

Schriften der KatHO NRW
Band 18

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Johannes Jungbauer / Rainer Krockauer (Hrsg.)

Wegbegleitung, Trost und Hoffnung

Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang
mit Sterben, Tod und Trauer

Verlag Barbara Budrich



Schriften der Katholischen Hochschule
Nordrhein-Westfalen

Band 18

KatHO

NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Johannes Jungbauer
Rainer Krockauer (Hrsg.)

Wegbegleitung, Trost und Hoffnung

Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang
mit Sterben, Tod und Trauer

Verlag Barbara Budrich,
Opladen, Berlin & Toronto 2013

Prof. Dr. Johannes Jungbauer
Prof. Dr. Rainer Krockauer
Katholische Hochschule NRW / Aachen
Robert-Schuman-Straße 25
52066 Aachen
Tel.: (+49) (0)241-6000318

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2013 Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto
www.budrich-verlag.de

ISBN 978-3-938094-67-9 (Paperback)
eISBN 978-3-8474-0335-7 (eBook)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: disegno visuelle kommunikation, Wuppertal – www.disenjo.de
unter Verwendung des Gemäldes *Emmaus* von Janet Brooks-Gerloff (1947-2008),
© VG Bild-Kunst, Bonn 2013

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort von Ulla Schmidt, MdB	7
Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Einleitende Gedanken <i>Rainer Krockauer und Johannes Jungbauer</i>	10
TEIL A – Themen und Fachperspektiven	
„Selig die Trauernden; denn sie werden getröstet werden.“ (Mt 5,4) – Die Kunst des Tröstens aus biblisch-theologischer Perspektive <i>Rainer Krockauer</i>	19
Trauer und Trauerbewältigung aus psychologischer Perspektive <i>Johannes Jungbauer</i>	49
„Die Trauer durchqueren“ – Aspekte des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer in der Literatur <i>Doris Krockauer</i>	71
Altern und Sterben. Gerontologische Skizzen <i>Ulrich Feeser-Lichterfeld</i>	87
Hoffnung über den Tod hinaus als Lebens- und Sterbehilfe. Theologische Notizen zur Frage nach den „Letzten Dingen“ <i>Ottmar Fuchs</i>	102
Im Leben, im Sterben und darüber hinaus – Eine qualitative Studie zur Trauerbegleitung von Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder <i>Andrea Pytlik und Johannes Jungbauer</i>	125
Begleitung trauernder ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sozialpädagogisches Unterstützungsmanagement in der ambulanten Kinderhospizarbeit <i>Rebecca Köster</i>	143
„Mein Leben darf nie mehr schön werden, weil mein Kind tot ist!“ Psychotherapie bei komplizierter Trauer <i>Kirsten Stelling und Johannes Jungbauer</i>	166

TEIL B – Orte und Praxisprojekte

Gemeinsame Sorge bis zum Schluss: Palliative Care im Netz <i>Veronika Schönhofer-Nellessen</i>	185
Soziale Arbeit in einem stationären Hospiz: Erfahrungen im Haus Hörn <i>Inge Nadenau im Gespräch mit Rainer Krockauer</i>	201
Wir geben der Trauer einen Raum. Aus der Praxis des Kinder- und Jugendtrauerprojekts „diesseits – Junge Menschen trauern anders“ <i>Stephanie Bonni, Sebastian Heuer, Judith Plettenberg, Maria Pirch und Adelheid Schönhofer-Iyassu</i>	217
Unterstützung von Frühgeborenen, chronisch und schwerkranken sowie behinderten Kindern und ihren Familien. Der BUNTE KREIS in der Region Aachen e.V. <i>Monika Janssen</i>	238
Ambulante Palliativversorgung durch Home Care Aachen. Entstehung, Konzept und Perspektiven <i>Bernd Wehbrink im Gespräch mit Beatrix Hillermann</i>	251
Hospiz macht Schule: Ein sozialpädagogisches Konzept für die Projektarbeit mit Grundschulern und Erfahrungen aus der Praxis <i>Renate Bock und Gerda Graf</i>	258
„Bestatten, begleiten, begegnen“ – Wie die Bestatterinnen von InMemoriam, Aachen, ihre besondere Tätigkeit verstehen <i>Regina Borgmann und Christa Dohmen-Lünemann im Gespräch mit Johannes Junghauer</i>	282

ANHANG

Buchempfehlungen	305
Die Autorinnen und Autoren	324
Angaben zu den Bildrechten	328

Geleitwort

Ulla Schmidt
MdB, Bundesministerin a.D.



© Strauch/Eschweiler

Die Unterstützung der Hospizbewegung ist für mich seit vielen Jahren eine Herzensangelegenheit, und ich habe im Rahmen meines Wirkens versucht, wo ich nur konnte, das Engagement der Hospizbewegung zu unterstützen.

Der Artikel 1 unseres Grundgesetzes lautet: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Sie muss bis zum letzten Atemzug gelten und endet nicht mit dem Verlust kognitiver, psychischer oder körperlicher Fähigkeiten. Jeder Mensch verdient die bestmögliche Obhut und Fürsorge, wenn sich das Leben zu Ende neigt, und jeder Mensch verdient die nach aktuellem Erkenntnisstand beste Palliativversorgung, wenn er Schmerzen hat.

Der französische Schriftsteller Jean de la Bruyère hat es einmal so formuliert: „Der Tod kommt nur einmal, und doch macht er sich in allen Augenblicken des Lebens fühlbar. Es ist herber, ihn zu fürchten, als ihn zu erleiden.“ Ich finde, in diesen Worten steckt viel Wahres. Für viele Sterbende und ihre Angehörigen ist der letzte Lebensabschnitt mit viel Leid, Unsicherheit und großer Furcht verbunden. Besonders in dieser schweren Zeit ist es von Nöten, helfende Hände um sich zu haben und Verständnis und Unterstützung zu erfahren. Deshalb ist es wichtig, eine ganzheitliche, an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Wegbegleitung von Haupt- und Ehrenamtlichen

unterschiedlicher Professionen, wie Mediziner, Psychologen, Seelsorger, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Pädagogen, zu gewährleisten. Sie alle unterstützen die Betroffenen auf diesem Lebensabschnitt, leisten unkomplizierte Hilfe und hellen den Alltag auf.

Die Hospizbewegung hat in Deutschland mit rund 25 Jahren eine relativ junge Geschichte. Sie folgt einer Praxis der Tabuisierung und des Abschiedens von Sterbenden. Fast genauso alt wie die Hospizbewegung selbst ist das Aachener Hospiz Haus Hörn. Es war das erste Hospiz in Deutschland und wurde 1986 in meiner Heimatstadt gegründet. Im letzten Jahr wurde das 25-jährige Jubiläum im Rahmen eines würdigen Festaktes gefeiert. Es macht mich stolz, dass diese so bedeutsamen Einrichtungen, zumindest deutschlandweit, in Aachen ihren Ursprung haben.

Bereits im Jahr 2011 feierte die Servicestelle Hospiz 10-jähriges Bestehen. Das Team der Servicestelle Hospiz unterstützt, wo es nur geht, kleine und große Institutionen, die sich in der hospiz- und palliativmedizinischen Arbeit engagieren. So ist mit der Servicestelle Hospiz, Home Care Aachen, dem Bunten Kreis Aachen, dem Kinderhospizdienst Sonnenblume, dem Hospiz Haus Hörn, der Katholischen Hochschule NRW in Aachen, der neu gegründeten Hospizstiftung Region Aachen und vielen weiteren Beteiligten ein breites Netzwerk entstanden, in dem Wissen und Erfahrungen ausgetauscht werden und vorbildliche Hilfe geleistet wird. Insbesondere die regelmäßigen Aachener Hospizgespräche sind längst zu einer Institution geworden. Sie leisten als Fortbildungen für die in der Hospizarbeit tätigen Institutionen und Personen wertvolle Hilfestellungen, gewährleisten Erfahrungsaustausch und liefern neue medizinische Ansätze. Gerade in der Palliativmedizin ist es für die Politik von Bedeutung zu erfahren, wo in der Praxis Probleme entstehen und welche Änderungen von den Mitwirkenden vorgeschlagen werden.

Für mich ist wichtig, dass Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung leben und auch sterben dürfen. Wir haben als Gesetzgeber wichtige Grundsteine gelegt. Wie zum Beispiel den gesetzlichen Anspruch auf spezialisierte ambulante Versorgung, die Verbesserung der Finanzierung der stationären Hospize und der ambulanten Hospizdienste oder die Regelung der Wirksamkeit von Patientenverfügungen. So konnte erreicht werden, dass eine Versorgung nach dem Willen der Patientinnen und Patienten auf so würdevolle Weise wie irgend möglich gewährleistet ist. Heute hat jeder Versicherte den Anspruch auf eine palliative und hospizliche Versorgung am Lebensende. Diese Strukturen müssen auch weiterhin konsequent ausgebaut werden. Das Sterben als letzte Lebensphase muss von der Gesellschaft nicht nur akzeptiert, sondern bewusst gestaltet werden. Wie human und solidarisch eine Gesellschaft ist, zeigt sich besonders an ihrem Umgang mit den Schwächsten, Schwerstkranken und Sterbenden. Deswegen steht für mich als

Sozialdemokratin und Pädagogin die Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in der politischen Debatte über unser Gesundheitssystem ganz vorne.

Die Hospizbewegung setzt ein starkes Zeichen in unserer Gesellschaft, die angeblich vor allem auf Wettbewerb und den individuellen Nutzen ausgerichtet ist. Insbesondere der selbstlose Einsatz der 80.000 ehrenamtlich Engagierten, aber auch der vielen hauptamtlich engagierten Menschen zeugt vom Gegenteil. Ich bewundere die fachliche Kompetenz, das Einfühlungsvermögen, die Nächstenliebe, die Kraft und den Mut dieser Menschen zutiefst. Sie sind die Lebensader der Hospizbewegung.

Viele andere Regionen haben noch einen weiten Weg vor sich, um das zu erreichen, was in meiner Heimatstadt Aachen schon so erfolgreich betrieben wird. Die Aachener Hospizbewegung ist damit Vorreiter und Modell.

Das vorliegende Buch versammelt Beiträge aus unterschiedlichen fachlichen und beruflichen Perspektiven und macht deutlich, dass Sterben und Trauern nicht nur mit großen Belastungen verbunden sind, sondern auch die Chance auf Integrität, Erkenntnis und persönliches Wachstum eröffnen. Die vielfältigen Beiträge liefern einen enorm wichtigen Beitrag zur Verbreitung und Qualitätssicherung der vielfältigen hospizlichen Arbeit in Deutschland und helfen mit, das Bewusstsein der Gesellschaft für ein Sterben in Würde zu stärken.

Einen Appell möchte ich noch an die Menschen richten, die aktive Hospizarbeit betreiben: Bleiben Sie aktiv! Bringen Sie Ihre Ideen ein und geben Sie Anstöße, auch durch die Überprüfung der gesetzgeberischen Maßnahmen in der Realität.

Aachen, im Januar 2013

Ulla Schmidt

Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Einleitende Gedanken

Rainer Krockauer und Johannes Jungbauer

Die Idee zu dem vorliegenden Band reifte durch vielfältige Erfahrungen, die wir im Verlauf der letzten Jahre als Lehrende und Lernende an der Katholischen Hochschule NRW in Aachen gemacht haben. Als Hochschullehrer für Psychologie bzw. Theologie haben wir immer wieder bewusst versucht, das Thema „Sterben, Tod und Trauer“ in unsere Vorlesungen und Seminare einzubringen, sei es individuell oder auch als Dozententeam. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass thanatologische Themen an deutschen Hochschulen und Universitäten lange Zeit ein Schattendasein führten, obwohl sie für die berufliche Praxis vieler akademisch ausgebildeter professioneller Helfer (z.B. Ärztinnen, Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen) hochrelevant sind. Erst in den letzten Jahren gab es erfreulicherweise Bemühungen und Initiativen, dieses Thema stärker in unterschiedlichen Studiengängen, aber auch in der Fort- und Weiterbildung zu verankern. So wurde z.B. 2009 die Approbationsordnung für Ärzte dahingehend verändert, dass Studierende der Humanmedizin mindestens ein palliativmedizinisches Wahlpflichtseminar besuchen müssen (vgl. Borasio, 2011). Bereits 2008 hatte die Katholische Stiftungshochschule München die Initiative zur Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Soziale Arbeit in Palliative Care ergriffen. Bemerkenswert sind daneben auch die mittlerweile zahlreicheren Weiterbildungen und Qualifikationskurse für Absolventen, z.B. für Seelsorgerinnen und Seelsorger mit Blick auf Palliative Care (vgl. Hagen et al., 2011).

Die curricularen Entwicklungen im Studium der Sozialen Arbeit (B.A., M.A.) befinden sich im Blick auf eine stärkere Berücksichtigung einer künftigen Tätigkeit in Hospizarbeit und Palliative Care insgesamt noch am Anfang. Sie voranzutreiben erscheint uns in vielerlei Hinsicht wichtig. Gerade in der Ausbildung angehender Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter wird es künftig noch wichtiger werden, mehr Lehrveranstaltungen zu Hospizarbeit, Sterbebegleitung, Care Management oder Angehörigen- bzw. Trauerberatung anzubieten. Dies ist nicht nur deswegen sinnvoll, weil sich in einer Gesellschaft mit einem rapide wachsenden Anteil alter und pflegebedürftiger Menschen neue wichtige Tätigkeitsfelder für die Soziale Arbeit entwickeln (vgl. Zippl u. Kraus, 2011). Aus unserer Sicht sind sozialarbeiterische Basiskonzepte wie z.B. Lebensweltorientierung, Case Management oder Empower-

ment sogar besonders gut geeignet, um niederschwellige und aufsuchende Beratungsangebote für Todkranke, Sterbende sowie ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen zu implementieren und zu steuern. Hinzu kommt, dass die Soziale Arbeit durch ihr generalistisches Selbstverständnis und durch ihre integrierende Rezeption unterschiedlicher Bezugswissenschaften, wie z.B. der Psychologie oder Theologie, geradezu prädestiniert ist, zwischen unterschiedlichen Professionen zu vermitteln und interdisziplinäre Diskurse anzustoßen.

Sterben, Tod und Trauer sollte unseres Erachtens als wichtiges Querschnittsthema in der Sozialen Arbeit und unter den Professionen des Sozial- und Gesundheitswesens begriffen werden. Mit der Thematisierung eines bewussten (auch curricularen) Umgangs mit diesem Querschnittsthema verbindet sich auch die darin aufbrechende Frage nach einer lebensdienlichen, „undogmatischen Spiritualität“ (Walach, 2011) als „explizites Bezogensein auf eine über das eigene Ich und seine Ziele hinausreichende Wirklichkeit“ (ebd., 22). Auch diese Frage ist mittlerweile ein wichtiges Querschnittsthema aller Professionen in Hospizarbeit und Palliative Care geworden. Die spirituelle Begleitung von Todkranken, Sterbenden und Trauernden sowie ihrer Helfer, ist und wird sogar mehr und mehr zum integrierenden Moment des konkreten haupt- und ehrenamtlichen Engagements. Die Verantwortung dafür ist nicht nur den Seelsorgerinnen und Seelsorgern, sondern allen Professionen, auch und gerade der Sozialen Arbeit, auf- und übertragen.

Vor diesen Hintergründen haben wir dieses Buch bewusst als interdisziplinären Sammelband zum Thema „Sterben, Tod und Trauer“ konzipiert, in dem die Perspektiven möglichst vieler relevanter Professionen und ihrer leitenden Fachdisziplinen Platz finden sollten. Entstanden ist eine möglicherweise unorthodoxe, in jedem Fall aber außerordentlich spannende und im besten Sinne des Wortes „bunte“ Mischung von Beiträgen, in denen unterschiedliche Aspekte von Praxis, Forschung und theoretischer Reflexion beleuchtet werden.

Ganz am Anfang steht das Geleitwort von *Ulla Schmidt*, die über ihre aktive Zeit als Bundesgesundheitsministerin hinaus als Abgeordnete des Bundestages der Hospizarbeit in Aachen und auch unserer Hochschule eng verbunden ist und in ihrem Text Ermutigung und Unterstützung für die in diesem Feld Engagierten bekundet.

Im 1. Kapitel beschäftigt sich *Rainer Krockauer* mit der Kunst des Tröstens in einer spirituellen Begleitung von Trauernden. Durch den Bezug auf die hinter dem Titelbild stehende Geschichte aus dem Neuen Testament (Lk 24, 13-35) entfaltet er biblisch-theologische Perspektiven für die Arbeit von Seelsorgern, Sozialarbeiterinnen und andere Sozialberufe, vornehmlich im Kontext von Hospizarbeit und Palliative Care. Kern ist dabei eine

Theologie des Tröstens, welche ihre zentrale Aussage auf dem Glaubensbekenntnis der Christenheit aufbaut, im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer an „die Auferstehung der Toten und das ewige Leben“ bei Gott zu glauben.

In dem von *Johannes Jungbauer* verfassten 2. Kapitel werden die Prozesse des Trauerns und der Trauerbewältigung aus psychologischer Sicht dargestellt. Dabei wird deutlich, dass psychologische Theorien in dem Maße praxisrelevant sind, in dem sie uns konkrete Anhaltspunkte für die Wegbegleitung trauernder Menschen bereitstellen können. Aus diesem Grund wird auch ausführlich auf verschiedene Möglichkeiten eingegangen, Hinterbliebene bei der Bewältigung ihrer Trauer zu unterstützen.

„Die Trauer durchqueren“: Dieses literarische Stichwort wählt *Doris Krockauers* Beitrag im 3. Kapitel, um in einem Querschnitt durch die Dichtkunst Aspekte des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer in der epischen, lyrischen und dramatischen Literatur zu beleuchten. Diese stellt die Ganzheit und die Würde des Menschen in den Mittelpunkt und animiert Trauernde wie Begleiter, subjektive Erfahrungen zur Sprache zu bringen wie in Dichtung wiederzufinden.

Ulrich Feeser-Lichterfelds gerontologische Skizzen beleuchten im 4. Kapitel das Beziehungsgefüge von Alter und Tod bzw. von Altern und Sterben vor dem Hintergrund gestiegener Lebenserwartung. Er verarbeitet empirische und theoretische Erkenntnisse über Einstellungen von alten Menschen zu Altern, Sterben und Tod und plädiert am Ende für eine wechselseitige Wegbegleitung der verschiedenen Generationen „in kontingenten Lebens- und Sterbensverhältnissen“.

„Was kommt danach?“ Im 5. Kapitel entwirft *Ottmar Fuchs* theologische Notizen zur brennenden Frage nach den sogenannten „Letzten Dingen“ (z.B. Gericht, Himmel oder Auferstehung). Seine Gedanken aus der Vorstellungswelt der christlichen Tradition konzentrieren sich auf einen Gott, der unendliches Leben und unerschöpfliche Liebe ist und gibt, und wollen nicht nur gläubige Menschen zu einer Hoffnung über den Tod hinaus ermutigen, die im Leben wie im Sterben helfen kann.

Der Tod des eigenen Kindes ist vermutlich der schwerste Verlust, der Eltern treffen kann. Dies trifft in besonderer Weise auf Eltern unheilbar erkrankter Kinder zu. Im 6. Kapitel stellen *Andrea Pyttlik* und *Johannes Jungbauer* eine qualitative Interviewstudie zur Trauerbegleitung von Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder vor. Die Ergebnisse machen deutlich, wie wichtig eine gute Trauerbegleitung für diese Eltern bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnose und auch über den Tod des Kindes hinaus ist.

Auch *Rebecca Köster* widmet sich dem Bereich der ambulanten Kinderhospizarbeit. Im 7. Kapitel entfaltet sie Überlegungen zu einem sozialpäda-

gogischen Unterstützungsmanagement in der individuellen Trauerbewältigung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die – oft über viele Jahre hinweg – lebensverkürzend erkrankte Kinder und ihre Familien bis in den Tod begleiten. In den Mittelpunkt werden, auf Basis einer empirischen Erhebung, eine vorausplanende wie alltagsorientierte sozialpädagogische Begleitung der Trauernden gestellt, die auf strukturellen und personellen Ressourcen aufbaut.

Im 8. Kapitel legen *Kirsten Stelling* und *Johannes Jungbauer* dar, in welchen Trauerfällen die Konsultation einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten geboten ist und was dabei zu beachten ist. Dabei erläutern sie u.a., wodurch sich komplizierte („pathologische“) Trauer von normalen Trauerreaktionen unterscheidet. Anhand eines Fallbeispiels aus der psychotherapeutischen Praxis wird exemplarisch beschrieben, wie eine verhaltenstherapeutische Trauertherapie ablaufen kann und welche therapeutischen Ziele und Methoden dabei wichtig sind.

Der Beitrag von *Veronika Schönhofer-Nellessen* im 9. Kapitel aus der Perspektive der Geschäftsführerin für das Palliative Netzwerk für die StädteRegion Aachen reflektiert die dort betriebene „gemeinsame Sorge bis zum Schluss“. Diese umfasst ein organisch gewachsenes Netzwerk von haupt- und ehrenamtlichen Akteuren in der Begleitung schwersterkrankter und sterbender Menschen. Der Beitrag spiegelt langjährige Erfahrungen wie nach vorne weisende Reflexionen zu erfolgreichen Vernetzungsprozessen wider, nicht zuletzt am Beispiel der Aachener Hospizgespräche.

Inge Nadenau reflektiert im Interview mit Rainer Krockauer über ihre Erfahrungen mit Sozialer Arbeit im Haus Hörn (Aachen), einem der ersten stationären Hospize in Deutschland. Ihr Arbeitsfeld der hospizlichen und palliativen Versorgung wie ihr Leitungsverständnis sind maßgeblich von interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung geprägt. Gerade Letzteres birgt weit reichendes Entwicklungspotential gerade für andere Fachbereiche und Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit.

Dass Sterben, Tod und Trauer gesellschaftliche Tabuthemen sind, wird uns oft dann besonders bewusst, wenn Kinder betroffen sind – sei es als Sterbende oder als Trauernde. Im 11. Kapitel stellen *Stephanie Bonni*, *Sebastian Heuer*, *Judith Plettenberg*, *Maria Pirch* und *Adelheid Schönhofer-Iyassu* das Projekt „diesseits“ vor, in dem trauernde Kinder und Jugendliche Raum, Trost und Zeit finden, um ihren Abschiedsprozess zu bewältigen. Anhand vieler konkreter Beispiele und Erfahrungen beschreiben die Autorinnen und Autoren ihre Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Monika Janssens Beitrag im 12. Kapitel präsentiert die Arbeit des BUNTEN KREISES in der Region Aachen, der die Unterstützung von Frühgeborenen, chronisch und schwerkranken Kindern bzw. Jugendlichen und

ihren Familien organisiert. Nach der Vorstellung von Leitprinzipien und Ziele des Vereins wird die konkrete Begleitungsarbeit anhand eines authentischen Fallbeispiels erzählt, das den Umgang und die Arbeit des BUNTEN KREISES anschaulich illustriert.

Das anschließende 13. Kapitel dokumentiert ein Gespräch von *Bernd Wehbrink*, dem Geschäftsführer und Gründer von Home Care Aachen, mit *Beatrix Hillermann*, der künftigen Leiterin des dortigen stationären Hospizes. Darin zeichnet Wehbrink den Gründungsimpuls dieser Initiative ambulanter Palliativversorgung nach, schildert deren spezifische Arbeitsweise und erläutert die Einflussnahme auf die bundesweite Palliativgesetzgebung. Am Ende des Gesprächs werden Visionen für die Zukunft von Palliativarbeit entwickelt.

Im 14. Kapitel stellen *Renate Bock* und *Gerda Graf* das von der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. entwickelte Konzept „Hospiz macht Schule“ vor. In einer fünftägigen Projektwoche erarbeiten die Grundschulkinder Themen wie Werden und Vergehen, Krankheit, Leid, Tod, Trauer und Trösten. Dabei werden sie von ehrenamtlichen Gruppenleiterinnen und -leitern begleitet. Die in diesem Kapitel dargestellten Erfahrungen zeigen eindrücklich, dass die Projektwoche von den Kindern sehr gut angenommen wird und nachhaltige Lernprozesse im Hinblick auf den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer anstoßen kann.

Regina Borgmann und *Christa Dohmen-Lünemann* leiten das Aachener Bestattungshaus InMemoriam, welches sich in vieler Hinsicht von traditionellen Beerdigungsunternehmen unterscheidet. Im 15. Kapitel wird ein Gespräch dokumentiert, in dem das Konzept und die Philosophie von InMemoriam vorgestellt werden. Dabei wird deutlich, dass Bestatten sehr viel mehr bedeuten kann als einen Verstorbenen „unter die Erde zu bringen“: Es geht um eine bewusste und selbstbestimmte Gestaltung des Abschiednehmens, um Trauerbegleitung und um menschliche Begegnung.

Am Ende des Buchs finden sich schließlich einige Literaturhinweise. Dabei handelt es sich um ganz persönliche Literaturtipps unserer Autorinnen und Autoren, die zur Vertiefung und zum Weiterlesen anregen sollen. Auch hier findet sich eine vielfältige Mischung sehr unterschiedlicher Leseempfehlungen – Fachliteratur, Kinder- und Jugendbücher, Ratgeber, Aktuelles und Antiquarisches. Es folgen Autorenhinweise nebst Kontaktdaten sowie Copyright-Angaben zu den in diesem Band abgedruckten Fotografien.

Viele Leserinnen und Leser dürften sich durch das einprägsame Titelbild dieses Buchs spontan zu persönlichen Gedanken angeregt fühlen, die mit Sterben, Tod und Trauer verknüpft sind. Dies ist sicher kein Zufall. Das abgebildete Ölgemälde „Emmaus“ stammt von der Künstlerin *Janet Brooks Gerloff* (1947-2008). Es hängt im Original in der Benediktinerabtei Aachen-

Kornelimünster und nimmt Bezug auf die biblische Geschichte von den Emmaus-Jüngern (Lk 24, 13-35). Im Jahre 1985 hatte der damalige Abt, Dr. Albert Altenähr OSB, die Künstlerin kennengelernt und beauftragt, für Kirche und Kloster Bilder zu malen, „die dem heutigen Menschen eine geistliche Dimension eröffnen.“ (Acht et al., 2004, 5). Erste Bilder konnten 1986 aufgehängt werden, 1988/1989 entstanden die bekannten Bilder des sogenannten „Elija-Zyklus“. Das Emmausbild aus dem Jahr 1992 im Kreuzgang des Klosters ist ein Geschenk der Künstlerin und hängt als „Blick- und Gedankenfang für die klösterliche Gemeinschaft, die sich zum Gottesdienst begibt.“ (Ebd.).

Janet Brooks Gerloff wurde 1947 in Kansas, USA, geboren, studierte dort Kunstpädagogik, siedelte 1972 nach Deutschland über und verstarb am 22. September 2008 nach kurzer und schwerer Krankheit. Zurückgelassen hat sie ihre beeindruckenden Bilder, über die P. Altenähr schreibt: Sie „ziehen nicht nur an, sie ziehen den Betrachter in sich hinein. So werden sie zu Orten der Begegnung.“ (Acht et al., 2004, 6). Im Gästebuch des Klosters findet sich der bezeichnende Eintrag: „Wenn ich taub bin für das Wort, und ich bin es oft, wünsche ich mir Bilder wie diese.“ (Ebd., 3). Prof. F. Munch bemerkt: „Die Bilder Janet Brooks Gerloffs sind ein Stück Wegbegleitung. Sie lässt uns nicht aus den Augen, geht mit, hört zu. Ihrem Nachdenken über uns gibt sie einen Ausdruck, der uns zur Einsicht führen kann. Sie schärft unseren Blick für ein tieferes Verstehen unserer selbst. Sie tut dies auf eine unverwechselbare Weise. Mit sicherer Hand. Sie ist Malerin.“ (Zit. nach ebd., 28).

In diesem Sinne hat das Emmaus-Bild von Janet Brooks Gerloff auch uns zu entscheidenden Einsichten geführt und uns nicht zuletzt zum Titel des Buches „Wegbegleitung, Trost und Hoffnung“ inspiriert. Wir meinen: Auf dem Weg (im Sterben, im Tod oder in der Trauer) begleitet zu werden und von anderen Trostzuspruch zu erfahren, gehört zu den zutiefst menschlichen und damit auch alltäglichen Erfahrungen – ebenso wie andere zu trösten und ihnen in ihrer schwierigen Lebenssituation beizustehen. Dass erlebte Wegbegleitung und erfahrener Trost entscheidende Quellen von Hoffnung im Leben sein können, sind die Botschaft des Bildes und auch das Anliegen des Buches. Denn auch das wurde „geschrieben, damit wir durch Geduld und durch den Trost der Schrift Hoffnung haben.“ (Röm 15,4).

Dies ist der Ort, um allen zu danken, die zum Gelingen des vorliegenden Buchs beigetragen haben. An erster Stelle möchten wir uns bei Frau Bundesministerin a.D. Ulla Schmidt für ihre spontane Bereitschaft bedanken, ein Geleitwort zu verfassen. Allen Autorinnen und Autoren sagen wir ganz herzlichen Dank für die Erstellung ihrer Beiträge, für die Kooperationsbereitschaft in der Redaktionsphase und das in der Zusammenarbeit mit uns deutlich werdende Engagement für das Thema unseres Buches. Last but not least danken wir Herrn Dipl.-Soz. Päd. Rodney Plum für seine überaus sorgfältige,

engagierte und oft genug bewundernswert geduldige Mitarbeit bei der Endredaktion des Buchmanuskripts. Er hat dafür nicht nur seine eigenen Schreibarbeiten an der Promotion unterbrochen, sondern uns auch durch seine Gelassenheit und Kompetenz bei der Fertigstellung des Buchmanuskriptes sehr hilfreich unterstützt.

Aachen, Ostern 2013

*Rainer Krockauer
Johannes Jungbauer*

Literatur

- Acht, W., Altenähr, A. u. Jansen, W. (2004): Gottsuche. Meditationen zu Bildern von Janet Brooks Gerloff in der Klosterkirche von Kornelimünster und in der Kirche St. Laurentius zu Aachen-Laurensberg. Aachen: Einhard.
- Borasio, G.D. (2011): Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. München: C.H. Beck.
- Hagen, T., Roser, T., Reigber, H. u. Fittkau-Tönnemann, B. (2011): Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende. Curriculum und Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walach, H. (2011): Spiritualität. Warum wir die Aufklärung weiterführen müssen. Klein Jasedow: Drachen.
- Zippl, C. u. Kraus, S. (Hrsg.)(2011): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis (2. Auflage). Frankfurt a.M.: Mab.

**TEIL A –
Themen und Fachperspektiven**

„Selig die Trauernden; denn sie werden getröstet werden.“ (Mt 5,4) – Die Kunst des Tröstens aus biblisch-theologischer Perspektive

Rainer Krockauer

Wer Trost in der Trauer erfährt, oder wem es gelingt, andere zu trösten, der wird sich im Sinne des Bibelverses (Mt 5,4) selig bzw. „glücklich“ schätzen können. Der Beitrag richtet seine Aufmerksamkeit auf die „Kunst des Tröstens“ von sozialprofessionellen Begleitern. Sie wird zurückgebunden an eine spirituelle Begleitung von Trauernden, die nicht nur zum Kerngeschäft der Seelsorge gehört, sondern mehr und mehr auch zur besonderen Herausforderung für die Soziale Arbeit und andere Professionen wird. Insbesondere die kirchliche Seelsorge thematisiert diese ausdrücklich auch als intensiven Erfahrungsort eines unverfügbaren Geheimnisses mitten im Leben, nämlich von Gott selbst – in und trotz allem – gehalten und getröstet zu sein. Ein solches Verständnis von Trösten lebt vom theologisch begründeten Rückbezug auf biblische Texte, welche einer Kunst des Tröstens wichtige Denk- und Handlungsimpulse zu geben vermögen.

1. Mitgehen und auf die Frage hören

*„Am gleichen Tag waren zwei ... auf dem Weg ...“
(Lk 24, 13)*

Das Titelbild lenkt den Blick des Lesers auf eine alltägliche Erfahrung und lädt ihn oder sie ein, gedanklich und innerlich mitzugehen: Zwei Menschen, auf dem Weg, in ein ganz persönliches Gespräch vertieft. Sie tauschen sich aus, auch über ihre Betroffenheit und Traurigkeit. Damit beginnt viel, auch in der biblischen Geschichte der beiden Jünger (Lk 24,13-35), auf die das Gemälde von Janet Brooks Gerloff (vgl. Einleitung) Bezug nimmt. Nachdem sie den Tod Jesu am Kreuz mit eigenen Augen erlebt haben, machen sie sich erschüttert, verwirrt und traurig auf den Heimweg von Jerusalem in ihr Dorf Emmaus. Viele Fragen arbeiten bohrend in ihnen und suchen danach, ausgesprochen zu werden.

Geschichte und Gemälde stehen für eine zeitlose Erfahrung und zeigen einen wesentlichen Ausschnitt aus dem Alltag vieler Menschen bis in unsere

Gegenwart hinein, in dem diese mit ihrer Trauer über den Verlust eines geliebten Angehörigen fertig zu werden und Unterstützung und Trost durch gegenseitige Zuwendung und durch Hilfe Dritter zu finden versuchen. Tod- traurige Menschen finden nicht nur die Aufmerksamkeit der Evangelisten, in den von ihnen erzählten biblischen Geschichten spiegelt sich zugleich die Praxis des historischen Jesus wider.

Dieser hatte nachweislich tagtäglich Umgang mit ihnen und rückte selbst zu Lebzeiten bewusst die Armen, Trauernden oder Bedrängten ins Rampenlicht der Aufmerksamkeit, indem er sich ihnen vorbehaltlos und vorrangig zuwandte: „Kommt alle zu mir, die ihr euch plagt und schwere Lasten zu tragen habt. Ich werde euch Ruhe verschaffen.“ (Mt 11,28) Gerade seinen Wegbegleitern und Zuhörern verspricht er einen Trost auf den man sich verlassen kann, weil er von Gott kommt, und der im tröstenden Umgang miteinander einsichtig werden kann (vgl. Mt 5,4). Betrübt zu trösten wird in der Folge nicht nur zur Kernaufgabe seiner Jüngerinnen und Jünger, sondern zu einem der sieben Werke der geistlichen Barmherzigkeit in der nachfolgenden Kirchen- und Institutionsgeschichte der Christenheit (vgl. Krockauer, 2008).

Es gehört seitdem durchgängig zu einer Grunderkenntnis christlicher Spiritualität, dass Erfahrungen und Begegnungen an Grenzen des Lebens, hier an der Grenze von Leben und Tod, insbesondere in Trauerprozessen, den Blick auf eine sonst vielleicht übersehene, darin verborgene Mitte lenken kann. Gerade Trauernde werden dabei nicht nur zu Adressaten von Zuwendung, sondern zu Botschaftern einer in die Mitte weisenden Botschaft. Der verstorbene Aachener Bischof Klaus Hemmerle (1929-1994) hat dies in der eigenen Erfahrung einer lebensbedrohlichen und letztlich todbringenden Krankheit treffend so ausgedrückt:

„Was ich oft anderen sage, konnte ich hier selbst erfahren:
Sein ist wichtiger als Tun – die Sorgen und Aufgaben in die
Hände Gottes legen ist fruchtbarer als sie nur in die eigenen
Hände zu nehmen – wo man an die Grenzen stößt, da be-
gegnet man der Mitte.“ (Hemmerle, 2000, 232)

Hemmerles Fingerzeig an der Grenze richtet den Blick auf eine in seine Augen bleibende, unzerstörbare Mitte des Lebens in Gott, zu der der Mensch ein Leben lang unterwegs ist, die jeden hält und trägt, die Begleiter und Begleitete zu verbinden vermag – eine Mitte, für die der Blick an der Grenze umso mehr frei wird.

Das Titelbild und die damit verbundene Geschichte prägt nicht nur die Umschlagseite, sondern zieht sich auch wie ein roter Faden durch den folgenden Artikel und seine einzelnen Gliederungspunkte (der vollständige Text findet sich im Kap. 9). Der Aufbau des Beitrags und seine Argumentation

orientieren sich damit bewusst und modellhaft am erzählten Begleitungsprozess Jesu. Namentlich kommt Jesus erst in Vers 17 fragend zu Wort, ist allerdings vorher schon mitgehend und hinhörend tätig, indem er die Menschen und ihre Not sieht, ohne dass diese ihn erkennen (vgl. Vers 15). Sinn deutend tätig wird er erst in Vers 25, nachdem er lange mitgegangen, hingehört und nachgefragt hat. Dieser lukanische Jesus ist ein anschauliches Modell einer anwendungsorientierten Theologie (vgl. Krockauer, 2011), die erst mit den Fragen und Sorgen der Menschen mitgeht und ihnen zuhört, ehe sie ihre eigene Denkperspektive im Begleitungsprozess einzubringen versucht.

Der Beitrag beschäftigt sich inhaltlich mit der Kunst des Tröstens in der Trauerbegleitung und konzentriert sich dabei auf eine biblisch-theologische Perspektive, die ihre Anwendung in den Arbeitsfeldern hospizlicher und palliativer Arbeit sucht und folglich auch eine Perspektive der darin beteiligten unterschiedlichen Professionen (hier v.a. der Sozialen Arbeit und der Seelsorge) sein kann. Eine solche Theologie im Kontext von Hospizarbeit und Palliative Care versucht allen in diesem Arbeitsfeld beteiligten Professionen und den sie leitenden Fachdisziplinen hilfreiche Impulse zu vermitteln. Einer ihrer inhaltlichen Schwerpunkte ist eine (biblisch begründete) Theologie des Trostes bzw. des Tröstens, welche ihre zentrale Aussage dem Apostolischen Glaubensbekenntnis der Christen entnimmt, gerade in (im Umgang mit) Sterben, Tod und Trauer, (an) „die Auferstehung der Toten und das ewige Leben“ bei und in Gott zu glauben.

Der Beitrag wendet sich zunächst der oft gewaltsam erlebten Erfahrung des *Todes* inmitten des Lebens (2) und dem davon ausgelösten *Trauerprozess* zu. In ihm kann bei vielen Menschen ein spirituelles Bedürfnis, auch und vor allem nach einem weit reichenden und tiefgründigen Trost offensichtlich werden (3). Des *Trostes* bedürftig zu sein, gehört nicht nur zu einem heilsamen Selbstbild von Trauernden, sondern auch zur Grundlage der Zuwendung durch Andere, die diese Bedürftigkeit wertschätzend wahrnehmen und mit dem Gegenüber zu teilen versuchen (4). Der Blick in die Bibel und die davon inspirierten kirchlichen Traditionen lehrt, dass die Kunst des Tröstens zunächst und vor allem damit zu tun hat, „in der Nähe zu sein, aufmerksam zu sein, verfügbar zu sein, einfach da zu sein“ (Cassidy, 1995, 18), und sich erst in zweiter Linie, aber nicht unwesentlich in der Art und Weise ausdrückt, mitzuhelfen, zu einer überlebensnotwendigen, auch *theologischen Deutung* des Erlebten zu finden (5). Das Wagnis in der Trauerbegleitung, Gott zu suchen und ihn zu denken, erfolgt aus dem Beziehungsgeschehen heraus und folgt den brennenden Gottesfragen der Trauernden, die das Gegenüber Gottes suchen und zu seinem Gegenüber zu werden versuchen (6). Die biblische *Frohe Botschaft* (7) lebt von der zentralen Deutung einer den Tod überwindenden und überdauernden Liebe, die Verbindung über den Tod hinaus

schaft. Vor allem aber lebt sie von der Botschaft eines Gottes, „der durch die Pforte des Todes geht und dann zurückkehrt, um sie für uns zu öffnen.“ (Saunders, 1999, 154) Eine von dieser religiösen Tradition her begründete kirchliche *Seelsorge* von hauptamtlichen Kräften wie auch von Einrichtungen versteht sich in enger interdisziplinärer Verbundenheit und Kooperation als professionelle Sorge um die Seele und den ganzen Menschen (8). Sie ist Teil einer interdisziplinär verankerten *spirituellen Begleitung* von Menschen, die als gemeinsames Ziel verfolgt, Lebenswege von Menschen zu begleiten und in ihnen Trost und Hoffnung zu wecken (9). Allen Wegbegleitern an der Seite von Trauernden ist der Mut und die Offenheit zu wünschen, für jene Augenblicke aufmerksam zu sein und zu machen, in denen Menschen und menschliche Begegnungen, mit M. L. Kaschnitz gesprochen, „in ein Haus aus Licht ... vorweggenommen“ sind und werden (vgl. den Beitrag von D. Krockauer, 2013, in diesem Band).

2. Der Gewalt des Todes mit standhalten

„Sie sprachen miteinander über all das, was sich ereignet hatte.“ (Lk 24, 14)

„Herr K. war untröstlich. Wieder und wieder sind wir die Chronologie des Unfalls durchgegangen“, so schreibt der kath. Pfarrer und Seelsorger M. Schnegg über seine erste Begegnung mit einem Familienvater, der bei einem tragischen Verkehrsunfall unverschuldet und unvermittelt seine junge Tochter verloren hatte. Nachdem sie wieder und wieder über all das, was sich ereignet hatte, gesprochen hatten, kommt er zur nüchternen Einschätzung:

„Das Kind ist tot – unwiederbringlich. Trost ist nur eine Provokation – denn was geschehen ist, muss untröstbar bleiben. ... Ich ahne die Wucht dieses Schmerzes, die Gewalt des Todes, die Rebellion gegen das Unglück, die Un-aushaltbarkeit der Trauer.“ (Schnegg, 2011, 56)

Auch im Titelbild sieht man die Erschütterung im Leben der beiden Figuren nicht, man kann sie nur hinter den Zeilen der biblischen Geschichte erahnen. Der Bibelwissenschaftler Gerd Theißen hat in seiner exegetisch untermauerten Nacherzählung der Jesusgeschichte den Gemütszustand eines betroffenen, todtraurigen Jüngers zu beschreiben versucht. Auch dieser war letztlich untröstlich, von der Erfahrung des gewaltsamen Todes Jesu am Kreuz geschockt und erstarrt. Andreas, so der fiktive Name des Jüngers, drückt sich so aus:

„Ich schaute von fern auf das Kreuz, an dem Jesus hing. Es war das Kreuz in der Mitte. ... Über ihnen stand die sinkende Sonne. ... Malchos sagte: Wenn die Sonne sehen und fühlen könnte wie wir, sie müsste vor Trauer dunkel werden. Wenn die Erde empfinden könnte, sie müsste vor Zorn beben. – Aber die Sonne verdunkelte sich nicht. Die Erde blieb ruhig. Es war ein normaler Tag. Nur in mir war es dunkel. Nur in mir bebten die Fundamente des Lebens.“
(Theißen, 1987, 225)

Die ganze Bibel ist voller Einfühlung in dieses vom Tod überwältigte Leben von Menschen. „Dir selbst aber wird ein Schwert durch die Seele dringen.“ (Lk 2,35) So weissagt der greise Simeon der jungen Maria, als er ihr mit dem Jesuskind im Tempel begegnet und sagt die Erfahrung des gewaltsamen Todes des erwachsenen Jesus im Herz seiner Mutter voraus. Die Bibel spiegelt aber nicht nur das Innenleben von trauernden Menschen wider, sondern verteidigt auch von Anfang an (vgl. das Beispiel Jakobs in Gen 37,35) „das Recht auf Untröstlichkeit und den Widerstand gegen oberflächliche, unwürdige Vertröstungen. Sie tut dies, um den wahren Trost zu schützen und vor falschen Tröstern zu warnen.“ (Zenger, 2008, 183) Sie hält am Beispiel biblischer Gestalten fest, was bis heute gilt: Der Gewalt des Todes folgt in der Regel der Schmerz des Verlustes und der Trauer, was u.a. heißt, mit der (oft plötzlichen) Abwesenheit des anderen leben zu müssen. Der eingangs zitierte seelsorgerliche Impuls von M. Schnegg empfiehlt, diesen Schmerz und die damit verbundene Untröstlichkeit sehr ernst zu nehmen, da ihm sonst kein Wort, geschweige denn kein Trost gewachsen sein kann.

Auch der evangelische Theologe Fulbert Steffensky hat Eindringliches in seinen spirituellen Einsichten im Angesicht des Todes seiner eigenen Frau (Dorothee Sölle) formuliert. Der Tod, der gewaltsam die Verbindung durchschneide, die Menschen miteinander verbunden haben, hinterlasse eine Wunde. „Das Leben ging nicht weiter und den Schmerz darüber konnte mir niemand ausreden, auch nicht mit einem religiösen Satz.“ (2008, 52) Wirklicher Trost seien nur jene Verhaltensweisen gewesen, die den Schmerz ernst genommen haben, zuallererst

„Freunde und Freundinnen, die mich oft besuchten und die den Schmerz ehrten. Sie haben keine tröstenden Worte gefunden, sie waren da und sie haben sich von meinem Unglück nicht vertreiben lassen. ... Die Trauer wurde nicht gemildert, aber geteilt.“ (Ebd.)

Was er gelernt habe, sich selbst „einzugestehen, dass man mit sich allein nicht fertig wird“, wurde zur Kunst der anderen, „ihn bedürftig sein zu las-

sen; ihn weinen zu lassen; ihn kleiner sein zu lassen, als er ist.“ (Ebd., 53) Er sei zu der Einsicht gekommen, dass sich trösten lassen wie zu trösten mit der großen Kunst verbunden sei, zu lernen, „sich selbst als endliches Wesen zu begreifen. ... Die Kunst, sich als endliches Wesen zu begreifen, ist das Ende der trostlosen Verbissenheit.“ (Ebd., 54f.)

Nicht in einer Art trostloser Verbissenheit zu erstarren, wird gerade heute zur großen Herausforderung. Denn viele Menschen unserer Tage erleben mit der Erfahrung des Verlustes von geliebten Angehörigen nicht nur einen tiefen seelischen Schmerz, sondern auch eine gesellschaftliche Marginalisierung und Abwertung. Menschen in einer Phase aufgebrochener Schwäche und Ohnmacht irritieren in einer erfolgsorientierten „Gesellschaft der Sieger“ (Steffensky, 2007) und finden zumindest in öffentlichen Räumen wenig Beachtung für ihren Kummer und ihre Trostbedürftigkeit. Wenn sie beharrlich trauern und in ihrer Untröstlichkeit verharren, drohen sie sogar aus den Regelkreisen eines von Funktionalität und Rationalität bestimmten Lebens herauszufallen (zu den gesellschaftlichen Hintergründen einer „postmodernen Trauerkultur“, vgl. Pock, 2011, 6-8). Zweifelsohne mangelt es nicht an flüchtigen Vertröstungen aller Art, um dem „unpassenden Gefühl“ der Trostlosigkeit oder Trauer zu entkommen. Doch führt eine Verdrängung der Trostbedürftigkeit oft erst richtig in Erstarrung, Isolation und Ohnmacht – und zwar nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch bei denen, die einer Begegnung mit diesem schmerzvollen Teil des Lebens aus dem Weg gehen möchten.

Der Alltag in der modernen Gesellschaft braucht folglich mehr denn je Trospotential, denn ohne dieses können die in ihr aufbrechenden schicksalhaften und auch gesellschaftlich verursachten menschlichen Wunden keine Heilung erfahren. Heilung (und damit auch Trost) muss aber möglich sein, um dem Glauben an das lebensbewältigende Potential im Raum einer Gesellschaft Raum zu geben. Es wird, um die gedankliche Fährte von F. Steffensky aufzugreifen, auf die Art des Beistands und auch auf rettende Deutungen ankommen, die Erstarrung im Denken und in der Kommunikation lösen und die Stummheit überwinden helfen. Denn um leben und auch weiter- und überleben zu können, braucht man eine Deutung, „muß man eine Interpretation des Lebens haben.“ (Steffensky, 1987, 51) Eine begründete (Selbst-) Deutung, die anregt und anleitet, den Schmerz der Trauer zu überwinden, die im Leben mit der Trauer helfen kann, lautet: „Man muß aufhören können, zu siegen.“ (Steffensky, 2007, 29)

Ob einem der Gottesglaube dabei hilft, an die Endlichkeit der Trauer im Vertrauen auf die Unendlichkeit SEINES Trostes zu glauben?

3. Das harte Trauerbrot teilen

„... Da blieben sie traurig stehen, ...“ (Lk, 24, 17)

Erneut betrachten wir das Titelbild und sehen die nach vorne gebeugten menschlichen Figuren, die den Blick gesenkt und in sich gekehrt haben. G. Theißen lässt wieder einen der beiden Emmausjünger aussprechen, was ihm in den Tagen nach dem Tod Jesu durch den Kopf gegangen sein könnte:

„Noch lange zerrissen mich die Bilder der letzten Ereignisse. Immer wieder quälte sich meine Phantasie durch alles hindurch. Ein Schatten lag auf meinem Leben. Nachts schrie ich noch oft auf, wenn Angstträume von einem unheimlichen Tier durch meine verstörte Seele jagten.“ (Theißen, 1987, 226)

Auch in den Wochen und Monaten nach dem schrecklichen Verkehrsunfall legte sich der Schatten der Trauer über die vielen Begegnungen des Familienvaters mit dem Seelsorger. Dieser hält in seinen Aufzeichnungen fest:

„Wir hatten viele Treffen. Es erschließt sich keine Sinngebung, es gibt Aufbegehren und immer wieder den Zusammenbruch vor der Realität, die sich aufbäumt wie ein nie bezwingbares Ungeheuer. Wie soll da ein Weiterleben möglich sein?“ (Schnegg, 2011, 56f)

In W. Wordens entwicklungspsychologisch orientiertem Konzept der Traueraufgaben (2011) wird den Betroffenen wie den Begleitern zuallererst nahe gelegt, zu lernen bzw. zu helfen, den erlittenen Verlust eines unersetzbaren Menschen in seiner Endgültigkeit als Realität zu akzeptieren (vgl. die Rezeption Wordens im nachfolgenden Beitrag von Jungbauer, 2013; in diesem Band). Das ist fürwahr, wie es Steffensky aufgrund der eigenen Erfahrungen bildhaft beschreibt, ein „hartes Trauerbrot“, das einem da gereicht werde. Wie hart die Trauer ist, wird von Mensch zu Mensch unterschiedlich und auch davon abhängig sein, um welchen Verlust es handelt (Eltern, Kinder, Freunde...). Wir wissen auch, dass es den Trauernden nicht nur emotional und kognitiv, sondern vor allem auch körperlich und auf der Verhaltensebene zusetzt und durchaus auch zu komplizierten Trauerreaktionen führen kann.

Im interdisziplinären Gespräch der Humanwissenschaften, die sich mit Trauerbewältigung beschäftigen, erhält die Theologie als Fachdisziplin dabei eine wichtige Anfrage, die die Seelsorger wiederum auch von den Psychotherapeuten übermittelt bekommen. Ein Großteil aller Trauernden äußern nämlich „spirituelle Bedürfnisse“ und fragen nach einer angemessenen Antwort

und Begleitung. Die Pionierin der Hospizbewegung C. Saunders erklärt es so: „Denn hier haben wir es direkt mit dem schmerzvollsten Augenblick im Leben eines Patienten oder einer Familie zu tun, wenn materielle Dinge plötzlich nicht mehr genug sind.“ (1999, 151)

Es ist mehr als verständlich, dass sich angesichts des harten Trauerbrottes unvermeidlich die Suche nach dem Herausschält, was einen „unbedingt angeht“ (P. Tillich) und einem „zutiefst bedeutsam ist“ (Weiher, 2012, 152). Steffensky vermutet zurecht, dass dabei auch die Helfer „vielleicht in besonderer Weise die ernährenden Kräfte der Frömmigkeit, einer christlichen Frömmigkeit oder einer Weltfrömmigkeit“ (2007, 30), brauchen. Demzufolge ist von einem doppelten Spiritualitätsbedarf auszugehen. Nicht nur der Betroffene, sondern auch ihre Begleiter suchen danach, was einen in der Mitte trägt und hält – auch und gerade in den Untiefen des Lebens bzw. im Umgang mit ihnen, aus welchem „innersten Geist“ (lat. „spiritus“) bzw. Sinnempfinden und aus welcher damit verbundenen Haltung sich leben lässt.

