücken zu sehen. Eine weitere Beson-



Grabmal auf dem Kirchhof von Drochtersen (südliche Elbmarsch), 1765: Die Mutter verstarb bei der Totgeburt des zweiten Kindes im Wochenbett
Foto: Fischer

derheit sind Darstellungen von Mutter und Kind, die gemeinsam im Kindbett verstarben. War keine Familiengrabstätte vorhanden, wurden Kinder auf Armenfriedhöfen bestattet.

Heute gehören Gemeinschaftsanlagen für frühverstorbene Kinder zu den berührendsten Entwicklungen innerhalb der aktuellen Abschieds- und Erinnerungskultur. Sie sind so genannten „Still Born Babies“ (also „Stillgeburten“, im Mutterleib verstorbenen Kindern) ebenso gewidmet wie verstorbenen Babys und Kleinkindern. Diese kreativ gestalteten, meist mit einem Denkmal versehenen Anlagen sind häufig Bestattungsort und Gedenkstätte zugleich, manchmal auch reine Gedenkstätten. Sie tragen Bezeichnungen wie „Sternenkinder-Friedhof“, „Garten der Engel“, „Wurzelkinder“ oder ähnlich. Regelmäßig sind sie Schauplatz von Gedenkveranstaltungen. Damit

stellen sie gesellschaftlich und kulturell einen vollständigen Gegenentwurf zu den abseitigen Ecken dar, in denen vor Jahrhunderten ungetaufte Kinder bestattet werden mussten.

Die Anlage der Sternenkinder-Friedhöfe erfolgt meist auf Grund zivilbürgerlicher Initiativen und Vereinigungen, nicht selten in Zusammenarbeit mit lokalen Krankenhäusern und Kirchengemeinden sowie den Friedhofsverwaltungen. Als Stätten von Trauer und Abschied sind sie inzwischen in vielen größeren und kleineren Orten zu finden. Diese Gemeinschafts- und Konzeptanlagen sind zu besonderen, öffentlichen Orten der Erinnerung auf Friedhöfen geworden.



Sternenkinder-Anlage auf dem Neuen Friedhof Westerland auf Sylt
Foto: Fischer

 DER AUTOR



Prof. Dr. Norbert Fischer
Universität Hamburg
Institut für Empirische Kulturwissenschaft
Edmund-Siemers-Allee 1
(Flügel West)
20146 Hamburg
NorbertFischer@t-online.de



ÜBER DAS STUDIEREN DES STERBENS

Ein Bericht aus dem Masterstudium Palliative Care

CLARA SCHUPPAN

Wieso das Sterben studieren?

„Ich studiere das Sterben.“ So antworte ich gern auf die Frage, was ich denn mache. „Das Sterben, den Tod und die Trauer“, ergänze ich und weiß zugleich, dass ich dadurch doch nur noch mehr Fragen erzeuge. Ich kann verstehen, dass ein junger Mensch, der sich freiwillig täglich mit den existenziellen Themen in diesem Kontext auseinandersetzt, irritiert. Doch gerade diese Irritation dem Unausweichlichen gegenüber motivierte mich vor etwa vier Jahren, diese Themen näher zu betrachten und Gesprächsräume zu schaffen, in denen ein Austausch dazu möglich wird. Denn jeder Mensch sieht sich irgendwann mit dem Tod konfrontiert, nur darüber zu reden scheint herausfordernd zu sein.

Zu dieser Zeit studierte ich im Bachelor Soziologie und wurde erstmals aufmerksam auf die Widersprüchlichkeit des Todes – dass er als einzige absolute Gewissheit dem menschlichen Leben inhärent ist und zugleich kein universell gültiges Wissen darüber existiert, was der Tod letztlich ist. Weitere Fragen stellten sich mir: Was ist „gutes“ Sterben? Wie beeinflusst diese Vorstellung das berufliche Handeln beispielsweise in der Pflege? Was brauchen Trauernde, um Verlust bewältigen

zu können? Wie ist das Sterben durch das deutsche Gesundheitssystem bedingt?