G. Höver empfiehlt für das interdisziplinäre Gespräch und die multiprofessionelle Kooperation, von einem offenen Begriff von Spiritualität auszugehen, die Begriffe „Spiritualität“ und „Religion“ nicht synonym zu verwendene, stattdessen

„Spiritualität als ein Gesamtkonzept zu verstehen, welches Religion bzw. Religiösität mit einschließt. ... In den Blick gerückt wird mit der Betrachtung des Themas Spiritualität somit allgemein die subjektive Suche des Menschen nach Sinn und Transzendenz, seine Sehnsucht nach Identität, Ganzheit und Erfüllung, nach Befreiung und Heilung, aber auch die Art und Weise, in der Menschen ihr Leben verstehen oder als Beziehungs- und Bedeutungsnetz, das dem Leben einen Zusammenhang verleiht.“ (Höver, 2011, 118)

Spirituelle Begleitung bedeutet dann eben nicht, „den Menschen ‚von außen‘ mit religiösen Sinn- und Wertfragen zu konfrontieren, sondern vielmehr zu sehen, was ihm seinem Wesen nach, von ‚innen her‘ entspricht.“ (Ebd.) Dies sei Aufgabe aller in der hospizlichen oder palliativen Arbeit tätigen Personen und Professionen.

Das bedeutet: Obwohl der Begriff „Spiritualität“ einen regelrecht inflationsären Gebrauch erlebt, gibt es doch mittlerweile, gerade im Sozial- und Gesundheitswesen, ein Spiritualitätsverständnis, das Grundlage in einer interdisziplinären und multiprofessionellen Kooperation darstellt und zugleich auch mit einem christlichen Spiritualitätsverständnis vermittelbar ist (vgl. Krockauer, 2006b). Monika Renz, als Klinikseelsorgerin und Therapeutin Grenzgängerin zwischen Humanwissenschaften und Theologie, verbindet das

im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer aufbrechende Bedürfnis nach Spiritualität notgedrungen mit der Frage nach dem, was heilt:

„Wo ernsthafte Krankheiten auftauchen, wo Angehörige sterben, wo Menschen krisengeschüttelt an Abgründen von Verzweiflung und Sinnleere stehen, wo sie in sich selbst oder einer unfassbaren Tragik so gefangen sind, dass sie weder wirklich leben noch sterben können, da erhält der Ruf nach dem, was heilt, eine neue Dringlichkeit, eine existentielle Dimension.“ (2006, 38)

Wenn die Grenzen menschlicher Heilungs- und auch Hilfemöglichkeiten offenbar werden, zeige sich in vielen Begleitungsprozessen die Frage nach dem „ewig Anderen, man mag es Gott nennen oder nicht.“ (Ebd., 42) In vielen Fallbeispielen erzählt sie Geschichten von religiös „musikalischen“ wie „unmusikalischen“ Menschen, deren Spiritualität danach strebe, angehört zu werden, „dass alles menschliche Sehnen und Streben – aller Widerwärtigkeit zum Trotz – ein Ziel hat und von einem Faktor Unbekannt, sprich von Gottes Geist, dahin bewegt wird.“ (Ebd. 48) Ein Resümee ihrer langjährigen Arbeit lautet:

„Ob Menschen spirituelle Erfahrungen machten oder nicht, schien weniger von einer bestimmten Glaubenszugehörigkeit, Kirchnähe oder Meditationspraxis abzuhängen als vielmehr von einer letzten Offenheit – und vielleicht auch von einem Faktor ‚unbekannt‘, den ich hier als Gnade begreife.“ (47)

Diese Offenheit für die letztlich unverfügbare Dimension gerade des Trostes bestätigt auch der kath. Theologe und Klinikseelsorger E. Weiher. Ein konkretes spirituelles Bedürfnis von Trauernden ist, Trost zu finden, getröstet zu werden – in der Mitte getragen und gehalten zu werden.

„Das grundlegende Medium des Tröstens ist also die Raum und Halt gebende Begegnung. Das Medium selbst ist aber nicht schon die Wirkung: Trösten ist nämlich eine zutiefst spirituelles Geschehen. ... Echter Trost entsteht durch die Beziehung mit einem Anderen als etwas Neues, als ‚Drittes‘, eine Kraft, die – oft unerklärlich – am Grund der Seele auftaucht. Der Helfer weiß oft nicht, was er selbst zu dieser Tröstung beigetragen hat, er ist nur Katalysator.“ (Weiher, 2009, 182)

4. **Trost bedürftig sein lassen**

„Während sie redeten und ihre Gedanken austauschten, kam ... hinzu und ging mit ihnen.“ (Lk 24, 15)

Der erneute Blick auf das Titelbild lässt Menschen erkennen, deren Schultern und Körper aneinander gelehnt sind, um sich gegenseitig Halt zu vermitteln und Nähe herzustellen. Die beiden Trauernden, die sich wechselseitig auf ihrem Weg nach Hause zu stützen versuchen, erhalten Beistand durch eine dritte Person, die hinzukommt und die Haltung der anderen annimmt und aushält. Kein schnelles Wort ist zunächst gefragt, sondern die richtige Haltung und die Bereitschaft, den Weg mitzugehen. M Schnegg schreibt über diese Haltung:

„Trost ist nicht die Vertröstung, es werde schon irgendwann wieder gehen. Der Schmerz der Trauer ist nicht wegzudenken. Trost ist, dies mit auszuhalten – im Respekt vor der Unüberwindbarkeit dieser Gewalterfahrung. ... Trost ist, die Versteinerung der Trauer nicht zu bewerten. Trost ist, den Hoffnungsbildern nicht zu widersprechen und es zugleich auszuhalten, dass diese Hoffnungsbilder nicht aushaltbar und daher vom Trauernden rabiat zerstört werden. Trost ist, das Leben mitzutragen, wie es ist.“ (2011, 59)

Diese radikale Verwiesenheit, hier der spirituellen Begleitung eines Seelsorgers, auf das Hier und Jetzt, ist heilsam, zugleich notwendig – gerade für das jahrhundertealte Engagement von Christen und Kirchen im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Haftet diesem doch bis in die Gegenwart hinein der religionskritische Verdacht einer schnellen Vertröstung des Menschen (auf ein Jenseits hin) an. Andere Humanwissenschaften, insbesondere die Psychologie, haben die Gefahr einer Religion und ihrer Seelsorge und Verkündigung ausreichend analysiert, in der die Trostworte wie „Trostpflaster“ eine unmittelbare und absichtslose Präsenz in den Hintergrund rücken. Trösten und Beistehen in Wort und Tat und im Hier und Jetzt bilden so eine notwendige Einheit, nicht nur um der allzu menschlichen Gefahr einer Vertröstung auf ein unkonkretes Später zu entgehen, sondern auch, um die Relevanz des christlichen Glaubens im Alltag einer eines wirklichen Trostes bedürftigen modernen Gesellschaft glaubwürdig zu bezeugen.

W. Worden empfiehlt auf dem Weg der Trauerbewältigung, sich Zeit zu nehmen und anderen Zeit zu geben, den Schmerz zu verarbeiten und die Trauer zuzulassen. Trauernde „müssen akzeptieren, dass Trauern eine schwere Zeit voller schmerzhafter Gefühle ist, die man nicht vermeiden oder belie-

big abkürzen kann.“ (Jungbauer, 2013; in diesem Band) Gerade die biblischen Erzählungen sind hierfür in vielerlei Hinsicht Orientierung und kritisches Korrektiv. In den Klagepsalmen beispielsweise werden Menschen gezeigt, die mit aller Zeit der Welt ihr ganzes Elend aussprechen und vor Gott hintragen, ohne dass sich ein Wort des Trostes finden lässt. Ähnlich geht es dem Leser des Buches Hiob, das sich als Buch über den Trost auch kritisch mit (Ver-)Tröstungsstrategien auseinandersetzt (vgl. Zenger, 2008, 184). Hiobs Klage und Ringen mit seiner Situation zieht sich nahezu durch das ganze Buch. Aber nicht nur der Schmerzverarbeitung wird ausreichend Zeit gegeben, die Anwesenheit der Freunde bzw. eines Gegenüber ist sogar zwingende Voraussetzung für einen Weg der Trauerbewältigung.

„Die drei Freunde Hiobs hörten von all dem Bösen, das über ihn gekommen war. Und sie kamen, jeder aus seiner Heimat ... Sie vereinbarten hinzugehen, um ihm ihre Teilnahme zu bezeigen und um ihn zu trösten.“ (Hiob 2,11)

Am Ende der Buches lernen gerade diese Freunde, wie das „Trösten“ geht, das den Trauernden in seinem Leid wahr- und ernstnimmt (vgl. Zenger, 2008, 184-187): Nicht Hilfe zum Deuten, sondern Hilfe zum Aufatmen ist zunächst und in erster Linie gefragt.

Der Blick auf die hebräische Wortwurzel (nhm) von „trösten“ bzw. „sich trösten lassen“ zeigt gerade diese alttestamentlichen Prioritätensetzung an: „Wer Trost erfährt, erfährt Hilfe und Kraft zum ‚Aufatmen‘ und zum (Weiter-)Leben. Wer Trost spendet, spendet und mehrt Leben.“ (Ebd., 182) Die biblischen Geschichten und Weisungen sind dann auch kritisches Korrektiv, im Blick auf die heikle Phase der Schmerzverarbeitung, denn sie verbinden den zugesprochenen Trost in der Situation immer zuerst mit dem Beistand in Wort und Tat und mit der Mithilfe an der Überwindung der erlebten Situation. Gerade Jesus verkörpert und konkretisiert in den Evangelien die Einheit von Trost und Beistand im Hier und Jetzt. Sein programmatisches Credo (Mt 5,4) ist unmittelbar zurückgebunden an seine Praxis, bei der Überwindung und Heilung von Trostlosigkeit und Notsituationen aller, denen es schlecht ging (vgl. Mt 4,24) aktiv mitzuwirken.

Die Eindeutigkeit Jesu, eine verbale Tröstung an ein reales Helfehandeln zu koppeln und so zum Nächsten des Trostsuchenden zu werden, spiegelt sich wiederum in der biblischen Sprache wieder. Denn in der Sprachwelt des Alten und Neuen Testaments spiegelt sich im Verständnis von „trösten“ eine damit gemeinte intersubjektive Begegnung wider, die eine Gemeinschaft stiftet, in der einer für den anderen da ist. Gerade das weite Bedeutungsspektrum des neutestamentlichen Begriffs „parakalein“ (von „zu Hilfe rufen“ bis zu „trösten, stärken“) verweist auf die beiden Subjekte einer sich wechselsei-

tig bedingenden Beziehung: auf den, der jemanden zu Hilfe ruft, weil er Trost sucht, und den, der um des Anderen willen, mit guten Worten und Taten stärkt und ermutigt. Eine Beziehung und Gemeinschaft kommt in den Blick, in der einem Beistand begegnet bzw. er diesen erhält und ein anderer diesen Beistand (gr. Paraklet) selbst gibt bzw. dieser selbst ist.

Der bleibende Beistand des Auferstandenen, so das Neue Testament weiter, ist der Heilige Geist, der Tröster schlechthin (vgl. Joh 14,16). Getröstet zu werden ist folglich in der Denkwelt der Bibel Erfahrung des Geistes und trösten zu können eine seiner Gaben. Wie der Gottessohn sich in das Leben und Leiden der Menschen verstrickte und diesen dadurch beistand, dass er sich selbst in die Trostlosigkeiten und Notsituationen der Menschen hineinbegab und darin mitlitt und mitging, so bleibt sein Geist als Tröster bis heute Kraft und Quelle für die, die Trost suchen, und für die, die (in seiner Nachfolge als Christen) Beistand für andere sein und werden wollen. Dadurch, dass es diese Gemeinschaft im Trösten bis heute gibt, erhält die zukünftige Verheißung eines endgültigen Trostes auch Glaubwürdigkeit im Hier und Jetzt.

Eine biblisch-theologische Reflexion bringt also im interdisziplinären Gespräch über spirituelle Begleitung bzw. über eine damit verbundene Kunst des Tröstens eine dritte Dimension ins Spiel und komplementiert die Erfahrung einer letzten Offenheit von Menschen in Grenzsituationen (vgl. Kap. 3). An der Grenze von Leben und Tod kehrt die Frage nach dem letzten Grund, nach „Gott“ in die Mitte des Lebens und der Gesellschaft zurück. Hier antwortet die Bibel und formuliert die Zusage: Zum Trauern (und zur Trauerbedürftigkeit) des Menschen und zum Trösten (und zur Trauerbegleitung) des Menschen gesellt sich der unverfügbare Trost eines Gottes, der einen vor allem und trotz allem, und auch gegen jede Logik, getröstet sein lässt, als Trauernder und Trauerbegleiter. Der „Gott allen Trostes“, so Paulus im 2. Korintherbrief, „tröstet uns in all unserer Not, damit auch wir die Kraft haben, alle zu trösten, die in Not sind, durch den Trost, mit dem auch wir von Gott getröstet werden.“ (1,4)

5. Da sein, beistehen und „Gott“ denken

„...Das mit Jesus von Nazaret. ...“ (Lk 24, 19)

Keiner weiß, wie viele Tage die hinzugekommene dritte Person mit den Trauernden unterwegs war, wie viele Stunden sie sich ausgetauscht hatten, ehe ein explizites Wort fiel, das auch eine spirituelle bzw. religiöse Deutung wagte. Auch in der im Beitrag nacherzählten Begegnung des Seelsorgers mit

dem Familienvater tauchen dann irgendwann diese Momente und Augenblicke auf, in denen das hilfreiche Wort und eine damit verbundene Deutung gefragt sind. Sie seien zu bewahren, wie er meint, um sie zu gegebener Zeit zu erinnern und mitzuteilen.

„Trost ist wahrzunehmen und zu bewahren, dass es neben den niederschmetternden Erfahrungen manchmal, für kleine Momente, Bilder eines anders gearteten Lebens gibt. Diese werden immer wieder schnell mit einer Geht-nie-mehr-Folie überzogen, aber sie sind da. Trost ist, diese nicht als Widerspruch aufzuzeigen, sondern es als Begleiter zu bewahren.“ (Schnegg, 2011, 58)

Bei der dritten zu bewältigenden Traueraufgabe, in der es darum geht, mitzuhelfen, sich an eine Welt ohne den Verstorbenen anzupassen, erwähnt W. Worden interessanterweise auch die Notwendigkeit der spirituellen Anpassung „im Hinblick auf die Neudefinition von Lebenssinn und Lebenszielen.“ (Jungbauer, 2013; in diesem Band) Das kann zu gegebener Zeit auch das klare Wort eines Gegenübers in Form von Deutung und Bekenntnis erfordern. Wie lange aber kann es dauern, in der Begleitung von Menschen in Trauersituationen, bis – in der Perspektive einer biblisch-theologischen Betrachtungsweise des Trauerprozesses – ein explizit theologisches Wort (Gott, Jesus, Himmel o.a.) angesagt ist? Wie lange gilt es, da zu bleiben, wie lange beizustehen, bis ein diesbezügliches Wort gefragt wird?

In einer Kunst des Tröstens empfiehlt es sich dringend, einen Ratschlag zu befolgen, der der Einsicht entspringt, die Kompetenz der Deutung nicht nur bei sich, sondern vor allem auch bei den Betroffenen selbst zu suchen. Eine solche subsidiär ausgerichtete Begleitung meint dann: Der Trauernde gibt spirituell den Takt an und oft auch den entscheidenden Fingerzeig nicht nur zur wirklich anstehenden Frage, sondern auch zur eigenen (auch spirituellen) Selbsterkenntnis und kann so auch dem Begleiter die Augen öffnen. Eine spirituelle Trauerbegleitung „auf leisen Sohlen“ kommt dann in den Blick, die sich am weisen Wort des Talmuds zu orientieren versucht: „Rede nicht von Gott, wenn Du nicht danach gefragt wird, aber lebe so, dass man Dich nach Gott fragt.“

Man wird ergänzen müssen: Aber bereite Dich dafür vor, denn dass Du gefragt werden wirst, ist unstrittig. Sicherlich ist die erste Sprachfähigkeit zunächst die, „die eigene Sprache zu verlieren“, meint O. Fuchs. Wichtig sei im Umgang mit Sterbenskranken oder Trauernden, „jene Zeiten zu erspüren, in denen zu schweigen ist, indem man einfach nur dabeibleibt und nichts anderes sagen kann, weil jedes Wort jetzt gläsern ist und zerspringt.“ (Bucher et al., 2010, 190) Das betreffe auch jedes religiöse oder theologische Wort.

„Dann gibt es aber auch Zeiten, sich auf die Suche zu machen im Gespräch selber, nach einem Wort des schwerkranken Menschen. ‚Sprachfähig‘ zu sein heißt dann, auf diesem Wort des anderen aufzubauen, weil es etwas ist, was an Sehnsucht von dem Menschen selber kommt. Es heißt dann, sich ganz vorsichtig daran anzuhängen und zu sagen: Ja, das könnte so sein; oder: Daran glaube ich auch.“ (Ebd., 190f)

Im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer kommen erfahrungsgemäß früher oder später theologisch relevante Fragen von Seiten der Betroffenen wie der Begleiter zur Sprache: In der Erfahrung des Sterbens und im Angesichts des Leidens kann es zum Beispiel die Frage sein: „Wo ist Gott? Bzw.: „Warum lässt Gott das zu?“ Im Angesicht des Todes fragen Menschen im Rückblick auf das Leben des Verstorbenen: „Wie war ihr oder sein Leben?“ Oder: „Was kommt danach?“ Oder: „Was bleibt?“ Das damit verbundene Gespräch fordert nicht nur eine begleitende, mitfühlende, hinhörende, sondern eben dann auch eine theologisch–deutende Kompetenz (vgl. Krockauer, 2006a).

Theologie, als „denkerisch verantwortete Rede von Gott“ (Häring/Kuschel, 1995, 1237) bzw. als der Versuch und der Mut, „Gott zu denken“ bzw. jene Erfahrungen zu reflektieren, „die Menschen dazu gebracht haben, von so etwas wie ‚Gott‘ reden zu müssen.“ (Sölle, 1990, 9) ist als Wissenschaft eine unverzichtbare *Fachdisziplin* an Universitäten und Fachhochschulen (vgl. Krockauer, 2011), z.B. im interdisziplinären Diskurs über einen angemessenen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Sie ist als *Professionslogik* zudem die Mutterdisziplin von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Dienst der Kirchen und Religionsgemeinschaften. Es gibt aber auch eine kontextuelle *Gottesrede mitten im Lebens- und Berufsalltag*, auch der Trauer(-begleitung), die jeden Menschen zu einer natürlichen Theologie als Betroffener bzw. Begleiter befähigt. Gerade biblisch-theologische Perspektiven vermögen diese theologische Kompetenz maßgeblich zu prägen und zu stärken.

Für die Theologie von Seelsorger(inne)n in der Trauerbegleitung ist die Vermittlung von Trost durch Präsenz, Beistand und Deutungshilfen „Kerngeschäft“ des Berufsalltags, gerade in Arbeitsfeldern von Hospizarbeit und Palliative Care. Glaubhafter theologischer Trost ist möglich, da Theologie als (denkerische und sprachliche) Antwort auf das Wort Gottes kritische Reflexion des trostreichen Handelns Gottes ist, gespiegelt beispielsweise in der biblischen Offenbarung. Dort offenbart sich Gott (alttestamentlich) in Geschichte und Gegenwart als JAHWE, der das Elend und die Klage der Menschen sieht und sich als der „Ich–bin–da“ (Ex 3,14) offenbart. Gott offenbart sich neutestamentlich in Jesus, wird in ihm Mensch, „gekreuzigt, gestorben

und begraben, hinabgestiegen in das Reich des Todes, am dritten Tage auferstanden von den Toten“, so das Apostolische Glaubensbekenntnis der Christinnen und Christen. In ihm, so die bereits erwähnte Ärztin und Sozialarbeiterin Cicely Saunders (1918-2005), offenbare sich „etwas Besonderes über das Leiden und das Sterben ..., was keine andere Religion wirklich sagt.“ (1999, 154).

Wie sehr eine seelsorgerliche Theologie auf die theologischen Reflexionen anderer Professionen angewiesen ist, wird eindringlich an deren Lebensbeispiel deutlich. Saunders' kontextuelle Alltags- und Berufstheologie ist für das Thema von besonderer Bedeutung, zumal sich ihre theologischen Reflexionen mit tiefen spirituellen (Gottes-) Erfahrungen im Hospizbereich verbinden. Ihr Werk ist in Theorie wie Praxis Beleg dafür, dass religiöse Begründungen und theologische Reflexionen immer ein Bestandteil des fachlichen und persönlichen Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer sind. Genauso haben die dort Engagierten etwas in der Theologie zu sagen und diese aufzufordern, das Bedürfnis vieler Menschen ernst zunehmen, „dem Tod einen Sinn abzugewinnen, was heutzutage manchen Menschen einfach besonders schwerfällt und womit sie Hilfe brauchen. ... Heute sind die Menschen sehr verloren, und nur sehr wenige haben überhaupt eine religiöse Sprache.“ (Saunders, 1999, 153). Sie kommt dann zu der Aufforderung, die theologische Deutung zu wagen:

„Auf die Kreuzigung folgt die Auferstehung. Das ist, was das Christentum zu sagen hat. Der christliche Gott ist der einzige, der durch die Pforte des Todes geht und dann zurückkehrt, um sie für uns zu öffnen.“ (Ebd., 154)

6. Das Gegenüber Gottes suchen – zu Gottes Gegenüber werden

„ ... *ihn selbst aber sahen sie nicht.*“ (Lk 24,24)

Eine biblische Theologie im Angesicht von Sterben, Tod und Trauer und im Horizont der (von Saunders als einzigartig zitierten) Auferstehungsbotschaft ist im Kern eine Hoffnungsrede und dies in einem fünffachen Sinn: Sie redet *erstens* von einer in Gott begründeten Hoffnung, aufgrund einer Liebe, die stärker ist als der Tod: „Tod, wo ist dein Stachel?“ (1 Kor 15,55) Sie redet ferner *zweitens* von der Hoffnung auf ein ewiges Leben, mitten im vergänglichem Leben, aber vor allem am Ende des Lebens: „Wir werden nicht alle entschlafen, aber wir werden alle verwandelt werden.“ (1 Kor 15,51) Sie

redet *drittens* vom definitiven Ende aller Trauer, Klage und Mühsal am Ende des Lebens, im Himmel. Gott wird dort „alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal.“ (Apk 21,4) Sie redet *viertens* von der Hoffnung auf eine endzeitliche Aussöhnung unter den Menschen und mit den Menschen im Gericht (vgl. den Beitrag von O. Fuchs im Band). Und schließlich redet sie *fünftens* von einer Hoffnung aufgrund des Trostes, der den Trauernden sicher, aber unverfügbar hier und heute und immer zukommt (vgl. 2 Kor 1,4).

Einer Kunst des Tröstens bietet eine biblisch orientierte Theologie – aufgrund des Glaubens an die Offenbarung Gottes – einen doppelten Perspektivenwechsel an, der von hoher Relevanz für die konkrete Praxis spiritueller und seelsorgerlicher Begleitung sein kann: Der erste Perspektivenwechsel besteht darin, von einer Dialogsituation aufgrund eines Gegenübers Gottes auszugehen. Für das christliche Menschen- und Gottesbild bedeutet das, der tradierten Überzeugung Glauben zu schenken, „*die Wirklichkeit wie eine Anrede wahrzunehmen, ... sein Leben wie einen Dialog zu leben* im ständigen Zuhören und Antworten, ...“ (Halik, 2011, 167f), auch und vor allem auf die Wirklichkeit und Wirksamkeit eines Gottes, der sich auf Augenhöhe mit den Menschen begibt. Diese in der Trauerbewältigung und -begleitung mitzudenken, kann allein schon trostreich sein. Denn auch wenn der Trauernde aussichtslos untröstlich erscheint und dem Begleiter kein Trost mehr möglich ist (und vielleicht sogar die Beistandskräfte versagen), bleibt der Glaube (gerade in biblischen Geschichten bezeugt), dass Gott mit seinem Trost nicht aufhört, anzureden bzw. offenbar zu werden. Sicher ist hinzuzufügen, so T. Halik,

„dass Gott am Menschen auch leise und unauffällig handelt; man begreift erst im Nachhinein ... sein Leben als ‚Dialog‘ mit dem verborgenen, aber ständig gegenwärtigen Partner. Der Mensch versteht dann, dass Gott zu ihm weniger in einem brennenden Dornbusch oder einem tobenden Sturm sprach, sondern in einem ‚leisen Wehen‘ – in seinen eigenen Gedanken, in Begegnungen mit anderen Menschen, in Büchern, in allen Begebenheiten seines Lebens und im Geschehen der Gesellschaft um ihn herum.“ (Ebd., 173)

Ein darauf aufbauender zweiter Perspektivenwechsel für eine Kunst des Tröstens fordert auf, einen radikalen Ortswechsel in der (denkerischen wie praktischen) (Trauer-) Begleitung von Menschen vorzunehmen. Statt den Menschen gegenüber zu treten und zu meinen, als müsste man, „weil ich von der Offenbarung, vom Glauben komme, der sein, der jetzt in einer Situation Antwort zu geben hat“, gilt es, so nochmals O. Fuchs, „mit dem Trauernden

das Gegenüber Gottes zu suchen und gemeinsam zu Gottes Gegenüber zu werden.“ Er verweist auf einen wichtigen Wechsel in der Blickrichtung in Haltung wie Verhalten des Begleiters:

„Das Entscheidende ist hier, sich nicht auf die Seite Gottes im Gegenüber zum anderen zu stellen, sondern sich auf die Seite des anderen im Gegenüber zu Gott zu stellen, also diesen Wechsel zu vollziehen. ... Wenn Menschen in Not sind, gilt es, mit ihnen Gott gegenüber zu klagen ... Fatal wäre, sich einzubilden, man könnte jetzt von Gottes Seite her ... Antworten geben, warum etwas ist. Diesen Gotteskomplex halten weder wir noch die anderen aus.“ (Bucher et al., 2010, 191)

Was einem helfen kann, gelassen zu bleiben, ist das Vertrauen, „dass Gott längst da ist – also nicht eingeführt werden muss, sondern dass es wichtig ist, wie er da ist. Es kommt darauf an, eine Form zu finden, um das zum Ausdruck zu bringen, ...“ (Ebd., 192f.) Was einen gelassen warten lässt,

„ist der Glaube daran, dass uns Gott nicht im Stich lässt. Auch in dem Augenblick, wo nichts mehr gelingt, wo alles umsonst scheint. ... In dem Hier und Jetzt, in dem ich in äußerster Not und Ohnmacht bin, ist dies der Ort, wo Gott – das ist die biblische Botschaft – mir am nächsten ist, es ist ein Ort der ‚Schechina‘, der Einwohnung Gottes.“ (Ebd., 198)

Wie ist Gott da? Das Titelbild zeigt eine dritte Gestalt, die mit auf dem Weg, an der Seite der Menschen, auf Augenhöhe, hinhörend, begleitend da ist. Es zeichnet ein trostreiches Gottesbild. „Er war Gott gleich, hielt aber nicht daran fest, wie Gott zu sein, sondern er entäußerte sich und wurde ... den Menschen gleich. Sein Leben war das eines Menschen.“ (Phil 2, 6-7)

7. Sich festhalten an der Botschaft vom zurückkehrenden Gott

„... Als sie zurückkamen, erzählten sie, ... er lebe.“
(Lk 24, 23)

Die dritte Figur im Titelbild kann jeder sehen. Einer der beiden Jünger deutet mit der rechten Hand auf sie. Für den einen Betrachter mag sie unwirklich, vielleicht als Täuschung erscheinen, für die andere Betrachterin wiederum

steht sie nur für die Möglichkeit einer ungeahnten, aber letztlich zufälligen Hilfe. Den Betrachtern, die mit der Kenntnis der hinter dem Bild stehenden biblischen Geschichte auf die dritte Figur schauen, will sich dort Jesus, der auferstandene Christus (Messias), zeigen. Aber auch diese Betrachter werden angesichts der Unkonturiertheit und letztlich Unbegreifbarkeit der dritten Person hin und wieder Zweifel befallen. Nicht nur die Jünger in der Geschichte „waren wie mit Blindheit geschlagen, so dass sie ihn nicht erkannten.“ (Vers 16) Auch die Apostel, die im Text zuvor von den Frauen die Nachricht vom leeren Grab erhalten hatten und „das alles für Geschwätz“ (Vers 11) hielten, „erschrecken und hatten große Angst, denn sie meinten, einen Geist zu sehen. ... Sie staunten, konnten es aber vor Freude immer noch nicht glauben.“ (Lk 24, 37.41) Ihnen allen überträgt der Auferstandene am Ende des Lukas-Evangeliums als letzten Auftrag, für seine Auferstehung Zeugen zu sein (vgl. Vers 48).

Die Augenzeugen begannen nach dem Tod Jesu damit, für seine lebendige Gegenwart und damit die ihrer Verstorbenen persönlich Zeugnis zu geben, für diese unsichtbare Wirklichkeit einzutreten und ihr einen sprachlichen Ausdruck zu geben. G. Theißen lässt einen der Emmausjünger in seiner biblischen Nacherzählung die fortdauernde Anrede des Auferstandenen so ausdrücken:

„Ich spürte deutlich, wie mich von allen Dingen her eine Stimme erreichte, die mir dies Bündnis mit dem Leben anbot: Nie mehr würde ich die Erde verwünschen, nie mehr das Leben verneinen! Nie mehr würde ich mich von den Tieren des Abgrunds überwältigen lassen! Ich hörte die Stimme, und sie war eins mit der Stimme Jesu. Ich hatte die Gewissheit: Wohin ich auch gehe, überall würde sie mich begleiten.“ (1987, 255f).

Bis in die Gegenwart halten (sich) Menschen als Trauernde und als Begleiter an dieser Botschaft vom auferstandenen Leben fest, das stärker ist als der Tod. M. Schnegg drückt es in seiner Sprache so aus:

„Ich bin Anwalt für das, was der Trauernde sagt, was er sich wünscht als eine Perspektive nach dem Abgrund des Nichtlebens. ... Als Anwalt bewahre ich das Undenkbare als Gedanken für ihn. Ich trage, was er selbst nicht tragen kann. Ich vertraue, ich wünsche ihm so sehr, dass nach einer Zeit – weiß Gott wie lange – aus dem Nichtleben ein Leben werden darf – nicht das Leben wie vor dem Unfall, ...“ (2011, 59)

Das Festmachen an der Auferstehungsbotschaft ist auch ein möglicher Weg, der helfen kann, eine fortdauernde Beziehung zu den Verstorbenen entwickeln zu helfen und motivieren kann, eine Neuausrichtung des eigenen Lebens zu wagen. So lautet bekanntlich die vierte Traueraufgabe W. Wordens, in der es „zum einen um eine ‚Neuverortung‘ der verstorbenen Person“ geht, „um einerseits dauerhaft in Verbindung mit ihr zu bleiben, sich andererseits dem eigenen Leben wieder zuwenden zu können.“ (Jungbauer, 2013; in diesem Band) Der Glaube an die Auferstehung kann dabei einem Wind gleichen, der das gemeinsame Lebensboot mit dem Verstorbenen, das zum Stillstand zu kommen droht, antreiben, ja beflügeln kann, so der Theologe und Seelsorger H. Nouwen. „Vom Sterben und Tod schreiben, ohne die Auferstehung zu erwähnen, das wäre das gleiche, als schriebe man über die Segelkunst und würde nie den Wind erwähnen.“ (Nouwen, 1998, 118)

Nouwen mahnt allerdings eindringlich: Zurückhaltung sei angesagt, da es sich bei der Auferstehung um „ein sehr verborgenes Ereignis“ handle. „Es gibt vermutlich in der Weltgeschichte kein Ereignis von solcher Bedeutung, das gleichzeitig so unauffällig geblieben ist. Die Welt hat nichts davon gemerkt; nur die wenigen, denen Jesus sich zeigen wollte und die er in die Welt hinausschicken wollte, damit sie ihr so wie er die Liebe Gottes verkünden, haben davon etwas mitbekommen.“ (Ebd., 119f.) Der Auferstehungsglaube nehme nichts von der Gewalt des Todes und des davon ausgelösten Schmerzes.

„Hingegen offenbart sie uns, dass die Liebe tatsächlich stärker als der Tod ist. ... Der auferstandene Jesus ... offenbart uns, dass Gottes Liebe zu uns, unsere Liebe zueinander und unsere Liebe zu all denen, die vor und nach uns gelebt haben und leben, nicht nur eine flüchtige Erfahrung ist, sondern eine ewige Wirklichkeit, die Zeit und Raum weit übersteigt.“ (Ebd., 121.123)

Diese lebensunterstützende, ja lebensrettende Bedeutung der Botschaft von der Auferstehung, gerade für die Trauernden, bekräftigt auch eindringlich C. Saunders. Der Glaube an jenen Gott, „der durch die Pforte des Todes geht und dann zurückkehrt, um sie für uns zu öffnen“, sei der eigentliche Grund ihrer Hoffnung und ihres Trostes. Gerade in der Arbeit mit Sterbenden, aber vor allem auch mit den von ihrem Tod Betrübt sei es gerade dieser Glaube an den Gott, der in Jesus Christus das Verlorensein des Menschen erlitten und den Schmerz und die Trauer all seiner Kinder geteilt habe, der ihr ausschlaggebende seelische Stärkung für die Arbeit sei (vgl. Saunders, 1999, 150).

Wir sind jetzt in der Mitte einer christlich-theologischen Argumentation,

im Herz einer christlich inspirierten Kunst des Tröstens angelangt: Die Mitte des hinter der Begleitung stehenden Zeugnisses in Tat und Wort ist das Bekenntnis zum Mensch gewordenen, zum nahe gekommenen Gott. Die Mitte des christlichen Bekenntnisses an der Grenze des Lebens ist das Bekenntnis zu Jesus Christus, der „wirklich auferstanden“ und „dem Simon erschienen“ ist (Vers 34). Da es sich aber in der Tat um ein sehr verborgenes Ereignis handelt, bleibt im Angesicht der Gewalt des Todes heute, der Lebenswirklichkeit der Betrüben und Trauernden weiterhin viel Raum für Anfrage, Zweifel und Klage, auch und gerade bei denen, die sich selbst als Zeugen dieser Botschaft und eines zurückkehrenden Gottes verstehen.

Der Auferstehungsglaube ist und bleibt kein Wundermittel oder keine Zauberformel in einer christlich inspirierten Kunst des Tröstens. Das bekräftigte am Ende seines eigenen Lebens K. Hemmerle: „Gestern sagte jemand zu mir: ... Ich kann von ihm leben, ich sehe, wie wirklich er ist. Aber wie kann ich es den anderen, die mir nahe sind, überbringen? Warum macht er es uns so schwer?“ Mit diesen Worten beginnt er seine Karfreitagspredigt 1993, es war eine seiner letzten Predigten vor seinem Tod am 23.1.1994. Hemmerle selbst fragt nach IHM, er fragt nach Gott – im Angesicht des Leidens, des Gekreuzigten, des Kreuzes von Menschen heute.

Gott lässt „denen, die ihn lieben“, so fährt er fort, „eine Wunde, weil sie ihn nicht bezeugen können. Er lässt denen, die an ihn glauben, eine Wunde, weil sie ihn nicht verstehen können, weil sie auch keine Antwort haben auf die Fragen, die sich über ihn stellen. Warum lässt er das alles so zu? Warum geht er diesen merkwürdigen Weg mit uns in unserer Geschichte? Warum verhüllt er seine Allmacht?“ (Hemmerle, 1994, 58)

Hemmerle fragt in seiner Predigt weiter, wie Gott selbst darauf antwortet, dass sich der Mensch so schwer mit ihm tut:

„Wie antwortet Gott darauf? Er zeigt nicht einen Weg, er sagt nicht einen Weg, er ist in Jesus Christus der Weg. ... Schauen wir auf diesen Gott. Er ist nicht ein Mechaniker, er ist nicht ein Konstrukteur, er ist nicht einer, der mit seiner Allmacht etwas ablaufen lässt, was dann unfehlbar in ein Ende hineinkommt. Er ist – das sage ich zitternd, das sage ich im Widerspruch gegen all die vielen anderen Erfahrungen – Liebe. ... Er hat nicht Antworten gegeben, er hat alle diese Fragen, er hat alle diese Nöte, er hat alle diese Wunden in unserem Innersten sich zu eigen gemacht in seinem Sohn am Kreuz. In ihm ist er einfach unser Bruder gewor-

den und nicht nur als Helfender neben uns hergegangen, sondern er ist in uns eingestiegen, in unser Herz, in unsere Wunde.“ (Hemmerle, 60f)

Man wird die Aussagen von Nouwen, Saunders und Hemmerle als Glaubensaussagen wertschätzen müssen, die eine eigen dimensionierte Beweiskraft besitzen. Allen dreien ist gemeinsam, dass sie von der Auferstehungsbotschaft nicht nur überzeugt, sondern ergriffen sind. Das bekräftigt für seine Tätigkeit als Seelsorger und Therapeut auch T. Halik (2011). Ergreifend und mitreißend sei letztlich die österliche Kunde von Jesu Auferstehung. Sie bilde das Zentrum seines Glaubens:

„Ich glaube nicht an einen Gott hinter beziehungsweise außerhalb der Wirklichkeit, sondern an einen Gott als die Tiefe der Wirklichkeit. ... Nacht, Hölle, Tod, Schuld – und mit welchem Namen wir die Stärken der Negation noch bezeichnen können – schauen mir immerfort über die Schulter und verleiten mich zur Hoffnungslosigkeit, sie suggerieren mir die Überzeugung, dass am Ende nichts Sinn hat. Die Ostererzählung Jesu sagt mir im Gegensatz dazu, dass das Wort ‚Ende‘ hier keinen Sinn hat, dass es nicht jenen dunklen Sinn hat, den wir ihm in unserer Kleingläubigkeit zuschreiben. Und dieser Zusicherung in dieser Geschichte – und Demjenigen, von dem sie erzählt – glaube ich.“ (Ebd., 182f)

8. Sich um die Seele und den ganzen Menschen sorgen

„...Bleib doch bei uns; denn es wird bald Abend, der Tag hat sich schon geneigt. ...“ (Lk 24, 29)

Sowohl Beratungsstellen, Kirchengemeinden oder Selbsthilfeinitiativen als auch viele Einrichtungen von Hospizarbeit und Palliative Care (z.B. stationäre Hospize, Kliniken, Altenpflegeheime, ambulante Palliativversorgung u.a.) sind heute lebendige Orte einer Kunst des Tröstens im Kontext einer psychosozialen und spirituellen Begleitung von trauernden Menschen. Viele der im Buch genannten und portraitierten Initiativen thematisieren und exemplifizieren dies. Dass die psychosoziale Begleitung schwerpunktmäßig mehr den Sozialarbeitern und die spirituelle Begleitung schwerpunktmäßig mehr den Seelsorgerinnen zugeordnet und übertragen ist, bedeutet nicht, dass nicht auch die Seelsorge an der psychosozialen Begleitung und die Soziale Arbeit an der spirituellen Begleitung (mit-)beteiligt ist.

Beide Professionen sind Teil eines umfassenden Konzeptes (Palliative Care), das auf den ganzen Menschen mit seinen unterschiedlichen Bedürfnissen ausgerichtet ist und jede einzelne Profession und deren Beitrag zu einer auch spirituell verankerten Kultur des Sterbens, Abschiednehmens und Trauerns benötigt. Wenn das Bedürfnis nach Spiritualität im Prozess palliativer Versorgung zu den menschlichen Grundbedürfnissen gehört (vgl. die Definition der WHO), dann gilt:

„,‘Spirituelle Begleitung’ kann als solche nicht auf bestimmte Berufsgruppen beschränkt werden. Sie gilt vielmehr für alle an der Sterbebegleitung Beteiligten, für Professionelle und Ehrenamtliche, und bildet als integrierendes Moment die Grundlage für eine Behandlungsqualität, die für Pflege und Schmerztherapie, für die psychosoziale Betreuung und die seelsorgerliche Begleitung gleichermaßen bedeutsam ist. ... Als Seel-Sorge kann sie im Sinne einer spezifisch geistlich-rituellen Kompetenz besonderen Beistand bieten, einen Raum, in dem der einzelne Mensch an der Grenze seines Lebens eine Perspektive auf die Vollendung hin erhält.“ (Höver, 2011, 118f)

Das Wort „Bleib doch bei uns...“ erreicht Sozialarbeiterinnen und Seelsorger nicht nur aus dem Mund von Sterbenden, sondern mehr und mehr auch aus dem von Trauernden, z.B. von Menschen, die das Sterben ihrer Angehörigen und eine dementsprechende Begleitung erlebt haben und gerne auf trauerbegleitende, weiterführende Angebote zurückgreifen. Eingeladen und gebeten zu werden, in der Dämmerung der Trauer da zu bleiben, ist ein starker Vertrauensbeweis, dem ein ehrlicher Beziehungsaufbau vorausgegangen sein dürfte. Wer bleibt, weil er von den Trauernden eingeladen wird, wer vorher mitgegangen ist, hingehört, mit standgehalten und die Erstarrung geteilt hat, wer einfach da war, Beistand gewährte, „Gott“ mitzudenken wagte und sein geheimnisvolles Gegenüber mit suchte, seine Botschaft mit entzifferte, der hat Anteil an einer alle Professionen und Dienste abverlangten spirituellen Begleitung von Trauernden.

Wer bleibt, wird allerdings auch eingeladen, sich selbst als „lebendiges Dokument“ (Gmelch, 1996, 26) zu verstehen, der weniger spirituelles Wissen als vielmehr eine persönlich verarbeitete spirituelle Erkenntnis weiterzugeben vermag, die „mit der eigenen Kreativität zu tun hat, mit dem Mut zum persönlichen Erleben, mit der Ehrlichkeit des freien Denkens und dem Recht, aus den eigenen Gefühlen und Erfahrungen im Umgang mit Gott und den Menschen zu lernen“ (ebd., 27). Dies gilt auch und in besonderer Weise für die Seelsorgerinnen und Seelsorger (im Falle der kath. Kirche: Priester, Ge-

meinde-, Pastoralreferentinnen, Ordensleute, seelsorgerlich beauftragte Sozialberufe), die zwar im kirchlichen Auftrag mit viel theologischem Wissen und religionspädagogischen Kenntnissen ausgestattet sind, aber als Gäste der Trauernden zunächst als glaubwürdige Wegbegleiter, dann auch als authentische Zeugen für die Glaubwürdigkeit des Evangeliums als Grund wirklichen Trostes gefragt sind.

Betrübe zu trösten ist als Werk der geistlichen Barmherzigkeit Grundauftrag für alle diakonischen Angebote und Einrichtungen (im Beitrag fokussiert auf die katholische Kirche) und findet seine Verwirklichung in zahlreichen Beratungsstellen, kirchengemeindlichen, caritas- oder jugendverbandlichen Angeboten oder z.B. in der Notfallseelsorge. Kirchlich beauftragte Seelsorgerinnen und Seelsorger finden sich haupt- oder nebenamtlich nicht nur dort, sondern auch in den zahlreichen Arbeitsfeldern von Hospizarbeit und Palliative Care und begleiten dort trauernde Menschen im Einzelkontakt, leiten und moderieren Trauergruppen, sind aber auch und vor allem in Liturgie und Verkündigung, z.B. durch Bestattungsfeiern oder Gedenkgottesdienste, aktiv.

A. Schütte konzipiert „Palliative Seelsorge“ (d.h. Seelsorge im Kontext von Hospizarbeit und Palliative Care) als integratives Element im interdisziplinären Dialog in der palliativen Versorgung schwer kranker, pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Sie agiert, am beispielhaften Ort eines Altenheimes, auf vier Ebenen:

- Die palliativ-spirituelle, erste Ebene „beinhaltet die personenbezogene, zwischenmenschliche Begegnung mit den pflegebedürftigen alten Menschen“ (Schütte, 2007, 368) durch Zuwendung, Gespräch und religiöse Angebote.
- Die zweite Ebene „umfasst die Unterstützung und Begleitung der haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung und fördert das interprofessionelle Arbeiten“ (ebd., 369) durch Förderung interprofessioneller Verständigung und Begleitung in spiritueller Selbstreflexion.
- Die dritte, systemische Ebene „beinhaltet die Mitarbeit an der Entwicklung und Evaluierung hausinterner Leitbilder und Qualitätszirkel“ (ebd., 370), auch die Förderung ethischer Diskurs- und Entscheidungsprozesse.
- „Die vierte, strukturelle Ebene seelsorgerlichen Handelns impliziert strukturbezogenes pastorales Handeln, indem sie vor allem den gesundheitspolitischen und sozialen Kontext mit in den Blick nimmt“ (ebd., 372), beispielsweise durch Informations- und Diskussionsveranstaltungen über spirituelle Angebote im Kontext von palliativer Versorgung.

Seelsorge an Lebensgrenzen und in Trauersituationen so zu konzipieren, setzt ein multidimensionales Seelsorgeverständnis voraus (vgl. Nauer, 2007, 48ff.). Als Sorge um die Seele und den ganzen Menschen (aus der Antriebskraft und im Licht des Evangeliums) ist sie als soziale Profession als ganzheitlicher Dienst am Menschen zu verstehen, der drei Bausteine im eigenen Selbstverständnis aufweist:

- Der spirituelle Baustein: Seelsorge dient der geistigen und geistlichen Dimension des Menschen und bemüht sich an der Seite von Sterbenden bzw. Trauernden um *Glaubenshilfe*.
- Der psychologische Baustein: Seelsorge dient dem psychisch-physischen Dimension des Menschen und bemüht sich um *Lebens- und Krisenhilfe*.
- Der prophetische Baustein: Seelsorge dient der sozialen-kulturellen Dimension des Menschen und leistet *anwaltschaftliche Hilfe*.

Das Titelbild und die Emmauserzählung reaktivieren das biblisch orientierte Leitbild von „Seelsorge als Gastfreundschaft“ (Zerfaß, 1985, 11-32). Jesus wird am Lebensort der Trauernden zum Gast, der mit hineingeht, „um bei ihnen zu bleiben“ (Vers 29). Im Haus bzw. am Tisch wird er zum Gastgeber einer anderen Speise, die einsichtig wird, als er das Brot nimmt, den Lobpreis spricht, das Brot bricht und es ihnen gibt (vgl. Vers 30). Hier wird deutlich, dass Seelsorge, als „eine spezifisch geistlich-rituelle Kompetenz – mit einer Perspektive auf die Vollendung“ (Höver), besonders im Denkhorizont von Katholikinnen und Katholiken, unverzichtbar auch an die Sakramente, als sichtbare Zeichen der Liebe Gottes, gebunden ist, die z.B. in Eucharistiefeier und Krankensalbung tiefe Quellen für Trost in Sterben, Tod und Trauer und zugleich Ort der Begegnung mit einem Gott sein können, der sich im Brot „in unsere Hände legt“, wie es K. Hemmerle (1994, 52) anschaulich formulierte. Seelsorge als Gastfreundschaft zu leben, meint dann nicht nur, sich selbst als mitgehender, hinhörender, beistehender oder deutender Gast zu bescheiden, um den Trauernden als Gastgeber das erste und letzte Wort zu lassen, sondern auch, in der vollzogenen Gastfreundschaft Gott selbst zu erfahren.

Seelsorge kennt und praktiziert eine Vielfalt trauerverarbeitender und tröstender Wege und Angebote, von den verschiedenen Gottesdienstformen über das seelsorgerliche Gespräch, zu Segensformen, Abschiedsritualen und Bestattungsformen, von der Anleitung zu Meditation und Trauergebeten zum Umgang mit kirchlichen Zeichen und Symbolen des Trauerns und Erinnerns, vor allem auch den Umgang mit biblischen Texten (z.B. Psalmen) und geistlicher Musik und Liedern. Oft sind es auch schlicht die mit der Seelsorge verbundenen Kirchenräume (in Form von Krankenhauskapellen, Andachtsorten oder Räumen der Stille), die einem den Trost der Religion erschließen helfen. Und erfahrungsgemäß sind diese Kirchenräume nicht nur „Arbeitsor-

te“ vor Seelsorgern in Liturgie und Verkündigung, sondern für viele Kranken, Trauernden und auch Mitarbeiter durch ihre starke Symbolkraft stille Kraft- und Besinnungsorte. Der Klinikseelsorger E. Weiher schreibt:

Wenn, nach dem Glauben an die Menschwerdung Gottes, alles Diesseitige von Gott und seinem Geist erfüllt ist, gehalten und umfassen von einer umfassenden Liebe, dann ist im „Raum“ dieser Liebe ... das ganze Lebensgeheimnis des Menschen gut aufgehoben, und es empfängt von daher seinen Trost.“ (2009, 187)

Halt gibt dem Halt suchenden ein in allem und trotz allem haltender und bergender Gott. Das Untröstliche hat seinen Platz, weil, am Ende des Lebens und der Zeit Gott alle Tränen abwischen wird (vgl. Offb 21,1-4).

„Religionen behaupten dieses heilige Geheimnis nicht abstrakt und dogmatisch, sondern sie haben einen unerschöpflichen Schatz an Symbolen und Ritualen, die den heiligen ‚Hintergrund‘ in den Vordergrund des Lebens holen. ... Symbole und Rituale der Religion geben keine Ratschläge, sondern enthalten Weisheiten, die man bewohnen kann.“ (Ebd., 187)

Demzufolge ist, in der religiösen Perspektive des Emmausbildes, „das Trösten letztlich kein rein psychologisches oder soziales Geschehen. Wer tröstet, nimmt immer irgendwie auch den heiligen Horizont in Anspruch, in dem alles Leben seit Urzeiten gehalten ist.“ (Ebd., 188)

9. Lebenswege begleiten, in Menschen Trost und Hoffnung wecken

*„... Brannte uns nicht das Herz in der Brust ...?“
(Lk 24, 32)*

Kirchliche Seelsorge ist als ausdrücklichste Form spiritueller Begleitung unverzichtbar.¹ Aber ebenso unverzichtbar für die spirituelle Begleitung von Sterbenden, Angehörigen und Trauernden ist der glaubwürdige Beitrag nicht

¹ Zum Stellenwert von kirchlicher Seelsorge in Hospiz- und Palliativdiensten, auch in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vgl. die empirisch-quantitative Studie von I. Baumgartner, die sowohl die personale und strukturelle Bedeutung von Seelsorge im interdisziplinären Netzwerk und die Nachfrage nach Seelsorge untermauert (Ders., 2011).

nur anderer Religionsgemeinschaften (z.B. muslimischer Seelsorger), sondern eben auch der anderer Professionen, auch und gerade der Sozialen Arbeit (vgl. Krockauer, 2006b). Für alle, hier in der Trauerbegleitung von Menschen Engagierte, kann als Zielstellung zusammenfassend das Motto des Buches Orientierung bieten, Lebenswege von Menschen zu begleiten und in Menschen Trost und Hoffnung zu wecken. Allen ist aufgetragen, durch ihre psychosoziale und eben auch spirituelle Begleitung, Licht im Dunkel der Trauer ihres Gegenübers entzünden zu helfen. Im einem diesjährigen Fastenkalender war die treffende Formulierung zu lesen: „Wir können Begleiter eines brauchbaren Trostes sein, indem wir den Weg des Ungetrösteten mitgehen. Anwesenheit ist der beste Trost. ... Bis deine Trostlosigkeit sich einen Spalt öffnet wie eine Tür, hinter der es hell ist.“

Der Palliativmediziner H.C. Müller-Busch legt dar, dass Verzweiflung, Angst und Hoffnungslosigkeit in der Medizin „gut untersuchte Phänomene“ seien, hingegen „ist die gesundheitliche Bedeutung des Phänomens Hoffnung ein weitgehend unerforschter Bereich, obwohl immer wieder darauf hingewiesen wird, wie wichtig Hoffnung für den Heilungsprozess ist.“ (2012, 211) Hoffnung könne aber als „spiritueller Begleiter medizinischen Handelns angesehen werden und ist eine wichtige Voraussetzung für körperliche und seelische Heilungsprozesse.“ (Ebd., 221) Müller-Busch bleibt der traditionellen religiösen und weltanschaulichen Neutralität des Arztes verpflichtet, die strikt zwischen Arzt und Seelsorger trennt. Seine Kollegin Sheila Cassidy, (ehemalige) medizinische Leiterin des St. Luke Hospice in Plymouth, erklärt die zentrale Frage nach der Hoffnung in einem ganz persönlichen „Credo“: „Es ist die Schilderung des Gottes, dem ich in meinem Leben in der Dunkelheit anderer Menschen begegne, und davon, wie ich persönlich mir einen Reim auf die Welt gemacht habe, in der ich lebe.“ (Cassidy, 1995, 216)

Ihre Hoffnung mit dem Gottesglauben zu verbinden, ergebe sich notgedrungen, weil das auch von vielen Sterbenden und Trauernden zum Thema gemacht werde, die das Geheimnis des Leidens mit der Frage nach dem unbegreiflichen Gott verbinden. Sich an kindliche Gottesvorstellungen zu klammern helfe nicht weiter. Was aber wirklich helfe, sei die Ostererzählung, in der Gott in das Leiden eingegangen sei, um es gleichzeitig ein für allemal zu überwinden.