„Der Tod ist ein Problem der Lebenden“ (Elias, 2002, 11), so hat es der Soziologe Norbert Elias pointiert. Das Interesse daran, wie Mensch und Gesellschaft auf dieses existenzielle Problem Antwort finden, interessiert mich als Soziologin und war Motivation, einen Master im Themenkomplex Sterben, Tod und Trauer anzugehen. Vor zwei Jahren schrieb ich mich daher ins Masterprogramm Palliative Care an der Fachhochschule in Münster ein. Damit gehöre ich zur vierten Kohorte des zu dem Zeitpunkt noch recht neuen Studiengangs. Mein Name ist Clara Schuppan, ich bin Soziologin, arbeite als Gärtnerin auf Friedhöfen und an einem Trauerforschungsinstitut als wissenschaftliche Honorarkraft an einem Forschungsprojekt zu Verlusterfahrungen in Obdachlosigkeit. In den vergangenen vier Semestern habe ich durch den breiten Fächer an Professionen und Disziplinen meiner Kommilitoninnen und Kommilitonen (Pflege, Soziale Arbeit, Theologie, Erziehungs- und Sozialwissenschaften) und der Lehrpersonen ein tiefgreifendes Verständnis von der Versorgung von Sterbenden, Trauernden und ihren Zu- und Angehörigen entwickeln können.

Wie studiert sich das Sterben?

Der Vorteil der Platzierung des Studiengangs an einer Fachhochschule zeichnete sich für mich durch den unmittelbaren Praxisbezug aus. Beispielweise sieht der Studienablaufplan für das erste Semester ein Modul zum interprofessionellen und interdisziplinären Arbeiten vor, was ein basales Kernelement der palliativen Versorgung ist. Angereichert durch die beruflichen Erfahrungen der Studierenden haben wir weniger das Ideal einer solchen Arbeit gelernt, sondern vielmehr realistische Umsetzungsmöglichkeiten erarbeitet und in produktiver Kreativität Antworten auf bekannte Herausforderungen formuliert. So ist bereits während des Studiums das interprofessionelle und interdisziplinäre Arbeiten repräsentiert und trainiert die Studierenden darin frühzeitig.

Als herausfordernd habe ich es empfunden, dass meine berufliche Praxis nicht im Gesundheitssystem wurzelt, da der Studiengang stark pflegewissenschaftlich ausgerichtet ist. Zugleich wurde stetig betont, dass sozialwissenschaftliche Perspektiven im Bereich der Palliative Care notwendig und gewollt sind. Von Studierenden und Lehrpersonen erfuhr ich Unterstützung und Zuspruch. Deutlich wurde aber auch, dass das Praxisfeld selbst noch wächst und mögliche Stellen für sozialwissenschaftliche Forschung erst noch geschaffen werden müssen. Auch Kommilitoninnen und Kommilitonen aus der Sozialen Arbeit berichteten immer wieder von fehlenden Mitteln, die Stellen finanziell abzusichern, und dass sie dadurch eine Planungsunsicherheit erleben, die die beruflichen und privaten Perspektiven belastet.

Das Besondere der Palliative Care

Das ist meines Erachtens durch die „Sonderstellung“ des Settings Palliative Care im Gesundheitssystem bedingt. Konträr dem medizinischen Eid, Leben um jeden Preis zu erhalten, wird in der hospizlich palliativen Versorgung die Haltung vertreten, dass das Sterben zum Leben dazugehört. Nicht die Frage, *ob* ein Mensch sterben muss, sondern *wie* ein Mensch sterben möchte, ist – idealerweise – handlungsleitend. Diese Haltung zu vermitteln, uns Studierende darin zu stärken, auf die Herausforderung in unserem beruflichen Handeln zu antworten und die palliative Versorgung dadurch mit jungen, auf Masterniveau ausgebildeten Köpfen zu bereichern, sind in meinen Augen die größten Stärken des Studiengangs.

Denn die Palliative Care, wie ich sie verstehe, ist ein dynamisches, wachsendes und auf stetiges Lernen ausgerichtetes Handlungsfeld, das genau wie andere Bereiche des gesellschaftlichen Miteinanders auf Veränderungen und Herausforderungen immer wieder neue Antworten finden muss: Da sind Menschen, die abseits der heteronormativen Binarität neue Familienkonzepte leben und sich in der existenziell herausfordernden Situation des unabdingbaren Versterbens eines Kindes damit konfrontiert sehen, ihr Familienleben im Ausfüllen von Formularen in die Kategorien „Mutter“ und „Vater“ zu pressen. Da sind Menschen, die neben ihrer Wohnung auch Integrität, Anerkennung und Sicherheit verloren haben und in Wohnungs- oder Obdachlosigkeit leben und somit ohne Meldeadresse ihren Anspruch auf medizinische Versorgung nicht wirksam machen können. Da sind Menschen, die in ihrem Beruf der palliativen Versorgung von sterbenden Menschen an eigene Grenzen kommen und doch weiter machen, weil die Frage, wer es sonst macht Erholung vor den eigenen moralischen Ansprüchen unmöglich macht. Diese beispielhaft genannten Tatsachen geben einen Einblick in jene Fragen, die uns Studierende motivieren, den Masterstudiengang Palliative Care zu studieren und uns weiter zu sensibilisieren für die Versorgung von sterbenden und trauernden Menschen und ihren Zu- und Angehörigen, über den Tod hinaus orientiert an individuellen Bedürfnissen und Bedarfen.

LITERATUR

Elias, N. (2002). Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

DIE AUTORIN



Clara Schuppan

Soziologin, studierend im Master Palliative Care an der Fachhochschule Münster
clara.schuppan@gmail.com



Foto: privat

ZWISCHEN THEORIE UND PRAXIS

Aktuelle Perspektiven aus dem Studiengang Palliative Care

INSA VERBECK IM INTERVIEW MIT MEIKE SCHWERMANN

INSA VERBECK: Liebe Meike Schwermann, vielen Dank, dass Sie sich zu diesem Interview bereit erklärt haben. Wir sprechen darüber, was es bedeutet, Palliative Care heute zu studieren und wie sich der Studiengang in den letzten Jahren entwickelt hat. Ihr eigener beruflicher Werdegang zeichnet die Entwicklung all dessen, was wir heute unter Palliative Care verstehen, ja in beeindruckender Weise nach. Sie kommen aus der Praxis, die den Boden, das Fundament Ihrer Arbeit bildet. Sie haben die Ausbildung zur Fachkrankenschwester für Intensiv- und Anästhesiepflege gemacht, sich dann zur Palliative Care-Pflegekraft weiterbilden lassen. Von dort aus haben Sie Sozialwirtschaft und Pflegewissenschaften studiert, waren dann Trainerin für freie Weiterbildungen und sind schließlich in die Hochschullehre gelangt, wo Sie heute einerseits unterrichten, aber eben auch Studiengänge mitgestalten und entwickeln. Es ist eine Biografie, die den ganzen Bogen spannt von der Praxis zur theoretischen Rahmung, hin zur akademischen Lehre und Vermittlung.

Vielleicht zuerst die Frage: Palliative Care - wer studiert das heute?

MEIKE SCHWERMANN: Darauf möchte ich gerne gleich antworten, aber vorab noch eine Sache ergänzen, die mir im Hinblick auf die Zeitschrift Hospizdialog ganz wichtig ist. Natürlich sprechen wir hier über den Studiengang Master Palliative Care. Aber ich möchte zugleich betonen, wie bedeutsam ich die Hospizarbeit mit ihrer starken Wurzel im bürgerschaftlichen Engagement, mit ihrer Betonung von Begegnung und Fürsorge finde.

Aber ja, warum eine Ausbildung oder Qualifikation in Palliative Care? Ich glaube, dass einige Menschen eine besondere Begabung haben, Menschen in Krisensituationen, in ihrer Konfrontation mit der Endlichkeit, im letzten Lebensabschnitt zu begleiten. Und zwar einmal gemäß ihrer Haltung und Neigung, aber dann eben auch je nach erlernter Profession spezifisch.

Ich selbst komme aus der Pflege, in der die Sterbebegleitung immer schon ein bedeutsames Element war und zum ureigenen Verständnis des



Berufs dazugehört – und zwar auch jenseits der spezifischen Palliativpflege. Pflegende kümmern sich um Menschen in jedem Stadium und in jeder Lebensphase. Und trotzdem glaube ich, dass es für alle, von den Ehrenamtlichen bis zu den Masterabsolvent*innen, bedeutsam ist, sich zu qualifizieren und sich – und das ist das Besondere – in der Tiefe mit der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen, mit eigenen Trauer- und Abschiedsprozessen. Das ist für mich eine elementare Grundlage, ein kontinuierlicher Reflexions- und Reifungsprozess, der das Feld der Palliative Care in allen Qualifikationsstufen auszeichnet und so besonders macht.

Das heißt, der Selbstreflexionsprozess – eine fast therapeutische Arbeit am eigenen Sein – ist auch Teil des Studiums?

Ja, durchaus. Natürlich werden unsere Studierenden nicht als Therapeut*innen ausgebildet. Der Studiengang ist eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten der Palliative Care auf einem wissenschaftlich hohen Niveau. Die verschiedenen Lehrenden haben alle eine hohe Expertise und einen Bezug zur Praxis der Palliative Care, und von daher ist es für sie auch ein Teil der Lehre, immer wieder die Reflexionsprozesse anzustoßen oder auch anzuregen.

Das finde ich wirklich interessant. Haben Sie dazu konkrete Beispiele? Wie funktioniert das in der Unterrichtspraxis? Sind das Gespräche, die sich ergeben, oder wird der persönliche Reifungsprozess in irgendeiner Form im Lehrplan verankert?