„Auch wir müssen Osterleute sein, tief verwurzelt in der Welt und ihrem Schmerz, doch stets im gleichen Blickwinkel den Gott, der uns gemacht hat und der allein unserem Leben und unserem Sterben einen Sinn geben kann. ... Mitten im Herzen des Geheimnisses des Leidens ist die Gnade, die uns alle erhält, Pfleger und Gepflegte gleichermaßen. Sie kommt so reichlich und so sicher wie der Sonnenauf-

gang, durchdringt die Schwärze der Trauer und Verzweiflung und gibt uns neue Hoffnung auf die unsichtbaren Dinge.“ (Ebd., 232f.)

Festzuhalten ist am Ende: Religiöse Einsichten und Überzeugungen können Menschen nicht, auch wenn sie wohlgemeint sind, wie ein Fliegennetz übergeworden werden, so dass sie den anderen bewegungsunfähig machen. Gerade der Gottesglaube stimuliert, auf die gottgegebenen Lösungsmöglichkeiten im Menschen zu setzen und das Seine dazu zu tun, dass diese zum Vorschein kommen. Denn, (nicht nur) theologisch gedacht, trägt jeder ratsuchende Mensch die Lösung seiner Fragen und seines Trostes in sich selbst. Demzufolge ist der Begleiter im besten Falle eine Art verlässlicher Geburtshelfer: Er tut das seine, aber nimmt dem Trost suchenden Menschen nichts ab, setzt aber darauf, dass sich die Untröstlichkeit einen Spalt öffnet wie eine Tür, hinter der es hell ist.

Von F. Steffensky stammt das schöne Motto: „Lies Bücher und werde ein Buch!“ Dieses Motto gilt für viele Texte und Bücher der Menschheitsgeschichte, die einem helfen können, zu dem zu finden oder sich an dem festzuhalten, was das eigene Leben trägt, kräftigt und erfreut, um dadurch selbst zu einer Kraft zu werden, die andere wiederum tragen, kräftigen und erfreuen kann. In erster Linie gilt dies aber auch für die Bibel als Menschheitsbuch und Quelle des christlichen Glaubens. Ihre Weisheiten, Geschichten oder auch Wegweisungen zu erinnern und sie in das eigene Leben und Arbeiten zu integrieren, ist und bleibt eine entscheidende Inspirationsquelle für eine Kunst des Tröstens und des Sich-Trösten-Lassens, nicht nur für die Christen. Allerdings gilt auch hier der Hinweis: Ihre Texte und Ideen gelten letztlich so viel wie die Personen, die sie verkörpern. In diesem Sinne dürfte F. Steffenskys Motto so weiterzudenken sein: Lies die Bibel und werde eine Botschaft! Lies die Botschaft der Bibel und werde zur Frohen Botschaft!

Lukas 24

(13) Am gleichen Tag waren zwei von den Jüngern auf dem Weg in ein Dorf namens Emmaus, das sechzig Stadien von Jerusalem entfernt ist. (14) Sie sprachen miteinander über all das, was sich ereignet hatte. (15) Während sie redeten und ihre Gedanken austauschten, kam Jesus hinzu und ging mit ihnen. (16) Doch sie waren wie mit Blindheit geschlagen, sodass sie ihn nicht erkannten. (17) Er fragte sie: Was sind das für Dinge, über die ihr auf eurem Weg miteinander redet? Da blieben sie traurig stehen, (18) und der eine von ihnen – er hieß Kleopas – antwortete ihm: Bist du so fremd in Jerusalem, dass du als einziger nicht weißt, was in diesen Tagen dort geschehen ist? (19)

Er fragte sie: Was denn? Sie antworteten ihm: Das mit Jesus aus Nazaret. Er war ein Prophet, mächtig in Wort und Tat vor Gott und dem ganzen Volk. (20) Doch unsere Hohenpriester und Führer haben ihn zum Tod verurteilen und ans Kreuz schlagen lassen. (21) Wir aber hatten gehofft, dass er der sei, der Israel erlösen werde. Und dazu ist heute schon der dritte Tag, seitdem das alles geschehen ist. (22) Aber nicht nur das: Auch einige Frauen aus unserem Kreis haben uns in große Aufregung versetzt. Sie waren in der Frühe beim Grab, (23) fanden aber seinen Leichnam nicht. Als sie zurückkamen, erzählten sie, es seien ihnen Engel erschienen und hätten gesagt, er lebe. (24) Einige von uns gingen dann zum Grab und fanden alles so, wie die Frauen gesagt hatten; ihn selbst aber sahen sie nicht. (25) Da sagte er zu ihnen: Begreift ihr denn nicht? Wie schwer fällt es euch, alles zu glauben, was die Propheten gesagt haben. (26) Musste nicht der Messias all das erleiden, um so in seine Herrlichkeit zu gelangen? (27) Und er legte ihnen dar, ausgehend von Mose und allen Propheten, was in der gesamten Schrift über ihn geschrieben steht. (28) So erreichten sie das Dorf, zu dem sie unterwegs waren. Jesus tat, als wolle er weitergehen, (29) aber sie drängten ihn und sagten: Bleib doch bei uns; denn es wird bald Abend, der Tag hat sich schon geneigt. Da ging er mit hinein, um bei ihnen zu bleiben. (30) Und als er mit ihnen bei Tisch war, nahm er das Brot, sprach den Lobpreis, brach das Brot und gab es ihnen. (31) Da gingen ihnen die Augen auf und sie erkannten ihn; dann sahen sie ihn nicht mehr. (32) Und sie sagten zueinander: Brannte uns nicht das Herz in der Brust, als er unterwegs mit uns redete und uns den Sinn der Schrift erschloss? (33) Noch in derselben Stunde brachen sie auf und kehrten nach Jerusalem zurück und sie fanden die Elf und die anderen Jünger versammelt. (34) Diese sagten: Der Herr ist wirklich auferstanden und ist dem Simon erschienen. (35) Da erzählten auch sie, was sie unterwegs erlebt und wie sie ihn erkannt hatten, als er das Brot brach.

Literaturverzeichnis

- Bader, W. u. Hagemann, W. (2000): Klaus Hemmerle. Grundlinie eines Lebens, München: Neue Stadt.
- Baumgartner, I. (2011): Seelsorge in Hospiz- und Palliativdiensten – Ein Modell für die pastorale Entwicklung? In: Aigner, M.E., Bucher, R., Hable, I. u. Ruckenbauer, H.-W. (Hrsg.): Räume des Aufatmens. Pastoralpsychologie im Risiko der Anerkennung. Festschrift zu Ehren von Karl Heinz Ladenhauf (S. 362-376). Berlin/Wien: Lit.

- Bucher, R., Fuchs, O. u. Krockauer, R. (2010): Seelsorge. In: Diess.: Es geht nichts verloren. Ottmar Fuchs im Gespräch mit Rainer Bucher und Rainer Krockauer (S. 186-206). Würzburg: Echter.
- Cassidy, S. (1995): Die Dunkelheit teilen. Spiritualität und Praxis der Sterbegleitung. Freiburg i.Br.: Herder.
- Gmelch, M. (1996): Du selbst bist die Botschaft. Eine therapeutische Spiritualität in der seelsorgerlichen Begleitung von kranken und leidenden Menschen. Würzburg: Echter.
- Häring, H. u. Kuschel, K.-J. (1995): Theologie. In: Drehsen, V. et al. (Hg.): Wörterbuch des Christentums (S. 1237-1244). München: Orbis.
- Halik, T. (2011): Der Augenblick des Glaubens. In: Kolumba. Ein deutsches Sonderheft der tschechischen Fachzeitschrift Salve (Revue für Theologie, geistliches Leben und Kultur) 21 (2), S. 167-184.
- Hemmerle, K. (1994): Nicht Nachlaßverwalter, sondern Wegbereiter. Predigten 1993. Hrsg. von Collas, Karlheinz. Aachen: Einhard.
- Höver, G. (2011): Spiritualität und Menschenwürde in der Begleitung am Lebensende. In: Bödiker, M. L., Graf, G. u. Schmidbauer, H. (Hrsg.): Hospiz ist Haltung. Kurshandbuch Ehrenamt (S. 114-119). Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- Krockauer, R. (2006a): Spirituelle Begleitung in der Hospizarbeit. In: Caritas 2007. Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes (Hrsg.) (S. 50-53). Freiburg i.Br.: Eigenverlag.
- Krockauer, R. (2006b): Diakonische Spiritualität: Brennpunkt einer Theologie Sozialer Arbeit. In: Ders., Bohlen, S., Lehner, M. (Hrsg.): Theologie und Soziale Arbeit. Handbuch für Studium, Weiterbildung und Beruf (S. 319-329). München: Kösel.
- Krockauer, R. (2008): Betrübte trösten. In: Tripp, W.: Selig, die barmherzig sind. Zumutungen der Gottes- und Nächstenliebe – die Werke der Barmherzigkeit (S. 83-88). Ostfildern: Schwaben.
- Krockauer, R. (2011): Angewandte Theologie in der Sozialen Arbeit. In: Nacke, B. (Hrsg.): Herausforderungen und Perspektiven. Katholische Fachhochschulen – Engagement für eine humane Gesellschaft (S. 213-224). Erkelenz: Altius.
- Müller-Busch, H.C. (2012): Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens (2. Auflage). Berlin: Suhrkamp.
- Nauer, D. (2007): Seelsorge in der Caritas. Spirituelle Enklave oder Qualitätsplus. Freiburg i. Br.: Herder.
- Nouwen, H. (1998): Die Gabe der Vollendung. Mit dem Sterben leben. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Schellenberger, B. (3. Auflage). Freiburg i.Br.: Herder.
- Pock, J. (2011): Sterben, Tod und Trauer als Herausforderungen für die Verkündigung der Kirche. Pastoraltheologische Grundlegungen. In: Pock, J. u. Feeser-Lichterfeld, U. (Hrsg.): Trauerrede in postmoderner Trauerkultur (S. 5-23). Berlin: Lit.
- Renz, M. (2006): Spiritualität und die Frage nach dem, was heilt: Wesen, Wirkungen, Inhalte spiritueller Erfahrung. In: Heusser, P. (Hrsg.): Spiritualität in der modernen Medizin (S. 35-48). Bern: Huber.

- Saunders, C. (1999): Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht. Hrsg. von Hörl, Christoph. Freiburg: Herder.
- Schnegg, M. (2011): Anwalt des Udenkbaren. Sinn und Trost des Für-Haltens. In: Leidfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer 1 (0), 56-58.
- Sölle, D. (1989): Gott denken. Eine Einführung in die Theologie. Stuttgart: Kreuz.
- Steffensky, F. (1987): Feier des Lebens. Spiritualität im Alltag (3. Auflage). Stuttgart: Kreuz.
- Steffensky, F. (2007): Mut zur Endlichkeit. Sterben in einer Gesellschaft der Sieger. Stuttgart: Radius.
- Steffensky, F. (2008): Trost – das mütterlichste aller Wörter. In: Peters, T.R. u. Urban, C. (Hrsg.): Über den Trost. Für Johann Baptist Metz (S. 52-55). Mainz: Grünewald.
- Theißen, G. (1987): Der Schatten des Galiläers. Historische Jesusforschung in erzählender Form (3. Auflage). München: Kaiser.
- Weiher, E. (2009): Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weiher, E. (2012): Die Patienten geben uns den Schlüssel in die Hand. In: Pflegezeitschrift 65 (3), 152-156.
- Zenger, E. (2008): Biblische Miniaturen über Trösten und Trost. In: Peters, T.R. u. Urban, C. (Hrsg.): Über den Trost. Für Johann Baptist Metz (S. 182-187). Mainz: Grünewald.
- Zerfaß, R. (1985): Menschliche Seelsorge. Für eine Spiritualität von Priestern und Laien im Gemeindedienst. Freiburg i. Br.: Herder.

Trauer und Trauerbewältigung aus psychologischer Perspektive

Johannes Jungbauer

Einen geliebten Menschen durch den Tod zu verlieren ist eine sehr schmerzliche Erfahrung, auf die wir mit Trauer reagieren. Doch was genau geschieht dabei eigentlich in unserer Psyche? Wie kann man erklären, dass Menschen unterschiedlich trauern, und dass sie manchmal nur sehr schwer über den Verlust eines Menschen hinwegkommen? Welche Möglichkeiten gibt es, Hinterbliebene bei der Bewältigung ihrer Trauer zu unterstützen? In diesem Kapitel sollen die Prozesse des Trauerns und der Trauerbewältigung aus psychologischer Sicht dargestellt werden. Psychologische Theorien sind in dem Maße praxisrelevant, in dem sie uns konkrete Anhaltspunkte für die Wegbegleitung trauernder Menschen bereitstellen können.

1. Einleitung

Die Psychologie versteht sich ganz generell als Wissenschaft vom menschlichen Erleben und Verhalten; sie beschäftigt sich mit dem Denken, Fühlen, Wollen und Handeln von Menschen (Zimbardo u. Gerrig, 2008). Im Zusammenhang mit der Trauer nach dem Tod einer nahestehenden Person beziehen sich typisch psychologische Fragestellungen deswegen z.B. auf

- die Beschreibung und Erklärung von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen nach Verlusterfahrungen und Trauerfällen;
- die Suche nach universellen „Gesetzmäßigkeiten“ bei der Verarbeitung bzw. der Bewältigung von Trauer;
- die Untersuchung interindividueller Unterschiede des Trauerns, etwa hinsichtlich Intensität, Dauer, Art der Bewältigung;
- die Beschreibung von Mediatoren der Trauerreaktion, wie z.B. die Beziehung zum Verstorbenen oder die Umstände des Todesfalls;
- die Beschreibung von emotionalen Bedürfnissen Hinterbliebener und von zu bewältigenden Anforderungen („Traueraufgaben“).

Aus klinisch-psychologischer bzw. praxisbezogener Perspektive sind weitere Aspekte bedeutsam, wie z.B.

- die diagnostische Unterscheidung von „normalen“ und „pathologischen“ bzw. „komplizierten“ Formen des Trauerns;
- die Bereitstellung von konkreten Anhaltspunkten für psychologische Beratung, Begleitung und Psychotherapie in Trauerfällen.

In diesem Kapitel sollen einige wesentliche psychologische Aspekte von Trauer und Trauerbewältigung bei erwachsenen Personen dargestellt werden. Dabei wird zunächst beschrieben, welche Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen normalerweise nach dem Tod einer nahestehenden Person auftreten. Hierbei wird deutlich, dass Trauer – abhängig von unterschiedlichen Einflussfaktoren – individuell sehr unterschiedlich erlebt und gelebt wird. In diesem Zusammenhang wird auch auf den Unterschied zwischen „normaler“ und „komplizierter“ Trauer eingegangen. Diese Unterscheidung ist vor allem deswegen praxisrelevant, weil bei komplizierten Trauerreaktionen professionelle psychotherapeutische Hilfe notwendig wird. In Form eines kompakten Überblicks werden sodann unterschiedliche psychologische Trauertheorien dargestellt, sowie Hilfemöglichkeiten wie psychologische Trauerberatung, Trauerbegleitung und Psychotherapie.

2. Ebenen des Trauerns

Bei Menschen, die eine akute Trauerphase durchmachen, kann man ein breites Spektrum unterschiedlicher Trauerreaktionen beobachten. Mit Worden (2011) lassen sich dabei vier unterschiedliche Ebenen unterscheiden, nämlich die der *Gefühle*, der *körperlichen Reaktionen*, der *kognitiven Veränderungen* und der konkret beobachtbaren *Verhaltensweisen*. **Abb. 1** (S. 51) verdeutlicht, dass die unterschiedlichen Ebenen des Trauerns in komplexer Weise miteinander verwoben sind. Zu beachten ist ferner, dass jeder Mensch anders trauert und es zu vielfältigen Kombinationen der beschriebenen Trauerreaktion kommen kann.

2.1 Emotionale Ebene

Das häufigste Gefühl bei trauernden Hinterbliebenen ist eine starke Traurigkeit, die sich häufig (wenn auch nicht immer) in Weinen äußert. Doch auch andere intensive Gefühle wie Angst, Wut und Hilflosigkeit kommen häufig vor. Insbesondere nach dem Verlust des Ehe- bzw. Lebenspartners können starke Einsamkeitsgefühle auftreten. Schuldgefühle können sich auf vermeintliches Fehlverhalten oder Versäumnisse vor dem Tod des Verstorbenen beziehen. Es gibt auch Trauernde, bei denen Gefühle der inneren Leere, Kälte

und Abstumpfung vorherrschen. Diese emotionale Taubheit kann eine Art psychischer „Schutzmechanismus“ gegen die Überflutung mit überwältigenden Gefühlen sein. In manchen Fällen kann der Tod eines geliebten Menschen auch eine gewisse Erleichterung bewirken, z.B. wenn dem Tod eine lange, qualvolle Krankheit vorausgegangen war oder eine schwierige Beziehung zu der verstorbenen Person bestanden hatte.

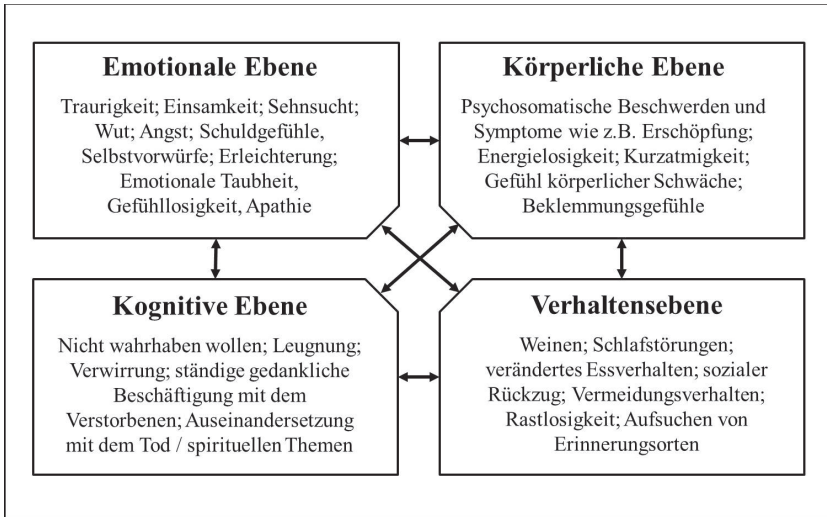


Abb. 1: Vier Ebenen der Trauerreaktion

2.2 Kognitive Ebene

Weiterhin lassen sich bei trauernden Menschen charakteristische Denkmuster beobachten. Unmittelbar nach dem Tod neigen viele Menschen zur Verleugnung; sie wollen zunächst nicht glauben, dass der Verstorbene wirklich tot ist oder sie hoffen, bald aus einem bösen Traum zu erwachen. Andere Hinterbliebene nehmen ihr Denken als stark verändert wahr, z.B. als völlig konfus und fahrig oder aber im Gegenteil als verlangsamt, flach und inhaltsleer. Grübeln und die gedankliche Weiterbeschäftigung mit dem Geschehenen bzw. mit der verstorbenen Person können manchmal fast zwanghafte Formen annehmen. Andere Trauernde wiederum beschäftigen sich vermehrt mit spirituellen bzw. religiösen Gedanken und Vorstellungen, die sich z.B. auf Gott, Jenseits, Auferstehung, Lebenssinn etc. beziehen.

2.3 Körperliche Ebene

Die großen emotionalen Belastungen im Trauerprozess kommen häufig auch in körperlichen und psychosomatischen Beschwerden zum Ausdruck. Sehr häufig sind Schlafstörungen (v.a. Einschlaf- und Durchschlafstörungen, frühes Erwachen) sowie Essstörungen mit meist stark reduziertem Appetit. Viele Hinterbliebene erleben körperliche Verspannungen, Beklemmungen und allgemeines Unwohlsein. Sie fühlen sich oft erschöpft, schwach und energie-los. In anderen Fällen können auch Schmerzen und Herz-Kreislauf-Beschwerden auftreten. Manche Trauernde erleben auch eine stark herabgesetzte Toleranzschwelle gegenüber Sinneseindrücken, z.B. eine Überempfindlichkeit gegen Alltagsgeräusche und Lärm. In den ersten Wochen nach dem Todesfall kann es auch zu visuellen oder akustischen Halluzinationen kommen, z.B. wenn die trauernde Person in manchen Situationen die Stimme des Verstorbenen hört. Derartige Halluzinationen sind in der Regel ein vorübergehendes Phänomen und *per se* kein pathologisches Symptom oder Vorbote eines besonders schwierigen Trauerprozesses.

2.4 Verhaltensebene

Auch auf der Ebene objektiv beobachtbarer Verhaltensweisen und Handlungen gibt es ein breites Spektrum von normalen Trauerreaktionen. Einhergehend mit depressiver Gestimmtheit, körperlichem Unwohlsein und Appetitverlust kommt es häufig zu einem veränderten Essverhalten, das zu einem deutlichen Gewichtsverlust führen kann. Typisch sind, wie erwähnt, auch Grübeln und Schlafstörungen, auf die manche Trauernde wiederum mit bestimmten Verhaltensweisen reagieren, wie z.B. durch veränderte Tag-Nacht-Aktivitäten oder Betäubungsverhalten (Medikamente, Alkohol). Nicht selten ziehen sich Trauernde auch (vorübergehend) von ihrem Freunden und Bekannten zurück, weil sie das Bedürfnis haben, allein zu sein. Manche vermeiden bewusst Orte oder Gegenstände, die sie schmerzlich an die verstorbene Person erinnern oder versuchen alles, was mit dieser zusammenhängt, möglichst schnell loszuwerden. Umgekehrt gibt es aber auch Trauernde, die die Erinnerung an den Verstorbenen intensiv pflegen und deswegen z.B. häufig dessen Grab aufsuchen, ständig sein Foto oder einen Gegenstand aus seinem Besitz bei sich tragen.

3. Trauern als individueller Prozess

Menschen unterscheiden sich zum Teil stark darin, wie und wie lange sie trauern. Auch empirische Untersuchungen belegen, dass Trauerprozesse sehr variabel verlaufen. Auf die Frage, wie lange ein Trauerprozess „normalerweise“ dauert, gibt es keine allgemeingültige Antwort. Für manche Menschen ist Trauer eine sehr tiefgehende und lebensverändernde Erfahrung, andere erleben die Trauer weniger intensiv. Während die Trauer bei einigen Menschen nach relativ kurzer Zeit wieder abklingt, benötigen andere sehr lange für die Bewältigung des Verlusts. Um diese Unterschiedlichkeit zu verstehen, ist die Kenntnis von so genannten *Mediatoren* des Trauerprozesses hilfreich. Es handelt sich um Einflussfaktoren, die sich auf unterschiedlichen Ebenen auf den Trauerprozess auswirken (vgl. Berk, 2005):

- *Beziehung zum Verstorbenen.* Je nachdem, ob es sich beim Verstorbenen um ein Elternteil, ein Geschwister, den Ehepartner oder ein Kind handelt, kann der Trauerprozess unterschiedlich verlaufen. Bei Eltern, deren Kind stirbt, ist der Trauerprozess oft besonders schmerzhaft und langwierig.
- *Beziehungsqualität.* Wenn die Beziehung zum Verstorbenen positiv und emotional eng war, wird der Verlust stärker betrauert als bei einer distanzierten, ambivalenten oder konfliktreichen Beziehung.
- *Person des Trauernden.* Männer äußern ihre Trauer und Verzweiflung weniger direkt als Frauen; sie bemühen sich auch seltener aktiv um Unterstützung. Personen, die über viele individuelle und soziale Ressourcen verfügen, können den Verlust einer geliebten Person besser bewältigen als Personen mit nur wenigen Ressourcen.
- *Situative Umstände.* Plötzliche, unerwartete Todesfälle (z.B. durch Unfälle, Naturkatastrophen oder Mord) werden von Trauernden anders verarbeitet als erwartete Todesfälle nach einer längeren Krankheit. Selbstmord, vor allem bei jungen Menschen, ist für die Angehörigen besonders schwer zu ertragen.
- *Sozialer Hintergrund.* Der Trauerprozess hängt auch stark von sozialen und kulturellen Einflüssen ab. Hierbei ist z.B. die Verfügbarkeit von Unterstützung (z.B. von Familienangehörigen und Freunden) eine große Ressource. Auch soziale und kulturelle Erwartungen sind teilweise sehr bedeutsam. Religiöse Rituale und Traditionen können den trauernden Familienangehörigen starken Halt geben.
- *Gleichzeitig auftretende Belastungen.* Lebensverändernde Ereignisse oder Krisen, die zeitgleich oder kurz nach dem Tod eines geliebten Menschen auftreten, können die Trauerbewältigung erheblich erschweren (z.B. finanzielle Belastungen, Familienkonflikte, Umzug).

4. Normale und komplizierte Trauer

Der Tod eines geliebten Menschen ist eine so einschneidende Lebenserfahrung, dass – abhängig von den jeweiligen Umständen – selbst intensive und länger andauernde Trauerreaktionen als normal anzusehen sind. Die meisten Hinterbliebenen schaffen es, ihre Trauer aus eigener Kraft und mit der „natürlichen“ Unterstützung ihres sozialen Umfelds zu bewältigen. Es gibt aber auch Trauerreaktionen, die so extrem sind und so weitreichende negative Folgen für die betroffene Person haben, dass professionelle psychotherapeutische Hilfe notwendig wird. In diesem Falle spricht man von *komplizierter Trauer*. Worden (2011) beschreibt komplizierte Trauer anhand von vier diagnostischen Aspekten, die sich in der psychotherapeutischen Praxis als nützlich erwiesen haben:

- *Chronische Trauerreaktionen.* Komplizierte Trauer ist oft durch eine übermäßig lange Dauer gekennzeichnet. Den Betroffenen ist meist selbst bewusst, dass sich ihre Trauer unangemessen lange hinzieht und haben z.B. noch Jahre nach dem Tod der verstorbenen Person das Gefühl, ihre Trauer werde niemals aufhören.
- *Verzögerte Trauerreaktionen.* Überwältigende Gefühle nach dem Verlust eines geliebten Menschen können dazu führen, dass die Trauer zunächst teilweise oder ganz unterdrückt wird und erst mit Verspätung wahrgenommen wird. Besonders häufig ist dies z.B. nach Todesfällen durch Suizid. Es kann auch zu verzögerten Trauerreaktionen kommen, wenn zum Zeitpunkt des Todesfalls keinerlei soziale Unterstützung bereitsteht.
- *Übertriebene Trauerreaktionen.* Ungewöhnlich starke Trauerreaktionen können die Betroffenen überfordern und zu massiven psychischen Problemen führen (z.B. Depressionen, Angststörungen, Alkoholismus). Insbesondere nach dramatischen Todesfällen (z.B. Kriegserlebnisse, Unfälle) kann sich auch eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln.
- *Larvierte Trauerreaktionen.* Bei Menschen, die ihre Trauer unterdrücken, kann es zu einer larvierten Trauerreaktion kommen. Larvierte („verdrängte“) Trauer kann sich als körperliches Symptom äußern, z.B. Schmerzen oder andere psychosomatische Beschwerden. Möglich ist aber auch die Entwicklung anderer psychischer Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten (z.B. eine Essstörung). Bei larvierten Trauerreaktionen ist den Betroffenen der Zusammenhang ihrer Probleme zu dem erlittenen Verlust gar nicht bewusst.

Für die Unterscheidung von normaler und komplizierter Trauer kann eine vergleichende Betrachtung auf den Dimensionen *Verlauf*, *Symptomatik* sowie *gesundheitliche* und *soziale Folgen* hilfreich sein (vgl. **Tab. 1**).

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allmähliche Anpassung an die neue Realität ▪ vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer ▪ Anpassung an die neue Realität ohne den Verstorbenen gelingt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst ▪ Verzögerte Trauerreaktionen ▪ Keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität ▪ Trauer wird oft nicht als Traurigkeit erlebt ▪ Anpassung an neue Realität ohne den Verstorbenen gelingt nicht
Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traurigkeit mit Rückzug und häufigem Weinen ▪ Trauerausdruck ist stark von kulturellen Normen geprägt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstschädigendes Verhalten ▪ Panikattacken ▪ depressive Reaktionen, ▪ exzessive Reizbarkeit ▪ anhaltende und häufige Intrusionen („Flashbacks“) ▪ Gefühl der inneren Leere und Sinnlosigkeit
Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Langfristig keine gesundheitlichen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schlaf- und Essstörungen ▪ erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten
Soziale Folgen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld ▪ langfristig keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vernachlässigung des sozialen Netzes (Freunde, Bekannte) ▪ Einbußen im Bereich des beruflichen Funktionierens ▪ Vereinsamung, Isolation

Tab. 1: Merkmale einfacher und komplizierter Trauer (nach Znoj, 2004)

Personen, die mit trauernden Menschen arbeiten, sollten den Unterschied zwischen normalen und komplizierten Trauerreaktionen kennen, um kompetent beraten und ggf. entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Zu beachten ist, dass bei komplizierter Trauer in aller Regel psychotherapeutische Hilfe erforderlich ist (vgl. Stelling u. Jungbauer, 2013; in diesem Band).

5. Psychologische Theorien des Trauerns

5.1 Trauer aus Sicht der Psychoanalyse

In der Psychologie gibt es seit langem Bemühungen, den Prozess der Trauer konzeptionell zu erfassen. Bereits Sigmund Freud hat in seiner 1917 erschienenen Schrift „Trauer und Melancholie“ dargelegt, dass Trauer eine wichtige Funktion für das Seelenleben von Hinterbliebenen erfüllt. Freud war der Auffassung, dass Trauern vor allem auf eine innere Loslösung von dem „verlorenen Liebesobjekt“ abzielt. Die emotionale Energie („Libido“), die den Trauernden mit der verstorbenen Person verbindet, muss demnach abgezogen werden, damit sich das emotionale Erleben des Trauernden stabilisieren kann und die Rückkehr zur Normalität möglich ist. Der Verlust ist nach Freud dann verarbeitet, wenn die emotionale Bindung zum Verstorbenen aufgehört hat zu bestehen. Die libidinöse Ablösung von der geliebten Person erfordert vom Trauernden viel psychische Energie und stellt einen aktiven Bewältigungsprozess dar. Deshalb bezeichnete Freud diesen Prozess lapidar als „Trauerarbeit“ (Freud, 1981).

5.2 Bindungstheoretische Auffassung des Trauerns

Die Bindungstheorie übernahm im Wesentlichen Freuds funktionale psychodynamische Auffassung des Trauerns, erweiterte diese aber, indem diese im Kontext einer biologisch determinierten Bindungsbeziehung betrachtet wird. Nach Bowlby (1980) ist Bindung ein „starkes affektives Band“ zwischen zwei Menschen, das aufgrund eines angeborenen Bedürfnisses nach Schutz und Sicherheit entsteht. Primäre Bindungsbeziehungen entwickeln sich bereits in der frühen Kindheit und richten sich zunächst auf einige wenige vertraute Bindungspersonen, insbesondere die Eltern. Die Bindungspersonen bieten dem Kind eine „sichere Basis“ für dessen natürliches Erkundungsverhalten. Kleine Kinder zeigen ausgeprägtes *Bindungsverhalten* (z.B. Weinen, Anklammern, Hinterherlaufen), wenn die vertrauten Bindungspersonen nicht anwesend sind, sich verabschieden oder den Raum verlassen. Je nachdem, welche Erfahrungen Kinder in den ersten Lebensjahren mit ihren primären Bindungspersonen machen, bauen sie individuelle Bindungsmuster auf, die auch später im Erwachsenenalter als „inneres Arbeitsmodell“ im Hinblick auf emotional wichtige Sozialbeziehungen darstellen (Ainsworth, 1978).

Trauer kann vor diesem Hintergrund als biologisch determinierte Reaktion auf den Verlust einer emotional wichtigen Bindungsperson verstanden werden. Die Auffassung, dass es eine biologische Anlage für das Trauern

gibt, wird durch Befunde aus der vergleichenden Verhaltensforschung gestützt. Auch bei Tieren, die in sozialen Verbänden leben (z.B. Primaten, Delfine, Vögel) können nach dem Verlust eines Partners Verhaltensweisen beobachtet werden, die menschlicher Trauer stark ähneln (vgl. z.B. Eibl-Eibesfeldt, 1997; Lorenz, 1978). Die Trauerreaktionen von sozialen Tieren vermitteln eine Ahnung davon, welche „primitiven“ biologischen Prozesse wahrscheinlich auch bei trauernden Menschen ablaufen. Doch natürlich gibt es jenseits solcher Atavismen auch zahlreiche psychologische und kulturelle Merkmale des Trauerns, die spezifisch menschlich sind.

5.3 Phasenmodelle des Trauerns

Traditionell gingen Psychologen davon aus, dass sich der Trauerprozess in verschiedene typische Phasen einteilen lässt. So war bereits Freud (1981) der Auffassung, dass Trauerarbeit aus drei Phasen bestehe: Das Realisieren und Akzeptieren des Verlustes und das Bewältigen der mit dem Verlust verbundenen Umstände; sodann das eigentliche Trauern, das mit dem Auflösen der emotionalen Bindung zum Verstorbenen einhergeht; und schließlich die Wiederaufnahme des normalen Alltagslebens, was häufig mit dem Aufbau neuer enger Beziehungen verbunden ist.

Auch eine Reihe von neueren Modellen weist Ähnlichkeiten mit dem Phasenkonzept der Trauerarbeit von Freud auf. So unterscheidet z.B. Sanders (1989) fünf Phasen des Trauerprozesses, nämlich (1) Schock, (2) Eingeständnis des Verlusts, (3) Rückzug, (4) Heilung und (5) Erneuerung. Sehr ähnlich wird Trauer in dem bekannten Modell von Verena Kast (2002) beschrieben. Danach erleben die Angehörigen zunächst einen Schock bzw. eine Art Betäubung und neigen dazu, den Tod des geliebten Menschen zu verleugnen. Erst nach einer Weile brechen intensive Emotionen auf, wie z.B. Schmerz, Traurigkeit, Verzweiflung, Wut, und Hilflosigkeit. Erst am Ende des Trauerprozesses sind die Hinterbliebenen nach diesem Modell in der Lage, auch emotional Abschied zu nehmen, den Verstorbenen loszulassen und ein neues Leben ohne ihn aufzubauen.

5.4 Duales Prozessmodell der Trauerbewältigung

In der modernen Psychologie gilt die Auffassung zunehmend als überholt, dass Trauern eine lineare Abfolge emotionaler Phasen beinhaltet. Vielmehr bewegen sich Trauernde meist zwischen verschiedenen inneren Zuständen hin und her. Der Trauerprozess gleicht daher eher einer Abfolge emotionaler

„Gezeiten“ (Smeding u. Heitkönig-Wilp, 2005) als einer Sequenz aufeinander folgender Phasen.

Das von Stroebe u. Shut (1999) vorgeschlagene duale Prozessmodell der Trauerbewältigung greift die Vorstellung auf, dass sich Trauernde beständig zwischen den Dimensionen Verlust und Neuorientierung hin- und her bewegen. Bei den im Trauerprozess auftretenden Belastungen werden verlustorientierte und wiederherstellungsorientierte Erfahrungen unterschieden. Verlustorientierte Belastungen beziehen sich auf die verstorbene Person, den Trennungsschmerz, Grübeln, Abschied nehmen etc. Wiederherstellungsorientierte Anforderungen beziehen sich auf die Neuorientierung, die Anpassung an ein Leben ohne den Verstorbenen und Aufbau einer neuen Identität. Stroebe u. Shut (1999) gehen davon aus, dass es nicht möglich ist, die Anforderungen von Verlust und Neuorientierung gleichzeitig zu bewältigen. Vielmehr beinhaltet Trauerbewältigung einen individueller „Pendelprozess“ zwischen verlustbezogenen Belastungen und der aktiven Orientierung auf neue Lebensziele (vgl. **Abb. 2**). Nach dem dualen Prozessmodell der Trauer hängt die Anpassung an eine Verlusterfahrung von einer guten Balance zwischen verlustorientierten und wiederherstellungsorientierten Alltagserfahrungen ab.



Abb. 2: Duales Modell der Trauerbewältigung (vgl. Stroebe u. Shut, 1999)

5.5 „Continuing Bonds“-Theorie

Die von Freud postulierte Hauptfunktion der Trauerarbeit, nämlich die emotionale Bindung zur verstorbenen Person aufzulösen, wird in neueren Trauerkonzepten in Frage gestellt bzw. deutlich relativiert. Aktuelle Ansätze der Trauerpsychologie berücksichtigen, dass Loslassen und Neuorientierung für manche Hinterbliebene nicht ausreichen, um den Verlust eines geliebten Menschen zu bewältigen. Vielmehr haben viele trauernde Partner, Eltern, Geschwister oder Kinder das Bedürfnis, eine innere Beziehung zu dem Verstorbenen aufrecht zu erhalten. Sie haben das Gefühl, dass der Verstorbene nach wie vor zur Familie gehört und in ihren Gedanken und Gefühlen weiterlebt (Kachler, 2005). Solche Erfahrungen und Bedürfnisse Trauernder sind offensichtlich nicht kompatibel mit dem psychodynamischen Konzept des Trauerns.

Nach der „Continuing Bonds“-Theorie (Klass et al., 1996; Neimeyer, 2001) besteht eine wesentliche Funktion von Trauer darin, dem Verlust eines geliebten Menschen eine neue Bedeutung zu geben. Es geht damit nicht mehr primär darum, den Verstorbenen „loszulassen“, sondern ihn in die fortbestehende Lebenswelt des Trauernden zu integrieren. In diesem Sinne bietet es sich an, den traditionellen Begriff der „Trauerarbeit“ neu und umfassender zu definieren: Trauerarbeit kann auch ein Prozess sein, in dem die Hinterbliebenen eine neue innere Beziehung zu dem Verstorbenen aufbauen. Dies umfasst u.a. die Pflege von Erinnerungen, Gedenkrituale und der innere Dialog mit dem Verstorbenen. Der Verstorbene kann dann zu einem inneren Gegenüber, einem Gesprächspartner, Ratgeber und Begleiter werden. Er lebt in den Gedanken, Gefühlen und Handlungen der Familienangehörigen weiter und bleibt Teil der gemeinsamen Familiengeschichte (Kachler, 2005).

5.6 Das Konzept der Traueraufgaben von W.J. Worden

William J. Worden (2011) unterscheidet in Anknüpfung an entwicklungspsychologische Konzepte vier wesentliche *Traueraufgaben*, mit denen sich trauernde Hinterbliebene auseinandersetzen müssen. Trauer kann demnach als aktiver Entwicklungsprozess gesehen werden. Obgleich die Aufgaben nicht nacheinander bewältigt werden müssen, legen ihre Definitionen doch eine gewisse Reihenfolge nahe. Im Einzelnen unterscheidet Worden (2011) folgende Traueraufgaben:

- (1) *Den Verlust als Realität akzeptieren.* Hinterbliebene müssen zunächst die Tatsache akzeptieren, dass der Verstorbene wirklich tot ist und dass sie etwas sehr Wertvolles dadurch verloren haben. Sie

müssen sich damit abfinden, dass ein Wiedersehen zumindest in diesem Leben nicht möglich ist. Wenn eine trauernde Person die erste Traueraufgabe nicht bewältigt, kann sie den Verlust, dessen Bedeutung oder dessen Endgültigkeit nicht akzeptieren.

- (2) *Den Schmerz verarbeiten.* Die Betroffenen müssen die Trauer zulassen. Sie müssen akzeptieren, dass Trauern eine schwere Zeit voller schmerzhafter Gefühle ist, die man nicht vermeiden oder beliebig abkürzen kann. Neben Traurigkeit und Niedergeschlagenheit sind dies z.B. Angst, Wut, Schuldgefühle und Einsamkeit. Wenn Hinterbliebene die zweite Traueraufgabe nicht bewältigen, fliehen sie vor ihren Gefühlen. Sie vermeiden z.B. Gedanken an den Verstorbenen, leugnen ihre Trauer oder versuchen sich abzulenken.
- (3) *Sich an eine Welt ohne den Verstorbenen anpassen.* Bei der dritten Traueraufgabe unterscheidet Worden (2011) drei Aspekte, nämlich (a) die *externe Anpassung* im Hinblick auf die Reorganisation des Alltags ohne die verstorbene Person sowie neue Aufgaben und Rollen; (b) die *interne Anpassung* im Hinblick auf die Herausforderung, sich selbst neu finden; sowie (c) die *spirituelle Anpassung* im Hinblick auf die Neudefinition von Lebenssinn und Lebenszielen. Wenn Hinterbliebene die dritte Traueraufgabe nicht bewältigen, sträuben sie sich gegen die Notwendigkeit von Veränderungen. Sie weigern sich, sich neu zu orientieren, an neue Anforderungen anzupassen und das Leben neu zu lernen.
- (4) *Eine dauerhafte Verbindung zum Verstorbenen inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden.* Unter Bezugnahme auf die „Continuing Bonds“-Theorie hat Worden sein Konzept der Traueraufgabe in den letzten Jahren erweitert. Bei der vierten Traueraufgabe geht es nun zum einen um eine „Neuverortung“ der verstorbenen Person, um einerseits dauerhaft in Verbindung mit ihr zu bleiben, sich andererseits dem eigenen Leben wieder zuwenden zu können. Wenn es Hinterbliebenen nicht gelingt die vierte Traueraufgabe zu bewältigen, kommt ihr Leben gleichsam zum Stillstand. Sie halten z.B. unverrückbar an der Bindung zum Verstorbenen fest, ohne neue Beziehungen eingehen zu können.

5.7 Zur Praxisrelevanz psychologischer Trauertheorien

Abschließend sei daran erinnert, dass wissenschaftliche Theorien grundsätzlich nichts anderes sind als Versuche, die Realität abzubilden – niemals aber die Realität selbst. In diesem Sinne bieten psychologische Trauertheorien keine universellen Erklärungen, sondern im besten Falle Hilfestellungen, um

individuelle Trauerprozesse besser verstehen zu können. Angesichts der großen Bandbreite menschlicher Trauerreaktionen sind dabei diejenigen psychologischen Theorien und Modelle am brauchbarsten, die Raum für Individualität lassen.

Darüber hinaus gilt auch im vorliegenden Zusammenhang das vielzitierte Diktum des Sozialpsychologen Kurt Lewin (1890-1947): „Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie“ (vgl. Aronson et al., 2008). Aus Sicht der psychosozialen Praxis bemisst sich der Wert psychologischer Trauertheorien ganz wesentlich daran, inwieweit sie konkrete Anhaltspunkte für die Beratung, Begleitung und Psychotherapie nach Trauerfällen bereitstellen können.

6. Hilfe und Unterstützung in Trauerfällen

6.1 Begleitung, Beratung und Therapie

Obwohl die meisten Menschen in der Lage sind, ihre Trauer aus eigener Kraft zu bewältigen und sich an ein Leben ohne den Verstorbenen anzupassen, wünschen sie sich sehr häufig die Zuwendung, die Begleitung und den Beistand anderer Menschen. Trost und Unterstützung finden die Hinterbliebenen oft im Rahmen ihrer bestehenden Sozialbeziehungen, z.B. in der Familie und in der Verwandtschaft sowie im Freundeskreis. Manche trauernde Menschen bemühen sich um externe bzw. professionelle Hilfe und wenden sich z.B. einen Seelsorger, eine Beratungsstelle, einen Arzt oder einen Psychotherapeuten.

Im Hinblick auf die professionelle Unterstützung trauernder Menschen ist nach Worden (2011) die Unterscheidung von Trauerberatung und Trauertherapie sinnvoll. *Trauerberatung* ist grundsätzlich bei normalen Trauerverläufen hilfreich, sofern dies von den Betroffenen gewünscht wird. Sie kann dabei helfen, den erlittenen Verlust innerhalb einer vertretbaren Zeitspanne zu bewältigen und die anstehenden Herausforderungen zu bewältigen. Trauerberatung darf sich deswegen nicht darauf beschränken, die „Trauer zuzulassen“ und dabei unter Umständen zu stark auf soziale Normen des „richtigen Trauerns“ zu fokussieren. Vielmehr sollte sie aktiv zu einer Auseinandersetzung mit allen Aspekten des Trauerns ermutigen (Znoj, 2004). Trauerberatung kann nach einer angemessenen fachlichen Vorbereitung von professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeitern durchgeführt werden. *Trauertherapie* ist hingegen bei komplizierten Trauerreaktionen indiziert, die mit besonders massiven und langwierigen psychischen Beeinträchtigungen einhergehen. Zu

beachten ist deswegen, dass Trauertherapie nur von erfahrenen und fachkompetenten Therapeuten durchgeführt werden sollte.

6.2 Grundlagen der Trauerberatung

Beratung kann man ganz allgemein als psychosoziale Intervention definieren, bei der ein Berater Ratsuchende darin unterstützt, sich in einer schwierigen Lebenssituation zu orientieren und damit einhergehende Probleme möglichst selbständig zu bewältigen (Jungbauer u. Stelling, 2008). Deswegen ist Beratung – zumindest im professionellen Verständnis – nicht einfach gleichzusetzen mit „Ratgeben“. Vielmehr zielt Beratung auf die Förderung von Selbsthilferessourcen ab, ohne den Klienten die eigentliche Problemlösung abnehmen zu wollen. Beratung ist schwerpunktmäßig für relativ „intakte“, d.h. nicht schwergestörte Personen geeignet und beschränkt sich auf zeitlich überschaubare Interventionen (Sickendiek, Engel u. Nestmann, 2002).

Trauerberatung ist als eine spezifische Form psychosozialer Beratung anzusehen. Sie zielt darauf ab, Klienten nach dem Verlust eines geliebten Menschen bei der eigenständigen Bewältigung ihrer Trauer zu unterstützen. Trauerberatung ist grundsätzlich bei normalen Trauerprozessen geeignet. Das Setting ist dabei variabel: So kann Trauerberatung z.B. in einer Institution stattfinden (Beratungsstelle; Hospiz; Klinikbüro etc.); ebenso gut oder sogar noch besser geeignet ist vielfach auch das häusliche Umfeld des Klienten (Hausbesuche bzw. aufsuchende Trauerberatung).

Grundsätzlich sollte Trauerberatung allen trauernden Menschen zur Verfügung stehen, die dies wünschen. Deswegen sollten Hinterbliebene über entsprechende Angebote informiert werden, z.B. durch Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger oder Bestatter. Darüber hinaus sollte Trauerberatung nach Worden (2011) aktiv angeboten bzw. initiiert werden, wenn vier Wochen nach dem Todesfall bestimmte *Risikofaktoren* vorhanden sind, die Schwierigkeiten bei der Trauerbewältigung erwarten lassen. Dies ist z.B. der Fall, wenn die trauernde Person mehrere minderjährige Kinder hat, einer unteren sozialen Schicht angehört oder von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen ist. Weitere Risikofaktoren sind sehr starke Emotionen (Wut, Traurigkeit, Schuldgefühle), soziale Isolation sowie Hilflosigkeit angesichts der anstehenden Alltagsanforderungen.

Ausgehend von seinem oben beschriebenen Trauerkonzept definiert Worden (2011) die Zielsetzung von Trauerberatung als Unterstützung bei der Bewältigung der vier Traueraufgaben. Entsprechend ergeben sich folgende Grundsätze von Trauerberatung:

- (1) *Trauernden helfen, den Verlust zu realisieren.* Beraterinnen und Berater sollten Hinterbliebene zunächst darin unterstützen, die Realität des Verlustes zu begreifen und sich bewusst damit auseinanderzusetzen. Sie können z.B. die Klienten ermutigen, konkret über das Erlebte zu sprechen und dies einfühlsam durch entsprechende Fragen anregen.
- (2) *Trauernde beim Umgang mit ihren Gefühlen helfen.* Ein weiteres Ziel besteht darin, beim Annehmen und Durcharbeiten belastender Gefühle zu unterstützen, wie z.B. Schmerz und Traurigkeit, aber auch Angst, Schuldgefühle und Wut. Dabei ist es zunächst oft wesentlich, die eigenen Gefühle überhaupt wahrzunehmen und zuzulassen. In einem weiteren Schritt geht es darum, die eigenen Gefühle (besser) zu verstehen.
- (3) *Trauernden helfen, ohne die verstorbene Person weiterzuleben.* Hier ist es das Ziel, die Hinterbliebenen bei externen, internen und spirituellen Anpassungsprozessen zu unterstützen. So ist z.B. zu klären, welche neuen Aufgaben und Rollen übernommen werden müssen, für die zuvor der Verstorbene „zuständig“ war. Ferner sollten Fragen bezüglich der eigenen Identität oder im Hinblick auf die Reformulierung von Lebenssinn und Lebenszielen thematisiert werden.
- (4) *Trauernden helfen, den Verstorbenen emotional neu zu „verorten“.* Beraterinnen und Berater sollten Hinterbliebene ermutigen, eine fortdauernde innere Beziehung zum Verstorbenen zu entwickeln und zugleich in die Neuausrichtung des eigenen Lebens zu investieren. Für die Hinterbliebenen kann es sehr wichtig sein zu realisieren, dass dies kein Widerspruch ist.

Im Rahmen einer Trauerberatung können vielfältige Techniken und Methoden zur Anwendung kommen. Neben dem Beratungsgespräch sind z.B. Rollenspiele, Problemlösetechniken sowie die Arbeit mit Bildern und Symbolen prinzipiell gut geeignet. Bei der Methodenauswahl sollte indes darauf geachtet werden, dass diese für den Klienten „anschlussfähig“ sind. Grundlegend für den Erfolg von Trauerberatung ist aber nicht die Anwendung von Techniken, sondern – wie im Übrigen bei jeder psychologischen Intervention – die Beziehungsgestaltung, welche der inneren Haltung des Beratenden entspringt. Nach den klassischen Prinzipien der klientenzentrierten Gesprächsführung ist dabei eine akzeptierende, authentische und empathische (einfühlsame) Grundhaltung des Beraters förderlich (vgl. Rogers, 1972).