MS: Es ist in den Modulen verankert, in manchen Modulen sehr fokussiert. Das Schöne bei uns ist, dass die Klassen relativ klein sind, sodass immer Raum besteht, um sich mit verschiedenen Aspek-

ten der Thematik auseinanderzusetzen. Etwa im Bezug zum Individuum, zur Gesellschaft oder zu den verschiedenen Settings, in denen die Studierenden agieren.

Was sind das für Settings?

Da unser Studiengang ein weiterführender Studiengang ist, ein Master, kommen die Studierenden bereits mit einem Vorwissen aus ganz unterschiedlichen Bereichen. Wir haben zum Beispiel Sozialarbeiter*innen, die in Altenheimen tätig sind, in Erwachsenen- oder Kinderhospizen. Wir haben Pflegende aus der spezialisierten Palliativversorgung, aus Palliativnetzen oder SAPV-Teams. Wir haben Therapeut*innen, die in Praxen arbeiten, etwa Ergotherapeut*innen oder Logopäd*innen, die sich hier spezialisieren. Oder Akademiker*innen, z.B. Theolog*innen, Psycholog*innen oder Soziolog*innen, die u.a. in der ambulanten Hospizarbeit als Koordinator*innen oder in Krankenhäusern tätig sind.

Ist die praktische Arbeit eine Voraussetzung für diesen Studiengang?

Nein. Es ist aber doch so, dass die meisten schon aus der Praxis kommen. Aber bei uns studieren auch Menschen aus der Soziologie oder auch aus der Betriebswirtschaftslehre, die also nicht aus den Gesundheitsfachberufen kommen, sondern aus Interesse an der Thematik in den Studiengang gelangen. Für diese Studierenden ist dann das fünfte Semester besonders wichtig, unsere Praxisphase, wo die Studierenden im Feld der Palliativen Versorgung eine wissenschaftliche Begleitung machen oder etwas für Institutionen entwickeln, zum Beispiel einen Fachtag organisieren. Und über diese Praxisphase kommen sie alle dann auf jeden Fall auch in das große Feld der Hospizarbeit und Palliative Care.

Wie gestaltet man einen Lehrplan, der sich an Menschen richtet, die aus so unterschiedlichen Bereichen kommen und so diverse Hintergründe haben?

Etwa 2015 hatten meine Kollegin Frau Prof. Dr. Claudia Oetting-Roß und ich die Idee, einen Masterstudiengang in Palliative Care zu entwickeln. Wir kommen beide aus unterschiedlichen Bereichen in der Hospiz- und Palliativversorgung. Ihr Schwerpunkt liegt bei den Kindern und Jugendlichen,

mein Schwerpunkt liegt bei den Hochbetagten und multimorbide erkrankten Menschen. Darauf gründete sich unser gemeinsames Verständnis, dass wir einen Studiengang entwickeln möchten, der multiprofessionell ausgerichtet ist, weil Hospizarbeit und Palliative Care nun mal multiprofessionell sind. Wir haben uns an den zehn Kernkompetenzen der europäischen Gesellschaft für Palliative Care orientiert, die so etwas wie ein Grundgerüst darstellen. Auf dieser Basis haben wir überlegt, welche Inhalte in diesen Studiengang müssen, und natürlich auch, was es noch braucht. Wir haben dazu einen Workshop organisiert, mit Experten und Expertinnen, die gerade aktuelle Forschungsergebnisse veröffentlicht hatten, in dem weiten Feld Hospizarbeit und Palliative Care. Mit ihnen haben wir abgestimmt, ob das, was wir inhaltlich angedacht haben, praktisch relevant ist, und es ging dann natürlich noch durch weitere Gremien, bis wir ein gemeinsames Ergebnis hatten und bei unserem Masterstudiengang angekommen sind.

Ich spanne nochmal den Bogen zurück zu Ihnen. Sie haben Ihre Ausbildung zur Pflegefachkraft vor etwa 33 Jahren abgeschlossen und sind seit 16 Jahren in der akademischen Lehre unterwegs. Mich würde interessieren, wenn Sie auf Ihre eigene Ausbildung zurückblicken und sie mit den heutigen Curricula vergleichen: Was hat sich getan? Ist das überhaupt noch vergleichbar?

Also, es ist enorm viel passiert in Bezug auf die Pflege-Ausbildung. Wir haben ja zwei Reformprozesse gehabt und jetzt seit 2018 die generalisierte Ausbildung zur Pflegefachfrau, zum Pflegefachmann, da hat sich ganz viel in Struktur und Ausrichtung verändert.

Ich weiß nicht, man sagt ja immer, früher ist alles besser gewesen, das möchte ich auf keinen Fall. Ich glaube, dass wir alle immer auch die Kinder unserer Zeit sind. Wir hatten auch damals, also in den Neunzigerjahren, noch komplett andere Bedingungen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens.

Zum Beispiel?

Viel mehr Personal, also *viel* mehr Personal. Ich erinnere mich, dass wir uns immer gedrängt haben während der Übergaben in den Dienstzimmern, weil so viel Personal vorhanden gewesen ist. Und

da hat es enorme Veränderungen gegeben, alleine die Ökonomisierung im Gesundheitswesen hat zu starken Eingrenzungen geführt, die wiederum ständig neue Anforderungen mit sich bringen. Auch die Vielfalt, die wir haben, in den Kulturen, in den Arbeitsbereichen, unterschiedliche Menschenbilder, Sprachverständnisse. Das ist etwas ganz anderes als damals.

Haben Sie noch andere Beispiele für diese Veränderung?

Also, vor 30 Jahren ging es ja noch sehr viel darum, eine Menge an Inhalten zu lernen, viel auch auswendig zu lernen. Heute geht es viel mehr darum, eine berufliche Handlungskompetenz zu entwickeln, also Kompetenzen aufzubauen, an bestimmten Beispielen oder an bestimmten Situationen orientiert, die dann auch übertragbar sein könnten auf andere Situationen oder andere Krankheitsbilder.

Ist es das, was Sie im Skills Lab machen, welches Sie mitaufgebaut haben?

Ja, seit 2014. Im Skills Lab geht es um berufliche Handlungskompetenz in Performanz. Also simulationsbasiertes Lehren und Lernen. Es ist eine besondere Methode, bei der die Lernenden in einem geschützten Raum mit psychologischer



Foto: privat

Sicherheit die Möglichkeit bekommen, eine bestimmte Handlung oder einen bestimmten Ablauf auszuprobieren und zu üben.

Was wäre so eine Handlung?

Zum Beispiel kann man dort lernen, wie man einen Blasenkatheter legt. Bei uns an der Hochschule geht es eher um komplexe Situationen, auf die die Lernenden vorbereitet werden. Zunächst inhaltlich, in den Modulen, in den Veranstaltungen, um sie dann im Skills Lab im geschützten Raum auszuprobieren. Zum Beispiel eine ethische Fallbesprechung, das Übermitteln schwieriger Nachrichten oder das, was wir vor zwei Wochen gemacht haben, der Umgang mit Todeswünschen. Das haben wir vorher theoretisch in verschiedenen Modulen bearbeitet. Und dann wird im Skills Lab eine bestimmte Situation inszeniert. Hier war es eine onkologische Station mit einer Patientin, die weiß, dass sie bald sterben wird und die müde von den Therapien ist und sterben möchte. Die Simulationsperson wird so vorbereitet, dass die sich richtig in diese Situation hineinbegibt. Das Setting sieht so aus wie ein Zimmer auf einer Palliativstation.

Beim letzten Mal ist es eine Seelsorgerin gewesen, die auf die Situation vorbereitet wird und in das Zimmer geht, um mit der Patientin ins Gespräch zu kommen. Was dann passiert, ist beeindruckend. Ich habe mit den Studierenden schon so oft darüber gesprochen, es ist immer noch eine Hemmung, da reinzugehen. Im Raum sind sie für sich allein, aber da sind Kameras und auf der anderen Seite schauen Kommiliton*innen mit einem Beobachtungsauftrag. Die Hemmung muss man einfach überwinden, aber was dann gehoben werden kann, was sichtbar wird an Kompetenzen, ist großartig. Die meisten haben ja ein hohes Niveau, und wenn doch Lücken da waren oder etwas nicht geklappt hat oder die Lernenden sich total unwohl gefühlt haben, wird herausgearbeitet, woran das gelegen hat.

Es klingt sehr nach dem, was Sie am Anfang gesagt haben - dass es besonders auch um die persönliche Weiterentwicklung geht.

Absolut, die reflexive Kompetenz zu fördern macht aus meiner Sicht den großen, den ganz großen Unterschied.

Wenn ich Ihnen so zuhöre, klingt das begeistert, und so frage ich mich und Sie: gibt's da überhaupt noch was zu verbessern? Wenn ja, was braucht es?