Als wichtiger Grundsatz einer klientenzentrierten Trauerberatung kann gelten, dass diese weitgehend nicht-direktiv erfolgen sollte. Dies bedeutet,

dass der Berater bestimmte Themen nicht oder nur punktuell vorgibt und sich mit Bewertungen, Belehrungen und Ratschlägen eher zurückhält. Auf diese Art und Weise soll dem Trauernden ausreichend Raum gegeben werden, sich mit seinen Gefühlen, Bewertungen und Zielen selbst auseinander zu setzen. Indem der Berater nicht vorschnell bestimmte Denkrichtungen oder Lösungsvorschläge anbietet, wird der Klient darin gefördert, seine Situation zu reflektieren und selbständig seine Traueraufgaben zu bewältigen.

Zur Trauerberatung gehört auch, über normale Trauerreaktionen zu informieren. Dies kann für Hinterbliebene entlastend sein, wenn sie selbst angesichts ihrer ungewohnt starken emotionalen Reaktionen oder der Dauer ihrer Trauer verunsichert sind. Auf der anderen Seite sollten Trauerberaterinnen und -berater auch in der Lage sein, pathologische Entwicklungen und ggf. auch die Grenzen der eigenen Hilfemöglichkeiten zu erkennen. Insbesondere bei komplizierten Trauerreaktionen und bei besonders schwer zu verarbeitenden bzw. traumatischen Verlusterfahrungen ist eine Trauerberatung vielfach nicht ausreichend. Auch wenn zu Beginn oder im Verlauf einer Trauerberatung eine akute psychische Krise auftritt, ist ein non-direktives Beratungskonzept nicht angemessen. Hier ist es notwendig, für eine umgehende Krisenintervention und/oder eine geeignete Psychotherapie zu sorgen und ggf. einen entsprechenden Kontakt zu vermitteln.

6.3 Trauerberatung in der Gruppe

Trauerberatung kann sowohl mit Einzelklienten als auch in einer angeleiteten Gruppe stattfinden. Eine Reihe von Argumenten spricht dafür, Trauerberatung im Gruppensetting durchzuführen: Gruppenberatungen sind zum einen sehr effizient, d.h. die Relation von Aufwand und Nutzen ist besonders günstig. Zum anderen ist die Gruppe selbst eine wichtige soziale Ressource, in der sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenseitig bei der Trauerbewältigung unterstützen. In Anlehnung an Sickendiek, Engel u. Nestmann (2002) zeichnet sich Trauerberatung in Gruppen durch folgende Vorteile aus:

- Durch die Erfahrungsschilderungen der anderen Gruppenteilnehmer werden die Wahrnehmung, das Verstehen und die Bewältigung der eigenen Trauer unterstützt. Die eigenen Belastungen können leichter akzeptiert werden, wenn auch Andere als gleichbetroffen erlebt werden.
- Aufgrund der gemeinsamen Verständnisbasis fällt es den Gruppenteilnehmern leichter, sich zu öffnen und über sehr persönliche Themen zu sprechen.

- Die Gruppenteilnehmer lernen voneinander und machen die Erfahrung, dass sie durch ihre Anteilnahme und ihr Engagement Anderen hilfreich sein können.
- Über den gemeinsamen Gruppenprozess werden soziale Hilfsressourcen aktiviert, indem sich z.B. oft überdauernde Beziehungen und unterstützende Kontakte zwischen den Gruppenteilnehmern entwickeln.

Für die Trauerberatung in Gruppen gelten in vieler Hinsicht die gleichen Grundsätze wie für die Trauerberatung mit Einzelklienten. Auch hier ist die Orientierung an den von Worden (2011) beschriebenen Traueraufgaben hilfreich, bei deren Bewältigung die Gruppenteilnehmer unterstützt werden sollten. Eine partnerschaftliche, klientenzentrierte Grundhaltung der Leitungsperson ist in einer Trauerberatungsgruppe ebenso wichtig und förderlich wie in der Einzelberatung. Allerdings sollte der Leiterin bzw. der Leiter zusätzlich über Gruppenleiterkompetenzen verfügen. Hierzu gehören u.a. Kenntnisse einschlägiger sozialpsychologischer und gruppenpädagogischer Konzepte. Neben Methoden der Themenzentrierten Interaktion (Langmaak, 2004) dient die Soziale Gruppenarbeit als Basis für einen professionellen Umgang mit gruppenspezifischen Prozessen in der Teilnehmergruppe (vgl. Schmidt-Grunert, 2009).

Bei einer Trauerberatung im Gruppensetting sind grundsätzlich unterschiedliche Rahmenbedingungen und Organisationsformen möglich:

- *Offene, fortlaufende Gruppen* bieten den Vorteil eines besonders niederschweligen Zugangs ohne Wartezeiten. Dabei können trauernde Hinterbliebene je nach ihren persönlichen Bedürfnissen entscheiden, ob und wie lange sie an der Gruppe teilnehmen. Allerdings hat eine offene Struktur auch Nachteile. So ist es z.B. immer wieder schwierig, neue Gruppenmitglieder zu integrieren und eine Vertrauensbasis herzustellen.
- *Feste Gruppen* beginnen und enden für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum gleichen Zeitpunkt. Sie bieten die Möglichkeit zu kontinuierlicher inhaltlicher Arbeit und sind durch einen besonders starken Gruppenzusammenhalt gekennzeichnet. Ein Nachteil kann darin bestehen, dass trauernde Hinterbliebene ggf. längere Zeit warten müssen, bis eine Gruppe beginnt.

Bei der Planung von Beratungsangeboten für trauernde Hinterbliebene sollte indes berücksichtigt werden, dass ein Gruppensetting nicht für alle Ratsuchenden gleichermaßen geeignet ist. Einige ziehen erfahrungsgemäß grundsätzlich eine individuelle Trauerberatung vor, weil sie sich hiervon am ehesten einen „greifbaren“ Nutzen versprechen oder Vorbehalte im Hinblick

darauf haben, vor einer Gruppe über persönliche Dinge zu sprechen. Hinterbliebenen mit komplizierter Trauer oder mit ausgeprägten psychischen Problemen sollte von vorneherein eine Einzelberatung und/oder eine geeignete Psychotherapie empfohlen werden.

6.4 Grundlagen der Trauertherapie

Als Trauertherapie wird im Folgenden eine Psychotherapie bezeichnet, die bei komplizierten Trauerreaktionen mit besonders massiven und langwierigen psychischen Beeinträchtigungen indiziert ist. Während bei normalen Trauerverläufen und relativ „intakten“ Personen eine Trauerberatung sinnvoll ist, sollte beim Vorliegen extremer Trauerreaktionen und damit einhergehender Störungen eine Psychotherapie empfohlen werden.

Eine Trauertherapie findet üblicherweise im Einzelsetting in einem Praxisraum statt. Worden (2011) empfiehlt, zunächst eine zeitlich begrenzte Trauertherapie von acht bis zehn Sitzungen mit dem Klienten zu vereinbaren, in denen der Verlust und dessen Zusammenhang mit dem aktuellen Problem exploriert werden. Erfahrungsgemäß genügt bei klar begrenzten Trauerproblemen eine solche Kurztherapie, um eine deutliche Besserung der Beschwerden zu erreichen. In anderen Fällen können sich tiefer liegende psychische Störungen zeigen, die eine längere, über die Trauerthematik hinausgehende Psychotherapie erforderlich machen.

In Deutschland werden die Kosten für eine ambulante Psychotherapie bei komplizierter Trauer von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Voraussetzung ist, dass die Therapie bei einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten und in einem gesetzlich anerkannten Therapieverfahren durchgeführt wird. Bei diesen so genannten Richtlinienverfahren handelt es sich um die *Psychoanalyse*, die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* sowie die *Verhaltenstherapie*. Die Grundorientierungen dieser drei Therapieverfahren seien im Folgenden kurz erläutert:

- *Psychoanalyse (Analytische Therapie)*. Bei dieser sehr intensiven und zeitaufwändigen Therapieform wird davon ausgegangen, dass extreme Trauerreaktionen letztlich auf unbewussten frühkindlichen Konflikten beruhen. Der Betroffene weiß also nicht, dass seine aktuellen Probleme auf die gestörte Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen (z.B. den Eltern) zurückzuführen ist. Unverarbeitete Konflikte aus der Kindheit sollen durch Verstehen und Durcharbeiten der eigenen Biographie bewusst gemacht werden, um so die Bewältigung der aktuellen Probleme zu ermöglichen. Dabei ist die Aufarbeitung vergangener Erlebnisse und Erfahrungen zunächst wichti-

ger als die der aktuellen Trauerprobleme. In einer psychoanalytischen Trauertherapie geht es darum, frühere Gefühle und Gedanken zu aktualisieren. Dabei verhält sich der Analytiker „abstinente“, d.h. er lässt den Klienten „frei assoziieren“, bewertet seine Äußerungen nicht und hält sich persönlich weitgehend zurück. Er bietet im weiteren Verlauf eine Deutung an, indem er einen Zusammenhang zwischen den Äußerungen des Klienten und seinen früheren inneren Konflikten herstellt. In einer Psychoanalyse wird meist über einen langen Zeitraum gearbeitet; die Therapie umfasst bis zu 360 Stunden. In der Regel finden die Sitzungen mehrmals pro Woche statt.

- *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.* Ähnlich wie in der analytischen Behandlung wird komplizierte Trauer mit unbewältigten und unbewusst gebliebenen Kindheitserfahrungen in Zusammenhang gebracht. Allerdings steht hier die aktuelle Trauerreaktion viel stärker im Vordergrund der Behandlung. Diese soll in Bezug zur Biographie des Einzelnen verstanden und letztlich auch aufgelöst werden. Tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten arbeiten stärker über die therapeutische Beziehung, die stellvertretend für andere frühere Bindungen angesehen wird. Die in der Therapie auftretenden Emotionen der Trauer, der Wut und der Angst sollen zugelassen, bewusst gemacht und durchgearbeitet werden. Dabei sollen Zusammenhänge zwischen dem aktuellen Konflikt und zurückliegenden Erlebnissen erfahrbar gemacht werden. Ziel ist es, die mit der pathologischen Trauer einhergehenden Störungen und Probleme zu korrigieren und sich an die neue Lebenssituation innerlich und äußerlich anzupassen. Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie kann als Kurzzeittherapie (25 Stunden) oder als Langzeitbehandlung (50 bis 80 Stunden) durchgeführt werden, wobei die Therapiesitzungen in der Regel einmal pro Woche stattfinden.
- *Verhaltenstherapie.* In einer verhaltenstherapeutischen Trauertherapie stehen die aktuellen Probleme bzw. Symptome des Klienten sowie deren gezielte Veränderung im Mittelpunkt. Extreme Trauerreaktionen werden in erster Linie als Ergebnis erlernter Verhaltensweisen und Denkschemata betrachtet, die sich nach dem Verlust einer geliebten Person als unzureichend oder dysfunktional erweisen. Anders als in psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Therapien wird es nicht als zentral angesehen, die biographischen Ursprünge der aktuellen Problematik möglichst genau zu ergründen. Vielmehr soll das aktuelle Denken und Verhalten des Klienten unter Nutzung von Lernprinzipien positiv verändert wer-

den. Hierzu ist eine genaue Verhaltensanalyse notwendig, bei der situative Bedingungen bzw. Auslöser, Gedanken Gefühle und Verhaltensweisen sowie kurz- und langfristige Konsequenzen in ihren Zusammenhängen rekonstruiert werden. Die Behandlungsstrategien werden individuell auf die Probleme des Klienten zugeschnitten. Eine verhaltenstherapeutische Trauertherapie kann als Kurzzeittherapie (25 Stunden) oder als Langzeitbehandlung (45 Stunden) durchgeführt werden, in beiden Fällen finden die Therapiesitzungen einmal pro Woche statt.

Neben den genannten Psychotherapierichtungen gibt es weitere Psychotherapieverfahren, deren Wirksamkeit zwar wissenschaftlich erwiesen ist, die jedoch (bislang) nicht im Sinne des deutschen Psychotherapeutengesetzes anerkannt sind. Hierzu zählen insbesondere die *Gesprächspsychotherapie* und die *Systemische Familientherapie*. Unabhängig von ihrer individuellen Eignung bei komplizierten Trauerprozesse besteht ein gravierender Nachteil dieser Psychotherapieverfahren darin, dass die Kosten in der Regel von den Hinterbliebenen selbst getragen werden müssen.

Darüber hinaus existiert in Deutschland ein wachsender „Psycho-Markt“ mit einem breiten Spektrum weiterer therapeutischer Angebote, wie z.B. Atem-, Körper- oder Tanztherapie; ferner zum Teil sehr umstrittene „alternative“ Therapien wie Kinesiologie, Aromatherapie, Familienstellen nach Hellinger etc. Die Eignung solcher Therapierichtungen bei komplizierter Trauer ist im Allgemeinen sehr skeptisch zu beurteilen. Hinzu kommt, dass die fachliche Qualifikation der jeweiligen Therapeuten für den Laien ist oft schwer einschätzbar ist. Vor diesem Hintergrund sollte Klienten mit komplizierter Trauer in der Regel empfohlen werden, einen approbierten psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten zu konsultieren, der eine Trauertherapie in einem der drei o.g. Richtlinienverfahren anbietet.

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die ersten fünf Gesprächstermine je 50 Minuten auch ohne Antrag (bei der analytischen Psychotherapie sogar die Kosten der ersten acht Sitzungen). Damit soll dem Klienten ermöglicht werden, den für sie passenden Psychotherapeuten zu finden. Die Sitzungen werden deshalb auch „probatorische Sitzungen“ (Probesitzungen) genannt. Der Psychotherapeut bespricht am Ende dieser Phase mit dem Klienten die Ergebnisse der Diagnostik und entscheidet gemeinsam mit dem Klienten, ob eine Psychotherapie oder andere Maßnahmen sinnvoll und notwendig sind. Ab der sechsten (bzw. neunten) Sitzung wird die Psychotherapie zur antragspflichtigen Leistung. Bis dahin muss ein Antrag bei der Krankenkasse des Klienten eingereicht und genehmigt sein.

Eine eingehendere Darstellung von Vorgehensweisen in einer Trauertherapie würde bei Weitem den Rahmen dieses Kapitels sprengen. Dem interessierten Leser und der interessierten Leserin seien daher an dieser Stelle die weiterführenden psychotherapeutischen Fachbücher von Znoj (2004), Kogan (2011) und Worden (2011) empfohlen. Im 6. Kapitel des vorliegenden Bandes wird anhand eines Fallbeispiels exemplarisch beschrieben, wie eine verhaltenstherapeutisch orientierte Trauertherapie aussehen kann (Stelling u. Jungbauer, 2013).

Literatur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. u. Wall, S. (1978): Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Aronson, E., Wilson, T.D. u. Akert, R.M. (2008): Sozialpsychologie. München: Pearson.
- Berk, L.E. (2005): Entwicklungspsychologie (3., aktualisierte Auflage). München: Pearson.
- Bowlby, J. (1980): Attachment and Loss. Loss, Sadness and Depression (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1997): Die Biologie des menschlichen Verhaltens: Grundriss der Humanethologie (3. Auflage). Weyarn: Seehamer.
- Freud, S. (1981): Trauer und Melancholie. In: Gesammelte Werke. Werke aus den Jahren 1913–1917, Bd. 10 (8. Auflage). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Jungbauer, J. u. Stelling, K. (2008): Psychologische Beratung. In Berth, H., Balck, F. u. Brähler, E. (Hrsg.), Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z (S. 92-95). Göttingen: Hogrefe.
- Kast, V. (2002): Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses (23. Auflage). Zürich: Kreuz Verlag.
- Klass, D., Silverman, P., u. Nickman, S. (Eds.)(1996): Continuing Bonds: New Understandings of Grief. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Kogan, I. (2011): Mit der Trauer kämpfen: Schmerz und Trauer in der Psychotherapie traumatisierter Menschen. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Langmaak, B. (2004): Einführung in die themenzentrierte Interaktion TZI: Leben rund ums Dreieck (3., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Lorenz, K. (1978): Vergleichende Verhaltensforschung oder Grundlagen der Ethologie. Wien/New York: Springer.
- Neimeyer, R.A. (2001): Meaning Reconstruction and the Meaning of Loss. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rogers, C.R. (1972): Die nicht-direktive Beratung. München: Kindler.
- Sanders, C. (1989): Grief: The mourning after. New York: Wiley.
- Schmidt-Grunert, M. (2009): Soziale Arbeit mit Gruppen: Eine Einführung (3., vollständig neu überarbeitete Auflage). Freiburg: Lambertus-Verlag.

- Sickendiek, U., Engel, F. u. Nestmann, F. (2002): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Juventa.
- Smeding, R. u. Heitkönig-Wilp, M. (2005): Trauer erschließen. Eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal: der hospiz verlag.
- Stelling, K. u. Jungbauer, J. (2013): „Mein Leben darf nie mehr schön werden, weil mein Kind tot ist!“ Psychotherapie bei komplizierter Trauer. In: J. Jungbauer u. R. Krockauer (Hrsg.), Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (S. 166-181). Opladen: Budrich-Verlag.
- Stroebe, M.S. u. Shut, H.A. (1999): The dual process modell of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Worden, W.J. (2011). Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Zimbardo, P.G. u. Gerrig, R.J. (2008): Psychologie (18., überarbeitete Auflage). München: Pearson.
- Znoj, H.-J. (2004): Komplizierte Trauer. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

„Die Trauer durchqueren“ – Aspekte des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer in der Literatur

Doris Krockauer

Der folgende Beitrag legt dar, dass das vielschichtige Themenfeld von Sterben, Tod und Trauer zum zentralen Themenrepertoire der Literatur gehört. Als tiefstmenschliche Bestimmungsgröße reflektiert die Dichtkunst, was es heißt, ein Mensch zu sein, und was die Ganzheit und die Würde des Menschen ausmacht. Zugleich animiert sie dazu, im Freiraum der Kunst Sterben, Tod und Trauer aus der Perspektive subjektiver Erfahrung zur Sprache zu bringen und aus der Ausweglosigkeit stummen Leids und sprachloser Trauer herauszufinden.

1. Das Motiv „Mensch“

Die offene Auseinandersetzung mit dem Tod rühre an unser Selbstverständnis und „stärkt uns im humanen Umgang mit den Toten, mit den Lebenden, miteinander.“ So resümiert die Schriftstellerin Christa Wolf (2012, 54) ihre Lektüre des Buches *ÜBERLEBNIS* von Ulla Berkéwicz, das den unfassbaren Erfahrungsbereich des Todes des Ehepartners in Sprache zu holen versucht und die „Trauer durchquert“, wie es im Klappentext heißt (Berkéwicz 2008). Ihre Schilderung des Sterbens, der Fassungslosigkeit und Trauer berge, so C. Wolf, jenes grundsätzliche Thema der „Spannung zwischen ‚Realität‘ – das, was wir sehen, hören, riechen, tasten können – und ‚Wirklichkeit‘, das Immaterielle, Geistige, das unsichtbar, doch mächtig wirkt“ (Wolf, 2012, 48). Sowohl die tiefgreifende Verstörung angesichts des unersetzlichen Verlusts als auch die geheimnisvolle Erfahrung unermesslicher Energie schlage sich nieder in einer durch die Jahrhunderte angestimmten Klage, die wiederum das menschliche Antlitz von Dichtung, auch von Musik, charakterisiere. Dies sei um so bedeutsamer, als Tod und Trauer in unserer Gesellschaft an den Rand gedrängt würden und Klage- und Bestattungsrituale zunehmend zu verkümmern drohten, was zu einer „folgeschweren Verarmung der Werte, auf die wir uns beziehen oder doch beziehen sollten“ (ebd., 53) führe. Hier vermittele die Literatur jene Form des Eingedenkens, das mit dem Begriff „Gedächtnis“ treffend umschrieben sei – „als Ort für Erinnerung und für Gedenken.“ (Ebd.)

Christa Wolf hebt damit wesentliche Aspekte hervor, die literarische Texte mit dem Themenschwerpunkt Sterben, Tod und Trauer grundsätzlich

aufweisen, allen voran die künstlerisch-sprachliche Vermittlung jener inneren Frequenzen des Menschen im Umgang mit dem leidvoll Erfahrenen. Das Motiv „Mensch“ bildet seit jeher den zeitlosen Kern der (epischen, lyrischen, dramatischen) Dichtung, die in unterschiedlichen Epochen, literarischen Strömungen und künstlerischen Richtungen immer auch den jeweils zeitgenössischen Menschen in den Blick nimmt, was sich nicht zuletzt in der Ausarbeitung und Umformung der literarischen Gattungen niederschlägt. Ihr gemeinsamer Bezug bleibt, dass der Mensch, sein Leben und seine Würde im Mittelpunkt stehen.

„Worum es der Literatur und dem Geschichtenerzählen geht: Was es heißt, ein Mensch zu sein.“

fasst die amerikanische Schriftstellerin Paula Fox (2011, 77) das Grundanliegen der literarischen Kunst zusammen, die ausdrücklich im Spannungsfeld von Individualität einerseits und Gesellschaft andererseits den Einzelnen in den Mittelpunkt der schöpferischen Betrachtung stellt und damit insbesondere seine Innenperspektive, seine Existenz Erfahrung, seine Daseinslage und seine soziale Bezogenheit. Jenes unerschöpfliche Bedeutungsfeld, „was es heißt, ein Mensch zu sein“, erscheint in seiner ganzen Komplexität, erst recht im Zuge des Wegfallens traditioneller Deutungsmuster, mehr denn je als eine offen bleibende Frage, der gegenüber die Literatur immer wieder die Grundkonstanten menschlicher Existenz hervorhebt und veranschaulicht. „Wer sind Sie?“, fragt in Samuel Becketts epochalem Theaterstück WARTEN AUF GODOT (1953) der Herrenmensch Pozzo die beiden Obdachlosen und erhält prompt Wladimirs legendäre minimalistische Antwort:

„Wir sind Menschen.“

Anschließend verzeichnet die Regieanweisung „*Schweigen*.“ (Beckett, 1976, 86), als wäre allein in dieser Replik alles Wesentliche gesagt und zugleich auf das Tiefste verborgen.

2. Der „Stoff des Lebens“

Mit ihren frühesten Zeugnissen gehören Sterben, Tod und Trauer in unterschiedlicher, auch epochenbedingter Schwerpunktsetzung zum zentralen Themenrepertoire der Dichtung, insbesondere der dramatischen Dichtkunst. Speziell ihre rezeptionsästhetische Wirkung, zu deren bedeutendsten das ästhetische Mitleid gehört, wurde in einer Vielzahl begleitender poetologischer und ästhetischer Diskurse erörtert, fortgeschrieben und transformiert.

Begonnen mit Aristoteles' Poetik, der die nachahmende Darstellung von ernster Handlung und Leben als Kennzeichen der Tragödie definiert, in deren Mitte die Katharsis als Läuterung des Zuschauers zu stehen habe, über Gottfried Ephraim Lessing, demgemäß der mitleidigste Mensch der beste Mensch sei, da er Leiden (mit-)empfinden könne, und Georg Büchner, der in seiner Menschendarstellung das moralische Mitleidsangebot in ein ästhetisches Realismusgebot überführt (um hier nur wenige Autorenaspekte zu nennen), reflektiert die dramatische Dichtung das Ringen mit dem Motiv Mensch auch als ein Ringen um eine grundlegende Öffnung der Kunst für das Motiv des unbehausten, leidenden und ohnmächtigen Menschen. Diese realitätsoffene Option hebt indirekt auch der zeitgenössische Theaterregisseur Peter Brook (1994, 18) hervor, wenn er als Grundvoraussetzung der dramatischen Kunst betont:

„Theater hat keine Kategorien, es handelt vom Leben.“

Folglich zielt das Theater auf eine „Begegnung mit dem Stoff des Lebens, nicht mehr und nicht weniger“ (ebd., 135), getragen von der „Dichte der menschlichen Erfahrung“ sowie der Erkenntnis, „daß eine unsichtbare Welt existiert, die sichtbar werden muß.“ (Ebd., 135. 85) Das Licht des künstlerischen Aktes oder/und der poetisch-literarischen Verdichtung erweitert die Sicht auf die Wirklichkeit und vertieft die Vergegenwärtigung des Menschseins im Horizont der Rätselhaftigkeit seines Lebens und Sterbens. Oder wie P. Brook formuliert:

„Das Leben eines menschlichen Wesens ist das Sichtbare, durch welches das Unsichtbare erscheinen kann.“ (Ebd., 88)

3. Die Mannigfaltigkeit der Sprache

Die Sensibilisierung für die Geheimnishaftigkeit des Lebens, die zuallererst die Ehrfurcht für das Leben voraussetzt, geht einher mit der Suche nach Bedeutung und dem künstlerischen Versuch, die Bedeutung anderen zugänglich machen (was P. Brook u.a. als weiteres Kennzeichen des Theaters charakterisiert, vgl. ebd., 110). Literarisch findet dies auch Ausdruck in diversen Klageformen (Jeremiade, Totenklage, Totenlied bzw. Elegie, Epitaph, Nekrolog; vgl. die summarische Auflistung bei Schertler, 2011, 19f.), in denen tiefgreifende Existenz Erfahrungen artikuliert werden und gerade in der Expliziertheit des formulierten Schmerzes ausgeleuchtet werden. Das möglicherweise tröstliche, gar heilsame Potential von Dichtkunst, das beispielsweise auch in alternativen Therapieformen der Poesie- und Bibliothherapie herangezogen wird, um den Heilungsprozess zu unterstützen, deutet auch die heute gängige

Praxis an, Traueranzeigen neben Bibelstellen ebenso mit poetischen Versen oder literarischen Zitaten zu versehen. Dies verdeutlicht die gesuchte Trost spendende Funktion literarisch-poetischer Aussagen für die Bewältigung des Erlebten.

Gedichtzeilen bilden in diesem Rahmen die Brücke oder den Anknüpfungspunkt, das individuelle Leben und Ableben in einen überindividuellen Bedeutungszusammenhang einzubetten und in den Echoraum von Worten zu stellen, die in ihrer suggestiven Überzeugungskraft und Wahrheit zugleich zeitlos und unvergänglich erscheinen. Denn ausgewählte Verse, Sentenzen oder Textpassagen können auf kleinstmöglichem Raum größtmögliche Sinn-dichte entfalten und tiefsinnige Antworten allein dadurch geben, indem sie zentrale existentielle Fragen aufgreifen. Flankiert wird dies durch den Umstand, dass die Dichtkunst generell Formen bereitstellt und bereits jeder Text in sich Strukturen birgt, die es ermöglichen oder/und dazu animieren, im Freiraum der Kunst das zunächst Formlose und Überwältigende zur Sprache und damit zur Welt zu bringen.

Als Medium der Mitteilung kommt in der Sprache an sich, so Walter Benjamin in seiner Theorie der Sprachmagie, grundsätzlich das geistig-schöpferische Wesen des Menschen zum Ausdruck, wie sie zugleich immer auch „Symbol des Nicht-Mitteilbaren“ (Benjamin, 1992, 48) sein kann. Diese der Sprache innewohnende Komplexität sowie die unerschöpflichen Möglichkeiten sprachlich-semantischer Ausdrucksweisen und ästhetisch-kreativer Formgebungen ermöglichen nicht nur, Sterben, Tod und Trauer zu artikulieren, sondern auch aus der Ausweglosigkeit stummer Trauer und sprachlosen Leids herauszufinden². Denn Literatur lässt sich, so George Steiner,

„als die Maximalisierung der semantischen Inkommensurabilität hinsichtlich der formalen Ausdrucksmittel definieren. [...] Die Mannigfaltigkeit möglicher Bedeutungen [...] ist das Exponentialprodukt aller möglichen sinnvollen oder unsinnigen Welten, insofern diese aufgrund der Interaktion zweier Freiheiten konstruiert, imaginiert, erprobt, bewohnt werden: der des Textes in seiner Bewegung durch die Zeit, und der des Rezipienten.“ (Steiner, 1990, 115)

² Die Möglichkeit, aber mehr noch die Notwendigkeit der sprachlichen Form als Ausdrucksraum überschreitender Wahrnehmung stellt überdies eine grundlegende Gemeinsamkeit zwischen Dichtung und Theologie dar, so Ottmar Fuchs in seiner Studie zu Theologie und Literatur (Ders., 2011, 79): „Was beide aber gemeinsam haben, wenn Dichtung Dichtung und Theologie Theologie sein wollen, ist die für sie immer notwendige Kategorie einer literarischen Form, die die Wahrnehmung transzendiert, sei es als semantische Fiktion, sei es allein in der Form der ästhetischen Gestaltung.“)

4. Die Auslotung des Menschseins

Zu dem Motiv Mensch und zu dem Stoff des Lebens gehört auch, dass die Dichtung gerade in der Darstellung und Ausleuchtung eines nicht-fiktionalen Einzelschicksals auch einen überzeitlichen Aussagewert besitzt, der wiederum aus der literarisch-künstlerischen Gestaltung hervorgeht. Dies trifft u.a. auf jene Werke der europäischen Literatur nach 1945 zu, die persönliche Leiderfahrung im Kontext europäischer Geschichte vermitteln und so das Unfassbare der Shoah sowohl aus dem subjektiven Blickwinkel eigener Erfahrung als auch mit eigenen, individuell-schöpferischen Mitteln bezeugen. Autoren wie Imre Kertész, Elie Wiesel oder Primo Levi agieren als Zeugen ihrer Erzählung, die zugleich ihre Leidenszeugenschaft belegt und durch ihr individuelles Zeugnis von dem Leiden, dem Sterben und dem Tod zahlloser Namenloser kündigt. Der dokumentarische Gehalt dieser literarischen Zeitzeugnisse, der allein schon von unschätzbarem, nicht nur zeitgeschichtlicher Relevanz ist, wird vertieft durch den Einblick in das innere Erleben eines Menschen und seine individuellen Erfahrungswelten.

Die persönliche Lebens- und Leidensgeschichte verleiht der historischen Geschichte ein individuelles Gesicht, in dem sich die zentralen Grundfragen der *Conditio Humana* widerspiegeln. Das eingangs umschriebene Kernanliegen von Literatur, was es heißt, ein Mensch zu sein, erfährt in dieser Engführung eine grundlegende Auslotung. So führen die erschütternden Erlebnisse in dem Vernichtungslager Auschwitz, die Primo Levi in seinem Buch *IST DAS EIN MENSCH?* (1947) schildert, nicht nur zur Hinterfragung des Menschlichen schlechthin. Angesichts der erfahrenen Heillosigkeit und Ausweglosigkeit vermittelt P. Levi auch die mühevoll, schmerzhaft Suchende nach der Bedeutung des Erfahrenen sowie nach Antworten auf die Frage nach dem Sinn von Leiden und danach, wie das an sich Unerträgliche zu ertragen und zu verarbeiten sein kann. Bei P. Levi (1999, 83) führt dies u.a. zu der Einsicht:

„Denn ich bin überzeugt, daß kein menschliches Erleben ohne Sinn ist und eine Analyse nicht verdient, ja, daß man sogar dieser besonderen Welt, von der ich berichte, Grundlegendes abgewinnen kann, mag es auch nicht immer positiv sein.“

Vor dem Hintergrund dieser Menschheitsfrage mahnt der Autor aber auch, und dies ist gleichfalls ein herausragendes Signum moderner Literatur,

„daß unsere Persönlichkeit zerbrechlich ist, daß sie weit mehr in Gefahr ist als unser Leben. Statt uns zu mahnen, ‚Bedenke, daß du sterben muß‘, hätten die alten Weisen

besser daran getan, uns an diese größere Gefahr zu erinnern, die uns bedroht.“ (Ebd., 53)

Entlang der Suche nach Sinn und Bedeutung des Erlittenen verdeutlicht P. Levis Mahnung, dass die Intention des Autors weit darüber hinausgeht, allein die erlebte Geschichte und die ihr innewohnende Problematik mitzuteilen und persönlich zu verarbeiten. Im Kontext der eigenen Leiderfahrung erinnert der Autor insbesondere daran, das Bewusstsein dafür aufrechtzuerhalten, was die Ganzheit und die Würde des Menschen ausmacht, zu der die elementaren Grundwerte Leben, Freiheit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung gehören, die in einem menschenunwürdigen System negiert werden.

Als tiefstmenschliche Bestimmungsgröße trägt die Literatur auf diese Weise nicht nur zur lebendigen Erinnerung bei, sondern auch zum Eingedenken jener ethischen Grundpfeiler, die eine humane Gesellschaft auszeichnen. Dies schlägt sich auch in dem kulturellen Gedächtnis nieder, das durch ein in Kommunikation, Narration und Riten weitergegebenes Wissen über die Vergangenheit lebendig aufrechterhalten wird – ganz zu schweigen von dem individuellen Bewusstsein, das sich, wie neurowissenschaftliche und sozialpsychologische Studien belegen, grundlegend in der Kommunikation miteinander, in der Erzählung und im Austausch der Erfahrungen ausprägt (vgl. dazu die Studie von Welzer, 2011).

Diese Wechselfunktion aus individuellem Zeugnis und überindividueller Bedeutung schließt eine mögliche therapeutisch-heilsame Wirkung literarischer Texte für den Einzelnen, sei es Autor oder/und Leser, durchaus mit ein und erweitert die Grenzen des persönlichen Erfahrungsraums im Kontext historisch-literarischer Lebenserzählungen. Gerade angesichts der Leiderfahrung der Shoah, die auch in dem lyrischen Werk Paul Celans zum Ausdruck kommt, erscheint insbesondere die Poesie „als eine Analogie der Existenz – [als] ein objektloses, offenes Wagnis“ (Sloterdijk 1988, 8). Es bedeutet, in die Tiefen menschlichen Daseins vorzudringen, das Nicht-Sagbare zur Sprache zu bringen und gegen Schweigen und Sprachlosigkeit anzuschreiben. Paul Celan, dessen berühmtes Gedicht *TODESFUGE* thematisch die Massenvernichtung der Juden aufgreift, hebt in einem Brief jene bezeichnende Wechselwirkung hervor, einerseits in seiner Dichtung an die eigenen äußersten Grenzen zu gehen und andererseits gerade dadurch Halt zu finden:

„Ich habe in meinen Gedichten ein Äußerstes an menschlicher Erfahrung in dieser unserer Zeit eingebracht. So paradox das auch klingen mag: gerade das hält mich auch.“
(Celan/Chomed, 2010, 62)

P. Celan bezeugt damit indirekt auch, dass die Möglichkeiten und die Tragfähigkeit der Sprache unermesslich sind. „Nur die Sprache“, so G. Steiner,

„kennt keine konzeptuelle, keine projektive Endlichkeit. Es steht uns frei, *alles* zu sagen, alles Beliebige zu sagen über alles und jedes und über nichts [...]. Die Sprache braucht an keiner Schranke haltzumachen, nicht einmal, was konzeptuelle und erzählerische Konstruktionen anbelangt, an der des Todes.“ (Steiner, 1990, 77f.)

In seiner Meridianrede zur Verleihung des Georg-Büchner-Preises fasst Paul Celan (1992, 200) seine persönliche Erfahrung zu dem Appell zusammen:

„Die Kunst erweitern? Nein. Sondern geh mit der Kunst in Deine allereigenste Enge. Und setze Dich frei.“

5. Neue Wege des Erfahrungsaustausches

Dieses Credo, sich mithilfe der Kunst auf die eigenen Grenzen zuzubewegen, schließt die Ermutigung mit ein, auch die Erfahrung eigener Sterblichkeit zur Sprache zu bringen.

„Der Gemeinde soll mitgeteilt werden, was ich denke über Sterben und Tod und wie ich das Sterben erlebt habe.“,

resümiert Peter Noll (2009, 12) angesichts seiner Krebserkrankung in seinem Buch DIKTATE ÜBER STERBEN UND TOD. Die über einen Zeitraum der letzten neun Lebensmonate verfassten Aufzeichnungen des Juristen P. Noll wurden bald nach ihrem Erscheinen (1984) zu einem Bestseller, ebenso wie das ca. 25 Jahre später erschienene Krebstagebuch von Christof Schlingensiefel SO SCHÖN WIE HIER KANN'S IM HIMMEL GAR NICHT SEIN. Beide autobiographischen Schriften folgen indirekt dem bei P. Noll (2009, 33) zitierten Psalmvers:

„Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, damit wir weise werden.“ (Ps 90, 12)

Es sind persönliche Einsichten und Reflexionen im Umgang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und der Versuch, die eigenen Erfahrungen zu bewältigen und ungeschönt mitzuteilen. Anders als P. Noll, der sich bewusst gegen möglicherweise lebensverlängernde medizinische Maßnahmen entschieden hatte und sehenden Auges den eigenen Tod in naher Zukunft erwartet hatte, sind C. Schlingensiefels Notate (2009) geprägt von Hoffen und Bangen, dem Ringen mit der Krankheit, der Auseinandersetzung mit dem bisherigen Leben und dem, was ihn trägt und prägt.

„Aber im Kern glaube ich, dass ich das Leiden aushalten muss, dass das Sterben Bestandteil dieses Lebens ist und dass das seinen Sinn hat. Das kann man nicht einfach abschaffen, indem man sich irgendeine Spritze geben lässt. Ich will mein Sterben aushalten.“ (Ebd., 62)

Gegenüber dem Spannungsverhältnis, sich der eigenen Freiheit und angstfreien Zukunftsplanungen beraubt zu sehen und andererseits durch die Krankheit zu einer wesentlichen Einkehr bewegt zu werden, kristallisieren sich elementare Einsichten heraus, zu denen fernab eigener Allmachtsphantasien die Erkenntnis eigener Schwäche als Grundeigenschaft des Menschen zählt, die es anzunehmen gilt. „Sich selbst im Fallen zu begreifen ... sich fallen zu lassen, ist schwer.“ (Ebd., 41) Der durch die Krankheit sich vertiefende Lern- und Selbsterkenntnisprozess wird auch hier auf der individuellpersönlichen Erfahrungsebene mitgeteilt, während zugleich ein im Dunkeln liegender Existenz Erfahrungsraum erhellt wird, an dem der Leser Anteil nehmen kann und gemäß der Intention des Autors auch Anteil nehmen sollte.

So hebt C. Schlingensief immer wieder die Notwendigkeit hervor, sich gerade als Kranker oder Sterbender mitteilen zu müssen und die entsprechenden zwischenmenschlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass diese Kommunikation auch gelingen kann. Dies schließt die Frage nach dem angemessenen Umgang von Gesunden und Kranken ebenso mit ein wie die Herausforderung, auf beiden Seiten aufmerksam und sensibel neue Wege des Erfahrungsaustauschs zu suchen.

„Aber man muss doch mit den Leuten ins Gespräch kommen. Wie kommen Leute ins Gespräch, die krank sind? Oder die, die sich ernsthaft Gedanken darüber machen, wie sie demnächst ihre Eltern versorgen sollen? Oder die, die um ihr Kind trauern? Sie wurschteln alle alleine vor sich hin, ja, danke der Nachfrage, geht schon, ich schaff das schon. Sie wissen, dass im Kern niemand wirklich wissen will, wie es ihnen geht. Da muss man doch neue Wege finden, um Erfahrungen zu teilen. Auch zwischen Kranken und Gesunden. Mit anderen diese Dinge zu teilen – darum muss es gehen.“ (Ebd., 104)

Zu den „neuen Wegen, Erfahrungen auszutauschen“ gehört, dass der Theatermensch C. Schlingensief das Tagebuch seiner Krebserkrankung verfasst und publiziert und sie auch zum Thema weiterer öffentlichkeitswirksamer Theateraktionen macht. Damit trägt er dazu bei, der Sprachlosigkeit zu begegnen, Mut zu machen, die eigene Geschichte beim Namen zu nennen und eine Öffentlichkeit für das Thema Krankheit, Sterben und Tod aus der Per-

spektive eines Betroffenen herzustellen. Zugleich verdeutlicht die große Publizität dieses Buches auch, dass durchaus Bedarf und Nachfrage für derartige Publikationen bestehen, die keineswegs mit Voyeurismus oder mit der Prominenz des Autors zu erklären sind. Ein wesentlicher Grund mag darin liegen, dass auch Angehörige den Umgang mit Schwerstkranken als existentielle Herausforderung erfahren, die an ihre körperlichen und seelischen Grenzen ebenso reicht wie an das beschränkte eigene Vermögen, sich miteinander austauschen und das resignierende Schweigen durchbrechen zu können. Auch dies meint C. Schlingensiefel, wenn er pointiert formuliert:

„Nicht der Leidende ist der, der eine Prüfung macht, sondern der, der auf den Leidenden trifft.“ (Ebd., 168)

Dass dies auch Skepsis und Häme seitens der Öffentlichkeit einbringen kann, zeigt ein posthum veröffentlichter Kommentar C. Schlingensiefels, dem damals vermeintlich berühmtesten Krebskranken der Republik. Er verteidigte sich auf die Kritik von Zeitungsmedien wegen der vermeintlichen Zur-Schau-Stellung des eigenen Leidens eben mit dem Argument, wie wichtig es wäre, gerade aus Sicht der Betroffenen das eigene Anliegen und die eigenen Erfahrungen zu kommunizieren:

„So sieht’s also aus: ‚Wer hat geil Krebs?‘ So einen Dreck schreibt jetzt also der *Freitag*? Boulevarddreck wie der Artikel in der FAZ: ‚Lasst uns mit eurem Krebs in Ruhe?‘ Sollen wir wirklich unsere Schnauze halten? [...] Wie viele Leute haben Krebs und sehnen sich danach, dass sie mal nachlesen können, was da eigentlich los ist. Und zwar nicht in diesen Horrorforen im Internet mit allem Horrorschnickschnack, den man sich vorstellen kann. [...] Die Briefe liegen hier bei mir. Menschen, die nicht mehr wissen, was sie tun sollen. Die keinem Gott im weißen Kittel ihre Fragen stellen wollen, weil sie Angst haben, anschließend blöd behandelt zu werden. Wissen Sie eigentlich, was man als Krebskranker für eine unglaubliche Angst hat? [...] Sollen wir alle ganz ehrenhaft schweigen, damit wir diese schreienden Gesundheitsbilder im TV nicht stören? [...] Ich kenne mittlerweile Tausende von Leuten, die Angst haben, zu ihrem Krebs, zu ihrer Verzweiflung, zu ihrer Depression Fragen zu stellen. [...] Was nun? Schnauze halten? [...] Ich denke gar nicht daran! Ich werde bis zum letzten Moment von dem erzählen, was Sie sich nicht vorstellen können. Wenn ich Sie damit nerve, dann legen Sie mein Buch oder

meine Texte einfach zur Seite. Saufen Sie sich die Sache abends gemütlich. [...]“ (Schlingensief, 2012, 21f.)

Wie allein der rhetorische Wechsel aus „Ich“ und „Wir“ zeigt, erhebt C. Schlingensief die Stimme für ein Kollektiv namenloser Kranker, denen er durch sein individuelles Zeugnis eine Sprache und ein Gesicht verleihen will, um für ihr gemeinsames Anliegen zu sensibilisieren, Öffentlichkeit herzustellen und – auch dies ist ein Kernanliegen der Literatur – für die weitgehende Autonomie des Menschen bis hinein in seine letzte Lebensphase einzutreten.

6. Die Bewahrung eigener Autonomie

Die sozial-kommunikative Dimension, aus der Sprachlosigkeit und dem diskreten Verschweigen herauszutreten und die eigene Krankheits-, Leidens- oder Trauererfahrung mitzuteilen, schließt die anthropologische Dimension mit ein, den Menschen von seiner Sterblichkeit, seiner Fragilität und seiner Endlichkeit her zu begreifen und zu bejahen. Wie allein das Beispiel C. Schlingensiefs zeigt, bedeutet dies auch, den Menschen im Horizont seines Geistes, seines Innenlebens, seiner individuellen Sehnsüchte und Träume zu sehen.

Dazu gehört freilich auch der Wunsch nach Ewigkeit und nach Verewigung von Zeitlichkeit, der in der Dichtkunst u.a. in Form des wiederkehrenden Themas des Abschieds, mitunter als Form der Verabredung mit dem Unendlichen, auftaucht. Der literarische Topos des Abschieds, jene „Grundfigur der literarischen Phantasie seit ihren Anfängen“ (Bohrer, 1997, 10), reflektiert das Ringen um eine Ewigkeitsperspektive, deren Verlust und Wiedergewinnung große Literatur auszeichne, so Karl Heinz Bohrer in seiner grundlegenden Studie zur Theorie der (literarischen) Trauer. So artikulieren dies u.a. Rainer Maria Rilkes berühmte Verse:

„Sei allem Abschied voran, als wäre er hinter
dir, wie der Winter, der eben geht.“ (Rilke, 1991, 224)

Der Vorgriff auf den anstehenden Abschied färbt die Gegenwart im Hinblick auf das bald schon Gewesene ein und ernüchtert den Blick, eine Haltung, die sich im 20. Jahrhundert beispielsweise in der sachlichen Betrachtungsweise der Lyrik Gottfried Benns herausprägt. Die Hervorhebung der Unwiederbringlichkeit der vergangenen Zeit und des gelebten Lebens, die u.a. in G. Benns berühmten letzten Gedicht KANN KEINE TRAUER SEIN (1956) die lyrische Rede bestimmt, erscheint als eine für die Lyrik des 20. Jahrhunderts charakteristische Abschiedsreflexion, die von dem Entschiedensein des Abschiedgenommenhabens ausgeht (vgl. Bohrer, 1997, 32f.).

KANN KEINE TRAUER SEIN

In jenem kleinen Bett, fast Kinderbett, starb die Droste
(zu sehn in ihrem Museum in Meersburg),
auf diesem Sofa Hölderlin im Turm bei einem Schreiner,
Rilke, George wohl in Schweizer Hospitalbetten,
in Weimar lagen die großen schwarzen Augen
Nietzsches auf einem weißen Kissen
bis zum letzten Blick –
alles Gerümpel jetzt oder gar nicht mehr vorhanden,
unbestimmbar, wesenlos
im schmerzlos-ewigen Zerfall.

Wir tragen in uns Keime aller Götter,
das Gen des Todes und das Gen der Lust –
wer trennte sie: die Worte und die Dinge,
wer mischte sie: die Qualen und die Statt,
auf der sie enden, Holz mit Tränenbächen,
für kurze Stunden ein erbärmlich Heim.

Kann keine Trauer sein. Zu fern, zu weit,
zu unberührbar Bett und Tränen,
kein Nein, kein Ja,
Geburt und Körperschmerz und Glauben
ein Wallen, namenlos, ein Huschen,
ein Überirdisches, im Schlaf sich regend,
bewegte Bett und Tränen –
schlafe ein!

6.1.1956 (Benn 2003, 5)

Die darin verborgene Frage nach dem Verhältnis von Menschlichem und Göttlichem hinterfragt im Kontext von Vergänglichkeit und Ewigkeit auch die Beziehung von Körper und Geist, der sich mit dem Annehmen der Sterblichkeit und des anstehenden Abschiednehmens von der Welt ein letztes Mal als Souverän behauptet („schlafe ein!“). Die Behauptung des Geistes bzw. die Aufrechterhaltung des Ich führt in einem der letzten Gedichte Bertolt Brechts, ALS ICH IN WEIßEM KRANKENZIMMER DER CHARITÉ, zu einer milderen und freundlicheren Abschiedsgeste. Sie offenbart auch, dass die Überwindung der Todesangst die eigentliche autonome Leistung des Geistes darstellt:

ALS ICH IN WEIßEM KRANKENZIMMER DER CHARITÉ

Als ich in weißem Krankenzimmer der Charité
Aufwachte gegen Morgen zu
Und die Amsel hörte, wußte ich
Es besser. Schon seit geraumer Zeit
Hatte ich keine Todesfurcht mehr. Da ja nichts
Mir je fehlen kann, vorausgesetzt
Ich selber fehle. Jetzt
Gelang es mir, mich zu freuen
Alles Amselgesanges nach mir auch.

(Brecht, 1976, 1031)

7. Das Eingedenken der Erfahrung

Die Bewahrung eigener Autonomie schließt die Bewahrung der eigenen Geschichte mit ein, wie die Literatur durch unzählbare Zeugnisse veranschaulicht. „Künstlerische Wahrheit ist Treue zu sich selbst und zu seiner Zeit[...]“, definiert Marie Luise Kaschnitz (1993, 301) den Wahrheitsgehalt von Dichtung bzw. von Lyrik, zu deren Grundvoraussetzung wesentlich die Erinnerung zählt, die von alters her generell als Muse der Dichtkunst angesehen wird. Die Erinnerung bzw. das künstlerisch-produktive Erinnern vermittelt zugleich, dass die Zeit eine zentrale Anschauungskategorie des Subjekts ist, die nach Aurelius Augustinus allein „in der Seele“ (1988, 318) ist. Folglich zielt eine schöpferische Erinnerung, wie insbesondere das Werk Marcel Prousts zeigt, nicht auf die Rekonstruktion von Wirklichkeit, sondern stets, im Sinne Walter Benjamins, auf das Eingedenken der Erfahrung (vgl. Benjamin 1977, 385-410).

Die individuelle Weise eigener Erfahrungsverarbeitung manifestiert sich daher insbesondere im Umgang mit der vergehenden Zeit, deren Bedeutung im Spannungsfeld von Gegenwart und Vergänglichkeit immer auch als künstlerisch zu gewinnende Eigenzeit gesucht wird. Die Bewahrung des Subjektiv-Imaginären erschließt sich in den verschiedenen Weisen des Eingedenkens und führt überdies zur Aufrechterhaltung des individuellen Selbstgefühls, das in der Erfahrung eigener Gegenwart konkretisiert wird. Die künstlerische Erinnerung stellt somit das Handlungsparadigma einer schöpferischen Geisteshaltung dar, die nicht rückwärts gekehrt ist, sondern sich unter Rückgriff auf die Vergangenheit der Anschauung der Gegenwart zuwendet.

Als Muse des poetisch-kreativen Prozesses zeigt die literarische Erinne-

rung daher auch an, dass die Erinnerung an sich eine zentrale menschliche Ressource im Umgang mit dem Themenkomplex Vergänglichkeit, Sterben, Tod und Trauer ist. Diese Verschränkung kommt auch in dem eingangs besprochenen Buch ÜBERLEBNIS zum Ausdruck, das im Kontext der erzählten Geschichte das hervorhebt, was hier der möglicherweise bedeutsamste Beitrag der Literatur sein kann. Es ist zwar der Tod ihres Gatten, den die Autorin U. Berkéwicz (2008) zu bannen versucht, aber mehr noch das Vergessen, das den endgültigen Verlust erst eigentlich vollzieht.

„Die Angst, die ich immer noch habe, ist die, zu vergessen.
Vergessen ist verlieren, ist Verlorensein.“ (Ebd., 13)

Auf diese Weise konturiert sich das Schreiben als ein Angehen und ein Anschreiben gegen das Vergehen der Zeit, dessen Gegenstück das zeitlose Glück des gemeinsamen Lebens ist, das unter dem ungenannten elften Gebot steht: „Du sollst nicht sterben“ (Wolf, 2012, 34).

So erschreibt sich die Autorin ein Leben mit und nach dem Tod des Lebenspartners und folgt den Worten als Erinnerungsspur in die unvergängliche Gegenwart der Eigenzeit. Gegen Ende des Textes stellt sich daher die Zuversicht ein, die Gefahr des erinnerungslosen Vergessens gebannt zu haben,

„weil die Erinnerung beginnt. Nicht eine Handlung, kein Ereignis, ein Zustand und eine Gegenwart.“ (Berkéwicz, 2008, 137)

Der Prozess des Schreibens bzw. die Erzählung selbst führt so zur Erinnerung, während die Erinnerung die schöpferische Entstehung des Textes (mit-)hervorbringt. Dabei geht es auch hier nicht um eine fixierende Chronologie der Ereignisse oder eine akribisch realitätsnahe Inventarisierung des je Gewesenen, sondern, wie sich an ÜBERLEBNIS zeigt, um das Hereinholen des Vergangenen und des Vergehenden in das Jetzt der Erzählung. Sie stiftet eine zeitlose Gegenwart und wendet den drohenden endgültigen Verlust durch das Vergessen ab, was zu der Überlegung führt:

„Vielleicht sind unsere Toten unsere Zukunft? Vielleicht ist Zukunft unsere Erinnerung?“ (Ebd.)