Ich glaube, noch ganz viel. Also, dass Claudia Oetting-Roß und ich hier auch agieren dürfen, ist ein riesiges Geschenk. Aber es gibt in mir den Wunsch, noch mehr Menschen für diesen Studiengang zu motivieren. Unsere Absolvent*innen finden alle interessante Arbeitsbereiche, ob in der Forschung, in Projekten, auf Verbandsebene oder in den Praxis-Settings. Ich glaube aber, wir brauchen insgesamt auch im Bereich von Hospizarbeit und Palliative Care noch mehr Bewusstsein und Anerkennung für die unterschiedlichen Qualifikationsstufen. Dass Theorie und Praxis zusammenwachsen und dass aber auch beispielsweise Masterabsolvent*innen adäquat bezahlt werden. Das ist wichtig, denn wir sind ja mit viel Engagement und Ehrenamt in diesen Feldern unterwegs. Auch das ist gut, aber das sollte abgegrenzt sein zu Menschen mit hochprofessionellem Anspruch.

Ich verstehe. Als letzte Frage: Gibt es einen Kurs, den Sie gern geben würden? Ein Wunschmodul, ein Traumseminar?

Nein, die habe ich alle (lacht). Ich mache eine Veranstaltung, die geht über drei Semester und heißt „Theorie- und methodengeleitete Fallreflexion“. Das ist mein Herzensprojekt. So besonders schön, denn ich sehe die Entwicklung der Studierenden über die Semester hinweg mit einem Portfolio aus kollegialer Beratung, palliativer Fallbesprechung, ethischer Fallbesprechung und ganz vielen selbst-reflexiven Elementen. Davon hätte ich damals geträumt...

Vielen Dank!

Insa Verbeck (Mitglied der Redaktion des Hospiz-Dialogs NRW) sprach mit



Dipl.-Pfl.Wiss.

Meike Schwermann M. A.

Zentrum für praktisches Lehren
und Lernen

FH Münster/ Fachbereich Gesundheit
Leitung des ZpLL& Skills Labs/ LfBA
Johann-Krane-Weg 21

48149 Münster
0251 - 83 65 856

<https://www.fh-muenster.de/de/mdh/>



„EINFACH MAL REDEN“ GEGEN EINSAMKEIT

Silbernetz bietet entlastende Telefongespräche für alle ab 60 Jahren

AMIRA MAHDI

„Natürlich fühle ich mich manchmal einsam“, sagt Ingrid (75). Sie lebt mit ihrem Mann in einer kleinen Stadt im Sauerland. Ungefähr einmal pro Woche ruft sie beim Silbertelefon an. Schon früher hatte sie manchmal das Gefühl, dass ihr Bekanntenkreis wenig Verständnis für ihre Lebensumstände aufbringt, und seitdem ihr Mann vor einem Jahr pflegebedürftig wurde, sind noch mehr Kontakte eingeschlafen.

Drei Angebote für mehr Gemeinsamkeit

Einsamkeit im Alter hat viele Gesichter, das merken die Mitarbeitenden von Silbernetz jeden Tag. Für alle ab 60 Jahren bietet der gemeinnützige Verein ein dreistufiges Angebot: Am **Silbertelefon** finden Ältere täglich von 8 bis 22 Uhr unter 0800 4 70 80 90 ein offenes Ohr zum „einfach mal Reden“ bereit. Anders als bei Krisentelefonen braucht es für ein Gespräch mit Silbernetz kein Problem und keine Notlage. Wenn sich Anrufende einen regelmäßigen telefonischen Kontakt zu einer festen Ansprechperson wünschen, bietet sich eine **Silbernetz-Freundschaft** an: Hierfür werden interessierte Seniorinnen und Senioren mit Ehrenamtlichen vernetzt, die dann einmal pro Woche für ein intensives persönliches Telefongespräch anrufen. In vielen Telefonaten zeigt sich, dass die Anrufenden weitere Unterstützung benötigen oder offen sind für andere Angebote, um mit Menschen

in Kontakt zu treten. Hierfür gibt es die Silberinfo: Die Silbernetz-Mitarbeitenden informieren deutschlandweit zu Angeboten der Altenhilfe und Pflege der Länder und Kommunen und geben die Kontaktinformationen weiter. Die Silbernetz-Angebote sind vertraulich, kostenfrei und anonym.

Über 700.000 Anrufe aus der Einsamkeit

Das Schlüsselerlebnis für die Gründung des Silbernetz e. V. 2016 in Berlin war der einsame Tod des Nachbarn von Silbernetz-Initiatorin Elke Schilling. Er war gestorben und lag wochenlang unbemerkt in seiner Wohnung. Ihre Hilfeangebote hatte er zuvor abgelehnt. Als Seniorenvertreterin im Bezirk Mitte und Mitglied des Landesseniorenbeirates von Berlin war Elke Schilling bereits auf die komplexe Problematik der Vereinsamung Älterer aufmerksam geworden. Nach diesem erschütternden Erlebnis zeigten ihr intensive Recherchen, wie oft einsames Sterben in Deutschland vorkommt – etwa 300mal jedes Jahr in jeder deutschen Großstadt.