8. Die Erfahrung ganzheitlicher Gegenwart

Jene offen-kreative Auseinandersetzung mit dem Tod, die Christa Wolf in der eingangs zitierten Textpassage hervorhebt, unterstützt daher auch insofern einen „humanen Umgang [...] mit den Lebenden, miteinander“, als die Literatur schöpferisch-vitale Energien in der Durchquerung der Trauer freisetzt und

gerade im Hinblick auf die immer wieder individuell zu durchleuchtende Bedeutung für den Einzelnen diesen Prozess unterstützt oder gar ermöglicht. Die literarische Auseinandersetzung mit dem Motiv Mensch und die künstlerische Bearbeitung des Grundstoffs Leben im Horizont individueller Erfahrungswelten und vielfältiger Bedeutungsschichten erweitern die Erfahrung der Wirklichkeit zu einem vertieften Erfahrungsraum ganzheitlicher Gegenwart, oder in den Worten des Schriftstellers Thomas Hettche (2012, 130): „Die Erfahrung eines Geschenkes, ganz gesehen zu werden, das uns die Literatur macht. Und jene, die darin leben.“

An die spirituelle Seite dieser Erfahrung erinnert das Gedicht AUFERSTEHUNG von Marie Luise Kaschnitz (1996, 15), das, ohne an das biblische Ereignis gebunden zu sein, eine Ahnung von Unsterblichkeit vermittelt, vielleicht weil es sich auch von der Ahnung jener unermesslichen Kraft getragen weiß, die der Sprache innewohnt und sich in der Dichtung Form, Gestalt und Ausdruck schafft.

AUFERSTEHUNG

Manchmal stehen wir auf
Stehen wir zur Auferstehung auf
Mitten am Tage
Mit unserem lebendigen Haar
Mit unserer atmenden Haut.

Nur das Gewohnte ist um uns.
Keine Fata Morgana von Palmen
Mit weidenden Löwen
Und sanften Wölfen.

Die Weckuhren hören nicht auf zu ticken
Ihre Leuchtzeiger löschen nicht aus.

Und dennoch leicht
Und dennoch unverwundbar
Geordnet in geheimnisvolle Ordnung
Vorweggenommen in ein Haus aus Licht.

(Marie Luise Kaschnitz)

Literaturverzeichnis

- Augustinus, A. (1988): Bekenntnisse. Eingeleitet und übertragen von Wilhelm Thimme (5. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Beckett, S. (1976): Warten auf Godot. In: Ders., Werke. Band I: Dramatische Werke (S. 7-99). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Benjamin, W. (1977): Der Erzähler. In: Ders., Illuminationen. Ausgewählte Schriften 1 (S. 385-410). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Benjamin, W. (1992): Über Sprache überhaupt und über die Sprache des Menschen. In: Ders., Sprache und Geschichte. Philosophische Essays (S. 30-49). Stuttgart: reclam.
- Benn, G. (2003): Kann keine Trauer sein. In: Ders., Gesammelte Werke 1. Gedichte. Herausgegeben von Wellershoff, D. (S. 5). Frankfurt/M.: Zweitausendeins.
- Berkéwicz, U. (2008): Überlebens. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bohrer K. H. (1997): Theorie der Trauer: Baudelaire, Goethe, Nietzsche, Benjamin (2. Auflage). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Brecht, B. (1976): Als ich in weißem Krankenzimmer der Charité. In: Ders., Gesammelte Gedichte. Band 3 (S. 1031). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Brook, P. (1994): Das offene Geheimnis. Gedanken über Schauspielerei und Theater. Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Celan, P. (1992): Der Meridian. Rede anlässlich der Verleihung des Georg-Büchner-Preises (1961). In: Ders., Gesammelte Werke in fünf Bänden. Dritter Band: Gedichte III. Prosa. Reden (2. Auflage, S. 187-203). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Celan, P. u. Chomed, G. (2010): „Ich brauche Deine Briefe“. Berlin: Suhrkamp.
- Derrida, J. (2003): Ein Zeuge von jeher. Maurice Blanchot, Der Augenblick meines Todes. Berlin: Merve.
- Fox, P. (2011): Die Zigarette und andere Stories, München: C.H. Beck.
- Fuchs, O. (2011): Im Raum der Poesie. Theologie auf den Wegen der Literatur. Ostfildern: Schwaben.
- Hettche, T. (2012): Totenberg. Köln: Kiepenheuer&Witsch.
- Kaschnitz, M. L. (1996): Auferstehung. In: Dies., Gedichte (8. Aufl.). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kaschnitz, M. L. (1993): Schwierigkeiten, heute die Wahrheit zu schreiben. In: Dies., Zwischen Immer und Nie (S. 300-303). Frankfurt/M.: Insel.
- Levi, P. (1999): Ist das ein Mensch? Frankfurt/M.: Fischer.
- Noll, P. (2009): Diktate über Sterben und Tod. Mit der Totenrede von Max Frisch. München: Piper.
- Rilke, R. M. (1991): Die Sonette an Orpheus. Zweiter Teil, XIII. In: Ders.,

- Duineser Elegien. Die Sonette an Orpheus (8. Auflage). Zürich: Manesse.
- Schertler, E.-M. (2011): Tod und Trauer in der deutschsprachigen Gegenwartsliteratur. Innsbruck: StudienVerlag.
- Schings, H.-J. (1980): Der mitleidigste Mensch ist der beste Mensch. Poetik des Mitleids von Lessing bis Büchner. München: C.H. Beck.
- Schlingensief, C. (2009): So schön wie hier, kann's im Himmel gar nicht sein. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Schlingensief, C. (2012): Ich glaub', ich war's. (Hrsg. von Laberenz, A.). Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Sloterdijk, P. (1988): Zur Welt kommen – zur Sprache kommen. Frankfurter Vorlesungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Steiner, G. (1990): Von realer Gegenwart. Hat unser Sprechen Inhalt? München: Carl Hanser.
- Welzer, H. (2011): Das kommunikative Gedächtnis. Eine Theorie der Erinnerung (3. Auflage). München: C.H. Beck.
- Wolf, C. (2012): Der Tod als Gegenüber. Zu Überlebens von Ulla Berkéwicz. In: Dies., Rede, daß ich dich sehe. Reden, Essays, Gespräche (S. 47-54). Berlin: Suhrkamp.

Altern und Sterben. Gerontologische Skizzen

Ulrich Feeser-Lichterfeld

Wenn wir vom Tod eines entfernteren Verwandten hören oder erzählt bekommen, dass ein Freund eines Freundes gestorben sei, fragen wir in einer ersten Reaktion oftmals nach dem Alter des Verstorbenen. Von der Antwort hängt ab, ob wir diesen Sterbefall als verfrüht einordnen oder uns und andere damit trösten, dass der Verstorbene ja *ein gesegnetes Alter* erreicht habe und sein Tod eine *Erlösung* sei. Alter und Tod, oder um das prozessdynamische Wortpaar zu nutzen: Altern und Sterben stehen in einem nicht nur phänomenologisch engem Zusammenhang. Dieses Gefüge soll im Folgenden mittels einiger skizzenhafter Schlaglichter etwas näher ausgeleuchtet werden.

1. Vorbemerkungen

In einem ersten Schritt wird der Anwachs an Lebenserwartung rekapituliert und mit der unter Gegenwartsbedingungen ausgesprochen wahrscheinlichen Aussicht auf das Erleben des eigenen Alters in Beziehung gesetzt (2.). Die Lebensspanne hat sich jedoch nicht nur quantitativ verlängert, inmitten des (post-)modernen Projekts des eigenen Lebens gilt es, dieses Leben und damit auch das eigene Altern und Sterben vielmehr durch Wahlentscheidungen auch eigenverantwortlich zu gestalten (3.).

Die folgenden Abschnitte rekurren auf empirische Forschungen über Einstellungen von älteren und alten Menschen zu Sterben und Tod (4.) bzw. zur allgemeinen Lebenssituation im Alter (5.). Von Interesse sind dabei nicht nur die Befragungsergebnisse, sondern auch die in den entsprechenden Forschungszugängen ein- bzw. ausgeblendeten Altersbilder und Wertzuschreibungen einer bewussten Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Menschen. Erstere und damit die Frage, wen wir überhaupt meinen, wenn wir von *Älteren* und *Alten* sprechen, stehen im Mittelpunkt des nächsten Abschnitts (6.), gefolgt von einigen Überlegungen zur Annahme der eigenen Endlichkeit als Entwicklungsaufgabe (besonders) des Alters (7.).

Zum Schluss des Beitrags wird das diesen Sammelband umklammernde Motiv von *Wegbegleitung*, *Trost* und *Hoffnung* aufgegriffen und pastoralanthropologisch argumentiert, dass solche Wegbegleitung am besten im wechselseitigen Miteinander von Alten und Noch-Nicht-Alten erfolgt (8.).

2. Von der Gewissheit des Todes – und des Alters

Seit Beginn entsprechender statistischer Aufzeichnungen am Ende des 19. Jahrhunderts kann nachverfolgt werden, dass Menschen ein immer höheres Lebensalter erreichen. So hat sich die Lebenserwartung Neugeborener dank der Fortschritte in der medizinischen Versorgung, Hygiene, Ernährung und Wohnsituation sowie der verbesserten Arbeitsbedingungen und des gestiegenen Wohlstands mehr als verdoppelt. 60-jährige Männer hatten 1871/1881 im Durchschnitt noch 12 Jahre zu leben. 2007/09 waren es bereits 21 Jahre. Bei den Frauen ist diese Entwicklung noch stärker ausgeprägt: Lag der Wert für den Zeitraum 1871/1881 noch bei knapp 13 Jahren, so konnten 60 Jahre alte Frauen 2007/2009 durchschnittlich noch rund 25 weiteren Lebensjahren entgegensehen (vgl. Hradil, 2012).

Derzeit ist kein Ende des Trends abzusehen, dass die Menschen in Deutschland im Durchschnitt immer älter werden. Im Jahr 2060 könnte jeder zweite neugeborene Junge mindestens 87 Jahre alt werden, jedes zweite neugeborene Mädchen mindestens 91 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009). Vaupel und Kistowski (2005) halten derartige Schätzungen noch für untertrieben: Seit 1950 habe sich die Zahl der Menschen, die 100 Jahre oder älter wurden, in jedem Jahrzehnt mindestens verdoppelt. Wer im 21. Jahrhundert geboren wird, habe demnach sogar eine Chance von 1:1, den 100. Geburtstag zu feiern.

Wo die durchschnittliche Lebenserwartung so stark ansteigt wie hierzulande, bleibt das individuelle Erleben verlängerter Lebensspannen inmitten einer Gesellschaft des langen Lebens – und hier insbesondere die Aufgabe, das eigene Alter zu gestalten und zu bewältigen – nicht unberührt. Anders als seine Vorfahren sieht Simone de Beauvoir den modernen, zu Langlebigkeit bestimmten Menschen in ihrer 1970 erstmals erschienen Schrift „Das Alter“ vor die Alternative gestellt, entweder vorzeitig zu sterben oder zu altern (vgl. Beauvoir, 2004). Was inzwischen als selbstverständlich gilt, gewinnt erst in der historischen Analyse seine originäre Kontur: Die Zunahme der Lebenserwartung bringt mit sich,

„daß nun praktisch alle Geborenen – ganz anders als früher – eine Kindheit und eine Jugend haben, und daß sie die verschiedenen Phasen des Erwachsenenlebens durchlaufen, alles bevor sie älter und schließlich alt werden. Wir können erstmals mit größerer Wahrscheinlichkeit denn je von früher Jugend an mit dem Erreichen der uns vorhergesagten durchschnittlichen verlängerten Lebensspanne rechnen, können unser Leben erstmals von einem relativ kalkulierbaren Ende her gestalten.“ (Imhof, 1994, 188)

Wo das Leben in der Regel nicht vorzeitig und plötzlich endet, sondern nach allen Regeln der Wahrscheinlichkeit „sicher“ von der Lebensphase Alter (die selbst wieder einige Jahrzehnte Lebenszeit umfassen kann) abgeschlossen wird, haben nahezu allen Frauen und Männern die Möglichkeit (oder – aus anderer Perspektive beschrieben – die Notwendigkeit), sich auf den eigenen Tod vorzubereiten.

3. Das Projekt des eigenen Sterbens im eigenen Leben

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Tod erfolgt nicht kontextlos. Als Kinder der (Post-)Moderne haben nahezu alle Zeitgenossen gelernt, was es heißt, ihr Leben als das der eigenen Gestaltungsmacht und Gestaltungslast unterworfen zu betrachten und zu leben. Vorgeprägte *Normalbiographien* mit ihren milieuspezifischen und lebensphasentypischen Verläufen haben sich unter dem Eindruck (post-)moderner Individualisierung der Lebensformen zur *Wahlbiographie*, zur *reflexiven Biographie* und zur *Bastelbiographie* gewandelt – und damit (um die zum zeitdiagnostischen Klassiker avancierte Terminologie von Beck und Beck-Gernsheim, 1994, weiterzuführen) zur *Risikobiographie*.

Wo sich Leben zur interindividuell pluralen und intraindividuell unvorhersehbaren Wahlbiographie gewandelt hat, werden die Last der Verantwortung und das Risiko der Freiheit nur allzu oft spürbar. Die eigene Biographie ist eingespannt zwischen Erwartungshaltung und Erwartungsdruck, Kompromisse zwischen Wunsch und Wirklichkeit fallen schwer und werden zuweilen lieber aufgeschoben, bis sich vermeintlich günstigere Entscheidungskonstellationen finden. Dabei suggerieren die (faktischen oder vermeintlichen) Wahlmöglichkeiten nicht selten eine geringe Tragweite der jeweils anstehenden Entscheidung – als ob jeder vollzogene Schritt leicht korrigierbar wäre und eine neue Richtung eingeschlagen werden könne.

Das *Projekt des eigenen Lebens* verlangt aber gegen solche Relativierungen geradezu nach einer Aufwertung und sieht in der Möglichkeit des gewissenhaften Abwägens und Auswählens dazu die Chance. Da Wählen immer auch auf Optionen zu verzichten heißt, erfährt der (post-)moderne Mensch dabei häufig einen immensen Entscheidungsdruck. In dieser Konstellation scheint dem Einzelnen alles möglich, nur nicht der Verzicht auf eine selbst getroffene Entscheidung.

Inmitten dieser Ambivalenz eines zur Wahl gestellten Lebens steht auch die Auseinandersetzung des Menschen mit Sterben und Tod. Wissend um die Unausweichlichkeit des Lebensendes hat sich der Mensch gegenüber dieser anthropologischen und existentiellen Konstante zu verhalten. Die Kontingenz,

mit der Sterben und Tod behaftet sind, erschwert vielen dieses Unterfangen. Gewichtige Inter- und intrapersonale Bewertungsunterschiede lassen den Tod einmal als ein Übel und dann wieder als Erlösung erscheinen. Immer aber fordert das (Risiko-)Projekt eines eigenen Lebens auch das eigene Sterben, d. h. das bewusste, je individuelle Sterben, und den „Tod in eigener Regie“ (Gronemeyer, 2004, 55): „Das moderne Individuum, das es gelernt hat, sein Leben als eine Projekt- und Planungsaufgabe zu begreifen, beginnt nun zu realisieren, dass auch der letzte Lebensabschnitt Planungsaufgaben stellt.“(Ebd.) Kurzum: Sehnsucht und Imperativ eines *gelingenden Lebens* sucht den *guten Tod*. Diesem Wunsch steht allerdings die von vielen erlebte bzw. beobachtete Praxis von Sterben und Tod in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Privathaushalten entgegen. Hinweise auf Schmerz, Einsamkeit und Sinnmangel werden sensibel registriert, scheinen sie doch der Forderung nach einem *guten Tod* fundamental zu widersprechen.

In Form eines Essays hat Christian Schüle (2012) jüngst genau diese Sorge um das eigene Sterben aufgegriffen und mit der lange gültigen Annahme einer verbreiteten Verdrängung des Todes kontrastiert. Seine These:

„Der Tod kehrt ins Leben zurück. Die Gesellschaft formuliert bisher ungewohnte Aussagen über Leid, Schmerz und Trauer und entwirft neue Bilder und Begriffe vom Leben und Sterben. Allgemeinverbindliche Regelungen gibt es nicht mehr, Weltanschauungen spielen dabei kaum noch eine Rolle. [...] Der Mensch von heute lässt sich seinen Tod nicht mehr aus der Hand nehmen.“ (Ebd., 39)

Würdevolles Sterben erschlosse sich längst nicht mehr mittels der (vermeintlichen oder tatsächlichen, auf jeden Fall gefürchteten) Instrumentalisierung und Fremdbestimmung durch eine religiöse Weltanschauung, die moderne Medizin oder staatliche Bürokratisierung. Immer mehr setze sich die Einsicht durch, dass es in der Gestaltung von Sterben und Tod um das zu gehen hat, was der Einzelne als für sich würdevoll erkennt. Neu komme eine *ars moriendi* in den Blick, eine *Kunst des guten Sterbens*, die heute völlig entchristlicht gedacht, zu einem bewussten Umgang mit dem Sterben anleitet, die Frage „Wie soll *nicht* gestorben werden?“ in das Zentrum der Auseinandersetzung rückt und zum Beispiel Hospize als Idealorte des Sterbens entdecken lässt. Alles in allem birgt diese Entwicklung für Schüle eine große Chance:

„Eine sich dem Imperativ des unbedingten Fortschritts ausliefernde Gesellschaft, die im Strudel des demografischen Defizits zugleich Gefahr läuft, ihre Reproduktion zu verpassen, beginnt allmählich, so scheint es, das Leben auch vom Tode her zu denken.“ (Ebd.)

4. Einstellungen von älteren und alten Menschen zu Sterben und Tod

Wenn Selbstbestimmung, verstanden als die Fähigkeit von Personen, „das eigene Leben so zu führen, wie sie es unter den gegebenen Umständen nach eigener Einschätzung wollen“ (Seel, 2006, 131), für das Lebensgefühl in einer modernen und auch spätmodernen Gesellschaft zentral ist, dann eröffnen sich noch einmal neue Perspektiven auf Einstellungen zu Alter(n), Sterben und Tod. Alter, zumindest das fortgeschrittene und von Gebrechlichkeit und diversen Unterstützungsbedarfen gekennzeichnete *hohe Alter*, werden von vielen Menschen als Infragestellung der doch subjektiv so bedeutsamen Selbstbestimmung betrachtet. Sterben und Tod drohen dann die Möglichkeit zur Selbstverfügung gänzlich aus der Hand zu nehmen.

Mettner (2004, 645f.) benennt die Angst, Angehörigen und Pflegenden zur Last zu fallen oder zunehmend abhängig von fremder Hilfe zu werden, sowie die Sorge, im Selbstbestimmungsrecht verletzt und zum Objekt medizinischer Behandlung gemacht zu werden und nicht sterben zu dürfen, weil Leben und Leiden mit aller Kraft verlängert werden, als zentrale Befürchtungen. In Konsequenz all dessen werden Älterwerden und Alter, so Ludger Honnefelder (2011, 150), gegenwärtig zumeist höchst ambivalent erfahren:

„Auf der einen Seite wachsen mit dem Alter Einsicht, Selbstverfügung und Selbsttranszendenz [...], weshalb wir zu Recht dem Alter besondere Wertschätzung entgegen bringen und von einer *Weisheit des Alters* sprechen. Auf der anderen Seite ist das Älterwerden mit einem wachsenden Verlust an physischer und mentaler Autonomie und die Erwartung eines mit dem Tod endenden Abstiegs vom Lebenshöhepunkt verbunden.“

Von daher stelle die „Erhaltung des Lebens in seiner jugendlichen Fülle [...] das maßgebliche Ziel dar, Altern erscheint als Phänomen der Degeneration, das zu vermeiden oder zumindest herauszuschieben ist.“ (Ebd., 151) In der lebenslangen Auseinandersetzung um Sterben und Tod, die mit zunehmendem Alter an Stellenwert und Raum gewinnt, wird es

„in einer Welt, in der technischer Fortschritt immer neue Möglichkeiten eröffnet, offenbar immer schwerer, das Unmögliche, nämlich das Abwenden des eigenen Todes, zu akzeptieren und anzunehmen. Negative Altersbilder, die sich in einer gesellschaftlich verbreiteten Nichtakzeptanz eigener Endlichkeit und in ‚Anti-aging-Bewegungen‘ äußern, mögen diese Verdrängung auf Mikro- wie auf Makroebene noch intensivieren.“ (Engel, 2012, 237)

Aus thanatopsychologischer Forschungsperspektive nennt Joachim Wittkowski (2005) denn auch *Angst* und *Akzeptanz* als die zwei für das Verständnis menschlichen Erlebens und Verhaltens in diesem Kontext zentralen und voneinander unabhängigen Einstellungen gegenüber Sterben und Tod. Ängste und Befürchtungen im Blick auf das Lebensende lassen sich grundsätzlich in vier Dimensionen aufteilen: „Angst vor dem eigenen Sterben“, „Angst vor dem Sterben anderer Menschen“, „Angst vor dem eigenen Tod“ und „Angst vor dem Tod/Verlust anderer Menschen“, wobei sich die Forschung fast ausschließlich auf die Erfassung von Ängsten gegenüber dem eigenen Sterben und Tod konzentrierten. Angst und Unbehagen beim Gedanken an den eigenen Tod können dabei, so Wittkowski, gleichermaßen aus vergangenheitsbezogenes wie zukunftsbezogenes Missfallen resultieren:

„Während im frühen und mittleren Erwachsenenalter zukunftsbezogenes Bedauern die entscheidende Variable sein dürfte, ist es wegen des großen Anteils an gelebtem und des geringen Anteils an noch verbleibendem Leben das vergangenheitsbezogene Bedauern, das für die Ausprägung der Angst vor dem eigenen Tod verantwortlich ist.“ (Ebd., 71)

Mit ihrer Konzentration auf die Angst vor dem Tod hat, so die Kritik von Wittkowski (2005, 76), die Forschung an alten Menschen die Möglichkeit einer akzeptierenden Haltung „völlig außer Acht gelassen“. Dies sei insofern erstaunlich, „als man das Akzeptieren des Todes – des eigenen wie auch desjenigen von Bezugspersonen – und das Akzeptieren des Sterbeprozesses als einen Indikator für erfolgreiches Altern betrachten kann.“ (Ebd.) Das Akzeptieren von Sterben und Tod könne in *neutraler* Hinsicht erfolgen, d. h. es besteht nüchterne Einsicht in die Unausweichlichkeit des Lebensendes, da solche Endlichkeit nun einmal zum Menschsein gehöre. Ein *vermeidungsorientiertes Akzeptieren* sieht im Tod dagegen die Chance zur Flucht vor bzw. Beendigung von einem subjektiv als unerträglich empfundenen Leiden. Inmitten eines Strebens nach intensiverem Leben und geglücktem Sterben speist sich das *annäherungsorientierte Akzeptieren* schließlich häufig aus dem Glaube an eine Existenz nach dem Tod.

Ausgangspunkt für die jeweilige Einstellung zu Sterben und Tod ist die Lebenssituation des alten Menschen, für den die Aussicht des eigenen Todes nicht länger ein abstrakter Sachverhalt in der fernen Zukunft, sondern eine zunehmend konkrete Möglichkeit ist, die ihn in der Gegenwart beschäftigt. In dieser Situation erwachsen mit Bedrohung und Angst verbundene Spannungen zwischen rationalem Sterbebewusstsein und affektivem Wunsch nach unbegrenztem Leben. Mittels kognitiver Umstrukturierungsprozesse (die Älteren, so Wittkowski, leichter zu fallen scheinen als Jüngeren) werden dem

Leben und dem Tod erstmals, erneut oder verstärkt positive Bedeutungen zugeschrieben. Gelingt in diesem psychologischen Modell zur Entstehung von Einstellungen älterer und alter Menschen zu Sterben und Tod die persönliche Sinnggebung, dann kann der Tod fortan z. B. als natürlicher Abschluss eines vollendeten Lebens betrachtet werden. Mit Nachdruck betont Wittkowski aber das Ambiguitätspotenzial im Einstellungsgefüge: „Ein Patient mit starker Angst vor dem eigenen Tod kann ihn gleichwohl (grundsätzlich) akzeptieren“. (Ebd., 70)

Typischerweise, so Engel (2012, 238), werde das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit einerseits erlebt als „existentieller Terror“ und führe deshalb oftmals zu Verdrängungsversuchen, andererseits wachse im Alterungsprozess das Bedürfnis nach Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit. Hier stellt sich eine Entwicklungsaufgabe, deren Gelingen ein Zuwachs an Weisheit im Sinne von Wissen um die eigene Endlichkeit und eine höhere Lebenszufriedenheit verspricht (vgl. Glück & Baltes, 2006). Eine „bewusst angenommene Abhängigkeit“ kann darüber hinaus als „emotionale Produktivität“ durchaus Vorbildfunktion für Jüngere und Ähnlichaltrige entfalten (vgl. Kruse u. Wahl, 2010).

Auch wenn die entsprechende empirische Studienlage insgesamt als eher unbefriedigend gelten muss, so zeigen sich doch (modellentsprechende) Hinweise darauf, dass die Angst vor dem Tod vom mittleren Alter zum höheren Alter hin abnimmt und dann in der letzten Lebensphase konstant bleibt. Busch (2010, 189) sieht dabei allerdings nicht das tatsächliche Lebensalter als entscheidend an, sondern die subjektiv empfundene Entfernung vom eigenen Tod.

Möglicherweise empfinden Frauen mehr Angst vor Sterben und Tod im mittleren Erwachsenenalter. Mit zunehmendem Alter nivellieren sich solche diskutierten Geschlechtseffekte auf jeden Fall. Wer als alter Mensch in einem Pflegeheim lebt, scheint eher stärkere Angst vor dem Tod zu haben, was insgesamt für Frauen und Männer mit schlechtem Gesundheitszustand gilt. Keinen Zusammenhang weisen die bisherigen Studien zwischen der individuellen Religiosität und der Einstellung zu Sterben und Tod auf (vgl. zum Überblick der entsprechenden Korrelationen: Wittkowski, 2005).

5. Altern ohne Ende?

Bereits seit 1953 beauftragt das Mineralölunternehmen Shell Sozialforschungsinstitute, um die Lebenssituation und Einstellung Jugendlicher in Deutschland zu erheben; die 16. und jüngste Shell Jugendstudie erschien im Jahr 2010. Die Versicherungsgruppe Generali Deutschland beauftragte nun

das Institut für Demoskopie Allensbach mit einer von der Anlage vergleichbaren Studie zu Lebensbedingungen, subjektivem Befinden und Einstellungen der älteren bzw. älter werdenden Bevölkerung in Deutschland. Als Langzeitstudie angelegt, sollen deren Veränderungen mittels Erhebungen in Abständen von vier Jahren erfasst und abgebildet werden. An der jüngst veröffentlichten und für sich Repräsentativität beanspruchenden Auftaktstudie (Generali Zukunftsfonds u. Institut für Demoskopie Allensbach, 2012) nahmen 4197 Personen im Alter von 65 bis 85 Jahren teil. Bedauerlicherweise in die Befragung nicht einbezogen wurden allerdings solche Personen, die nicht mehr in Privathaushalten, sondern in Alten- oder Pflegeheimen wohnen.

Ohne die Studienergebnisse auch nur annähernd vollständig darstellen oder kritisch diskutieren zu können (z. B. im Vergleich zu Anlage und Erträgen des aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten und seit 1996 durchgeführten Deutschen Alterssurvey), seien an dieser Stelle zumindest einige ausgewählte Befunde referiert, die für die Reflexion des Themenkomplexes „Altern und Sterben“ von Relevanz sein dürften: Ins Auge fällt dabei, dass von 61 Prozent der 65- bis 85-Jährigen der Umstand, dass sie sich nunmehr in ihrem letzten Lebensabschnitt befinden, als Nachteil der aktuellen Lebenssituation benannt wird (Generali Zukunftsfonds u. Institut für Demoskopie Allensbach, 2012, 41). 24 Prozent denken nun häufiger als früher an den Tod, wobei dieser Wert von 17 Prozent bei den 65- bis 69-Jährigen schrittweise auf 36 Prozent bei den 80-85-Jährigen ansteigt. Zum Vergleich: 58 Prozent der 65- bis 85-Jährigen bejahen die Aussage „Ich würde mich nicht als ‚alten Menschen‘ bezeichnen“ (Ebd., 35f.).

In seiner Kommentierung der Ergebnisse der Generali Altersstudie streicht Kruse heraus, dass gegenüber jüngeren Altersgruppe Themen wie Sinn, Verantwortung, Naturerfahrung sowie Religion und Glaube für die Selbst- und Weltsicht der 65- bis 85-Jährigen an Bedeutung gewinnen (vgl. ebd., 28). Gefragt, was man im Leben für ganz besonders wichtig hält, antworten tatsächlich 39 Prozent der 65- bis 85-Jährigen mit „Religion, feste Glaubensüberzeugung“. Damit rangiert dieser Wert allerdings lediglich im unteren Mittelfeld und zwar gemeinsam mit „Verantwortung für andere übernehmen“ (33 Prozent) oder „Auseinandersetzung mit Sinnfragen des Lebens“ (28 Prozent). Die Hälfte der Befragten glaubt an einen Gott bzw. eine göttliche Macht, 36 Prozent bezeichnen sich selbst als ein gläubiges Mitglied einer Kirche und fühlen sich dieser verbunden (vgl. ebd., 230f.).

Wie zufrieden die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit ihrer Lebenssituation sind und wie sie diese ausgestalten, hängt maßgeblich vom individuellen Gesundheitszustand ab. Die Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit dominiert dementsprechend wie kein anderes Thema die Wün-

sche der 65- bis 85-Jährigen (vgl. ebd., 251-253): 77 Prozent formulieren auf eine entsprechende offene Frage als ihren größten Wunsch für die Zukunft, „dass ich gesund bleibe bzw. werde“. Gibt man diesen Punkt zusammen mit anderen Wunschvorstellungen vor, steigt der Zustimmungsggrad sogar auf 94 Prozent. Spiegelbildlich sorgen sich 78 Prozent vor Pflegebedürftigkeit – der höchste Wert innerhalb des entsprechenden Fragebereichs. Der Gedanke, dass man einmal schwer erkranken und pflegebedürftig werden könnte, löst bei 63 Prozent der 65- bis 85-Jährigen den Wunsch aus, dass Ärzte keine lebensverlängernden Maßnahmen einsetzen mögen (vgl. ebd., 296).

Zusammenfassend hält die Generali Altersstudie fest, dass die Generation der 65- bis 85-Jährigen sich im Durchschnitt zehn Jahre jünger fühlt, als es ihrem tatsächlichen Lebensalter entspricht: „Während die Gesellschaft strukturell altert, hat sich die ältere Generation gleichsam verjüngt und kompensiert damit einen Teil der Auswirkungen der demografischen Entwicklung.“ (Ebd., 523) Dieser Befund regt zu Überlegungen an, ob es unter den Bedingungen verlängerter Lebensspannen und verlangsamer Alternsprozesse wirklich Sinn macht, alle Angehörigen einer durchschnittlich mehrere Jahrzehnte umfassenden Altersgruppe undifferenziert als *Alte* zu adressieren. Sollte diese Zuschreibung nicht vielmehr Menschen in der letzten Lebensphase vorbehalten werden, also dort, wo Gebrechlichkeit und Endlichkeit in besonders markanter Weise spürbar werden? Aber gerade die Lebenssituation dieser Frauen und Männer am Ende des Lebens erscheinen in der Generali Altersstudie (nicht zuletzt durch den Ausschluss von stationär Pflegebedürftigen) bedauerlicherweise stark unterrepräsentiert.

6. Wer ist überhaupt alt?

Jeder hat eine Vorstellung davon, was einen alten Menschen auszeichnet und wie sich der Prozess des Älterwerdens typischerweise gestaltet. Solche Altersbilder werden von der Gerontologie als sozial und individuell verankerte Sichtweisen und Orientierungsmuster verstanden. Sie bestehen aus einem komplexen Gefüge kognitiver und emotionaler Bedeutungsinhalte, aus Einstellungen, Werten, Körper- und Selbstbildern und sind nicht zuletzt biographisch geprägt. Dabei dominieren häufig eher negativ bewertete Zuschreibungen wie gebrechlich und krank, missmutig und unzufrieden vor positiven Vorstellungen wie weise und erfahren. Zumeist finden sich nicht Altersbilder, die eindeutig positiv oder negativ sind, sondern zum Beispiel im Blick auf Familie, Arbeit und Gesundheit unterschiedliche bereichsbezogene Erfahrungs- und Wertungsdimensionen des Alterns und Altseins.

Diese Mehrdimensionalität innerhalb der Altersbilder wird durch die ge-

streckte und sich weiter ausstreckende Lebensphase, die im gesellschaftlichen wie individuellen Bewusstsein unter der Überschrift „Alter“ firmiert, weiter verstärkt. Ausgedehnt hat sich das Alter in zweierlei Weise: Da ist zum einen das *dritte* Lebensalter, das sich nach der Erwerbsphase als ganz eigene Lebensabschnitt voller „später Freiheiten“ (vgl. Rosenmeyer, 1983) in den Lebenszyklus eingefügt hat. Und ihr folgen –gegenüber früheren Generationen ebenfalls in veränderter Gestalt – die letzten Lebensjahre, die für viele Menschen nicht mehr durch eine relativ kurze und rasch zum Tod führende Krankheitsphase, sondern durch eine nicht selten mehrere Jahre andauernde Pflegebedürftigkeit geprägt ist, wie sie sich beispielsweise aufgrund neurodegenerativer Erkrankungen wie der Alzheimer-Demenz ergibt.

Innerhalb gerontologischer Fachdiskurse findet diese Komplexität des Alter(n)s dort ihr Pendant, wo die größer werdende Zahl von alten Menschen in Gruppen wie die der *jungen Alten* und *alten Alten* bzw. *Alten*, *Hochalten* und *Höchstaltrigen* unterteilt und die sich immer weiter ausdehnende Altersphase in qualitativ verschiedene Abschnitte wie die des *dritten* und *vierten* Lebensalters strukturiert werden. Im Ergebnis ergeben sich dabei nicht selten Gesellschaftsanalysen und Handlungskonzepte, in denen

„die (eigentlich) ‚jungen‘ Alten symbolisch dafür stehen, wie sich die Gesellschaft womöglich doch noch am eigenen Schopf aus dem demographischen Sumpf ziehen könnte“ und „die (wirklich) ‚alten‘ Alten als Projektionsfläche persönlicher wie gesamtgesellschaftlicher Altersängste gleichermaßen“ dienen (Lessenich u. Rothermund, 2011, 289).

Studien zum Selbst- und Fremderleben des Älterwerdens setzen allerdings Fragezeichen hinter die Unterscheidungen zwischen *zweitem*, *drittem* und *viertem* Lebensalter, da sich keine klar konturierten Übergänge von der Erwerbsphase in den Ruhestand oder vom Nacherwerbserleben in die Hoch- und Höchstaltrigkeit explorieren ließen. Von den Befragten wird die Selbstwahrnehmung als „alter“ Mensch stattdessen im Lebensverlauf konsequent in die Zukunft vertagt, veränderte Lebensumstände und Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb des gegenwärtig so häufig aufgerufenen *dritten Alters* explizit gar nicht als Altersphänomene eingeordnet.

Die Nacherwerbsphase wird stattdessen im Sinne einer ungebrochenen Kontinuität dem „normalen“ Erwachsenenalter zugeordnet. Rentner rechnen sich demzufolge allenfalls objektiv der Gruppe der Älteren zu, betonen aber zugleich, sich diesen subjektiv nicht zugehörig zu fühlen. Nur der Übergang ins pflegebedürftige, abhängige Alter wird von den Befragten als für das Selbsterleben als alter Mensch relevanter Einschnitt gedeutet. „[E]rst dieser Übergang“, so Stefanie Graefe et al. (2011, 302),

„[wird] *prospektiv* als Bruch mit der gesamten bisherigen Lebensführung antizipiert und dabei zunächst nicht am Erreichen einer bestimmten kalendarischen Altersgrenze festgemacht [...], sondern an einem befürchteten umfassenden und nicht mehr zu kompensierenden Verlust von Lebensqualität“.

Dieser Einbruch ins Altsein wird von den Befragten als „Ende des Lebens“ beschrieben, „über das es dementsprechend auch nicht viel mehr zu sagen gibt, als dass man sich wünscht, es möge möglichst spät kommen und dann ‚schnell vorbei sein‘.“ (Ebd.)

7. Die Annahme der eigenen Endlichkeit als Entwicklungsaufgabe (besonders) des Alters

Die von vielen Menschen im fortgeschrittenen Alter formulierte Überzeugung „Altsein ist später“ oder „Alt sind nur die anderen“ sollte vielleicht weniger oft als Verdrängung diskreditiert werden, sondern zur kritischen Reflexion gängiger Alterszuschreibungen Anlass geben. Möglicherweise lässt sich der spezifische Ort der Lebensphase „Alter“ im Gesamt des menschlichen Lebenszyklus neu pointieren, wenn er auf die Jahre, in denen die eigene Endlichkeit unübersehbar vor Augen tritt, fokussiert wird. Nicht das Alter hätte sich dann in den letzten Jahrzehnten massiv ausgedehnt, sondern das mittlere und höhere Erwachsenenalter (Feeser-Lichterfeld, 2012).

Altsein gilt es zu lernen, wo man selbst und das soziale Umfeld buchstäblich spüren, dass sich die Lebenszeit dem Ende neigt, wo Krankheiten häufiger werden und häufig mehrere Krankheiten vom Patienten und seinen Angehörigen gleichzeitig auszuhalten sind, ohne dass Heilung absehbar wäre, wo eine auftretende Pflegebedürftigkeit von allen Beteiligten als endgültig und unumkehrbar wahrgenommen wird. Ein solches radikales Altsein zu lernen, heißt eine „bewusst angenommene Abhängigkeit“ (Kruse, 2005) einzuüben. Auch wenn sich diese Entwicklungsaufgabe nicht erst im Alter stellt oder gar auf Frauen und Männer in dieser letzten Lebensphase beschränkt, so stellt sie sich dort mit besonderer Nachdrücklichkeit, vermag ihre oftmals erlebte normative Überforderung zu verlieren und kann existenzielle Bedeutsamkeit entfalten.

„Sich auf das eigene Lebensende vorzubereiten“, so Sabine Engel (2012, 236) kann helfen, „eine grundlegende Haltung dem Leben gegenüber einzunehmen, die das Ende der Lebenszeit als unabänderlichen, zentralen, vielleicht sogar alles bestimmenden Teil des Lebens anerkennt und annimmt.“

In Folge dessen kann auch der Blick auf die eigene Lebensgeschichte sich verändern. Indem die Endlichkeit des Lebens ihren Schrecken verliert, vermag auch die Einsicht Raum greifen, „dass unser Leben immer unvollkommen, unvollendet, fragmentarisch bleibt.“ (Rüegger, 2007, 486) Für Christinnen und Christen verbindet sich diese Einsicht mit der zugesagten Verheißung von Erlösung und eines *Lebens in Fülle*. Für viele Christinnen und Christen, vor allem aber für die Vielzahl derjenigen, denen der christliche Glaube keine Lebensorientierung zu bieten vermag, hat diese Verheißung in der Gegenwart an Relevanz eingebüßt und ist durch Hoffnung auf den medizinisch-technischen Fortschritt ersetzt worden:

„Die Hoffnung auf Erlösung vom irdischen Leiden, von Krankheit und Tod liegt nicht mehr in einem gütigen Gott, sondern ist selbst gemacht. Alte Vorstellungen von Unsterblichkeit sind durch neue, technologisch bestimmte zumindest teilweise abgelöst worden.“ (Lacina, 2009, 105)

Hermann Lübke (2010, 36), selbst bereits in weit fortgeschrittenem Alter, formuliert schnörkellos:

„Zu leben heißt, es schließlich hinter sich zu haben und den Tod vor sich.“ – nicht ohne dem den Altersdiskurs bestimmenden Mainstream ins Stammbuch zu schreiben: „Das ist nun freilich ein Satz, den man in der gerontologischen Literatur kaum finden wird. [...] weil diese Literatur mit ihren Ermunterungen, Anleitungen und Einladungen sich ja zumeist an das junge Alter wendet, während dieselben Ermunterungen, Anleitungen und Einladungen jenseits ungewisser Zeitpunkte im alten Alter schließlich belästigend wirken müssten.“ (Ebd.)

8. Wegbegleitung von und durch Ältere(n) und Alte(n)

Einen Menschen in seinem Älterwerden und Altsein zu begleiten, heißt (im doppelten Sinn von *bedeutet* und *gibt auf*) auch und sicher nicht zuletzt (vor allem nicht *als Letztes*) diesen Menschen auf seinem Weg zum Tod zu begleiten. Löst man die Bedeutung von *Sterbebegleitung* etwas aus dem engen klinisch-finalen Sinnzusammenhang und entdramatisiert damit diesen menschlichen Dienst, dann stellt sich die Aufgabe einer Sterbebegleitung als Begleitung auf der letzten Wegstrecke. Wo dieser Wegabschnitt einsetzt und wie lang er sich erstreckt, ist individuell verschieden. So sehr sich in der Begleitung bewertende Schemata „normalen“ oder „abweichenden“ Alterns und Abschiednehmens verbieten, immer wird – in welcher konkreter Form auch immer – ein Trauer-, Trost- und Hoffnungsdienst im Zueinander von

strukturierter Routine und sie überfordernder Krise gefordert sein (vgl. Feeser-Lichterfeld, 2011). Altern und Sterben sind nun einmal an sich „natürlich“ und vermögen zugleich alle Maßstäbe des für die Beteiligten „Normalen“ zu sprengen.

Klaus Hemmerle (1977), der frühere Bischof von Aachen, hat einmal jene, deren Lebenssituation dazu Anlass gibt, ziemlich real mit dem „letzten Stündchen“ zu rechnen, „Grenzgänger der Transzendenz“ genannt. Gerade weil die gegenwärtige Lebenserfahrung von der Vorstellung einer Beherrschung der Welt und des Daseins durch das Können des Menschen geprägt sei, müsse die christliche Botschaft neu ins Spiel gebracht werden: als Botschaft von der Liebe Gottes, die sich in Jesus bis zum Letzten, bis zum Tod gibt, und die gerade, weil sie bis zum Letzten geht, weil sie total und absolut ist, im Tod nicht endet, sondern den neuen Anfang und die ewige Gemeinschaft schenkt. Dieses Grenzenlos transzendiert die Möglichkeiten des Menschen und der Welt und erfüllt so zugleich die Tendenz des Menschen und der Welt über alle Grenzen hinaus.

Das Alter(n) ist für Hemmerle eine Grenzsituation nicht nur und nicht einmal zuerst gegenüber dem Tod, sondern gegenüber dem Sinn des Daseins zwischen aktivem, funktionsgeladenem Leben hier und der ungewissen Begegnung mit der Grenze des Lebens dort. Als Grenzgänger der Transzendenz vermögen Menschen im Alter mit ihrem Mut zum Altsein, zum Kranksein und Sterben zum prophetischen Zeichen für eine Gesellschaft werden, die den Sinn des Alters aus den Augen verloren hat und stattdessen immer bereitwilliger den Verheißungen von Anti-Aging-Industrie und biogerontologischer Forschung folgt (vgl. Feeser-Lichterfeld, 2007; ders., 2010).

Eine lebensfremde, naive Vision? Oder eine Perspektive, in der Alte und Noch-Nicht-Alte sich wechselseitig Wegbegleiter in kontingenten Lebens- und Sterbensverhältnissen sind und gemeinsam die Hoffnung auf Entgrenzung stärken?

Literatur

- Beauvoir, S. de (2004): Das Alter (2. Aufl. der Neuausgabe): Reinbek: Rowohlt.
- Beck, U. u. Beck-Gernsheim, E. (1994): Individualisierung in modernen Gesellschaften. Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie. In: Dies. (Hrsg.), Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften (S. 10-39). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Busch, H. (2010): Einstellungen zu Sterben und Tod. In H. Wittwer, D. Schäfer u. A. Frewer (Hrsg.), Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch (S. 186-192). Stuttgart: Metzler.
- Engel, S. (2012): Vorbereitung auf das Lebensende. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer

- u. J. P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (2. Auflage, S. 236-241). Stuttgart: Kohlhammer.
- Feeser-Lichterfeld, U. (2007): Wollen wir ewig leben? Die Provokation des Anti-Aging-Booms und der biogerontologischen Forschung. *Herder Korrespondenz*, 61, 2007, S. 238-245.
- Feeser-Lichterfeld, U. (2010): Biogerontologie und molekulare Medizin. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 56, 351-360.
- Feeser-Lichterfeld, U. (2011): Krise und Routine. Pastoralpsychologische Anmerkungen. In J. Pock u. U. Feeser-Lichterfeld (Hrsg.), *Trauerrede in postmoderner Trauerkultur* (S. 25-35). Wien: Lit.
- Feeser-Lichterfeld, U. (2012): Noch bin ich nicht alt. *Pastoralanthropologische Überlegungen zum Altsein*. *Anzeiger für die Seelsorge*, 121, 20-23.
- Glück, J. u. Baltes, P. M. (2006): Using the concept of wisdom to enhance the expression of wisdom knowledge: Not the philosopher's dream, but differential effects of developmental preparedness. *Psychology and Aging*, 21, 679-690.
- Graefe, S., Dyk, S. van u. Lessenich, S. (2011): Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44, 299-305.
- Gronemeyer, R. (2004): Von der Lebensplanung zur Sterbeplanung. Eine Perspektive der kritischen Sozialforschung. In: P. Gehring, M. Rölli u. M. Saborowski (Hrsg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorie heute* (S. 51-59). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hemmerle, K. (1977): Grenzgänger der Transzendenz – eine Zielgruppe der Pastoral. In L. Bertsch u. K.-H. Rentmeister (Hrsg.), *Zielgruppen. Brennpunkte kirchlichen Lebens* (S. 141-154). Frankfurt a. M.: Knecht.
- Honnefelder, L. (2011): Alter und Altern – natürliche Grenze und biomedizinische Herausforderung. In: L. Honnefelder, *Welche Natur sollen wir schützen? Über die Natur des Menschen und die ihn umgebende Natur* (S. 149-160). Berlin: Berlin University Press.
- Hradil, S. (2012): Historischer Rückblick. In: Bundeszentrale für politische Bildung, *Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde*. Bonn: Verfügbar unter <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde> (Zugriff am 05.09.2012).
- Imhof, A. E. (1994): Lebenserwartung und Lebensplan. Die Zunahme der Lebensspanne seit 300 Jahren und ihre Folgen. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 40, 183-197.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2012): *Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Kruse, A. (2005): Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (4), 273-287.
- Kruse, A. u. Wahl, H.-W. (2010): *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Lacina, K. (2009): *Tod*. Wien: Facultas.
- Lessenich, S. u. Rothermund, K. (2011): *Zonen des Übergangs. Dimensionen und*

- Deutungsmuster des Alterns. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44, 289-290.
- Lübbe, H. (2010): Zeit im Alter. In F. W. Graf (Hrsg.), Über Glück und Unglück des Alters (S. 19-39). München: Beck.
- Mettner, M. (2004): Kulturelle Interpretation von Sterben, Tod und Endlichkeit. In A. Kruse u. M. Martin (Hrsg.), Enzyklopädie der Gerontologie (S. 643-652). Bern: Huber.
- Rosenmeyer, L. (1983): Die späte Freiheit, Berlin: Severin & Siedler.
- Rüegger, H. (2007): Langlebigkeit, Anti-Aging und die Lebenskunst des Alterns. Von der Ablenkung des Alterns zu einer Kultur des Pro-Aging. Wege zum Menschen, 59, 476- 490.
- Schüle, C. (2012): Wie wir sterben lernen. Lange haben wir den Tod verdrängt. Nun kehrt er ins Leben zurück. Ein Essay. DIE ZEIT, 8.11.2012, 39-40.
- Seel, M. (2006): Bedingungen und Grenzen der Selbstbestimmung – über die Reichweite von Selbstbestimmung. In: Nationaler Ethikrat (Hrsg.), Wie wir sterben. Selbstbestimmung am Lebensende (S. 131-139). Berlin: Nationaler Ethikrat.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.).(2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Vaupel, J. W. u. Kistowski, K. G. von (2005): Der bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung und sein Einfluss auf die Medizin. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 48 (5), 586-592.
- Wittkowski, J. (2005): Einstellungen zu Sterben und Tod im höheren und hohen Lebensalter. Aspekte der Grundlagenforschung. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 18 (2), 67-79.

Hoffnung über den Tod hinaus als Lebens- und Sterbehilfe. Theologische Notizen zur Frage nach den „Letzten Dingen“

Ottmar Fuchs

Viele, nicht nur religiöse Menschen sehnen sich danach, dass der Tod geliebter Menschen nicht das letzte Wort hat, dass es eine Hoffnung und eine umfassende Gerechtigkeit über den Tod hinaus gibt. Die folgenden Gedanken ermutigen zu dieser Hoffnung, und sie tun dies aus der Perspektive christlicher Vorstellungen. Sie ermutigen zugleich die Gläubigen anderer Religionen dazu, Ähnliches in ihrem Glauben zu entdecken, und sie ermutigen diejenigen, die nicht hoffen können, vielleicht doch einen Spalt ins Licht hinein offen zu lassen. Der rote Faden, der in jedem Kapitel immer wieder neu aufgenommen wird, verfolgt die Einsicht: Gott, wenn es Gott denn gibt, *ist und gibt* beides: unendliches Leben und unerschöpfliche Liebe. Jedes Kapitel läuft darauf hinaus, diese doppelte Hoffnung in verschiedenen Anläufen durchzubuchstabieren und zu bebildern: Gott ist die Liebe und das Leben. Die Lesenden werden ihrerseits erfahren, welche rote Fäden für sie mehr bedeuten als andere und wie sie diese Fäden für sich selbst verknüpfen und als Hilfe für das eigene Leben erfahren können.

1. Zuerst: Wozu das Folgende gut ist!

Wer als christliches Kind das „Vater-unser“ gelernt hat, kann es ein Leben lang, in welchen Situationen auch immer, ins Gebet nehmen und vielleicht auch in der Sterbestunde (mit-)beten. Im Folgenden geht es darum, Hoffnungsgedanken und Hoffnungsbilder zu stärken, die über den Tod hinausgehen, damit sie im Ernstfall als Hilfe erfahren werden können.

Wie sehr überlieferte religiöse Texte, Vorstellungen und Traditionen den praktischen Umgang mit den „Letzten Dingen“ prägen können, erfahren Menschen, wenn sie, z.B. als Christen, im Sterben die eigenen Gebete, wie etwa das Vater-unser, sprechen können, in dem der eigene Blick auf den „Himmel“ oder das „kommende Reich“ gelenkt wird. Derart erfahren Menschen die trostreiche Kraft eines solchen Gebetes. Deshalb ist zu einer lebenslangen „katechetischen“ Einübung und Wegweisung zu ermutigen, nämlich insofern Hoffnungen bebildert und Gebete ermöglicht werden, die dann

in der Begleitung von Sterbenden bzw. im eigenen Sterben ihre Wirksamkeit entfalten können. Sowohl für die Sterbebegleitung wie auch für das eigene Sterben geht es also um so etwas wie eine (Selbst-)Befähigung, in solchen Extremsituationen entsprechende sprachliche Erinnerungen aktivieren zu können.

Insbesondere für die Sterbebegleitung gilt, dass es viel Sensibilität, viel Feingefühl und Einschätzungsvermögen der Situation und der persönlichen Lage benötigt, damit diese Inhalte und Bilder tatsächlich als Trost, Ermutigung und Wegbegleitung erfahren werden können. Für die einen mag beispielsweise die Bearbeitung von Schuldfragen wichtig sein, für die anderen weniger, und dann darf auch dieser Aspekt im endzeitlichen Geschehen weniger wichtig genommen werden als zum Beispiel die Sehnsucht nach Gerechtigkeit oder die Sehnsucht nach dem Wiedersehen der eigenen Verstorbenen. Bei Paulus begegnet die interessante Freiheit, dass er seine Bilder, die mit dieser Hoffnung auf ein Leben danach etwas zu tun haben, immer wieder neu formuliert und auf die Situation derer ausrichtet, für die sie gedacht sind (vgl. Gielen, 2003).

Diese Situations- und Adressatenorientierung im Umgang mit den „Letzten Dingen“ bedeutet zum Beispiel in der Schulseelsorge bzw. im Religionsunterricht bei Todesfällen in Schulklassen, dass die Situation der Trauer nicht einfach mit gestanzten Formulierungen aus der christlichen Vorstellungswelt konfrontiert wird, zumal in Phasen, wo solche Einsichten, so wahr sie sein mögen, der Situation der Betroffenen nicht gerecht werden (vgl. Bonse, 2008). Es geht nicht in erster Linie darum, die Trauer mit religiösen Inhalten zu verbinden, sondern die Art und Weise der Kommunikation zu prüfen, in der überhaupt mit trauernden Jugendlichen auf ihre Erfahrungen gehört, ihr Schweigen ausgehalten und Inhalte ausgesprochen oder auch am besten nicht ausgesprochen werden.

Die direkte Thematisierung von Inhalten wird gerade von den Jugendlichen als zwiespältig erlebt, wenn sie nicht eingebettet ist in eine hoch sensible Kommunikation, die ein Gespür dafür entwickelt, wann wo und wie Inhalte gehört bzw. besprochen werden können. „Ein Religionslehrer sollte bei der Behandlung todesbezogener Themen beachten, dass eine rein intellektuelle Auseinandersetzung trauernde Schüler manchmal eher zusätzlich belastet, als dass sie ihnen hilft.“ (Ebd., 428) Diese Schwebelage zwischen sensibler Kommunikation und inhaltlicher Thematisierung von etwas, was in der Trauer möglicherweise hilfreich und tragend ist, ist jeder Seelsorgetätigkeit, wie überhaupt, wie mir scheint, allen Sozialberufen ins Stammbuch zu schreiben. Darin wird jene Kommunikation grundgelegt, in der weder Mitleid noch Inhalte aufgedrängt werden, in der zugleich aber die sensible Offenheit gelernt wird, den „Kairos“, den Raum zu entdecken, in dem Inhalte hilfreich,

kritisch aufhellend und lebensbedeutsam sind.

Das gilt auch für die Bilder vom Leben danach, insbesondere für die eines Jüngsten Gerichts. Genauso so wenig, wie die endzeitlichen Bilder (bzw. wofür sie stehen) einfach in den Griff zu bekommen sind, ist es auch für die konkrete Begegnung nicht erlaubt, und schlechterdings von der Sache her nicht möglich, damit zu meinen, man hätte mit diesen Sprachformen Situationen im Griff. Was diese Bilder zu entfalten vermögen, hängt von den Handelnden ab. Sie sind keine äußeren unterwerfungsheischenden Vorgaben, sondern solche, die als innere Vor-Gaben mit den Identitäten der Beteiligten selbst zu tun haben, mit ihren Hoffnungen und Sehnsüchten, also wie Ernst Engelke (2012) davon schreibt: „Wahrhaft hilfreich können gesunde Menschen für Sterbenskranke sein, wenn sie bereit und fähig sind, sich dem Unfassbaren auszusetzen und Sterbenskranken zu begegnen, zu einer Zeit, da sie selbst noch nicht sterben müssen. Dann wird das Handeln nicht durch äußere Vorgaben bestimmt, sondern ist in den Handelnden selbst begründet und stimmt in der Situation.“

So mag es ein beträchtlicher Trost sein, die Hoffnung zu haben, zu sagen oder zu hören, mit dem Gestorbensein die bisherige Sorge um die Menschen, die man liebt und die für das eigene Leben wichtig sind und waren, nicht aufgeben zu müssen, sondern bei Gott weiter für die im Diesseits Lebenden eintreten und entsprechend wirksam sein zu dürfen. Denn für viele Menschen ist der eigene Tod auch deswegen so schlimm, weil man damit so viele Menschen, die man liebt, zurücklassen und im Stich lassen muss. Hier zeigt sich die Auferstehung als Hoffnung, weiterhin für die anderen und von Gott her weit darüber hinaus auch für die ganz Anderen und in seiner Liebe Geliebten mitbegleitend „da“ sein zu dürfen.

Sehr einfühlsam, weil auf dem Hintergrund entsprechender Begegnungserfahrungen, kann Werenfried Wessel (2012, 342), der in der Dortmunder Hospizarbeit tätig ist, anstelle der Sterbenden formulieren: „Gott als die Erfüllung meiner tiefen Sehnsucht – selbst wenn mir der Glaube daran schwer fällt, falls Du mir nichts aufzwingst, werden mir Dein Glaube und Deine Hoffnung helfen und gut tun.“ So kann Wessel schließlich schreiben: „Es sind die Lebenden, die den Toten die Augen schließen, es sind die Toten, die den Lebenden die Augen öffnen.“ (Ebd. 343)

Es geht also nicht um Problemlösung im oberflächlichen Sinn des Wortes. Das Gegenteil ist der Fall, je mehr man sich auf die Inhalte einer, hier der christlichen endzeitlichen Botschaft einlässt, desto weniger kann man damit eine größere Macht bekommen, Situationen, und dann noch Extremsituationen, zu „lösen“. Denn dass sie letztlich diesseitig nicht zu lösen sind, ist Inhalt dieser Botschaft.

2. Hier und Jetzt: Vielfältiger Protest gegen den Tod

Als der „stärkste Mann“ der Olympischen Spiele 2008 in Peking, Matthias Steiner, die Goldmedaille im Gewichtheben gewann, hat er bei der Siegerehrung ein Foto seiner tödlich verunglückten Frau in der Hand und in die Kamera gehalten. Als er gefragt wurde, für wen er die Goldmedaille gewonnen habe, hat er unsentimental und schlicht geantwortet: „Für meine Frau.“ Sie war ein Jahr vorher an den Folgen eines Verkehrsunfalls gestorben. Und er sagte dazu: „Sie ist immer bei mir. Ich denke schon, dass sie das heute irgendwie mitgekriegt hat.“ (SZ, 2008, 1) Im Fernsehinterview hat Steiner am Abend bemerkt, dass er an sich nicht viel an so etwas glaube, aber doch die Hoffnung habe, dass seine Frau irgendwie lebt, ihn begleitet und alles mitbekommt.

Es gibt nachgewiesenermaßen bei vielen Menschen, die sich als im religiösen Bereich „unmusikalisch“ bezeichnen oder bezeichnen würden, doch so etwas wie den Glauben daran, dass Menschen, die man geliebt hat, mit ihrem Tod nicht einfach so verschwinden, sondern „irgendwie“ noch gegenwärtig sind, bis dahin, dass man sie (zum Beispiel am Grab) ansprechen und mit ihnen reden kann. Ein Protest der Liebe gegen den Tod meldet sich hier an, ein Protest, der aber von vielen dann doch nicht weiterverfolgt wird. Die religiösen Vorstellungen, die mit den Religionen darüber hinaus gegeben sind, erscheinen vielen als zu „unmöglich“ und fantastisch, als dass man sich darauf verlassen könnte.

Angesichts des Todes begegnen einem im Alltag die unterschiedlichsten menschlichen Vorstellungsmuster: Wenn man ein gutes und wertvolles Leben gehabt hat, und es auch lange genug gedauert hat, dann können die einen sich damit abfinden, dass es mit dem Tod zu Ende ist. Manch Andere wollen das Leben enttäuscht, als ein missratenes Geschenk, am Ende Gott wieder zurückzugeben, als hätte man es nicht benötigt. Andere wieder können es mit Dankbarkeit zurückgeben, ohne weitere Erwartungen zu haben. Bei ganz Vielen bleibt die unstillbare Sehnsucht, die verstorbenen Geliebten wieder zu sehen und in die Arme zu nehmen. Andere beschäftigt die Frage, was mit denen ist, die wohl die Mehrheit der Menschheit sind, die kein „sattes Leben“ ermöglicht bekommen, mit all denen, deren Leben im Elend stattfindet und deren Leben gewaltsam abgeschnitten wird. Mindestens um deren Willen ist, so denken sie, der Protest gegen ein Universum aufrecht zu erhalten, das offensichtlich gleichgültig über die vielen unterschiedlichen und gegensätzlichen Leben und Tote hinweg geht. Die Frage nach der Gerechtigkeit bleibt so gesehen offen! Wozu soll sie überhaupt noch gestellt werden, denken manche, wenn sie im All ungehört verhallt?

All die Millionen von Erfahrungs-, Bewusstseins- und Sinneseindrücke,

die ein Mensch im Leben anhäuft und so oder so verarbeitet, vergisst und erinnert, landen dann dieser Vorstellung zufolge milliardenweise auf dem Müllhaufen der Geschichte, konkret in den Verfallsprozessen der Körper, die das alles biologisch ermöglicht haben und mit ihrer Zerstörung ebenso verunmöglichen. Der Philosoph Hans Blumenberg beispielsweise spricht vom Paradies der Welt, das in nichts als Gleichgültigkeit besteht und am Ende nur noch unbelebter Stein ist, als wäre nichts gewesen (vgl. Blumenberg, 1979, 688). Die Evolutionstheoretiker lassen alles im kosmischen Abfall landen, und das geschieht „ewig“, mit allen entstehenden Welten. Und alles hängt an dieser Materialität, an dieser Leiblichkeit, die entsteht und wieder zu Staub und Asche verfällt. Dagegen ist in ihren Augen kein Kraut gewachsen!

Vielleicht bleibt dann doch die Religion, so bemerken andere. Der Grazer Kulturphilosoph Ullrich Schwarz z.B. spricht von der Religion als „metaphysischer Abfalllösung gegen den Tod“ (Schwarz, 2010, 133ff.). Schwarz erzählt von einem zufälligen Kirchenbesuch zur Osterzeit. Er hört dabei das alte Osterlied, in dem in der Auferstehung Christi die Auferstehung der Menschen besungen wird:

„Christ ist erstanden von der Marter alle.
Des solln wir alle froh sein; Christ soll unser Trost sein...
Wär er nicht erstanden, so wär die Welt vergangen.
Seit daß er erstanden ist, so freut sich alles, was da ist.“

Religiös unvirtuos beeindruckt ihn dieses Lied doch, diese Kraft der Religion als Auflehnung dagegen, dass alles am Ende zu Ende sei. Zum Glauben kommt er dadurch nicht, bemerkt er, aber er sieht in der Religion und in ihrer Liturgie eine „Hohlform“, in der den Menschen ihre subjektive Unwichtigkeit genommen wird, von einem Gott, der ihnen unbedingte Anerkennung schenkt und, weil er allmächtig ist, diese auch mit ewigem Leben beschenkt.

Eine „Hohlform“ (Schwarz spricht nicht von Fiktion) hat immerhin die Offenheit, wofür es Form ist, auch „einmal“ in sich aufzunehmen. Eine Offenheit schwingt hier mit, die es nicht über sich bringt, auch den Glauben an die Auferstehung des Leibes auf den Müll zu werfen. Diese religiöse Form steht in eigenartiger Spannung, aber nicht im unversöhnlichen Widerspruch zu dem religiösen Selbstverständnis, das sich die Wirklichkeit dessen im Glauben voraussetzt, wofür die Form „hohl“ ist, was sie symbolisch repräsentiert, wofür sie mehr ist als ein „Merkposten“, nämlich eine stellvertretende Symbolisierung für das, was wirklich ist.

Wofür? Für einen Gott, der das Flüchtige sucht und sammelt (vgl. Koh 3,14), der all die Myriaden von Menschen und ihrer Einzelerlebnisse unendlich schätzt und schützt und aufhebt und ihnen ewige Bedeutsamkeit verleiht: gegenwirklich zum leiblichen Tod, der Allmacht Gottes die neue Schöpfung

zutrauend, gegenläufig zum Werden und Sterben. „Verklärt“ nennt die Bibel diese Leiblichkeit. Der Ort des Zerfalls wird zum Ort der Lebens, weil Gott der Asche und dem Staub neues Leben eingibt, dann ein für alle mal.

3. Das Leben danach: Ein Thema mit vielen praktischen Bezügen

Seitdem ich mich mit der Frage nach einem Leben nach dem Tod und damit nach den „Letzten Dingen“ (z.B. Auferstehung, Himmel und Hölle), insbesondere aber mit dem „Jüngsten Gericht“, beschäftige (vgl. Fuchs, 2009), werde ich immer wieder gefragt, warum ich als praktischer Theologie dieses an sich bisher weitgehend nur dogmatisch erörterte Themenfeld bearbeite. Das Gerichtsthema reicht bis in meine Kaplanszeit hinein, wo ich diese Ängste in Bezug auf den Tod und auf das, was danach kommt, gerade auch auf die Hölle hin, selbst wenn sie angezweifelt oder abgelehnt wird, nicht nur bei älteren Leuten unglaublich vital erlebt habe. Seitdem hat mich diese pastorale Fragestellung nicht mehr losgelassen.

Im Grunde ist es die Aufarbeitung eines kollektiven Traumas der Kirchengeschichte, dieser jahrhundertealten Angst vor einem gnadenlos strafenden Gott, mit der Angst vor dem unvorbereiteten Tod. Das steckt tief, nach den Untersuchungen von Mentalitätshistorikern, auch bei den nicht zur Kirche dazugehörigen Menschen. Sie projizieren auf die Kirchen immer noch die religiöse Angst, obgleich sie gar keine direkte Erfahrung davon haben und auch nicht wahrnehmen können, dass in den Kirchen seit einem halben Jahrhundert über Gericht und Hölle fast gar nicht mehr gesprochen und gepredigt wird. Bestimmte Medienprodukte und Filme tun das Ihrige, diese Projektionen aufrecht zu erhalten.

Neben der Angst beschäftigt die Menschen angesichts der Erfahrung himmelschreiender Ungerechtigkeit die Frage, warum dies so sei und ob es denn jemals eine Gerechtigkeit gebe und wie diese aussehen könnte oder müsste. Damit verbindet sich die Klage über das oft ungerechte und unverzeihliche Leid der Menschen, über und gegen all die, die auf Kosten anderer leben, sie unterdrücken, foltern und töten. Wird die Stimme ihrer Opfer gehört werden? Kommen die Täter ungeschoren davon? Oder werden sie vor Gericht gestellt? Von wem und mit welchen Folgen?

Und welche Hoffnung über den Tod hinaus steigert die universale Solidarität *allen* Menschen gegenüber und welche begrenzt, ja zerstört sie?

Die Hilflosigkeit auch vieler glaubender Menschen, diesen Fragen gegenüber und hinsichtlich der Bild- und Vorstellungsfähigkeit dessen, was Jüngstes Gericht und der Himmel bedeuten, Auskunft zu geben, ist vor allem

auch in der interreligiösen Begegnung mit muslimischen Mitbürgern und Mitbürgerinnen verhängnisvoll. Letztere warten nämlich durchaus mit lebhaften Vorstellungen von dem auf, was das alles für sie bedeutet. In unseren Schulen fragen christliche Schüler und Schülerinnen auf Grund der religiösen Profiliertheit der muslimischen Schüler und Schülerinnen wieder neu danach, was ihr eigenes christliches Profil ist. So erzählen Lehrer und Lehrerinnen, dass die muslimischen Schüler und Schülerinnen eine klare Vorstellung von Gericht und Himmel besitzen, während die christliche Jugend fast gar nichts dazu sagen kann. Was sagen wir Anderen, wenn sie uns fragen?

Hier wäre es gut, hätten die christlichen Gläubigen von der christlichen Tradition her die Möglichkeit, auch ihre Vorstellung vom Gericht einzubringen, vor allem auch die Hoffnung, dass sich im Gericht nochmals ein neues Szenario eröffnet, vor allem mit dem Blick auf jene unendliche Barmherzigkeit und Versöhnungsbereitschaft Gottes, wie sie nicht nur in der Bibel, sondern auch im Koran von entscheidender Bedeutung sind. So dass im Volk Kontakte mit islamischen Nachbarn entstehen, manchmal auch Familienfreundschaften, und dass, wie mir als Beispiel erzählt wurde, eines Tages eine christliche Frau von ihrer türkischen Nachbarin erklärt bekommt: „Was habe ich Sie so gern. Wie schade, dass wir nicht auch im Paradies beisammen sein können.“

Es ist schon ein sehr tiefes Niveau der interreligiösen Begegnung erreicht, wenn Menschen daran leiden, dass die zur anderen Religion Gehörigen auf Grund der eigenen Lehre nicht im Paradies sein können. Solche direkten Begegnungserfahrungen werden in den Religionen nicht unwirksam bleiben und solche Texte und Traditionen suchen lassen und zur Verfügung stellen, die im Zusammenhang veränderter Gerichtsvorstellungen (vgl. Ebertz, 2004) die Ausschließlichkeit des „eigenen“ Himmels aufbrechen.

4. Am Ende (von Zeit und Geschichte): Rettung für alle?

Man weiß, dass die Attentäter des 11. September 2001 kurz vor dem Einschlag gebetet haben. Man stelle sich vor: Vorne im Cockpit sitzen die Attentäter und beten für ihr Martyrium. Im hinteren Teil die Kabinenbesatzung und die Passagiere. Viele von ihnen werden, den Tod vor Augen, ebenfalls gebetet haben. Was für ein schrecklicher Gegensatz zwischen den Tätern und den ausgelieferten Opfern. Auf welcher Seite steht Gott? Welchen Gott gibt es: den der Gebete aus der Kabine oder jenen der Gebete aus dem Cockpit?

Man wird wohl sagen dürfen: Gott *hört* beide, aber er *erhört* beide völlig

gegensätzlich. Im Tod wird Gott den Einen anders begegnen als den Anderen. Aus christlicher Perspektive gilt seine Liebe allen, doch wird sie bei Opfern und Tätern völlig unterschiedliche Erfahrungen auslösen. Auf der einen Seite wird Gott diejenigen retten, die als unschuldige Opfer ums Leben kamen. Angesichts dieser Liebe, die auch den, in der Vorstellung der Attentäter, Ungläubigen gegeben ist, werden sie ihre Tat umso schmerzhafter sühnen und zugleich erfahren, wofür Gott eigentlich steht: nämlich für die Rettung aller, für das Heil aller, und zwar auch schon für das diesseitige Wohlergehen aller Menschen, egal was und wie sie glauben oder nicht glauben.

Dieser Hoffnungsblick über den Tod hinaus bedeutet für das Diesseits eine ganz bestimmte religionskritische Einstellung, die uns sowohl nach innen im Christentum selber wie auch in der interreligiösen Begegnung bevorsteht, nämlich scharf zu unterscheiden zwischen heilsegoistischen und heilsuniversalen Religionen bzw. Religionsanteilen.

Hier kommt unabweisbar zum Vorschein, dass ein hochintensiver Glaube immer dann zerstörerisch ist, wenn er die Glaubensgrenzen zu Heilsgrenzen macht und das Heil für die anderen Menschen davon abhängig macht, wie weit sie den eigenen Glauben übernehmen. Nach dem Motto: Wenn sie das nicht tun, sind sie gar nicht mehr wert zu leben. Das ist die Grundversuchung jeder Religion. Wenn sich ein solcher Fundamentalismus dann noch mit einer Gewaltbereitschaft verbindet, die bis in den Himmel hinein belohnt wird, gibt es keine Grenzen mehr.

Das bedeutet für die Religionen, jede Art von Selbstfundamentalisierung aufzugeben und die in ihnen verkündete Liebe und Barmherzigkeit Gottes, ohne die es weder die Bibel noch den Koran gäbe, nicht an die Glaubensgrenzen zu binden, sondern für alle zu verstehen: „Weil es bei uns so ist, gilt das für alle.“ Wenn die Religionen nicht in diese Richtung gehen, werden sie von Gesellschaften, die etwas von Humanität und Solidarität halten, für ihren Aufbau nicht beansprucht, sondern in einer dann durch und durch berechtigten antireligiösen Politik marginalisiert werden. Wo aber fundamentalistische Heilsreligionen die politische Ordnungsmacht in einem Staat haben, werden sie nicht nur nach innen viel Leid für die Nichtdazugehörigen produzieren, sondern auch jede Art von globaler Solidarisierung entgegenwirken.

Das Unglaubliche und oft auch Abstoßende, mitunter auch Gefährliche ist für viele das Binnenhafte, das Religionen mit den Jenseitsvorstellungen verbinden: Es geht gar nicht um die großen Fragen der Gerechtigkeit in der Welt, sondern darum, ob die Menschen zum eigenen „Laden“ gehören oder nicht, ob sie den eigenen Glauben annehmen und sich in die eigene Religion integrieren oder nicht. Hier dienen die Jenseitsvorstellungen eher der Aufrechterhaltung der eigenen Glaubensgemeinschaft und ihrer Durchsetzungsfähigkeit als dem Dienst an der Welt. Wenn Gott wirklich der wäre,

so folgern manche, der nur die Minderheiten seiner Anhänger retten und alle anderen in die Hölle werfen würde, müsste man ihn um der Menschen willen beseitigen.

Zwar hat sich das Christentum durch die Geschichte hindurch oft so verhalten, dass die nicht zum eigenen Glauben Gehörigen weniger Wohlergehens- und Lebensrecht, auch über den Tod hinaus, hatten als die eigenen Gläubigen. Und viele Menschen, nicht zuletzt auch viele Gläubige, unterstellen dem christlichen Glauben nach wie vor diese ausschließliche Einstellung zwischen innen und außen, zwischen Heil und Unheil, zwischen Glaube und Vernichtung. Es ist ein böses Armutszeugnis des Christentums, dass bis zum heutigen Tag Millionen von Menschen Angst vor der religiösen Angst haben und sich deshalb solche Schwarz-Weiß-Einteilungen der Welt und der Nachwelt nicht mehr einjagen lassen wollen.

Auch wenn viel davon Projektion ist, gibt es leider auch eine Menge von Erfahrungen in der Geschichte des Christentums, die solchen Projektionen Nahrung gaben, und leider auch geben, wenn man die explodierenden fundamentalistischen Anteile des Christentums mit scharfen Höllendrohungen insbesondere in den Vereinigten Staaten, aber auch zunehmend in Europa wahrnimmt.

Benedikt XVI. macht in seiner Enzyklika „Spe salvi“ unmissverständlich deutlich, dass sich die Möglichkeit der Hölle eben nicht auf Glaube oder Unglaube bezieht, sondern auf den Gegensatz von Gut und Böse. Er spricht von „Menschen, die dem Hass gelebt und die Liebe in sich zertreten haben. Dies ist ein furchtbarer Gedanke, aber manche Gestalten gerade unserer Geschichte lassen in erschreckender Weise solche Profile erkennen. Nichts mehr wäre zu heilen an solchen Menschen, die Zerstörung des Guten unwiderruflich: Das ist es, was mit dem Wort *Hölle* bezeichnet wird.“ (Benedikt XVI., 2007, Nr. 45)

Die Reaktion des kommenden Richters auf die Menschen und ihr Leben wird demzufolge also nicht primär festgemacht an ihrem Glauben, sondern, was auch das Matthäus-Evangelium verdeutlicht, an dem, wie solidarisch beziehungsweise zerstörerisch Menschen gelebt und gehandelt haben: „Denn ich war hungrig, und ihr habt mir zu Essen gegeben...“ (Mt 25,34).

Es ist die von vielen innerhalb der Kirchen und außerhalb der Kirchen oft wenig beachtete Lehre der Kirche, dass die Glaubensgrenzen nicht mit den Heilsgrenzen identisch sind, sondern dass vielmehr im Glauben selbst Gottes *universale*, also alle Menschen umfassende Liebe behauptet wird. Dann ist es immer noch eine Frage, ob nicht in der Konfrontation solcher abgrundtief böser Menschen mit Gottes unendlicher Versöhnung letztere nochmals stärker sein kann als deren Bosheit. Entsprechende Hoffnung ist uns erlaubt, im Griff einer „Lehre“ haben wir sie nicht!

5. Worauf (am Ende) warten: Ist es Liebe?

Was kommt danach? Im Alltag zeigt sich heute bei vielen Menschen ein Nicht-glauben-können, das nicht herrschaftlich und überlegen daherkommt, sondern Ausdruck der Hilflosigkeit zu sein scheint, an ein Danach glauben zu *können*. So sagt z.B. Joachim Fuchsberger in mehreren Interviews: Ich würde ja gerne daran glauben, dass mein Sohn, der so früh verstorben ist, noch irgendwie lebt, aber ich kann es nicht, ich kann nicht an solche Vorstellungen glauben wie sie in „Der Brandner Kasper und das ewig' Leben“ zum Vorschein kommen (vgl. Wilhelm; von Kobell, 1987). Auch der Schriftsteller Martin Walser macht deutlich, dass er den Glauben sehr schätzt, dass er die Formen, auch die sprachlichen Formen des Glaubens selber aufnimmt und wertvoll macht, aber zugleich dass er über die Todesgrenze hinaus in ein Jenseits Gottes hinein nicht glauben kann (vgl. Walser, 2012). Das ist keine überlegene Gottesleugnung, sondern der Ausdruck einer Ohnmacht. Und zugleich zeigt sich gerade darin die Sehnsucht, dass es doch anders sein möge. Dass es irgendwie gut und schön wäre, würde diese Phantasie eine Wirklichkeit sein.

Unter Menschen, die geliebt wurden und lieben können, denen also beider Art Liebe geschenkt ist, gibt es eine tiefe Erfahrung: nämlich dass der geliebte Mensch so geliebt wird, dass sein Dasein unbedingt ersehnt und erwünscht ist. Wer liebt, will, dass der geliebte Mensch *ist*, dass er da ist, dass er lebt, dass er vorhanden ist. Das Beste, was Menschen passieren kann, ist, dass sie von Geburt, ja von der Empfängnis an ersehnt sind und dass es ihr Sein gibt, weil sie ersehnt sind. Vielleicht hängen Sehnsucht und Sein doch mehr zusammen, als man zunächst annehmen mag. In vielen Gedichten und Erzählungen, in Prosa und Poesie, kommt beispielsweise dieses Verhältnis von Unendlichkeit und Liebe, von Liebe und Sein-Haben-Wollen zum Ausdruck: „Es ist was es ist / sagt die Liebe“, schreibt Erich Fried in dem Gedicht „Was es ist“ (Fried, 1985, 497), und bringt die brillante Einsicht auf den Punkt, nämlich dass die Liebe unbedingt das Sein der Geliebten wünscht und derart schützt, was ist.

Kann man dieses Ereignis auch über den Tod hinausdenken, auf eine Wirklichkeit jenseits des Seins? Dürfen die Menschen auch ähnliches denken und hoffen, wenn es um das Dasein aller Menschen überhaupt und dieser Erde und des ganzen Universums geht? Was ist das Motiv, warum das alles *da* ist, warum es besteht, warum nicht nichts ist? „Ist es Liebe?“ Diese Frage, die der Milchmann Tewje im bekannten Musical „Anatevka“ mehrmals seiner Frau Golde stellt, und die Golde nur aufgrund der Qualität ihre Zusammenlebens positiv beantworten kann, darf auch an Gott, den Schöpfer, gestellt werden.

Diese Frage fragt nicht nur danach, ob es einen Gott gibt, der und die das alles erschaffen hat, sondern danach fragt, *warum* Gott das getan hat. Was ist sein Motiv? Will er sich ergötzen am Aufblühen und an der Zerstörung des Lebens, wie man im alten Rom die Gladiatoren gut genährt und gesund gemacht hat, damit sie sich blutig zerfleischen können? Ein solcher Gott wäre kein zusätzlicher Gewinn zum Atheismus: denn ob ich an einen kalten Gott oder an ein kaltes Universum glaube, bleibt im Ergebnis gleich.

Und: Kann der Urgrund der Welt tatsächlich Liebe sein, wenn so viel Liebloses, so viel Zerstörung, so viel Grauen in dieser Welt erfahrbar ist? Wenn Gott, wie die Religionen sagen, Barmherzigkeit und Liebe ist, warum kann er dann einer unbarmherzigen Welt und einem kalten Universum einfach zuschauen? Auf der anderen Seite gibt es all das Gute in dieser Welt, die Liebe, die Solidarität, dass Menschen füreinander da sind, ja sogar vieles füreinander riskieren und sich hingeben können, sogar ihr Leben für andere.

Und: Wie schön ist diese Welt, sind die Tiere, die Pflanzen, die Farben? Wenn dahinter ein Wille ist, dann will dieser Wille es schön haben, ganz zu schweigen von der unendlichen Schönheit des Universums, von dieser beeindruckenden Unendlichkeit und Unerschöpflichkeit. Die Schöpfung hat über das Funktionale hinaus unermessliche ästhetische Qualitäten. Dafür kann nur ein Gott Gespür haben, der ein Gespür für die Ästhetik und Schönheit des Universums besitzt.

Verlasse ich mich auf diese Spuren, dann kann ein schaffender Gott nur ein guter und ein schöner Gott sein. Dann kann man gar nicht anders sagen, als dass das, was ist, aus Liebe ist. Und dann kann man auch sagen, kontraktisch, also auch gegen den Augenschein von Tod und Verfall, dass eine Liebe, die so das Sein will, dieses Sein nicht beendet haben will, vor allem, wenn es die Liebe erwidern kann, und das geschieht stellvertretend durch die liebenden Menschen für das ganze Universum. Rose Ausländer formuliert diese Hoffnung so:

„Gäbe es dich
Gott der Liebe
wir lebten noch heute
im Eden
Volk an Volk
du an du
Gäbe es dich nicht
o Liebesgott
wir wären nicht

nichts wäre.“

Es lässt sich beobachten: Kinder, die einen lieben Menschen verloren haben, können es nicht fassen und beginnen mit dem nunmehr Unsichtbaren zu sprechen, nehmen dessen Bild in die Hand und unterhalten sich mit ihm, gehen zum Grab und nehmen mit ihm Kontakt auf. Sie verwirklichen unmittelbar, was es heißt, dass Liebe sich nicht damit zufrieden geben kann, dass der geliebte Mensch nicht mehr lebt: Er ist zwar nicht mehr da, aber er ist woanders, von wo er hört und zuhört, Botschaften bereithält, und weiterhin liebt und geliebt werden kann.

Die Qualität der damit verbundenen Geschichten und Ereignisse reicht hinein in oder berührt zumindest die Membrane zum Jenseits und zur Ewigkeit. Es ist die Hoffnung, dass diese Liebe das Sein des Menschen im Tod nicht durchfallen lässt, sondern auffängt. Nur das Geliebte wird gerettet, und wenn die Liebe tatsächlich Gott ist, also grenzenlos und unendlich, ist alles geliebt und wird alles gerettet. Aber wie? Einfach so, als ob das Böse und das Leid nicht geschehen und erfahren wäre? Der Entzug von Liebe wäre, wenn diese Liebe mit dem unerschöpflichen Gott zu tun hat, kein göttlicher Weg, genauso wenig, wie wenn diese Liebe Lieblosigkeit übersehen würde. Die Ereignisse dürfen nicht verloren gehen. Sie kommen wieder zum Vorschein und werden in das Geliebtsein eingetragen, in den Schmerz bzw. in die Freude angesichts der je eigenen Vergangenheit. Der Unterschied liegt nicht im Geliebt- oder Nichtgeliebtsein, sondern darin, *wie unterschiedlich* diese Liebe erfahren wird.

Wer über die radikale Ohnmacht des Todes hinausträumt, leistet sich, analog zur Droge, ein erweitertes Bewusstsein und Bilderprogramm. Der Glaube nutzt diese Fähigkeit mit der Unterstellung, die von ihm angebotenen Bilder seien eine wahrheits- und wirklichkeitshaltige Ahnung über die Todesgrenze hinaus. Solche Hoffnung hat nichts Jenseitiges im Griff, sie würde ja sonst Gott als Gott verlieren. Doch wird eine solche Hoffnung im Diesseits zum Ereignis eines Geliebtseins, das keine Grenzen zulässt. Es geht hier also um den je gegenwärtig erfahrbaren oder vermissten Horizont einer grenzenlosen Liebe, wofür die Hoffnung über den Tod hinaus das wichtigste Ausdrucksereignis ist.

6. Liebe treibt die Hoffnung über die Todesgrenze hinaus

Die Religionen leben davon, in welchen Formen auch immer, einen guten Gott zu erhoffen, darauf zu hoffen, dass Gott barmherzig ist, dass er zwar auch vernichten kann und es auch tut, aber dass dies nicht sein letztes Wort ist und dass es eine Gerechtigkeit und eine Rettung über den Tod hinaus gibt.

Und zugleich sind sie in der Versuchung, dieses Gutsein Gottes irrtümlich mit eigenen Bedingungen zu begrenzen. Deutlich wird allerdings immer mehr, dass die Religionen nur eine Möglichkeit besitzen, die Plausibilität ihrer Botschaft eines guten Gottes darzustellen: nämlich durch ihr Zeugnis dafür, dass ihre Liebe das Leben *aller* will, dass die Geliebten und die Unge liebten, weil Gottes Liebe universal ist, *sein* dürfen.

Alles spitzt sich wirklich auf die Frage zu, wie der erste Korintherbrief in Kapitel 15 schreibt: Gibt es eine Lebensrettung über Tod und Katastrophe hinaus? Unter welchen Bedingungen? Oder bedingungslos? Und welche Auswirkung hat eine Bedingungslosigkeit auf die Menschen mit ihren unterschiedlichen Lebens- und auch Tätergeschichten? Denn es würde der universalen Liebe widersprechen, würde Lieblosigkeit bis in die Ewigkeit hinein nicht wahrgenommen oder für ungeschehen erachtet werden. Wenn es aber auch für die Lieblosen keinen Liebesentzug gibt, wie werden sie diese unendliche Liebe angesichts ihrer Vergangenheit erfahren? Als in ihnen aufbrechender Liebesschmerz?

Die biblischen Texte bringen Geschichten und Vorstellungen, in denen Gott seine Liebe niemals, jedenfalls niemals endgültig zurückzieht. Selbst wenn Israel abfällt, lässt Gott sein Volk nicht im Stich. Er will die Umkehr, aber letztlich ist die Umkehr nicht die Bedingung seiner Liebe, sondern seine nicht zurückgezogene Liebe ist die Ermöglichung der Umkehr. So wandelt sich das Wenn-Dann in der Gottesvorstellung in ein Ohne-wenn-und-Aber. Denn die Beziehung mit Gott bleibt nie bei einem Wenn-Dann stehen, sondern übersteigt jedes Wenn-Dann mit der immer noch einmal größeren Barmherzigkeit und Gnade Gottes. Diese Offenheit aller Wenn-Danns in ihre unendliche Entgrenzung Gottes hinein setzt sie nicht außer Kraft, lässt sie aber auch nicht das letzte Wort sein.

Gottes Barmherzigkeit ist in solcher Hoffnung also voraussetzungslos, aber gerade deshalb nicht blind: Gott sieht mit aller Schärfe die Unbarmherzigkeit und spricht die Täter schuldig, schon aus Barmherzigkeit und Gerechtigkeit den Opfern gegenüber. Aber er zieht seine Liebe nicht zurück. Die Menschen müssen vor Gott nichts vorspielen, nichts verdrängen und sich nicht in Selbstrechtfertigung stürzen. Sie müssen sich nicht wie Adam und Eva vor Gott verstecken, brauchen keine Angst vor Liebesentzug zu haben. Diese Liebe kann entsetzlich wehtun, kann schmerzlich „Leid tun“, wenn man die eigenen Taten ihrer (am jüngsten Tag) unverhüllten Offenbarung aussetzt. Sie schmerzt Gott selbst in Christus angesichts des Bösen und des Leids der Menschen. Eine solche unerschöpfliche Barmherzigkeit ist keine billige Gnade, sondern kommt teuer zum Ausdruck am Holze des Kreuzes.

Am Kreuz hält die Welt den Atem an: Wird nun Gott die Welt, da sie seine Barmherzigkeit nicht angenommen hat, endgültig in den Abgrund stür-

zen lassen? Oder ist seine Barmherzigkeit gar so groß, dass sie auch diesen Abgrund des menschlichen Neins zu Gott überwindet? Hierin, so ein zentraler Gedanke christlicher Theologie, liegt die Heilsbedeutsamkeit, nämlich die entgrenzende Barmherzigkeitsbedeutung des Kreuzes: Denn vom Kreuz her betet Christus zum Vater, dass er den Gegnern vergeben möge (vgl. Lk 23,34). In der Nachfolge des leidenden Gottesknechtes in Jesaja 53 betet der leidende Gottessohn am Kreuz für die Gewalttäter und gibt so die erlittene Gewalt als auch diese umfassende doppelte Liebe zurück (vgl. Schwager, 1990, 146).

Der Kreuzestod Christi ist nicht nur eine Konsequenz seines solidarischen Lebens, sondern offenbart die Universalität, die allumfassende Reichweite seiner Gnade, indem vom Kreuz her das Reich Gottes nicht nur, wie im bisherigen Leben Jesu, denen geschenkt wird, die das Reich Gottes annehmen, sondern nun auch denen, die es ablehnen. Im Scheitern scheitert das Erlösungswerk gerade nicht, sondern offenbart darin erst die äußerste Radikalität der unbedingten Liebe Gottes auch denen gegenüber, die ihn zum Scheitern bringen, den Tätern, den Sündern und Sünderinnen, und das sind immer wieder die Gläubigen selbst.

Gott liebt also nicht nur, wenn man an ihn glaubt. Der Glaube ist nicht die Bedingung der Liebe Gottes, sondern ihre Auskunft, und so die Bedingung dafür, etwas von dieser allen Menschen längst geschenkten Liebe Gottes zu *erfahren* und aus diesem Glaubensgeschenk heraus das Leben zu gestalten und es, wenn nötig, zu verändern (vgl. Fuchs, 2012a, 127-130).

7. Vorstellungen vom Leben danach: Begrenzte Bilder unbegrenzter Hoffnung

In der Seelsorge und im Religionsunterricht wird es wichtig sein und zunehmend wichtiger werden, die unterschiedlichen Bilder, die Bibel und Tradition über die „Letzten Dinge“ bereithalten, in ihrer Bedeutung und in ihrer gegenseitigen Bedeutungsbegrenzung zu erschließen. Das gilt vor allem für das am meisten bekannte Bild vom Jüngsten Gericht, in dem, wie es in Mt 25 heißt, die Guten von den Bösen getrennt werden, doch ist die Bedeutung dieses Bildes auch wieder zu begrenzen mit der Einsicht, dass es nur eine Momentaufnahme im großen Prozess des Gerichtes darstellt. Denn die meisten werden einmal auf der einen und einmal auf der anderen Seite sein und der richtende und zugleich versöhnende Blick des Richters wird es ermöglichen, dass sich die Menschen gegenseitig anschauen und aneinander entdecken, worin sie sich gegenseitig getragen und geliebt oder gehasst und zerstört haben (vgl. Fuchs, 2009, 110-165).

Die Bibel nennt in vielen Texten diesen Vorgang „Gericht“, ein Geschehen, für das uns verschiedene Bilder geschenkt sind, die in ihrem Zusammenhang aber nie gefügig sind, die so umso deutlicher erfahren lassen, dass es sich nur um Bilder handelt. Denn sie deuten nur eine Richtung an, deren tatsächliche Erfüllung uns noch einmal ganz anders zuzukommen vermag, als wir es uns vorstellen können. So ist die Scheu berechtigt, das Geheimnis Gottes, das uns im Tod in einer unvorstellbaren Weise begegnet, in Vorstellungen und Bildern zu fassen. Zugleich ist es aber auch wieder notwendig, eine Vorstellungsfähigkeit von dem zu entwickeln, was „danach“ kommt.

Dabei darf es durchaus offen und frei bleiben, dass die einen Gläubigen Bilder notwendiger haben als die anderen, um Gott über den Tod hinaus vertrauen zu können. Die am 16. August 2008 verstorbene große Frau des Deutschen Katholizismus, der Ökumene und der Frauensolidarität, Anneliese Lissner, hat es in dem Dankesbrief nach ihrem 80. Geburtstag in einem Gedicht so formuliert:

„Oh Mensch, bedenkt die Ewigkeit,
denn damit endet deine Zeit'.
Was das bedeutet, weiß ich nicht,
doch bin ich voller Zuversicht!“

Ob man/frau nun mehr oder weniger Bilder und Bedeutungen über den Tod hinaus benötigt, eines ist in jedem Fall zu beherzigen: alle Hoffnung ist noch einmal dem Geheimnis Gottes selber zu überantworten. Es kann nie um einen ungehörigen Zugriff auf Gott und auf das gehen, was nach dem Tod kommt, sondern um ein vorsichtiges Ertasten dessen, in welche Richtungen und Farben das Künftige erlebbar ist. Es ist nicht die Sprache des Habens und des Zugriffs, sondern die Sprache der Hoffnung: Auf unsichtbare Hoffnung hin sind wir gerettet, schreibt Paulus (vgl. Röm 8,24-25).

Und hoffnungsvoll ist dieser Blick über die Todesgrenze hinaus dann, wenn all das, was die Menschen getan und erlitten haben, sich nicht einfach in dieser Rettung auflöst, als wäre das alles nicht geschehen, sondern darin eine Bedeutung gewinnt, die alle als endgültige Herstellung der Gerechtigkeit und einer ganz und gar nicht billigen Versöhnung erfahren; dass es weder eine Versöhnung auf Kosten der Gerechtigkeit noch eine Gerechtigkeit auf Kosten der Versöhnung geben wird. Es gilt also die unbegrenzte Hoffnung, dass es am Ende für alle eine Rettung geben kann, aber nicht einfach so, als würde Gott die Leiden der Opfer und die Taten der Täter nicht ernst nehmen, als ob es ihm nachträglich egal wäre, wie wir hier gelebt haben.

Dabei können wir die nachvollziehbare Vorstellung entwickeln, die im Deutschen eben nicht im Begriff der Entschuldigung liegt, sondern in der eindrucklichen Formulierung des „Leidtuns“, nämlich dass es uns buchstab-

lich Leid tut, wenn wir geliebten Menschen Leid angetan haben. Denn in der endzeitlichen Erfahrung der umfassenden Liebe Gottes, die alle Menschen liebt, werden auch für die Menschen alle Menschen zu geliebten Menschen.

8. Im Bild der Versöhnung Gottes

Gottes Versöhnung umfasst das ganze Universum, aber so, dass seine Liebe schärfste Widersprüche anmeldet, zwischen Gut und Böse, zwischen Opfern und Tätern, zwischen Tod und Leben. Um der Liebe willen gibt es keine Kompromisse mit der Lieblosigkeit, mit der Unterdrückung und Zerstörung von Menschen. Wenn es eine neue Welt ohne das Böse und Leid gibt, dann müssen die Todesmächte der gegenwärtigen Welt gestoppt werden, aber nicht einfach, als wäre nichts geschehen, sondern so, dass alles Leid und alle Zerstörung, dass alles Böse und alles Gewalttätige dieser Weltgeschichte dem Vergessen entrungen wird und in denen aufgesucht wird, die entsprechendes erlitten beziehungsweise getan haben. Reinhold Schneider (1946, 43) bringt es treffend in die Worte: „Die Gnade faßt, daß wir vom Abgrund wissen. Und von der Liebe, die Euch retten mag.“

Die Gerichtsdynamik ist eigentlich unvorstellbar, aber vielleicht ist folgende Vorstellung, vor dem Hintergrund des bisher Gesagten, nachvollziehbar: Im Gericht geht es um einen Vorgang, wo Tätern aufgeht, was sie getan haben, wo sie abgrundtief der Schmerz darüber ergreift, genauso abgrundtief und in der Intensität unendlich, wie das Leiden, das sie zugefügt haben. Es hängt alles davon ab, dass sich die Täter in diese Begegnung hineinbegeben und dass sie sich nicht verweigern. Dies geschieht im unerschöpflichen Raum der Versöhnung Gottes, in dem erst das Unmögliche möglich wird, nämlich die Versöhnung der Täter mit Gott und mit den Opfern, die nicht die Gerechtigkeit verletzt, weil sie die Täter elementar, durch ihre ganzen schmerzempfindlichen Phasen hindurch (seelisch und leiblich), restlos zum schutzlosen und radikal geöffneten Resonanzkörper dessen werden lässt, was sie getan oder versäumt haben.

Ähnliches gilt selbstverständlich auch für das Gegenteil des Bösen, für die Menschen, die in Liebe und Solidarität gelebt haben: Sie dürfen sich dann in unendlicher Freude und Bestätigung angesichts der betreffenden Personen und angesichts der unendlichen Liebe Gottes als Resonanzkörper dessen erfahren, was sie an Liebe und Solidarität geschenkt haben.

Im ökumenischen Zusammenhang ist zugleich daran festzuhalten, dass dies alles nicht die Leistung und das Verdienst der Menschen selbst ist, sondern durch die unendliche Versöhnungsmacht ermöglicht wird, durch die Gnade Gottes, die in der Auferstehung bereits beginnt und durch das Gericht

hindurch trägt und rettet. Es handelt sich also, jenseits jeder „endzeitlichen Werkgerechtigkeit“, um die endzeitliche Wirksamkeit jener unerschöpflichen Liebe, die von den Menschen allerdings unterschiedlich, zwischen Freude und Leid, erfahren wird, je nach dem Leben, das sie hinter sich haben. Dies ist der Anteil der Gerechtigkeit im Gerichtsgeschehen, nicht als Bedingung, sondern als *Auswirkung* der Liebe. Die Alternative wäre, dass die unterschiedslos geschenkte Liebe Gottes keine Unterschiede machte, was das hiesige Leben für das Gericht egal sein ließe.

Das Gericht ist also so gedacht ein unbegreifbares, umfassendes Begegnungsgeschehen, mit unvorstellbarer Intensität und Dynamik. Die Menschen sind darin nicht ungefragte Gegenüber eines von oben nach unten erfolgenden Gerichts mit einer verordneten Strafe, sondern die „Strafe“ ereignet sich in diesem Geschehen selbst als die nicht auferlegte, sondern in uns selbst angesichts der Opfer aufbrechende Schmerz- und Sühnebewegung. „Aber in dem Schmerz dieser Begegnung, in der uns das Unreine und Kranke unseres Daseins offenbar wird, ist Rettung.“ (Benedikt XVI., 2007, Nr. 47).

Dieser wie Feuer brennende „Schmerz“ reicht bis in Gottes unendliche Liebe hinein und geht tiefer als jede Strafe außerhalb dieser Liebe – und kann es ebendort, in der Liebe Gottes, den Opfern ermöglichen, in diese Versöhnung einzuschwingen (vgl. Fuchs, 2009, 153-161). Mit dem Glauben an einen (nicht „lieben“, sondern) liebenden Gott schwächt sich nicht, sondern steigert sich die Kompromisslosigkeit hinsichtlich der trennscharfen Unterscheidung zwischen Opfer- und Täteranteilen in und zwischen den Menschen.

Der islamische Religionspädagoge Mouhanad Khorchide (2012, 50f.) schreibt von seiner Warte aus Ähnliches: „Die Hölle ist demnach kein Ort der Bestrafung oder der Rache Gottes, sondern steht symbolisch für das Leid und die Qualen, die der Mensch im Laufe dieses Transformationsprozesses erlebt. Dabei begegnet er einerseits der unendlichen Barmherzigkeit und Liebe Gottes. Dies versetzt ihn in Scham und Demut, da ihm bewusst wird, dass er in seinem Leben Nein zu dieser Liebe und Barmherzigkeit gesagt hat.“

9. Am Ende der Zeit: Das Gericht des Menschen mit Gott

Am Ende und angesichts des Todes klärt, so die Bibel, nicht nur Gott sein Verhältnis zu seinen Geschöpfen, sondern der Mensch klärt auch zentrale Fragen seines Verhältnisses zu Gott, insbesondere die Fragen der leidenden Menschen, die in den Klagepsalmen beten: Warum hast Du uns verlassen? Man kann zwar das Böse und das Leid als einen Aspekt der Unergründlich-

keit Gottes anschauen, doch kann man nicht mit dieser Unergründlichkeit das Böse und das Leid begründen. Es bleibt zumindest ein ganz dunkles Geheimnis und absolut nicht nachvollziehbar für die Menschen. Jede Nachfrage ist notwendig.

In so mancher Erzählung von Heiligen und in vielen Geschichten von Christen und Christinnen kommt immer wieder die Vorstellung durch, wie sie der große Theologe Romano Guardini kurz vor seinem Tod gesagt haben soll: „Bevor Gott an mich Fragen stellt, will ich meine Fragen an ihn stellen.“ In der Tat gibt es ausreichenden Klärungsbedarf, vor allem angesichts des erlittenen Leides oder Unrechts. Die klagenden und anklagenden Fragen sind ja bis zum Tod nicht beantwortet worden. Und so werden sie hineinragen in die endzeitliche Begegnung mit Gott.

Die stellvertretend für viele Menschen gesprochene Frage Jesu am Kreuz „Warum hast Du mich verlassen?“ (Mk 15,34) überlebt den Tod und richtet sich an Gott am Ende der Zeit. Gott, wenn er denn ein Gott ist, den die Schöpfung etwas angeht, „ist uns die Auferstehung schuldig!“, schreibt Christine Lavant. Die Klage ist notwendig, damit die unerhörten Klagen genauso gehört werden können wie der Dank für alles, was gut und wunderschön war, und damit Gott die eingeklagten und ersehnten Antworten geben und endlich mit der vollkommenen Schöpfung selbst antworten kann.

Was wird der so angefragte Gott antworten? Wie wird er diese Welt und sich rechtfertigen? Jedenfalls kann er uns nicht mit einer Sinnantwort kommen, dass alles einen notwendigen Sinn gehabt habe. Was soll das nur für ein Sinn sein, dem so viel an Leid zu opfern war? Was soll das für eine Notwendigkeit sein, die die Not nicht gewendet hat? Nein, mit einer solchen Sinnantwort, mit der er selbst „aus dem Schneider“ wäre und auch relativ unbeteiligt sein könnte (weil ja alles seinen Sinn hatte), kann er bei den leidenden Menschen keine Glaubwürdigkeit erringen. Nein, es muss eine Antwort sein, die nicht unterhalb des Niveaus dessen ist, was in der Geschichte erlitten wurde.

Die Antwort Gottes, so das Neue Testament, besteht darin, dass er auf seinen Sohn, auf Jesus von Nazareth deutet und sagt: „Ich war alle Stunden des Leidens bei Euch.“ Gott hat sich nicht herausgehalten, sondern hat im Mensch gewordenen Gottessohn das Leiden der Menschen an sich herangelassen, auch das Leiden eines Menschen, der sich um der Barmherzigkeit und Gerechtigkeit willen der Gewalt der Menschen ausliefert, bis zum Folterschmerz und bis zum Tod am Kreuz. Und Gott wird im Gericht offenbaren, dass er nicht nur in Jesus das Leiden der Menschen erfahren hat, sondern dass er, wie Paulus im Röm 8,26 sagt, im Geist des Auferstandenen alle Leiden der Menschen mitgelitten hat. Angesichts des an Intensität und Tiefe unendlichen Leidens in der Geschichte kann es wohl nur ein allmächtiger Gott sein,

der eine derart allumfassende Compassion (Mitschmerz) aufzubringen vermochte.