Das Silbertelefon feiert im September sein siebenjähriges Jubiläum mit mehr als 700.000 Anrufen seit dem Start der Hotline. Tausendfach wurde gemeinsam gelacht und geweint, geschwiegen, mitgeföhlt, Gedichte vorgelesen, gebetet, Erfahrungen oder Informationen ausgetauscht und Ideen gefunden. Jedes Gespräch war anders. Insgesamt sind Einsamkeit, Krankheiten und

Alltagssorgen die häufigsten Anliegen, die am Silbertelefon angesprochen werden. Themen wie die kaputte Waschmaschine oder Streitigkeiten mit den Kindern oder den Nachbarinnen und Nachbarn werden durch das Gespräch ein wenig leichter. Viele Menschen sind überrascht, wenn die Telefonisten oder Telefonistinnen berichten, wie viele Ältere noch von Liebeskummer erzählen. Auch positive Rückmeldungen kommen in rund einem Drittel der Gespräche vor: Die Menschen drücken ihre Dankbarkeit aus, dass jemand da ist, der zuhört, Anteil nimmt und zugewandt ist.

Engagiert gegen Einsamkeit

Bereits 300 Menschen bringen sich ehrenamtlich bei Silbernetz ein und der Bedarf steigt: Gemeinsam mit den knapp 30 hauptamtlich Mitarbeitenden engagieren sie sich an der Hotline oder als Silbernetz-Freundin oder -Freund. Die Ehrenamtlichen werden in einem zweitägigen Online-Workshop auf ihre Aufgabe vorbereitet und können sich in regelmäßig angebotenen Supervisionen und kollegialen Beratungen austauschen. Als Silbernetz-Freund oder -Freundin genügt es, sich eine Stunde pro Woche Zeit zu nehmen, bei Ehrenamtlichen am Silbertelefon ist eine Vorerfahrung in der Arbeit in sozialen Berufen erforderlich (zum Beispiel in der Altenpflege, Sozialarbeit, im Bildungsbereich oder verwandten Bereichen) und ein Zeitkontingent von vier Stunden pro Woche.

Viele jüngere Ehrenamtliche kommen zu Silbernetz, weil sie Solidarität und gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern möchten. Sie sind dankbar für ihre guten Lebensumstände und wollen durch ihr Engagement etwas zurückgeben. Manche haben private Beweggründe, sie haben zum Beispiel einen Großelternanteil verloren, und möchten mit der älteren Generation in Kontakt bleiben.

Viele ältere Ehrenamtliche sehen bei Silbernetz die Chance, nach dem Eintritt ins Rentenalter einer sinnstiftenden und vielseitigen Tätigkeit nachzugehen. Alle Ehrenamtlichen schätzen es, ein erfüllendes Ehrenamt ausüben zu können, das wirklich einen Unterschied im Leben anderer Menschen macht. „Wenn ich mit Ihnen gesprochen habe, fühle ich wieder, dass ich dazugehöre“, so bringt es die fast 90-jährige Anruferin Gerda am Silbertelefon auf den Punkt.

Das Silbertelefon zum „einfach mal Reden“ ist täglich von 8 bis 22 Uhr erreichbar unter 0800 4 70 80 90 für alle ab 60 Jahren mit Einsamkeitsgefühlen. Bei Interesse an einer ehrenamtlichen Tätigkeit finden Sie alle Informationen unter www.silbernetz.org/mitmachen. Silbernetz ist auf Spenden angewiesen: Spendenkonto Silbernetz e.V.: IBAN DE20 4306 0967 1218 6586 00. Mehr Informationen unter www.silbernetz.de, E-Mail: kontakt@silbernetz.de.

Da die Gespräche bei Silbernetz vertraulich und anonym sind, wurden die persönlichen Angaben und Lebensumstände der geschilderten Personen verfremdet.

DIE AUTORIN



Amira Mahdi

Referentin Öffentlichkeitsarbeit
Silbernetz e. V.
Wollankstr. 97
13359 Berlin
030 - 54 45 330 20
<https://www.silbernetz.de/>

NACHRUF



Wir trauern um Dr. Wolfgang Bodenbender

Ihm verdankt die Hospizbewegung, vor allem die in NRW, ihre Geburtsstunde, ihre Wachstumszeit und ihre Blüte. Gemeinsam mit Frau Dr. Weihrauch leistete er die wichtige „Hebammenarbeit“ für die Hospiz- und Palliativbewegung.