Am Ende der Zeit wird Gott von dieser Botschaft her den Menschen noch vor jeder Sinnantwort offenbaren: dass er sich nicht herausgehalten hat, dass er nicht von außen zugeschaut hat, sondern dass er selbst in dem gleichen Maße das Leid der Menschen erlebt hat, wie diese es erlebt haben. Nur dadurch können die Opfer ihn als durch und durch glaubwürdig erfahren und ihn als den annehmen, der das Gericht gegen die Täter führen wird: nämlich nicht nur als der Anwalt der Opfer, sondern als durch und durch Mitbetroffener. An seiner Antwort wird bereits zu erfahren sein, dass Leid nur mit dem „aufgewogen“ werden kann, was es selber ist, auch auf der Seite des Schöpfers und hier mit seinem substanziellen Mitleiden. Unterhalb dieses Niveaus kann es keine befriedigende Antwort Gottes auf die Klagen der Opfer geben.

Von daher ist der Tod Jesu Christi nicht nur als Gottes Sühne für die Menschen zu verstehen, sondern als Sühne Gottes selbst für diese Schöpfung, weil es in ihr so viel Böses und so viel Leid gibt, und weil er letztlich für alles verantwortlich ist (vgl. Fuchs, 2012b). In Christus macht er sich selbst zur Sünde (2 Kor 5,21), zum Schuldigen, zum Mittäter. So wird Gott am Ende auf seinen Sohn zeigen, wie damals in der Taufe Jesu im Jordan, und sagen: Dies ist mein geliebter Sohn, in dem ich mein eigenes Sühneleiden im Leiden der Menschen offenbare. Aber, es bleibt festzuhalten: Gott geht weder in seinem Mitleiden noch in seinem Sühneleiden auf. Er steht dem Leid auch und dazu dem Bösen in Allmacht gegenüber! Sonst gäbe weder eine Hoffnung auf das Gericht noch auf den Himmel.

10. Die Rede vom Gericht und von den „Letzten Dingen“: Hilfreich für das Leben?

Im christlichen Glauben und aus der Sicht der Menschen, die sich nach Gerechtigkeit sehnen, gibt es keine Möglichkeit, auf die Gerichtsverkündigung zu verzichten. Gleichzeitig ist es sicher nicht einfach, so vom Jüngsten Gericht zu sprechen, dass nicht bei den Hörern und Hörerinnen wieder alte Vorstellungen von Hölle und Angst einschnappen. Gotthard Fuchs hat im Wissen darum von der Kunst der Christen gesprochen, „sich recht ängstigen zu lernen“ (vgl. Fuchs, 1995). Demzufolge geht es in einer neuen Verkündigung des Gerichts gewissermaßen um eine Therapie an jenen unrechten und zerstörerischen Ängsten, die weniger der Hoffnung auf Gott als der Herrschaft durch Menschen gedient haben. Eigentlich geht es gar nicht um Gottesangst, sondern um jenen Furchtanteil in der Gottesbeziehung, die in der Ehrfurcht vor dem geheimnisvollen, allmächtigen und unbegreiflichen und koextensiv

mit seiner Unendlichkeit zugleich kompromisslos liebenden Gott zuhause ist.

Anneliese Lissner erzählt von einer solchen „Therapie“: „Meine Schwiegermutter besuchte Sonntags immer die 'Frühmesse'. Gern fragten wir Langschläfer sie bei ihrer Heimkehr, worüber der Pastor denn gepredigt habe. Also worüber heute? ‚Über die Hölle!‘ – ‚Was hat er gesagt?‘ ‚Ich habe nicht zugehört. Da komme ich ja nicht hin.‘ Wir haben herzlich gelacht!“ (Lissner 2008). Die Hölle, wie sie der Pastor versteht, geht die Schwiegermutter nichts an. Dass man über diese gesunde Abwehr herzlich lachen kann, hat etwas Befreiendes. Dass die Verkündigung des Jüngsten Gerichts gerade in der Ehrfurcht vor Gott selbst etwas Befreiendes hat, so dass auch Anneliese Lissners Schwiegermutter eine solche Verkündigung mit ihrem Leben verbinden könnte, genau darin läge die Lösung einer zukünftigen Rede vom Jüngsten Gericht, die nichts verstecken und verdrängen muss und sogleich alles auf eine unerschöpfliche Hoffnung hin zu öffnen vermag.

Im Anschluss an den Philosophen Hans Blumenberg spricht Gotthard Fuchs (vgl. 1995) vom Gerichtsverlust als einem empfindlichen Schaden in gegenwärtigen Zivilisationen. Mit dem Abhandenkommen des Glaubens an Gottes Gericht explodieren die gegenseitigen Verurteilungen genauso wie die Abwehr dieser Verurteilungen durch die „Kunst, es nicht gewesen zu sein“, mit permanenten Entschuldigungen und Selbstrechtfertigungen, die wiederum bei der Beschuldigung der anderen landet und so den Teufelskreis der Verurteilungen wieder von der anderen Seite her schließt. Dass fast alle Konflikte nur noch über Rechtsanwalt und Gericht angegangen werden, ist ein erschreckender Ausdruck dieser Gerichtsmanie, der permanenten Angst zu kurz zu kommen, und der verlorenen Fähigkeit, Gott zumindest das *letzte* Gericht und das letzte Wort zu überlassen.

Die christliche Verkündigung vom letzten Gericht, das dem Gott vorbehalten bleibt, der in Christus selbst verurteilt wurde, und der vom Kreuz her noch die Täter in seine Versöhnung aufnimmt (vgl. Lk 23,34), ist also nicht nur von elementarer befreiender Bedeutung für die Einzelnen, sondern auch von heilender Kraft gegenüber den Selbstüberforderungen und Zerstörungsanteilen einer Gesellschaft. Ganz zu schweigen von den das Leben verdunkelnden Depressionen, die von verdrängten Schuldgefühlen herrühren, ob sie auf wirklich eigener oder egozentrisch angeeigneter Schuld gründen. Die Sehnsucht nach Schuldvergebung übersteigt oft die Möglichkeiten der Therapie, Schuld im Gespräch zu benennen und zu „bearbeiten“.

Die Beschäftigung mit den „Letzten Dingen“ erlaubt auch ein anderes Zeitgefühl zwischen Gegenwart und Zukunft. Wer mit der Vorstellung dessen lebt, was das Leben am Ende ist, nämlich ein durch den Tod abgebrochenes und darin zur Verantwortung gebrachtes Leben, kann von daher auch all die vielen Gebrochenheiten im Leben als solche erkennen und muss sie nicht

im eingebildeten Gleichfluss der Zeit verdrängen.

Denn es gibt so etwas wie eine innerweltliche Ewigkeitseinbildung, als würde alles so weitergehen wie bisher und als wären nicht schon wieder längst jene Gebrochenheiten wahrzunehmen, die es eben gerade verhindern, dass es so weitergeht wie bisher. Die Einsicht in den endzeitlichen Tag führt so zu einem unverdrängten Einbezug unserer eigenen Unvollkommenheit und Sterblichkeit. Die Unterbrechung, die Tod und Ende der Welt endgültig bringen, und zwar in ein hoffnungsvolles Gericht und in die Tiefe ewigen Lebens hinein, ist ereignishaft in das Leben selbst hinein vorwegzunehmen, als Perspektive für seine Beurteilung und als Hoffnungskraft, diese Perspektive zu leben. So kann es sein, dass es Zeitzeichen gibt, die keinen Aufschub dulden, weil es darum geht, Menschen davor zu retten, Opfer zu werden, oder wenn es darum geht, Menschen vor zerstörerischen Gottesbeziehungen zu bewahren.

Was keinen Aufschub duldet, braucht umso mehr Schubkraft. Die eschatologische Hoffnung ist religiöser Ausdruck für die Erfahrung gegenwärtig sich ereignender Gnade und Kraft, wie sie in vielen Menschen aufbrechen, wie sie immer wieder Wirklichkeit werden im Vertrauen darauf, dass Liebe und Solidarität nicht umsonst sind, auch wenn sie wenig Erfolg haben. Denn ob etwas umsonst ist oder nicht, das wird nicht an diesem Erfolg gemessen, sondern von Gott her im Gericht selbst.

Die Dringlichkeit in ganz bestimmten Notwendigkeiten benötigt die Verlangsamung der Zeit, um Ruhe zu gewinnen und das Notwendige tatsächlich wahrnehmen zu können (vgl. Fuchs, 2011, 285-300). Das Atmen, das Langsamere-Werden und Zur-Ruhe-Kommen ist die Bedingung dafür, um überhaupt Zeit dafür zu haben, Kraft und Unterscheidungsfähigkeit zu gewinnen. Dies ist eine alte christliche und kirchliche Einsicht, die immer wieder formuliert wurde und wird: Zum Handeln gehört das Beten, zur Aktion die Kontemplation, zur Selbstverausgabung die Mystik. Diese Ereignisse benötigen sich gegenseitig und ineinander.

Ein Blick auf das Leben Jesu macht diesen Zusammenhang sehr deutlich. Wenn man sich fragt, woher Jesus die Kraft hatte, ein solches Leben konsequent bis zum Ende durchzuhalten und auszuhalten, dann führt die Antwort auf diese Frage in seine Gottesbeziehung. So betet er mit den Worten der Psalmen und prophetischer Texte, so kennt er die alten Geschichten von Gottes helfendem und erlösendem Handeln an seinem Volk. Jesus erfährt die Gottesbeziehung offensichtlich unüberbietbar intensiv und tragend. Dafür findet er ein eigenes Wort, nämlich die Anrede „Abba“, das Kinderwort für einen liebenden und guten Vater. Deshalb nimmt er sich Zeit und zieht sich wochenlang zurück in die Wüste, deshalb erzählt er in Gleichnissen von der Liebe Gottes. Um diese wahrzunehmen, dieser inne zu werden, braucht es

eine eigene Zeit.

Denn dass Christus selbst die neue Schöpfung mit sich bringen wird, bringt nicht nur Dringlichkeit und Befristung in das diesseitige Leben, sondern auch die Entlastung, selbst in einer Art „Gotteskomplex“ das Reich Gottes herstellen zu wollen oder zu müssen. Manches wird man tun können, und vieles wird man nicht verhindern können. Wir sind durch unsere Körperlichkeit und die dadurch aufgenötigten Unterbrechungen und Gebrechen durch die Begrenzung der Lebenszeit und durch unsere spezifischen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten eingeschränkt.

Diese Selbstbescheidung des Menschen ist Bedingung dafür, dass er nicht sich für alles verantwortlich machen kann und muss, sondern dass Gott verantwortlich gemacht werden kann für das, was nicht in unserer Macht steht, was *er* richten muss. Beides, Einklage und Hoffnung auf die neue Schöpfung, bedingen sich gegenseitig. Vieles an der Verzögerung, dass das Reich Gottes nicht hergestellt werden kann, ist von den Menschen selbst verschuldet. Die grundlegende Bedingung für diese Verzögerung aber ist aufgezwungen.

Jesus ruft in dieses Innehalten hinein: „Kommt alle zu mir, die euch plagt und schwere Lasten zu tragen habt. Ich werde euch Ruhe verschaffen. Nehmt mein Joch auf euch und lernt von mir; denn ich bin gütig und von Herzen demütig; so werdet ihr Ruhe finden für eure Seele. Denn mein Joch drückt nicht, und meine Last ist leicht.“ (Mt 11,28-30). Und hierher gehört auch, wenn Jesus uns dazu ermutigt, unsere Sorgen nicht übermächtig werden zu lassen, als würde alles von uns abhängen und als müssten wir das Geschick der Menschen in den Händen halten: „Sorgt euch nicht um euer Leben, denn es ist längst für euch gesorgt.“ (vgl. Mt 6,25ff.).

Literatur

- Benedikt, XVI. (2007): Enzyklika „Spe salvi“, vom 30.11.2007 (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 179). Bonn: Eigendruck.
- Blumenberg, H. (1979): Arbeit am Mythos, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bonse, H. (2008): „...als ob nichts passiert wäre“. Eine empirische Untersuchung über die Erfahrungen trauernder Jugendlicher und Möglichkeiten ihrer Begleitung durch die Schule. Ostfildern: Schwaben.
- Ebertz, M.N. (2004): Die Zivilisierung Gottes. Der Wandel der Jenseitsvorstellungen in Theologie und Verkündigung. Ostfildern: Schwaben.
- Engelke, E. (2012): Gegen die Einsamkeit Sterbenskranker. Wie die Kommunikation gelingen kann. Freiburg: Lambertus-Verlag, zitiert bei Garhammer, E. (2013): Rezension zu diesem Buch, in: Lebendige Seelsorge 64 (1), 71.

- Fried, E. (1985): Fall ins Wort. Ausgewählte Gedichte 1944 bis 1983. Frankfurt am Main: Büchergilde Gutenberg.
- Fuchs, G. (1995): Gerichtsverlust. Von der christlichen Kunst, sich recht ängstigen zu lernen! In: Katechetische Blätter 120 (1995) 3, 160-168.
- Fuchs, O. (2009): Das Jüngste Gericht. Hoffnung auf Gerechtigkeit (2. Auflage). Regensburg: Pustet.
- Fuchs, O. (2005): Die Pastoral im Horizont der „unverbrauchbaren Transzendenz Gottes“ (Karl Rahner). In: Theologische Quartalschrift 185 (4), 268-285.
- Fuchs, O. (2011): Im Raum der Poesie. Theologie auf den Wegen der Literatur. Ostfildern: Schwaben.
- Fuchs, O. (2012a): Wer's glaubt wird selig...Wer's nicht glaubt, kommt auch in den Himmel. Würzburg: Echter.
- Fuchs, O. (2012b): Sühnt Gott für den „Staub des Todes“? In: Striet, M. u. Tück, J.-H. (Hrsg.): Der Opfertod Jesu im Streit der Interpretationen (S. 147-178). Freiburg i.B.: Herder.
- Gielen, M. (2003): Universale Totenaufweckung und universales Heil?: 1 Kor 15,20-28 im Kontext paulinischer Theologie. In: Biblische Zeitschrift 47 (1), 86-104.
- Khorchide, M. (2012): Islam ist Barmherzigkeit, Freiburg i.B.: Herder.
- Lissner, A. (2008): Folgt dem Wort, das in euch wirkt! In: Schmidt-Biesalski, A. (Hrsg.): Weiter Gehen 2008. Texte zum Nachdenken (Text zum 6. April). Lahr: Kaufmann Verlag.
- Schneider, R. (1946): Apokalypse. Sonette. Baden-Baden: Bühler-Verlag.
- Schwager, R. (1990): Jesus im Heildrama. Entwurf einer biblischen Erlösungslehre, Innsbruck: Tyrolia.
- Schwarz, U. (2010): Einzelheiten: Abraum und Abfall der Geschichte. In: Wagner, A. (Hrsg.): Abfallmoderne. Zu den Schmutzrändern der Kultur (S. 133-158). Wien: Lit.
- Süddeutsche Zeitung, SZ (2008): 34 (Nr. 193), 1.
- Walser, M. (2012): Über Rechtfertigung. Eine Versuchung, Hamburg: Rowohlt.
- Wessel, W. (2012): Im Tod die Vision vom Leben stärken. Ängste und Hoffnungen von Sterbenden. In: Lebendige Seelsorge 63 (5), 341-343.
- Wilhelm, K. u. von Kobell, F. (1987): Der Brandner Kasper und das ewig' Leben. Bairisch und hochdeutsch. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Im Leben, im Sterben und darüber hinaus – Eine qualitative Studie zur Trauerbegleitung von Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder

Andrea Pyttlik und Johannes Jungbauer

Der Tod des eigenen Kindes ist vermutlich der schwerste Verlust, der Eltern treffen kann. Dies trifft in besonderer Weise auf Eltern unheilbar erkrankter Kinder zu. Diese Eltern benötigen sehr viel Beistand und Unterstützung, um ihre Trauer bewältigen zu können. Im vorliegenden Kapitel wird eine qualitative Interviewstudie zur Trauerbegleitung von Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder vorgestellt. Die Ergebnisse machen deutlich, wie wichtig eine gute Trauerbegleitung für diese Eltern bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnose und auch über den Tod des Kindes hinaus ist.

1. Einleitung

Als „lebensverkürzende Erkrankungen“ werden nach dem heutigen Stand der Medizin unheilbare, progredient verlaufende und zum Tod in der Kindheit oder Jugend führende Erkrankungen bezeichnet, wie z.B. neuromuskuläre und genetische Krankheiten sowie schwere Stoffwechselstörungen. In Deutschland leben etwa 22.600 Kinder mit solchen lebensverkürzenden Erkrankungen; jährlich sterben 1.500 von ihnen an deren Folgen (Droste u. Stuttkewitz, 2009). Für die betroffenen Kinder, aber auch für deren Familienangehörige bedeutet eine lebensverkürzende Erkrankung eine große physische und psychische Belastung (Davies et al., 2004). Insbesondere die Eltern müssen in einem oft langwierigen Prozess lernen, mit dieser Situation umzugehen und die krankheitsbedingten Anforderungen zu bewältigen (Schuchardt, 1987). Die Versorgung, Betreuung und Pflege des Kindes kann zum zentralen Bestandteil des Alltags werden, persönliche Freiräume stark einschränken und die Familienbeziehungen belasten. All dies ist auch deswegen schwierig, weil biographische Vorbilder für die Bewältigung einer solchen Situation in der eigenen Familiengeschichte meist fehlen (Jungbauer, 2009).

Der Tod des eigenen Kindes ist vermutlich der schwerste Verlust, der Eltern treffen kann. Dass Kinder vor ihren Eltern sterben, widerspricht dem als natürlich empfundenen Lauf der Dinge und wird als besonders leidvoll erlebt

(Worden, 2011). Bei Eltern, die ihr Kind z.B. durch einen Unfall, Suizid oder plötzlichen Kindstod verlieren, kommt es häufig zu langwierigen und komplizierten Trauerreaktionen (vgl. Znoj, 2004). Eltern, die wissen, dass ihr Kind unheilbar erkrankt ist, erleben auch schon vor dem Tod des Kindes antizipatorische („vorausseilende“) Trauer. Diese Eltern benötigen daher sehr viel Beistand und Unterstützung, z.B. im Rahmen einer Beratung und/oder einer Selbsthilfegruppe (Rando, 2000).

In Deutschland setzt sich der Deutsche Kinderhospizverein e.V. seit 1990 für die Belange von Familien mit Kindern ein, die an lebensverkürzenden Krankheiten leiden. Ab der Krankheitsdiagnose wird sowohl dem erkrankten Kind als auch den Eltern und Geschwistern Begleitung und Beratung angeboten. In Olpe entstand 1998 nach englischem Vorbild das erste Kinderhospiz in Deutschland. Im Kinderhospiz Balthasar sowie in bundesweit mittlerweile sieben weiteren Kinderhospizen wird betroffenen Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit geboten, maximal 28 Tage im Jahr stationär gemeinsam mit ihren Familien zu verbringen. Seit 2004 können betroffene Familien außerdem die Begleitung im häuslichen Umfeld durch ausgebildete ehrenamtliche Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes in Anspruch nehmen. Hauptanliegen ist es, die Familie im Krankheitsverlauf und über den Tod des Kindes hinaus zu begleiten. Dies umfasst unter anderem die Förderung von Netzwerken und Selbsthilfepotenzialen, Beratung und Trauerbegleitung.

Vor diesem Hintergrund ist die Idee zu der Studie entstanden, die in diesem Kapitel vorgestellt werden soll. Ziel war es, am Beispiel des Deutschen Kinderhospizverein e.V. Informationen über die geleistete Trauerbegleitung der betroffenen Eltern zu ermitteln. Dabei sollten Eltern, die über einen längeren Zeitraum begleitet worden waren, im Hinblick auf ihre diesbezüglichen Erwartungen, Erfahrungen und Bewertungen befragt werden. Da vergleichbare Studien bislang fehlen, hatte die Untersuchung einen explorativen Charakter. Hierfür erschien ein qualitativer Forschungsansatz gut geeignet.

2. Methode

Die vorliegende Studie wurde an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen unter der Leitung des Zweitautors und in enger Kooperation mit dem Deutschen Kinderhospizverein e.V. durchgeführt. Entsprechend der Zielsetzung der Studie wurden Eltern bereits verstorbener Kinder im Hinblick darauf befragt, wie sie den Trauerprozess und die Trauerbegleitung erlebt hatten. Die Kontaktaufnahme erfolgte über den Ansprechpartner für Familien im Deutschen Kinderhospizverein e.V., Herrn Hubertus Sieler, der allen Eltern persönlich bekannt war und als „door-opener“ fungierte

(Schaffer, 2002). Die Eltern wurden zunächst schriftlich über das Ziel und den Ablauf der geplanten Studie informiert, im Anschluss erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme. Sofern die Eltern mit einer Studienteilnahme einverstanden waren, wurde ein persönlicher Interviewtermin vereinbart. Sämtliche telefonische und persönliche Gespräche wurden von der Erstautorin durchgeführt.

Insgesamt konnten sieben Eltern für die Studienteilnahme gewonnen werden. Dabei wurde pro Familie jeweils ein Elternteil befragt. Es handelte sich um vier Mütter und drei Väter, deren Kinder zum Zeitpunkt des Interviews seit sieben Monaten bis 16 Jahren verstorben waren (Mittelwert: 5,7 Jahre). Alle Befragten hatten neben dem verstorbenen Kind noch ein bis zwei weitere Kinder. In zwei der Familien lebte zum Zeitpunkt der Befragung ein weiteres Kind (15 bzw. 20 Jahre alt) mit einer lebensverkürzenden Erkrankung. Die verstorbenen Kinder hatten unterschiedliche Erkrankungen. **Abb. 1** zeigt, dass der Diagnosezeitpunkt von unmittelbar nach der Geburt bis zum Alter von elf Jahren variierte. Für eines der Kinder lag bis zum Tod keine eindeutige Diagnose vor. Ab der Diagnose betrug die Lebensdauer der Kinder zwei Wochen bis 16 Jahre. Bei sechs der sieben Kinder ging die Erkrankung mit einem sukzessiven Verlust von Fähigkeiten einher.

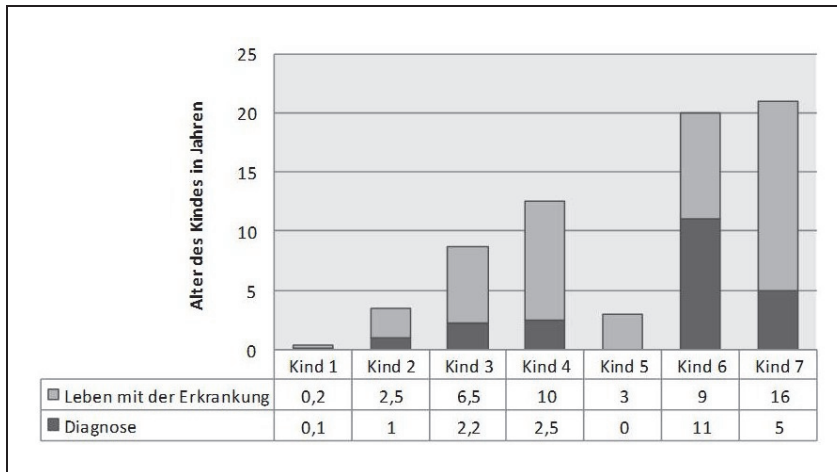


Abb. 1: Dignosezeitpunkt und Leben mit der Erkrankung

Die befragten Eltern hatten mindestens ein Angebot des Deutsche Kinderhospizverein e.V. genutzt. Fünf der Familien waren mit ihrem damals erkrankten Kind im stationären Kinderhospiz. Die ambulanten Kinderhospiz-

dienste wurden von zwei Familien in Anspruch genommen. Alle Befragten hatten Seminarangebote der Kinderhospizakademie (z.B. Workshops, Seminare) genutzt bzw. nutzten sie zum Befragungszeitpunkt immer noch.

Sämtliche Interviews fanden im Rahmen von Hausbesuchen statt. Die Interviews dauerten zwischen 50 und 96 Minuten (Durchschnitt 76 Minuten). Als Erhebungsmethode wurde die Technik des problemzentrierten Interviews gewählt, d.h. die Eltern wurden mit Hilfe eines Interviewleitfadens befragt. Dieser umfasste Fragen zu der lebensverkürzenden Erkrankung des Kindes, der damaligen und aktuellen Familiensituation, den erlebten Belastungen und Trauergefühlen im Verlauf der Erkrankung und nach dem Tod des Kindes sowie zu der Begleitung durch den Deutschen Kinderhospizverein e.V. Hinsichtlich des letztgenannten Aspekts wurden die Eltern gebeten, über Ihre Erwartungen, Erfahrungen und Bewertungen zu berichten. Sämtliche Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten digital aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2007). Ziel war es, das umfangreiche Textmaterial schrittweise zu reduzieren, um die zentralen Inhalte der geführten Interviews herauszufiltern. Dazu wurden zunächst fallweise alle inhaltstragenden Äußerungen entsprechend der Fragestellung markiert und durch präzise Paraphrasen zusammengefasst. Im nächsten Schritt wurden die redundanten Paraphrasen gestrichen, so dass am Ende je Fall eine Reduktion des Textmaterials auf die wesentlichen Inhalte vorlag. In einem Pendelprozess zwischen deduktiver und induktiver Kategorienbildung diente der verwendete Interviewleitfaden als erste Strukturierungshilfe. Schließlich wurden fallübergreifend alle gleich lautenden Paraphrasen zum Erleben des Trauerprozesses und zur Bewertung der Trauerbegleitung zusammengeführt und in Kategorien gebündelt. Abschließend wurde das Interviewmaterial erneut mit dem erarbeiteten Kategoriensystem abgeglichen, um die Kategorien ggf. inhaltlich zu präzisieren.

Im folgenden Abschnitt werden die ermittelten Hauptkategorien sowie die subsumierten thematischen Aspekte ausführlich dargestellt. Dabei werden besonders plastische Originalzitate aus den Interviews zur Illustration herangezogen.

3. Ergebnisse

3.1 Erfahrungen und Belastungen vor dem Tod des Kindes

Alle befragten Eltern berichteten, bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnose der lebensverkürzenden Erkrankung Trauergefühle wahrgenommen zu haben. Diese antizipatorische Trauer bezieht sich auf die Perspektive, dass nur noch wenig gemeinsame Zeit mit dem erkrankten Kind verbleibt und dass sich viele Wünsche und Pläne niemals realisieren lassen. Mit dem „Todesurteil“ der Diagnose weiterleben zu müssen, wird deswegen als existenzielle Infragestellung des familiären Lebensentwurfs erlebt:

„Wir hatten jetzt nur einen Namen [für die Erkrankung], und hatten dann eben auch die Aussage, dass die ältesten der Kinder dann zehn oder zwölf geworden sind. Wir hatten dann jetzt eben diese Diagnose und damit auch gewissermaßen so das Todesurteil im Gepäck.“ (Vater, Interview 7)

Somit wird die Diagnose der lebensverkürzenden Erkrankung oft wie ein „erster Tod“ wahrgenommen. Doch auch der fortschreitende Verlust von körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Kinder, der sich über Monate oder auch über viele Jahre hinweg erstrecken kann, wurde in den Interviews als „Abschied auf Raten“ geschildert. Diese Entwicklung mitzerleben ist für viele Eltern sehr schmerzhaft und ebenfalls mit Gefühlen von Ohnmacht und Trauer verbunden:

„Ja, mit der Diagnose fing es ja eigentlich an. Das war schon der erste Tod, habe ich immer gesagt. Und dann halt der Abbau der ganzen Fähigkeiten, das war auch schon so ein Tod, irgendwo. Das Nicht-Helfen-Können, das Aushalten zu müssen, das war schon ganz schlimm.“ (Mutter, Interview 3)

Fast alle Befragten berichteten, dass die Diagnose der lebensverkürzenden Erkrankung ihres Kindes die intensive Beschäftigung mit Tod, Sterben und Trauer zur Folge hatte. Im Verlauf der Erkrankung, in dem die Kinder z.B. durch schwere Infekte dem Tod oft sehr nah waren, sei die Auseinandersetzung mit diesen Themen immer dominanter geworden. Hinzu kommt, dass vor dem Hintergrund der lebensverkürzenden Erkrankung auch bisher wichtige Ziele und Werte in ihrer Bedeutung relativiert werden. Die Erkrankung erfordert nicht nur eine Re-Organisation des Familienalltags, sondern auch eine Neuorientierung bezüglich eigener Wertvorstellungen und Prioritäten:

„Man hat so bestimmte Wertevorstellungen, die werden von einer Sekunde auf die andere über den Haufen geschmissen. Was vorher Werte waren, war plötzlich nichtig und klein, hatte also gar keine Bedeutung mehr. Man musste das Leben völlig neu sortieren.“ (Vater, Interview 6)

Einige der befragten Eltern hatten vor dem Tod ihres Kindes sehr ambivalente Gefühle durchlebt, die sie damals als sehr belastend empfunden hatten. Häufig gab es einen Zeitpunkt, zu dem diese Eltern an die Grenze ihrer emotionalen Belastbarkeit geraten waren und sich den Tod des Kindes geradezu herbeiwünschten:

„Die eine Seite sagte, dann geh! Man konnte es selbst nicht mehr ertragen. Zu sagen, geh, Du musst keine Rücksicht mehr auf uns nehmen! Dir geht es so schlecht! Und im Nachhinein, wie er dann gestorben ist, denkt man, hättest du das sagen dürfen?“ (Mutter, Interview 2)

Die Befragten empfanden es sehr schwierig, diese zwiespältigen Empfindungen gegenüber Freunden und Verwandten zu äußern. Häufig hatten sie selbst Schuldgefühle und befürchteten Unverständnis oder negative Bewertungen Außenstehender. Verständnis erlebten sie jedoch bei anderen Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder, die sich in ihre schwierige Situation aus eigener Erfahrung hineinversetzen konnten. In diesem Kontext konnten sie ihre Gefühle als ‚normal‘ wahrnehmen und zulassen.

3.2 Trauer und Trauerbewältigung nach dem Tod des Kindes

Der Tod des lebensverkürzend erkrankten Kindes wurde von den befragten Eltern ungeachtet seiner Erwartbarkeit als tiefer biographischer Einschnitt beschrieben. Dabei schilderten sie unterschiedliche Aspekte von Trauer, die sie nach dem Tod des Kindes wahrgenommen hatten, sowie belastende und hilfreiche Erfahrungen. So berichteten die Eltern, dass das bewusste Abschiednehmen von ihrem verstorbenen Kind sowie die Planung der Beisetzung sehr wichtig und hilfreich für ihren weiteren Trauerprozess gewesen seien. Dabei wurde die Möglichkeit des Abschiednehmens nicht nur für die Familienmitglieder gewünscht, sondern auch für Freunde, Nachbarn und andere Personen, die dem verstorbenen Kind nahestanden. Das gemeinsame Abschiednehmen wurde von den Eltern als sehr intensive und tröstliche Erfahrung beschrieben:

„Also wir haben als Familie die Nacht verbracht mit ihr in dem Zimmer. Das war für mich auch ein ganz, ganz wichtiges, tolles Erlebnis. Die haben sich gegenseitig die Tür quasi in die Hand gegeben, die haben hier oben am Tisch dann noch zusammen gegessen, wenn andere drin waren. Das ging so fließend und....also, es war kein Tumult, es war kein Stillstand, das ging so ineinander über immer. Und das war einfach bei aller Trauer, da war das einfach schön.“ (Mutter, Interview 4)

In diesem Zusammenhang empfanden die meisten Eltern die konkrete Erfahrung mit dem Leichnam des Kindes, das Sehen, Fühlen und unmittelbare Begreifen des Todes als schmerzlich, aber zugleich auch als wichtig und hilfreich:

„Das ist schon was, was mir auch sehr viel Kraft gegeben hat, dass ich den Tod an ihr sehen konnte. Dass ich sehen konnte: Sie ist wirklich tot.“ (Mutter, Interview 3)

Den Eltern war es besonders wichtig, die Beisetzung des verstorbenen Kindes selbst und nach ihren eigenen Vorstellungen zu planen und umzusetzen. Die aktive und individuell stimmige Gestaltung der Beisetzung gab ihnen das Gefühl, alles noch in ihrer Macht Stehende für ihr Kind getan zu haben. Hingegen lehnten es die befragten Eltern ab, die Planung und Gestaltung der Beisetzung weitgehend einem professionellen Bestatter zu überlassen.

Alle befragten Eltern beschrieben ihre Trauer rückblickend als Prozess mit unterschiedlichen Phasen, die allerdings sehr individuell, in unterschiedlicher Ausprägung und Ausdehnung erlebt wurden. Unmittelbar nach dem Tod des Kindes kann die Trauer z.B. zunächst durch Erschöpfung überlagert werden; auch praktische Anforderungen, wie z.B. die Organisation der Beerdigung können dazu beitragen, dass die Endgültigkeit des Verlustes in vollem Umfang manchmal erst mit Verzögerung realisiert wird. Doch grundsätzlich berichteten alle befragten Eltern, in der ersten Zeit nach dem Tod des Kindes eine besonders intensive und schmerzhaft Trauerphase durchlebt zu haben:

„Dann kam eine Zeit, wo man wirklich tief getrauert hat und gar nicht so richtig wusste, wo lässt man sich jetzt und wie geht man damit um. Also das erste Jahr ist eigentlich – finde ich – komplett dunkel, also komplett damit überschattet einfach. Weil man an gar nichts anderes denkt. Man steht morgens auf und denkt und geht abends ins Bett und denkt. Und nachts schläft man eigentlich auch nicht. Also das erste Jahr war eigentlich komplett mit dieser Trauer überdeckt.“ (Mutter, Interview 1)

Manche Eltern schilderten auch regelrechte Wechselbäder unterschiedlicher

Gefühlszustände, die einige Zeit nach dem Tod des Kindes aufgetreten waren und als sehr belastend erlebt wurden. Dabei kann die Wahrnehmung einer inneren Stabilisierung in kurzer Zeit erneut in Verzweiflung und Trauer umschlagen:

„Also, mal hatte man Phasen, wo man gedacht hat, boa das geht so super gut – und dann von einer Sekunde auf die andere dann kommt irgendein Gedanke und dann ist alles vorbei. Dann bricht man so zusammen und muss weinen. Wenn man noch eine Minute vorher gedacht hat, das geht toll!“ (Mutter, Interview 2)

Einige Eltern beschrieben es als schmerzhaften Lernprozess, sich an ein Leben ohne das verstorbene Kind anzupassen. Auch längere Zeit nach dem Tod des Kindes hatten diese Eltern das Gefühl, ihr Leben sei dauerhaft verändert, beschädigt oder aus dem Takt geraten:

„Über diese zwei Jahre, die jetzt vergangen sind, dieses Auf und Ab, was ich am Anfang hatte, das ist immer noch da, nur irgendwie in anderen Intervallen. Aber das Leben wird nicht mehr normal. Das ist einfach so. Da kommt nichts Gleichmäßiges mehr rein, selbst wenn das nach außen vielleicht irgendwann mal wieder gleichmäßig wirkt, aber [Pause] ich hab das Gefühl, ich steh immer mit einem Bein in einer anderen Welt.“ (Mutter, Interview 4)

Lang anhaltende Trauer empfinden viele Eltern auch angesichts der Tatsache, dass ihr Kind aufgrund seiner lebensverkürzenden Erkrankung viele Erfahrungen nicht machen konnte. Anlässe für solche wiederkehrenden Trauergefühle sind der Todestag des Kindes, aber auch Einschulung, Kommunion, Abitur von anderen Kindern des gleichen Geburtsjahrgangs. Insofern sahen sich viele Eltern immer wieder mit dem unwiederbringlichen Verlust ihres Kindes konfrontiert.

Als besonders hilfreich für die Trauerbewältigung wurden Rituale beschrieben, welche Orientierung, Verlässlichkeit und Trost bieten. Bei einigen der befragten Eltern gab es z.B. das Ritual, das Zimmer des verstorbenen Kindes einige Zeit nach dessen Tod noch unverändert zu belassen und diesen Ort der Erinnerung regelmäßig aufzusuchen, um bewusst an das Kind zu denken. Andere Eltern empfanden das Aufsuchen eines bestimmten Ortes oder das Hören der Lieblingsmusik des verstorbenen Kindes als tröstliches Ritual. Auch künstlerische Aktivitäten, die mit dem Kind assoziiert wurden, wie Lesen, Malen oder kreatives Schreiben wurden als hilfreich beschrieben.

Ebenso war es für einige Eltern tröstlich, den Geburtstag des Kindes auch nach seinem Tod als besonderen Tag zu gestalten:

„Ihren Geburtstag feiere ich nach wie vor mit ein paar Leuten und finde das dann einfach schön, dass ich mit Menschen zusammen bin, die sich gerne noch über sie unterhalten, und wo wir dann Fotos gucken. Und das sind eigentlich eher die schönen Tage, wo meine Tochter einfach noch mal im Mittelpunkt steht und nicht so dieses Gefühl, ich muss das jetzt alles [vergessen], ich kann gar nicht mehr über sie sprechen.“ (Mutter, Interview 4)

Fünf der sieben befragten Eltern beschrieben eine fortdauernde Bindung zu ihrem verstorbenen Kind. Obwohl sie den Tod des geliebten Kindes als Realität akzeptiert hatten, empfanden sie den Gedanken, dass ihr Kind auch weiterhin zu ihnen und ihrem Leben gehört, als tröstend. Das verstorbene Kind wird weiterhin als Bestandteil der Familie wahrgenommen und automatisch in den Alltag der Überlebenden integriert. Die Eltern erleben dadurch eine spirituelle Nähe zu ihrem verstorbenen Kind und verspüren unabhängig von ihrem jeweiligen Glauben häufig die Hoffnung auf ein Wiedersehen:

„Ich sage immer, solange man über den Menschen spricht, solange ist er nicht tot. Aber es ist einfach so, dass für mich meine Tochter lebt, ob jetzt in mir oder irgendwo anders, im Himmel, was weiß ich. Aber ich habe immer das Gefühl, dass sie irgendwie da ist.“ (Vater, Interview 6)

3.3 Erfahrungen mit sozialem Umfeld und Gesellschaft

Bei der Interviewauswertung zeigte sich, dass die befragten Eltern sehr häufig Einflüsse von ihrem sozialen und gesellschaftlichen Umfeld auf ihr Belastungserleben thematisierten. So fühlten sich einige der Eltern aufgrund der lebensverkürzenden Erkrankung ihres Kindes stigmatisiert und ausgegrenzt. Dabei beschrieben sie eine doppelte Stigmatisierung – als Eltern eines Kindes mit schwerer Behinderung und als Eltern eines todkranken oder bereits verstorbenen Kindes. Diese doppelte Stigmatisierung macht sich im Familienalltag in vielfältiger Weise bemerkbar und führt dazu, dass sich einige Eltern in einer „Parallelgesellschaft“ der Benachteiligten und Ausgegrenzten wieder finden:

„Ich sage immer, man lebt irgendwie in einer normalen Gesellschaft drin und wenn einer dann so ein Schicksal erleidet, dann lebt man in einer anderen Gesellschaft, das sind alle

Menschen, die Behinderungen haben. Die leben in einer anderen Gesellschaft, als die normale Fit-und-Fun-Gesellschaft. Ich kam dann auch in diese Gesellschaft rein durch meine Tochter.“ (Vater, Interview 6)

In diesem Zusammenhang berichteten die Eltern, dass es im Verlauf der Erkrankung zu einem Verlust früherer sozialer Kontakte gekommen sei – Freunde, Nachbarn und sogar Familienangehörige hätten sich zurückgezogen. Für die Eltern ist es schmerzlich und bitter, wenn sogar gute Freunde den Kontakt zur Familie vermeiden. Dies ist selbst dann verletzend, wenn sich die Eltern darüber bewusst sind, dass dies nicht aus Ablehnung und Gleichgültigkeit geschieht, sondern eher aus Unsicherheit und Hilflosigkeit – z.B. weil die Betroffenen nicht wissen, wie sie mit dem Thema der unheilbaren Erkrankung umgehen sollen und Angst haben, etwas Falsches zu sagen.

Zugleich erleben Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder die Reaktionen anderer Menschen tatsächlich oft als unangemessen. Stirbt ein lebensverkürzend erkranktes Kind, welches die Eltern über viele Jahre intensiv gepflegt haben, reagieren Außenstehende oft mit gut gemeinten Aufmunterungen wie „Es ist doch besser so für das Kind und auch für euch“. Für die trauernden Eltern sind solche Phrasen nicht tröstlich, sondern wenig einfühlsam und verletzend. Selbst wenn sie vor dem Tod des Kindes selbst ambivalente Gefühle hatten, ist der Verlust des Kindes zunächst übergroß und durch nichts zu relativieren. Auch der Satz „Die Zeit heilt alle Wunden“ wird von Eltern oft als gedankenlose Floskel wahrgenommen; einer der befragten Väter kommentierte dies so:

„Heute sage ich, jeder hat eine Narbe – und es ist schön, dass auch eine Narbe verbleibt an dieser Wunde. Weil es erinnert mich an die schöne Zeit, die man gemeinsam miteinander gehabt hat.“ (Vater, Interview 5)

Einige der befragten Eltern verspürten auch noch Jahre nach dem Tod ihres Kindes das Bedürfnis, mit Anderen über das Kind zu sprechen. Doch häufig fühlen sie sich mit ihrem Wunsch allein gelassen. Einige Eltern waren unglücklich darüber, dass sie die Ablehnung von Freunden und Bekannten spürten, weiterhin über das verstorbene Kind zu sprechen. Sie nahmen hier die Auswirkungen einer gesellschaftlichen Tabuisierung von Tod und Trauer wahr, die letztlich ein „Totschweigen“ des verstorbenen Kindes bewirkt. Zwei befragte Mütter bedankten sich ausdrücklich dafür, dass sie im Rahmen des Interviews offen und ausführlich über ihr verstorbenes Kind reden durften – eine Erfahrung, die sie sonst nur selten machen konnten.

3.4 Erfahrungen mit professioneller Betreuung und Begleitung

Der Kontakt der Befragten zum Deutschen Kinderhospizverein e.V. war in allen Fällen über ebenfalls betroffene Familien, Bekannte oder Medienberichte zustande gekommen. Keine der Familien war indes durch den behandelnden Arzt oder das zuständige Krankenhaus auf diese Möglichkeit hingewiesen worden. Einige der Eltern erzählten, es sei ihnen anfangs durchaus schwer gefallen, mit dem Deutschen Kinderhospizverein e.V. Kontakt aufzunehmen. Da der Begriff „Hospiz“ im alltäglichen Sprachgebrauch vor allem als „Ort zum Sterben“ gilt, gab dieser Schritt den Eltern zunächst das Gefühl, ihr Kind quasi aufzugeben. Zugleich berichteten die Eltern von den positiven Erfahrungen, die sie durchweg bereits bei ihrem ersten Aufenthalt im Kinderhospiz machten:

„Der Begriff Hospiz ist halt hier in Deutschland negativ belegt. Ich war am Anfang genauso und hab gefragt, was sollen wir denn im Hospiz? Geh mir bloß weg damit. Und musste dann erfahren: Moment, das ist ja hier ein Haus, wo Leute sind, die reden die gleiche Sprache wie du. Die wissen, was für Probleme du hast. Und ich muss sagen, das Kinderhospiz ist kein Haus zum Sterben, das ist ein Haus zum Leben! Da will gelebt werden, [aber] die Themen Tod, Sterben und Trauer haben auch einen Raum.“ (Vater, Interview 6)

Die Erwartungen der befragten Eltern an den stationären Aufenthalt im Kinderhospiz waren sehr ähnlich. Meist hatten sie den Wunsch, sich in dieser Zeit von den Anstrengungen des Alltags zu erholen und sich mehr um ein Geschwisterkind kümmern zu können. Ebenfalls wichtig war ihnen der Austausch mit anderen betroffenen Familien, die durch den Deutschen Kinderhospizverein e. V. begleitet wurden:

„Ich bin da hingefahren, um mal durchschlafen zu können, um mich mit anderen Eltern zu unterhalten, um mal mit meiner gesunden Tochter irgendwo hinzufahren ohne Zeitdruck zu haben, ohne immer logistisch Höchstleistungen zu vollbringen.“ (Vater, Interview 6)

Besonders hilfreich empfanden die Eltern die Begleitung und Beratung im Hinblick auf das Abschiednehmen und die Beisetzung des Kindes. Auch der Abschiedsraum, in dem verstorbene Kinder einige Zeit aufgebahrt werden können, wurde in diesem Kontext als sehr natürlich und positiv erlebt:

„Das ist im Kinderhospiz sehr schön mit diesem Abschiedsraum. Ich habe den Abschiedsraum selbst erlebt bei einer anderen Familie. Wo ein Geschwisterkind rauskam aus dem Zimmer, wo das verstorbene Geschwisterkind war, rausging auf den Sportplatz und Fußball spielte. Und dann kommt der wieder rein und sagt zu seinem toten Bruder: Ich find das ganz schön blöd, dass Du mich hier alleine lässt und schimpft mit ihm.“ (Vater, Interview 5)

Obgleich die Aufenthalte im stationären Kinderhospiz durchweg als sehr entlastend und hilfreich bewertet wurden, machten einige der Befragten auch darauf aufmerksam, dass diese Möglichkeit nur begrenztem Maße zur Verfügung steht:

„Das Kinderhospiz kann ja nur vier Wochen im Jahr von den Familien genutzt werden. Und was machen die Eltern eigentlich 48 Wochen in der übrigen Zeit im Jahr? Da sind sie ganz alleine auf sich gestellt. Nicht nur diese Durchatmen-Pause in den vier Wochen, sondern in den restlichen Wochen zuhause, denn da gehen die Leute am Stock. Ich sage Ihnen, auch wir mussten uns neun Jahre lang mit dem Duschen abwechseln. Meine Frau und ich, wir mussten uns immer abstimmen, wer zuerst duscht und wer bei unserem Sohn bleibt. Alles voll durchorganisiert. Das ist ja für andere gar nicht vorstellbar.“ (Vater, Interview 5)

Vor diesem Hintergrund wünschen sich die meisten Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder zusätzlich ambulante Begleitung und Entlastung zu Hause. Da jedoch das Netz der ambulanten Kinderhospizdienste in Deutschland erst in den letzten Jahren sukzessive ausgebaut wurde, gaben lediglich zwei der befragten Eltern an, eine Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter eines ambulanten Kinderhospizdienstes in Anspruch genommen zu haben. In diesen Familien erfolgte die Begleitung des erkrankten Kindes sowie eines Geschwisterkindes. Diese Begleitung wurde als sehr hilfreich bewertet.

Die meisten Eltern hatten das stationäre Hospiz während der Erkrankung ihres Kindes mehrmals im Jahr genutzt. Das Hospiz war in dieser Zeit ein „zweites Zuhause“ für sie. Die befragten Eltern waren daher dankbar, die Angebote der Kinderhospizakademie nach dem Tod ihres Kindes weiterhin nutzen zu können. Damit war es ihnen möglich, den Kontakt zum Verein und anderen betroffenen Familien aufrechterhalten zu können. Die Eltern erlebten in den Workshops und Gruppenangeboten eine große Solidarität mit anderen Eltern in einer ähnlichen Lebenssituation und fühlten sich ihrerseits verstanden.

Die Angebote wurden von sechs der sieben Befragten als sehr positiv und hilfreich bewertet:

„Man kann reden, man kann schweigen, an einem Workshop teilnehmen und irgendwas Kreatives machen. Man kann das aber auch sein lassen. Da geht alles. Also egal, wie man sich gerade fühlt. Das ist immer genau der richtige Platz, finde ich.“ (Mutter, Interview 1)

In diesem Kontext wurde die Trauerbegleitung durch die Mitarbeiter des Deutschen Kinderhospizverein e. V. als besonders fachkompetent bewertet. Die befragten Eltern begründeten diese Fachkompetenz entweder mit dem persönlichen Hintergrund des Mitarbeiters oder mit dessen beruflicher Erfahrung sowie seinem Fachwissen im Kinderhospizbereich. Insbesondere die empathische und personenzentrierte Grundhaltung der Mitarbeiter wurde im Kontrast zu negativen Erfahrungen mit Ärzten und Pflegepersonal anderer Einrichtungen hervorgehoben:

„Und dann fragten die alles, was unser Sohn gerne mag, was er gerne hört, wie er gern. So ganz spezielle Fragen, die vorher noch nie im Krankenhaus jemand gefragt hat. Also fragen, worauf legt er Wert? Nicht in Richtung Pflege nur, sondern auch in Richtung, was tut ihm gut? Was mag er gerne? Genau – nicht nur als Patient, sondern als Mensch wahrgenommen zu werden!“ (Vater, Interview 5)

In der Zeit nach der Gründung des Deutschen Kinderhospizverein e.V. vor rund 20 Jahren wurden überwiegend Familien betreut, deren Kinder aktuell erkrankt waren. Heute ist die Zahl der Familien, deren Kinder bereits verstorben sind und derjenigen, deren Kinder noch leben, etwa gleich groß. Bis auf ein jährlich stattfindendes Trauerseminar für Eltern verstorbener Kinder stehen die Angebote Eltern erkrankter *und* verstorbener Kinder offen. Die befragten Eltern bewerteten gerade diese Mischung als positiv und bereichernd:

„Das sollte man auf keinen Fall trennen! Genau von der Mischung lebt ja der Verein. Diejenigen, die ihr Kind noch verlieren werden, erleben, dass Menschen die ihr Kind schon verloren haben, mit einer Lebensfreude unterwegs sind, die sie erst ein bisschen beängstigt – aber umgekehrt ihnen Hoffnung gibt zu sagen, es gibt auch ein Leben danach.“ (Vater, Interview 5)

4. Diskussion

Bei der Bewertung der dargestellten Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich um eine explorative Studie handelte, bei der eine relativ kleine Stichprobe mit einer qualitativen Methodik befragt wurde. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nicht im statistischen Sinne repräsentativ und möglicherweise nicht generalisierbar auf die Gesamtheit aller Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder. Dies war allerdings auch nicht das Anliegen unserer Studie. Vielmehr ging es uns darum, das subjektive Erleben der Eltern „ganzheitlich“ zu rekonstruieren und dabei Sinnzusammenhänge interpretativ zu erschließen. Dieser Zugang gestattet u.E. am ehesten eine *verstehende Deutung* im Sinne von Karl Jaspers: „Verständliche Zusammenhänge werden nicht durch Zahlen, sondern durch den verstandenen Einzelfall erwiesen. Zahlen zeigen nur die Häufigkeit ihres Vorkommens.“ (Jaspers, 1972, 598). In diesem Sinne geben die vorliegenden Untersuchungsergebnisse Anregungen für die praktische Arbeit mit Familien, in denen ein Kind lebensverkürzend erkrankt ist, sowie für weiterführende Studien in diesem Bereich.

Die Ergebnisse dieser Interviewstudie belegen zunächst, dass die Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder in vielen Lebensbereichen massiv belastet sind. Sie müssen sich damit abfinden, dass ihnen nur eine beschränkte Zeit mit ihrem Kind verbleibt, die zudem durch einen intensiven Pflegeaufwand und die völlige Abhängigkeit des Kindes von ihnen geprägt ist. Deswegen müssen sie ihre Lebensentwürfe oft vollständig revidieren, persönliche und partnerschaftliche Interessen hinten anstellen. Die Eltern müssen ihrem Kind zur Seite stehen, wenn sich dessen Gesundheitszustand verschlechtert und es sukzessive seine Fähigkeiten verliert – und zugleich müssen sie lernen, diesen „Abschied auf Raten“ zu ertragen. Hinzu kommt die Erfahrung von Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung, die den Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder zu schaffen macht. All diese vielfältigen emotionalen und alltagspraktischen Herausforderungen bringen die Eltern immer wieder an die Grenzen ihrer Belastbarkeit.