In einem Projekt der AWO initiierte er ein umfangreiches Konzept für alte Menschen und ihr Lebensende. Immer war er hoch engagiert und diskussionsfreudig. Und seine Empathie für Menschen, sein Gerechtigkeitsgefühl und seine – bis zum Schluss – nicht enden wollende Suche nach dem richtigen Weg und auch das kritische Hinterfragen des eigenen Tuns haben Menschen zu jeder Zeit inspiriert.

Die ALPHA-Stellen NRW mit ihren ehemaligen und aktuellen Mitarbeitenden

Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences



FB Gesundheit
Münster Department of Health

SAVE THE DATE!

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V

Fachtag

„Zugewandte Versorgung im Rahmen der GVP-Beratung“



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences



11. September 2025



09.00 Uhr – 16.00 Uhr

Vorträge, Workshops und Austausch

Eine detaillierte Einladung mit Anmelde-möglichkeit folgt.
Wir freuen uns, wenn Sie dabei sind! Halten Sie sich den Termin frei!

Veranstaltungen

- 29./30.04.2025 Frankfurt/Main
Fachtag Palliative Care in der Eingliederungshilfe – Indiv. Fürsorge und kompetente Begleitung am Lebensende
Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
Bildungsinstitut inForm
Tel.: 06421 – 49 1-1 72
institut-inform@lebenshilfe.de
www.inform-lebenshilfe.de
- 16./17.06.2025 Aachen
Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung
Bildungswerk Aachen
Tel.: 0241 – 51 27 22
info@bildungswerkaachen.de
www.bildungswerkaachen.de
05. – 16.05.2025 Cloppenburg
AAPV-Basisseminar Palliative Care
Bildungswerk Cloppenburg-Garrel e. V.
Graf-Stauffenberg-Str. 1-5
49661 Cloppenburg
Tel.: 04471 – 9 10 8-0
https://www.bildungswerk-clp.de
- 03.07.2025 Berlin
Menschen anderer Religionen am Lebensende begleiten
Wannseeschulen für Gesundheitsberufe e.V.
Berlin
Tel.: 030 – 8 06 86-040/-100
akademie@wannseeschulen.de
- 19.05. - 02.12.2025 Aachen
Qualifikation zur GVP für die letzte Lebensphase (§ 132g Abs. 3 SGB V)
Bildungswerk Aachen
Tel.: 0241 – 51 27 22
info@bildungswerkaachen.de
www.bildungswerkaachen.de
25. – 29.08.2025 Bonn
Koordinator:innenseminar nach § 39a Abs.2 SGB V
Haus Giersberg
Tel: 0228 – 9 66 37 80
info@haus-giersberg.de
- 19.05.2025 – 05.06.2026 Hamburg
(4 Blöcke)
Pädiatrische Palliative Care
Akademie Kinder-Hospiz Sternenbrücke
Tel.: 040 – 8 19 91 2-0
info@sternenbruecke.de
https://akademie.sternenbruecke.de
Anmeldeschluss: 28.04.2025
- 29.08.2025 – 06.03.2026 Willebadessen
Große Basis-Qualifizierung zur Trauerbegleitung von Kindern, Jugendlichen und deren Zugehörigen
Die HEGGE
Tel.: 05644 – 400
bildungswerk@die-hegge.de
www.die-hegge.de
02. – 06.06.2025 Hamburg
Basisqualifikation Trauerbegleitung
Akademie Kinder-Hospiz Sternenbrücke
Tel.: 040 – 8 19 91 2-0
info@sternenbruecke.de
https://akademie.sternenbruecke.de
Anmeldeschluss: 05.05.2025
- 10.11.2025 – 16.10.2026 Stuttgart
Multiprofessionelle Weiterbildung Pädiatrische Palliative Care
Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie Stuttgart
Tel.: 0711 – 23 74 1-8 11
akademie@hospiz-stuttgart.de
Anmeldeschluss: 08.06.2025



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
Anne-Katrin Teichmüller, Heidi Mertens-Bürger, Ursula Schepers, Insa Verbeck
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
02 51 - 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

Satz & Druck

Druckerei Joh. Burlage, Meesenstiege 151, 48165 Münster

Die im Hospiz-Dialog-NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber*innen 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
02 28 - 74 65 47
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen-Lippe

Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
02 51 - 23 08 48
westfalen-lippe@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

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