Hinsichtlich der Trauer um das erkrankte Kind zeigte sich, dass diese interindividuell unterschiedlich verarbeitet wird; zugleich wurden einige Aspekte in sehr ähnlicher Weise beschrieben. So erlebten alle befragten Eltern unabhängig von der verbleibenden Lebensdauer des Kindes antizipatorische Trauer bereits vor dem Tod des Kindes. Nach dem Tod des Kindes wiederum gibt es offenbar keinen universellen chronologischen Trauerprozess; vielmehr erleben viele Hinterbliebene einen Wechsel zwischen verschiedenen emotionalen Zuständen. Als besonders hilfreich für die akute Trauerbewältigung wurden Rituale beschrieben. Mittel- und langfristig war es den meisten Befragten wichtig, eine innere Beziehung zum verstorbenen Kind aufrecht zu

erhalten. Diese Befunde stehen im Einklang mit modernen psychologischen Trauermodellen. So beschreiben auch Stroebe u. Schut (2008) Trauern als individuellen emotionalen „Pendelprozess“ zwischen Verlustbewältigung und Neuorientierung („Duales Prozessmodell“). Klass (1996) stellt hingegen die Aufrechterhaltung einer emotionalen Beziehung zum Verstorbenen („continuing bonds“) in den Mittelpunkt seiner Theorie (vgl. Kachler, 2005).

Die Trauerbegleitung durch den Deutschen Kinderhospizverein e.V. wurde von allen Befragten sehr positiv bewertet. Offensichtlich entspricht das Konzept des Vereins, die Familie im Leben, im Sterben und über den Tod des Kindes hinaus zu begleiten, stationäre und ambulante Hilfen miteinander zu verknüpfen und die Selbsthilfepotenziale stärken, in hohem Maße den Bedürfnissen der Angehörigen. Allerdings ist auch anzumerken, dass die Kooperation zwischen der Kinderhospizarbeit und klinischen Institutionen (z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen etc.) noch verbesserungsfähig ist. Teilweise hängt dies vermutlich daran, dass Ärzte und Krankenhausmitarbeiter unzureichend informiert sind oder sich scheuen, das Thema Hospiz frühzeitig an die Familien heranzutragen. Hier scheint noch mehr Öffentlichkeitsarbeit nötig zu sein, um den Kontakt zur Hospizarbeit möglichst zeitnah zur Diagnose der lebensverkürzenden Erkrankung des Kindes herstellen zu können. In diesem Sinne sollten Kinderhospize künftig „nicht Inseln, sondern Brücken sein“, um Verbindungen zwischen unterschiedlichen Institutionen zu schaffen (Student, Mühlum u. Student, 2004, 96).

Insgesamt unterstreichen die Befragungsergebnisse eindrücklich, dass Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder Unterstützungs- und Entlastungsangebote auf unterschiedlichen Ebenen benötigen. Dies dürfte indes auch für Geschwister und andere Familienangehörige gelten, die wir in unserer Studie nicht befragen konnten. Mit Goldbrunner (1996) ist aber davon auszugehen, dass alle Familienmitglieder gemeinsam eine *Trauergemeinschaft* bilden und sich im günstigsten Fall, aber nicht notwendigerweise gegenseitig unterstützen. Vor dem Hintergrund einer systemischen Sichtweise sollten deshalb geeignete professionelle Hilfeangebote für *alle* Familienmitglieder bereitgestellt werden – sowohl für das erkrankte Kind als auch für dessen Eltern, Geschwister und andere Familienangehörige. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Befragung lässt sich eine Reihe von Aspekten ableiten, die bei der Planung solcher Hilfeangebote bedeutsam erscheinen:

Kontinuierliche Beratung und Begleitung für Eltern und Familienangehörige sollte bereits möglichst frühzeitig, d.h. ab der Diagnose einer lebensverkürzenden Erkrankung angeboten werden. Dabei sind neben den sich im stationären Rahmen des Kinderhospizes bietenden Möglichkeiten vor allem Begleitung und Entlastung im Alltag durch ambulante Hospizdienste bedeutsam. Die Trauerbegleitung der Familienangehörigen ist vor und nach dem

Tod des erkrankten Kindes wichtig. Sie sollte unterschiedliche Beratungs- und Unterstützungsangebote umfassen, z.B. entlastende Gespräche, Anregungen bezüglich hilfreicher und tröstlicher Rituale, Beratung im Hinblick auf die Gestaltung der Beisetzung und der Trauerfeier, sowie die Möglichkeit, des verstorbenen Kindes zu gedenken und über es zu sprechen, was im alltäglichen sozialen Umfeld der Angehörigen oft nicht möglich ist. In diesem Kontext sollten Kontakte zu anderen Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder ermöglicht werden. Besonders der Kontakt zu „erfahrenen“ Eltern, deren Kind in einer späteren Krankheitsphase oder bereits verstorben ist, wird offenbar als sehr hilfreich empfunden. Für Eltern verstorbener Kinder kann es wiederum bereichernd und sinnstiftend sein, ihre Erfahrungen an andere Betroffene weiterzugeben.

Grundsätzlich sollten die Eltern in Anlehnung an Worden (2011) bei der Bewältigung von vier wichtigen „Traueraufgaben“ Hilfestellungen erhalten (vgl. Jungbauer, 2013, in diesem Band):

- (1) Die Eltern sollten ab der Diagnosestellung darin unterstützt werden, den Verlust ihres Kindes als Realität akzeptieren zu lernen.
- (2) Sie sollten ermutigt werden, über belastende Gefühle wie Angst, Schuld, Traurigkeit oder Wut zu sprechen, um diese besser wahrzunehmen und zulassen zu können.
- (3) Nach dem Tod des Kindes sollten sie Hilfen erhalten, um ihrer Trauer Zeit zu geben, sich neu zu orientieren und Sinn neu zu formulieren.
- (4) Schließlich sollten die Eltern darin unterstützt werden, sich einerseits (wieder) dem Leben zuzuwenden, andererseits dem verstorbenen Kind einen „inneren Platz“ zu geben und mit ihm in Verbindung zu bleiben.

In den vergangenen Jahren haben sich in Deutschland durch die Hospizbewegung und Palliative Care neue Tätigkeitsfelder entwickelt; dies geht erfreulicherweise mit einer zunehmenden Professionalisierung in diesem Bereich einher. Es ist zu begrüßen, dass auch in der Hochschulausbildung der relevanten Disziplinen (Soziale Arbeit, Medizin, Pflegewissenschaften, Psychologie) eine allmähliche Öffnung für die Themen Sterben, Tod und Trauer zu verzeichnen ist. Personen, die beruflich im Bereich der Kinderhospizarbeit tätig werden, sollten neben einschlägigen fachlichen Kenntnissen auch persönliche Kompetenzen mitbringen. Besonders wichtig sind dabei u.E. eine personenzentrierte Grundhaltung, Beratungskompetenz, Einfühlungsvermögen und Authentizität, psychische Stabilität und die Fähigkeit zur Selbstsorge. Grundsätzlich ist eine Tätigkeit im Hospizbereich „nicht für jeden Sozialarbeiter oder jede andere medizinische Fachkraft geeignet. Jedoch zeigen Berichte von in der Hospizarbeit tätigen Menschen häufig, dass dies die be-

friedigendste Erfahrung in ihrem Leben ist, selbst wenn sie sich nicht sofort von ihr angezogen fühlten.“ (Cowles, 2000, 279; Übers. d. Verf.).

Schließen möchten wir dieses Kapitel mit einem Gedicht von Petra Stuttkewitz, einem Mitglied des Vorstands im Deutschen Kinderhospizverein e.V., über ihre Sicht auf ihr Leben als Mutter zweier lebensverkürzend erkrankter Kinder (Stuttkewitz, 2005, 52):

Lebens – Werte

*Kinder werden durch ihre Eltern geprägt.
Bei uns hat das keine Gültigkeit.
Wir werden durch euch geprägt.
Ich wollte euch meine Werte lehren,
wollte euch vermitteln
was im Leben wichtig ist.
Doch ich habe durch euch gelernt,
was das Wichtigste ist:
Echte Gefühle
Innere Zufriedenheit
Bedingungslose Liebe
Akzeptanz
Sich erfreuen an Kleinigkeiten
Bewusstsein für das Leben
Bewusstsein für das Sterben.*

Literatur

- Cowles, L. (2000): *Social Work in the Health Field. A Care Perspective*. New York: The Haworth Press.
- Davies, B., Gudmundsdottir, M., Worden, W.J., Orloff, S., Sumner, L. u. Brenner, P. (2004): „Living in the dragon’s shadow“. Fathers’ experiences of a child’s life-limiting illness. *Death Studies*, 28, 111-135.
- Droste, E. u. Stuttkewitz, P. (2009): „Wir müssen aushalten, dass vieles offen bleibt“. Wie kommunizieren lebensverkürzend erkrankte Kinder über ihren eigenen Tod? In: *Deutscher Kinderhospizverein e.V. (Hrsg.), Leben mit Grenzen. Beiträge zur Kinderhospizarbeit* (S. 40-42). Wuppertal: Hospiz-Verlag.
- Goldbrunner, H. (1996): *Trauer und Beziehung. Systemische und gesellschaftliche Dimensionen der Verarbeitung von Verlusterlebnissen*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Jaspers, K. (1972): *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer (9. Auflage).
- Jungbauer, J. (2009): *Familienpsychologie kompakt*. Weinheim: Beltz PVU.
- Jungbauer, J. (2013): *Trauer und Trauerbewältigung aus psychologischer Perspektive*. In: J. Jungbauer u. R. Krockauer (Hrsg.), *Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer* (S. 49-70). Opladen: Budrich-Verlag.
- Kachler, R. (2005): *Meine Trauer wird dich finden! Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit*. Stuttgart: Kreuz.
- Klass, D. (1996): *The Deceased Child in the Psychic and Social Worlds of Bereaved Parents during the Resolution of Grief*. In D. Klass, P.R. Silverman u. S.-L. Nickman (eds.), *Continuing Bonds. New Understandings of Grief* (pp. 199-215). New York: Taylor & Francis.
- Mayring, P. (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Rando, T.A. (Ed.).(2000): *Clinical dimensions of anticipatory mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Schaffer, H. (2002): *Empirische Sozialforschung für die soziale Arbeit. Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus.
- Schuchardt, E. (1987): *Warum gerade ich...? Behinderung und Glaube. Pädagogische Schritte mit Betroffenen und Begleitenden*. Offenbach: Buckhardt-Haus-Laetare.
- Stroebe, M.S. u. Shut, H. (2008). *The dual process model of coping with bereavement: overview and update*. *Australian Journal of Grief and Bereavement*, 11, 4-10.
- Student, J.C., Mühlum, A. & Student, U. (Hrsg.).(2004): *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*. München: Reinhardt.
- Stuttkewitz, P. (2005): *Gelebte Grenzen*. Wuppertal: Hospiz-Verlag.
- Worden, W.J. (2011): *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Ein Handbuch. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Znoj, H.-J. (2004): *Komplizierte Trauer. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Begleitung trauernder ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sozialpädagogisches Unterstützungsmanagement in der ambulanten Kinderhospizarbeit

Rebecca Köster

Begleitung von der Diagnose bis zum Tod und darüber hinaus – Kinderhospizarbeit in Deutschland. Über viele Jahre hinweg begleiten viele ehrenamtlich Engagierte in ambulanten Kinderhospizdiensten lebensverkürzt erkrankte Kinder und deren Familien. Immer häufiger sind sie ihnen auch und gerade in der Phase des Sterbens ganz nahe und nehmen an der Trauer der Hinterbliebenen intensiv Anteil. Die individuelle Trauerbewältigung der Ehrenamtlichen hat dabei bisher wenig Beachtung gefunden. Der Umgang mit der eigenen Trauer ist nicht nur jeweils sehr unterschiedlich, auch sind die unterstützenden strukturellen und personellen Ressourcen ambulanter Kinderhospizdienste zur Begleitung Ehrenamtlicher in Deutschland sehr verschieden. Im folgenden Beitrag werden auf dem Hintergrund einer von der Autorin durchgeführten diesbezüglichen qualitativen Studie die Möglichkeiten eines sowohl vorausplanenden als auch alltagsorientierten Unterstützungsmanagements zur Begleitung trauernder Ehrenamtlichen in einem ambulanten Kinderhospizdienst dargestellt.

1. Einleitung

Seit 1990 wurde durch die Gründung des Deutschen Kinderhospizvereins e.V. (DKHV) die Kinderhospizarbeit in Deutschland stetig ausgebaut. Während die Anfänge der Erwachsenhospizarbeit in der ambulanten Arbeit lagen, fand die Kinderhospizarbeit mit der Eröffnung des ersten stationären Kinderhospizes in Olpe (Balthasar) 1998 in der Öffentlichkeit erstmals Beachtung. Vereinzelt Gruppierungen, z.B. in Berlin, Cuxhaven, Kirchheim Teck oder Witten begannen zur gleichen Zeit eine ambulante Kinderhospizarbeit örtlich zu etablieren. Deutschlandweit hat sich diese Arbeit in den letzten Jahren rasch ausgebreitet. Im Jahr 2006 konnten 21 ambulante Kinderhospizdienste in unterschiedlichen Trägerschaften gezählt werden (vgl. Hartkopf u. Hug, 2006); 2009 waren es schon 63 (vgl. Globisch u. Hartkopf, 2009). 2012 ver-

wies die Internetseite des DKHV (www.deutscher-kinderhospizverein.de) bereits auf 94 ambulante Kinderhospizdienste, von denen sich 19 in ihrer eigenen Trägerschaft befanden.

Die Begleitung der lebensverkürzend erkrankten Kinder mit ihren Familien erstreckt sich von der Diagnose bis zum Tod und darüber hinaus (vgl. auch Pyttlik u. Jungbauer, 2013, in diesem Band). Die aus der Elterninitiative des DKHV entstandene Kinderhospizbewegung zeichnet sich daher durch gegebenenfalls jahrelange Begleitungszeiten aus. Daraus resultierend war die Zahl der in den ersten Jahren der ambulanten Kinderhospizarbeit durch Ehrenamtliche begleiteten verstorbenen Kinder sehr gering. Heute haben alleine in 34 ambulanten Kinderhospizdiensten ca. 136 Ehrenamtliche, so das Ergebnis einer Emailabfrage der Autorin (28.4.2012), die Erfahrung gemacht, ein Kind bis zum Tod und gegebenenfalls darüber hinaus begleitet zu haben. Diese neuen Erfahrungen führten unweigerlich zu Fragen und Diskussionen in organisierten Austauschplattformen hauptberuflicher Koordinationsfachkräfte ambulanten Kinderhospizdienste, wie der des „Bundesweiten Vernetzungstreffens“ des DKHV, nach adäquaten, auch sozialpädagogischen, Unterstützungsmöglichkeiten bei der Trauerbewältigung Ehrenamtlicher.

Die sowohl in den Rahmenvereinbarungen vom 14.04.2010 zwischen dem GKV-Spitzenverband (gem. §217a SGB V) und den entsprechend verhandlungsberechtigten Verbänden dargestellten Aufgaben der Koordinationsfachkraft (Gewährleistung der Einsatzplanung, -steuerung und Begleitung Ehrenamtlicher u.a.) als auch der immer häufiger aufkommende Bezug zu Gesprächsthemen bezüglich der Begleitung trauernder Ehrenamtlicher ließ vermuten, dass die Koordinationsfachkräfte im Blick auf den sozialpädagogischen Unterstützungsbedarf unsicher sind und kein klares Unterstützungskonzept vorliegt.

Auf dieser Annahme aufbauend wurde von der Autorin (im Rahmen ihrer Bachelor-Thesis) eine empirische Untersuchung in Form eines Fragebogens durchgeführt. Teilnehmen konnten alle Ehrenamtlichen der 94 gelisteten ambulanten Kinderhospizdienste (AKHD), die mindestens ein Kind bis zum Tod und gegebenenfalls die Familie darüber hinaus begleitet haben. Aus der Perspektive der Ehrenamtlichen standen folgende Fragen im Fokus der Untersuchung (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2010, 31):

- Wie werden Ehrenamtliche nach dem Tod eines begleiteten Kindes in ihrer Trauerbewältigung durch die Strukturen des AKHD unterstützt? (Evaluation des Ist-Zustandes)
- Welche Bedeutung haben unterschiedliche personelle und strukturelle Unterstützungsangebote für Ehrenamtliche? (Evaluation der Wirksamkeit der Unterstützung)

- Welche Defizite, Wünsche bestehen von Seiten der Ehrenamtlichen in dieser Zeit? (Exploration des Soll-Zustandes)
- Welche sozialpädagogischen Handlungsempfehlungen können aus den Ergebnissen der Studie gezogen werden? (Exploration der Unterstützungsmöglichkeiten)

Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit beziehen sich diese Fragestellungen auf die in den Rahmenvereinbarungen des GKV-Spitzenverbandes beschriebene und damit allgemeingültige Personal- und Organisationsstruktur. So lag der Fokus der Untersuchung auf der Ermittlung der subjektiven Einschätzung der Ehrenamtlichen sowohl in Bezug auf die Wirksamkeit struktureller und personeller Ressourcen des ambulanten Kinderhospizdienstes und der individuellen Ressourcen der Ehrenamtlichen als auch in Bezug auf die Wünsche und Defizite in der eigenen individuellen Trauerbewältigung durch die Begleitung eines ambulanten Kinderhospizdienstes. Grundlage der Stichprobenergebnisse war die Auswertung von 75 Fragebögen.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Ehrenamtlichen die strukturellen und personellen Ressourcen ihres ambulanten Kinderhospizdienstes grundsätzlich als sehr positiv einschätzten, die Bedeutung sich aber bei der eigenen Trauerbewältigung reduzierte. Der positive Zugang zu personalen und sozialen Ressourcen während der Alltagsbegleitung innerhalb des ambulanten Kinderhospizdienstes erhöhte dabei die Wahrscheinlichkeit, diese Ressourcen auch in der individuellen Trauerbewältigung für sich abzurufen. Aus den Ergebnissen ist abzuleiten, dass der Koordinatorin und auch dem Praxistreffen eine hohe Bedeutung zukam. Ebenfalls wurde der Vermittlung von Fachwissen durch Schulung und Fortbildung eine hohe Wichtigkeit beigemessen. Deutlich wurde zudem, dass Rituale und Spiritualität für die Ehrenamtlichen bedeutsam sind und in der Angebotsstruktur der Dienste eher als defizitär von ihnen bewertet werden.

Aufgrund der Vermutung eines nicht vorhandenen klaren Unterstützungskonzeptes für trauernde Ehrenamtliche in einem ambulanten Kinderhospizdienstes beruhen die hier beschriebenen Unterstützungsmöglichkeiten zum einen auf den Ergebnissen der erwähnten Untersuchung, zum anderen auf theoretischen Bezügen und praktischem Erfahrungswissen der Autorin. Ausgangspunkt eines generell brauchbaren Unterstützungskonzeptes sind auch hier die vorhandenen allgemeingültigen Personal- und Organisationsstrukturen. Obwohl die inhaltliche Ausrichtung des Gesamtsystems eines ambulanten Kinderhospizdienstes deutschlandweit sehr heterogen ist (vgl. Jennessen et al., 2010), gibt es doch Ansätze zur strukturellen Umsetzung, z.B. bezogen auf die Durchführung von Praxistreffen bzw. Supervision und der Begleitung und Fort- und Weiterbildung der hauptberuflichen Koordinationsfachkräfte.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich zunächst auf die Umsetzung der Grundlagen des klassischen Unterstützungsmanagements in der ambulanten Kinderhospizarbeit in Bezug auf die besondere Situation trauernder Ehrenamtlicher (Kapitel 2). Darauf und auf den Ergebnissen der erwähnten Untersuchung aufbauend werden Wege der Umsetzung (planning) zur Etablierung eines umfassenden Unterstützungskonzeptes trauernder Ehrenamtlicher in einem ambulanten Kinderhospizdienst durch ein vorausplanendes Unterstützungsmanagement dargestellt (Kapitel 3). Die inhaltliche Konzentration erfolgt dabei auf die Schulung und Fortbildung von Ehrenamtlichen (3.1.) und auf die Schaffung von vielfältigen Erfahrungsräumen gelebter Trauer (3.2.). Zum Ende (Kapitel 4) werden Möglichkeiten zur Orientierung und Strukturierung des Assessments eines speziellen Unterstützungsmanagements in der konkreten Trauerbegleitung eines Ehrenamtlichen erörtert, um folgernd individuelle Handlungsmöglichkeiten (planning) zu eröffnen, die der Koordinationsfachkraft (im folgenden „Kordinatorin“ genannt) Sicherheit in der Begleitung trauernder Ehrenamtlicher geben soll.

2. Grundlagen des Unterstützungsmanagements im Arbeitsfeld der ambulanten Kinderhospizarbeit

2.1 Unterstützungsmangement und Ehrenamt

Das klassische Unterstützungsmanagement (Case Management) hat die Kernfunktion, den Ehrenamtlichen (hier den Klienten der Sozialen Arbeit) Hilfen koordiniert zugänglich zu machen, um Problemlagen zu lösen und um Spannungen und Stress abzubauen (vgl. Galuske, 2009, 196f.). Die kritisch betrachtete Akzentverschiebung der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit hin zu einer effizient ökonomisierten Dienstleistung ist im Non-Profitsektor der ambulanten Kinderhospizarbeit nur bedingt wieder zu finden. Aber auch hier müssen sich viele Einrichtungen über den effizienten und effektiven Einsatz ihrer personalen Ressourcen positionieren und Rahmenbedingungen definieren, an denen sich die Koordinatorin im Alltag orientieren kann.

Die Koordinatorin wiederum muss in dem ihr vorgegebenen Rahmen (Gesetz u. Institution) ihre zeitlichen Ressourcen sowohl auf die Bedürfnisse der Familien als auch auf die Ehrenamtlichen und die Institution ausrichten. Sie stößt bei der Zieldefinition und Auftragsklärung ihres Aufgabenfeldes, wie in den klassischen Feldern des Unterstützungsmanagements, auf das Problem der triadischen Auftragsaushandlung (Gesetzgeber und Arbeitgeber; Eltern und erkrankte Kinder; Koordinatorin und Sozialarbeiterin; vgl. Haye u. Kleve, 2008). Diese Aushandlung wird im Feld der ambulanten Kinder-

hospizarbeit durch die Bedürfnisse der Ehrenamtlichen erweitert, die mithelfen, die Qualität der Unterstützung sicher zu stellen.

Ein überlegtes und strukturiertes Vorgehen durch ein Unterstützungsmanagement ist gerade in Bezug auf die personale Ressourcenorientierung hilfreich und sinnvoll. Die Vorgehensweise des Unterstützungsmanagements besteht aus unterschiedlichen Handlungsschritten, -phasen und -dimensionen, die in der Literatur differenziert dargestellt werden und in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern Anwendung finden (vgl. Wendt, 2001). Die Grundlagenarbeit des gesamten Unterstützungsmanagements liegt im Assessment, das heißt der sorgfältigen Einschätzung des individuellen Unterstützungsbedarfes und der Abschätzung der Unterstützungsmöglichkeiten. Dabei geht es um die Sondierung von Stärken und Schwächen eines Menschen (hier des Ehrenamtlichen) und seiner Lebenszusammenhänge (vgl. Wendt, 1995).

Das methodische Vorgehen kann als eine zirkuläre, aufeinander aufbauende Handlungsabfolge verstanden werden. In der prozesshaften, systemischen Praxis dürfen diese Schritte nicht nur linear verfolgt, sondern immer wieder aufgrund hinzugekommener Fakten erneut betrachtet werden. Während einer Intervention, kann es aufgrund einer neuen Situation zu einer wiederholten Abklärung, Planung und Zieldefinition kommen (vgl. Hays u. Klevé, 2008).

Das Unterstützungsmanagement diagnostiziert und strukturiert Defizite, um diesen durch passgenaue Angebote zu begegnen und gegebenenfalls sogar vorausschauend zu kompensieren (Ressourcenförderung). Dabei ist zu beachten, dass sich das Defizit zumeist im emotionalen Bereich befindet und ein alleiniger funktionaler Ersatz des Defizites durch eine Dienstleistung nicht befriedigt werden kann (vgl. Lammer, 2003). Demzufolge kommt der Beziehungsarbeit zur Umsetzung des Unterstützungsmanagements mit Akzenten in der Kommunikation, Koordination, Kooperation und Vernetzung eine hohe Bedeutung zu. In Anlehnung an Moxley (1989) beschreibt Wendt (2001) die Abfolgelogik des Unterstützungsmanagements mit folgenden Schritten:

- Einschätzen, Abklären (assessment)
- Planen (planning)
- Durchführen, Handeln (intervention)
- Kontrolle, Überwachung (monitoring)
- Auswertung (evaluation)

In **Abb. 1** (S. 148) wird deutlich, dass Wendt (1995) die Kernfunktion des Unterstützungsmanagements in der Netzwerkstärkung der Klienten, also der ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sieht. Dabei bezieht sich der Autor abermals auf die von Moxley (1989) beschriebenen Dimensionen

Selbstsorge (self care), *Fürsorge in persönlichen Beziehungsnetzen* (mutual care) sowie *Professionelle Fürsorge* (professional care).

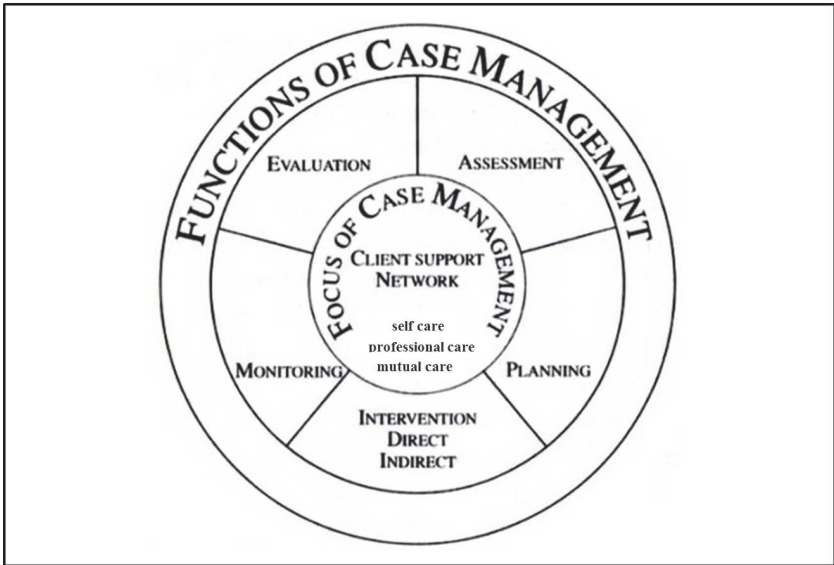


Abb. 1: Multifunktionaler Rahmen für die Praxis des Unterstützungsmanagements (Wendt, 1995, 26)

In diesem Sinne ist Beziehung nicht einfach da – Beziehung muss sich entwickeln: Deswegen bedarf es einer vorausgehenden allgemeingültigen Grundlagenarbeit, um individuelle Unterstützungsmöglichkeiten Ehrenamtlicher nach einer Verlusterfahrung gemeinsam entwickeln zu können. Dabei geht es neben dem Vertrauensaufbau um eine umfassende Vorbereitung und Stärkung der Ehrenamtlichen (self care) und ihrer persönlichen Netzwerke (mutual care) in der Alltagsbegleitung, um diese Ressourcen in der akuten Verlusterfahrung nutzbar zu machen (vgl. Wendt, 2001).

2.2 *Unterstützungsmanagement und Trauerbewältigung*

Zur Planung eines vorbereitenden allgemeingültigen Unterstützungskonzeptes für Ehrenamtliche in der individuellen Trauerbewältigung braucht es eine Vorstellung von potentiellen Defiziten in der Begleitung und den damit verbundenen Unterstützungsmöglichkeiten. Das setzt zunächst auch eine soziokulturelle Analyse von Trauererfahrung und -bewältigung voraus. Bei der

soziokulturellen Betrachtungsweise „handelt es sich [...] bei jeder individuellen und als einzigartig empfundenen Trauer nicht um ein naturhaftes Phänomen, sondern um einen sozialen Vorgang“ (Schäfer, 2011, 47). Die gesellschaftlichen Vorstellungen des Trauererlebens und -ausdrucks stehen dabei im Wechselspiel zu dem individuell erlebten Gefühl der Trauer. So zeigen sich auch bei den Bewältigungsmechanismen der privaten und kollektiven Trauer Ähnlichkeiten. Obwohl die Trauer stark dem gesellschaftlichen Einfluss und seiner Bewertung unterliegt, hat sich auch in der Studie bestätigt, dass die Trauernden zur Bewältigung hauptsächlich auf sich selbst und ihr nächstes Umfeld verwiesen sind (vgl. Schäfer, 2011; Köster 2012). Deswegen kommt der sozialen Gruppe des Praxistreffens eine wichtige Funktion zu, auf die im späteren weiter eingegangen wird.

H. Thiersch (2006, 48) beschreibt soziale Probleme als eine Diskrepanz zwischen Lebensverhältnissen und Hilfen zur Selbsthilfe. Diese Widersprüche zu ermitteln, steht wie oben beschrieben, im Fokus des Assessments. „Aus systemischer Sicht sind Probleme keine objektive Gegebenheit, sondern sozial konstruierte Phänomene.“ (Haye u. Kleve, 2008, 108) Bei der Problemdiagnose in Bezug auf die individuelle Trauerbewältigung bietet sich das von den beiden Sozialpsychologen Stroebe u. Stroebe 1987 entwickelte *Defizit-Modell* zur systemische Betrachtungsweise an (vgl. Lammer 2003, 137-147). Dieses versucht, die wesentlichen Elemente der Stresstheorie nach Lazarus auf einen Trauerfall abzustimmen (vgl. Lazarus, 1981, 213-259, zit. n. Lammer, 2003, 132-135). Diese Faktoren beziehen sich auf die spezielle Situationsanforderung, die zweckdienlichen Bewältigungsressourcen, die Situationsbewertung und die Aktivierung der Ressourcen als Form der Bewältigungsstrategie (vgl. ebd., 137).

K. Lammer bezieht diese Faktoren auf die einzelne Person des/der Ehrenamtlichen. Diese Aspekte müssen ihr zufolge sowohl im vorausplanenden als auch im konkreten Assessment zur Trauerbewältigungsunterstützung Ehrenamtlicher auf der Systemebene eines ambulanten Kinderhospizdienstes betrachtet werden. Als erster Schritt des Assessments steht die spezielle Situationsanforderung des Ehrenamtlichen. Lammer beschreibt das ‚Defizit-Modell‘ für die Problemdiagnose mit vier elementaren orientierungsgebenden Bedürfnisbereichen, in denen Defizite aufgrund einer Verlusterfahrung auftreten können (vgl. ebd., 137-140):

- 1) Verlust instrumenteller Unterstützung: Darunter ist der Verlust der gegenseitigen Hilfe (empfangenen/geleisteten Hilfe) bei der Lebensbewältigung zu verstehen. Je größer die Rolle für die Lebensgestaltung der Ehrenamtlichen war, desto größer wird das Defizit erlebt. Durch den Tod wegfallende Aufgaben können zu

- Trauerreaktionen (Gefühl der Leere) oder auch zur Erleichterung führen (häufig gepaart mit Schuldgefühlen).
- 2) Verlust validierender Unterstützung: Diese Ausprägung beschreibt den Verlust der Bestätigung. Der Tod wichtiger Personen führt dazu, dass die Hauptquelle der Bestätigung verloren geht. Dies kann zur Verunsicherung über das eigene Selbst- und Weltbild bzw. des Sinn des Lebens führen. Auch fehlt es oft an angemessener Bestätigung, dass die emotionalen Reaktionen der Ehrenamtlichen in der Trauer normal sind.
 - 3) Verlust emotionaler Unterstützung: Gemeint ist der Verlust menschlicher Wärme bzw. der Verlust der positiven Verstärkung physischer und psychischer Zuwendung. Eintretende Defizite in diesem Bereich führen häufig zur vollkommenen Herabsetzung des Selbstwertgefühles. Je größer der emotionale Support, desto größer der erlebte Verlust.
 - 4) Verlust der sozialen Identität: Das beinhaltet sowohl den Verlust des eigenen Selbstverständnisses als auch den Verlust der aus der Umwelt zugeschriebenen Identität. Der soziale Status und das Selbstbewusstsein können beeinflusst werden. Das eintretende Defizit der sozialen Identität hängt von der eigenen und sozialen Bewertung des Status- und Rollenwechsels ab. Hat die neue Rolle einen geringeren sozialen Wert, kann die neue soziale Identität zu einem verminderten Selbstbewusstsein führen.

Lammer ergänzt das Defizit-Modell mit einem weiteren Faktor, nämlich, ob sich die statusgebende Gruppe ganz auflöst oder es eine weitere identitätsgebende soziale Gruppe gibt, an die die Ehrenamtliche angebunden ist.

Die hauptberufliche Koordinatorin hat demzufolge die Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Ressourcen freisetzen, auf die sie bei der Begleitung Ehrenamtlicher bei der Trauerbewältigung zurückgreifen kann. Es bedarf somit sowohl einer vorausplanenden als auch einer konkreten, situativen ganzheitlichen Sichtweise auf das Begleitungskonzept Ehrenamtlicher in einem ambulanten Kinderhospizdienst.

3. Vorausplanendes Unterstützungsmanagement bei der Trauerbewältigung Ehrenamtlicher

Ein vorausplanendes Unterstützungsmanagement, das auf den vorher dargestellten Theorieansätzen aufbaut, liefert in der ambulanten Kinderhospizarbeit zahlreiche zweckdienliche Bewältigungsressourcen.

In den Blick kommen zwei Hauptaspekte in der Unterstützung, deren Notwendigkeit durch die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung untermauert wird.

3.1 Unterstützung bei der Aneignung von Fachwissen durch Schulung und Fortbildung

Das Unterstützungsmanagement bei der Trauerbewältigung der Ehrenamtlichen beginnt schon im Rahmen des Auswahlverfahrens und der auf die Aufgabe vorbereitenden Schulung der Ehrenamtlichen. Hier werden Rahmenbedingungen und Aufgabenfelder des ehrenamtlichen Engagements vertieft. Ergebnisse aus der Studie ergaben, dass der Schulung eine hohe Bedeutung in Bezug auf die Vorbereitung der Tätigkeit und der bevorstehenden eigenen Trauererfahrung zugesprochen wurde. Darüber hinaus wurde weiteres Fachwissen gefordert. Knapp die Hälfte der Ehrenamtlichen (48%) war beruflich in den Bereichen der Pflege oder Sozialpädagogik tätig. Dieser Hintergrund half nach Rückmeldung der Probanden, ein gut ausgewogenes Nähe- und Distanzverhältnis zu den Familienmitgliedern entwickeln zu können (vgl. Köster, 2012, 26, 60).

Ausgehend von diesen Ergebnissen sollte ein besonderes Augenmerk im Unterstützungsmanagement auf die Entwicklung eines „Formwandel[s] ehrenamtlicher Arbeit“ [...] in Richtung einer Verberuflichung“ (Behr u.a., 1999, 2) im Tätigkeitsfeld des ambulanten Kinderhospizdienstes gelegt werden, denn ein beruflicher Hintergrund darf nicht dazu führen, dass dieses zur Voraussetzung für das ehrenamtliche Engagement wird. Allgemeine Angebote, die durch Wissensvermittlung (Fachvorträge, Praxisberichte etc.) in der Alltagsbegleitung durch die Koordinatorin etabliert werden, sollen vor allem die Selbstreflexion anregen und die personale Kompetenz und die Selbstsicherheit fördern. Dieser Ansatz wird durch die Ergebnisse der Studie von Jennessen u.a. (vgl. 2010, 502) gestützt, in der aus Sicht der Ehrenamtlichen die personalen Kompetenzen als deutlich wichtiger eingeschätzt wurden, ohne dabei die fachlichen Komponenten außer Acht zu lassen.

Hinter dem Wunsch nach theoretischem Wissen, wie z. B. Sterbephasen oder Trauermodelle oder auch Kommunikationstechniken kennen zu lernen, steht die große Unsicherheit und Unwissenheit bzgl. der Thematik und den damit verbundenen richtigen Umgang mit den Familienmitgliedern. Die Vermittlung des fachlichen Hintergrundes ist wichtig, um die Ehrenamtlichen in dieser Unsicherheit abzuholen und ihnen grundlegende Orientierung zu geben. Ziel sollte es jedoch sein, nicht in diesem Fachwissen zu verweilen, sondern in die persönliche Auseinandersetzung mit den einzelnen Themati-

ken zu treten, um die eigenen Erfahrungen reflektieren und eine eigene Haltung entwickeln zu können. Die praktische Erfahrung zeigt, dass erst diese Auseinandersetzung zur echten Begegnung und nötigen Sicherheit in der Begleitung führt.

3.2 *Schaffung und Gestaltung von Erfahrungsräumen für gelebte Trauer*

Die Förderung der personalen Kompetenzen der Ehrenamtlichen ist eine stetige Aufgabe der Koordinatorin. Speziell mit Blick auf die Trauerbewältigung benennt Bonanno (2012, 87-90) Resilienzfaktoren wie z.B.

- die Anpassungsfähigkeit auf wechselnde Situationsanforderungen;
- die Fähigkeit, zur Zuversicht zu neigen;
- Optimismus und Selbstvertrauen;
- die emotionale Flexibilität und
- das größere Verhaltensrepertoire, welches durch die Erfahrungsräume erprobt und angewandt werden kann.

3.2.1 *Zur Tätigkeit der Koordinatorin*

Die Koordinatorin hat im Rahmen ihrer Tätigkeit die Möglichkeit, dafür Erfahrungsräume zu schaffen und zu gestalten. Dazu kann sie die soziale Gruppe des Praxistreffens als auch das persönliche Einzelgespräch nutzen. Eine vertrauensvolle Atmosphäre ist in beiden Settings die Grundlage positiver Erfahrungsräume zur Einübung von Selbstreflexion, Empathie und offener Kommunikation. Darüber hinaus stärken gelebte Rituale und Spiritualität die personale Kompetenz. Auf diese Aspekte soll im Folgenden genauer eingegangen werden:

3.2.2 *Erfahrungs- und Entwicklungsraum: Praxistreffen*

Je besser die Atmosphäre bei den Praxistreffen war, bzw. je eher die Ehrenamtlichen das Praxistreffen für Alltagsprobleme in der Begleitung nutzten, desto wahrscheinlicher wurde dieses Angebot auch zur individuellen Trauerbewältigung genutzt, so eine Hypothese, die durch die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung bestätigt wurde. Weitere Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass strukturelle Rahmenbedingungen wie die Gruppengröße oder die Häufigkeit der Treffen keinen Zusammenhang in Bezug auf die

Nutzung des Angebotes aufwiesen. Hingegen wurde festgestellt, dass bei einer festen Gruppe die Wahrscheinlichkeit einer Nutzung und die Bedeutung des Praxistreffens stiegen.

Dies bestätigte sich durch die eigenen Praxiserfahrungen, dass die Ehrenamtlichen sich mit der festen Schulungsgruppe stark identifizierten und sich diese für die Alltagsbegleitung zu erhalten wünschten. Die Untersuchung bestätigte diese Praxiserfahrung. In den Schulungsgruppen der Probanden schien es gelungen zu sein, den Ehrenamtlichen gute Rahmenbedingungen zum offenen gegenseitigen Austausch zu schaffen. Wünsche einer erhöhten Teilnehmerquote sowie einem strafferen, zielgerichteten Vorgehen der Koordinatorin beim Praxistreffen ließen vermuten, dass hier im Gegensatz zur Schulungsgruppe Entwicklungspotential vorlag (vgl. Köster, 2012, 32, 63-64,78).

Man kann festhalten: Das Arbeiten mit einer festen Gruppe und einer orientierungsgebenden Leitung im Praxistreffen eröffnet Themen wie Nähe und Vertrauen und führt die Teilnehmer bzw. die Gruppe zur ‚Arbeitsfähigkeit‘. Die Gruppenentwicklungstheorie gestattet mit dem Entwicklungsstufenmodell eine sozialpädagogische Diagnose und eine daraus resultierende gruppenentwicklungsfördernde Intervention. Das Denk- und Erklärungsmodell beschreibt dabei fünf Phasen, die eine feste Gruppe durchläuft und von der Koordinatorin prozesshaft begleitet werden (vgl. Tielke, 1998, 75-86):

- Die Phase der Orientierung,
- Die Phase der Positions- und Rollenklärung,
- Die Phase der Vertrautheit,
- Die Phase der Differenzierung,
- Die Phase der Ablösung.

Während die Koordinatorin in der ersten *Phase der Orientierung* die Aufgabe hat, einen Rahmen zu schaffen, indem sie das Praxistreffen gut plant und strukturiert (Zeitrahmen, Absprachen), muss sie sich auch in der zweiten *Phase der Positions- und Rollenklärung* klar positionieren. Sie bietet Möglichkeiten, einerseits Machtkämpfe unter den Ehrenamtlichen austragen lassen zu können, andererseits macht sie Angebote in Hinblick auf Kooperation, Mitbestimmung und Mitgestaltung.

In der *Phase der Vertrautheit* unterstützt die Koordinatorin die Entfaltungsmöglichkeit der Einzelperson und der Gruppe. Eine Reflexion und ein Austausch über gemachte Erfahrungen und den eigenen Fähigkeiten im Umgang mit Krisen- und Trauersituationen ermöglicht nicht nur eine Selbstklärung, sondern ermöglicht neue Sichtweisen auf Bewältigungsformen, die im Alltag erprobt werden können. Der persönliche Austausch über Fähigkeiten und Grenzen hilft dabei, das Vertrauen der Gruppenmitglieder untereinander zu fördern.

Die Koordinatorin sollte in dieser Phase darauf achten, dass jede Ehrenamtliche die Flexibilität hat, die Grenze der eigenen emotionalen Öffnung innerhalb der Gruppe zu erkennen bzw. für sich zu definieren und dass diese von allen akzeptiert wird. Die Fähigkeit der Flexibilität von Gefühlsäußerungen und Gefühlsunterdrückung ist zur Trauerbewältigung nach einer Studie Bonannos (2012, 90) hilfreich und sollte demnach gefördert werden. Die gegenseitige Akzeptanz von Nähe und Distanz ist eine wichtige Fähigkeit für die Gruppe, auf die später noch dezidiert eingegangen wird.

In der *Phase der Differenzierung* hat die Koordinatorin die Möglichkeit, durch anregende (Selbst-) Erfahrungsräume die stetige Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Schwächen der Ehrenamtlichen für das Aufgabenfeld zu fördern. Erfahrungsberichte Ehrenamtlicher, die ein Kind bis zum Tod und darüber hinaus begleitet haben, Berichte über erlebte funktionierende und weniger funktionierende Bewältigungsstrategien sowie die Darstellung der genutzten oder ungenutzten individuellen Unterstützungsmöglichkeiten des Dienstes helfen unerfahrenen Ehrenamtlichen, eine Vorstellung von der zu erwartenden Begleitungssituation beim Tod eines Kindes zu bekommen.

Die anschließende persönliche Auseinandersetzung mit dem Umgang eigener Bewältigungsstrategien und dem Austausch darüber erschließt neue Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten für die eigene Trauerbewältigung. Dies führt zu mehr Sicherheit für die bevorstehende Aufgabe.

Ebenso hilft dieser persönliche Kontakt, eine Brücke zwischen der Schulungsgruppe und den ‚anderen Ehrenamtlichen‘ im Praxistreffen zu bauen, denn die *Phase der Ablösung* wird häufig als unangenehm und schmerzlich empfunden; dies zeigt sich insbesondere in der Auflösung der Schulungsgruppe (vgl. Köster, 2012). Ob diese Gruppe sich trennt und sich in die vorhandenen Praxistreffen einreicht, ist eine konzeptionelle Entscheidung des Dienstes. Ein Zusammenhalt einer gut funktionierenden Gruppe scheint für den weiteren Austausch sinnvoll, doch ist dies in den Diensten häufig nicht praktikabel.

Wichtig scheint daher, die Ehrenamtlichen auf die bevorstehende Trennung der Schulungsgruppe vorzubereiten und gute Rahmenbedingungen zur Aufnahme der Ehrenamtlichen in die bestehenden Praxisgruppen zu ermöglichen. Erleben die Ehrenamtlichen den Wechsel und den Abschied von der ‚alten Gruppe‘ gut begleitet, ist dies ebenso eine Erfahrung ihrer Anpassungsfähigkeit auf wechselnde Situationsanforderungen und stärkt gegenüber neuen Situationen die eigene Widerstandsfähigkeit (s.o.). Die Aufgabe der Koordinatorin besteht daher in einer bewussten Begleitung des alltäglichen Abschiedsprozesses und der Hilfe der Neuorientierung in der sozialen Gruppe des Praxistreffens.

Nach den Rückmeldungen der Ehrenamtlichen in der durchgeführten Untersuchung und der praktischen Erfahrung vieler Dienste scheint es eine Herausforderung zu sein, eine verbindliche feste Gruppe für das Praxistreffen zu etablieren, um das hier beschriebene Phasenmodell der Gruppenentwicklung mit seinen Diagnose- und Interventionsmöglichkeiten für die qualifizierte Begleitung Ehrenamtlicher zu nutzen. Erste Weichen können durch verbindliche Rahmenbedingungen, gegenseitiger Verantwortung und Teamgedanken gelegt werden. Dabei muss der Ehrenamtlichen der Nutzen des Praxistreffens transparent sein. Die Ergebnisse der Treffen sollten dabei in einem ausgewogenen Verhältnis der investierten und eröffneten Ressourcen (eingebrachte Zeit – Erfahrungsgewinn) stehen. Diese Grundlagen dienen nicht nur der qualifizierten Begleitung der Ehrenamtlichen im Alltag, sondern auch bei der individuellen Trauerbewältigung im Kollektiv.

Erfahrungsberichte oder Selbstreflexion sollten nicht nur Bestandteil in der Schulung der Ehrenamtlichen zur Vorbereitung auf die Begleitungstätigkeit sein, sondern immer wieder in den Fokus der Praxisbegleitung genommen werden. Hinzu kommt, dass die Erfahrungsberichte weitere Synergieeffekte bringen. Zum einen zeigt die Praxis, dass es dem berichtenden Ehrenamtlichen bei der eigenen Trauerbewältigung hilft, über die Begleitung ausführlich sprechen zu dürfen, zum anderen lernen die hörenden Ehrenamtlichen eine Kultur des offenen Umgang mit den persönlichen Grenzen existenzieller Themen innerhalb des Dienstes kennen. Der erlebbar gemachte offene Umgang mit der eigenen Trauer ermöglicht die gegenseitige Einflussnahme zwischen privater und kollektiver Trauer (vgl. Schäfer, 2011, 47).

Sind vertrauenswürdige Menschen ansprechbar, die auch emotionalen Rückhalt bieten, gibt es Räume, die Rückzug, Schutz, Anerkennung und Austausch ermöglichen und gibt es Gelegenheiten zu anregender, bedürfnisbezogener Betätigung, dann findet die Trauer einen Platz im Alltag und wird mit größerer Wahrscheinlichkeit positive Auswirkungen auf die individuelle Bewältigungsstrategie bei eigenen Verlusterfahrungen haben (vgl. Moch, 2008, 132).

3.2.3 *Erfahrungs- und Entwicklungsraum: Einzelgespräch*

Die regelmäßig geplanten Einzelgespräche bzw. das persönliche Gespräch allgemein, als eine weitere bedeutende strukturelle Ressource für 88% der Ehrenamtlichen (vgl. Köster, 2012) bei der individuellen Trauerbewältigung, ermöglichen zum einen im Alltag einen vertrauensvoll sichergestellten persönlichen Beziehungskontakt, mit der Möglichkeit, Begleitungsprobleme besprechbar zu machen. Zum anderen werden durch eine regelmäßige Res-

sources-Belastungsanalyse der Ehrenamtlichen anregende und neue Handlungsoptionen in der Unterstützung beim Tod des begleiteten Kindes eröffnet. Auch die im Folgenden genauer dargestellte persönliche und tiefergehende Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der begleitenden Familie und die stetige Auseinandersetzung mit eigenen Spiritualität hilft dem Ehrenamtlichen, sich auf den bevorstehenden Verlust vorzubereiten.

Die stetige Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Familienbegleitung lässt einen kritischen Blick auf die Wünsche und Erwartungen der Ehrenamtlichen an die Familie in Bezug auf die eigene Trauerbewältigung zu. Die durchgeführte Untersuchung ergab, dass es den Ehrenamtlichen schwer gefallen ist, aus ihrer Sicht ein ausgewogenes Nähe- und Distanzverhältnis zum Vater und zu den Geschwistern zu entwickeln. Bei der Mutter und dem erkrankten Kind gelang dies deutlich besser. Weitergehende Erläuterungen der Ehrenamtlichen führten in der Untersuchung zur Hypothese, dass die Ehrenamtlichen ein ausgewogenes Nähe- und Distanzverhältnis eher mit einer engeren als mit einer weitergefassten Beziehung definierten (vgl. Köster, 2012).

Die Koordinatorin hat demzufolge die Aufgabe, die Ehrenamtlichen bei der Suche nach einem gesunden Maß an Nähe und Distanz zu den Familienmitgliedern durch eine stetige Rollenklärung im Familieneinsatz zu unterstützen. Dabei kann sie oder eine andere Ehrenamtliche als Vorbild dienlich sein und Übungsfelder eröffnen. Die Interaktionen aller Beteiligten beruhen dabei auf verschiedenen Wertvorstellungen, Motivationen und gegenseitigen Erwartungen. Aus dem „Prozess der Annäherung an oder Distanzierung von andere(n) Menschen [...] resultiert der gelingende oder auch misslungene Interaktionsprozess“ (Dörr u. Müller, 2007, 7).

Erschwert wird der Prozess für die Ehrenamtlichen dadurch, dass das Beziehungsangebot durch die Koordinatorin weitgehend durch berufliche bzw. professionelle Rahmenbedingungen wie Bezahlung, Ziele und zeitliche Regelungen geprägt ist, was einerseits eine Inkonsequenz in der Beziehungsgestaltung und andererseits ein ausgewogenes Nähe- und Distanzverhältnis durch die Rollenklarheit mit sich bringt. Viele dieser beruflichen Merkmale greifen in der ehrenamtlichen Tätigkeit in einem ambulanten Kinderhospizdienst nicht und erschweren die Aufgaben- und Rollenklarheit (vgl. Müller-Kohlenberg, 1993, 45).

Normale Alltagsgespräche und –sorgen führen beispielsweise in der Interaktion zwischen den Familienmitgliedern und den Ehrenamtlichen im Laufe der Zeit zu immer persönlicheren und intensiveren Gesprächen. Die Familie kann diese Gespräche als sehr entlastend erleben. Der Wunsch nach entlastenden und Orientierung gebenden Gesprächen entsteht jedoch nicht nur bei den Familienmitgliedern, sondern auch bei den Ehrenamtlichen in der

eigenen Trauerbewältigung. Diese Gespräche werden dementsprechend schnell im Kontext der Familienbegleitung gesucht.

Dies wirkt einerseits im Alltag identitätsstabilisierend, andererseits entwickeln sich bei den Ehrenamtlichen daraus schnell Hoffnungen bzw. Erwartungen auf persönliche Zuneigung, Zuwendung und Wünsche an die Familie in der eigenen Trauerbewältigung, welche oftmals unerfüllt bleiben (vgl. Köster, 2012; vgl. Müller-Kohlenberg, 1993). Die Ehrenamtliche steckt in einem Dilemma. Das emotionale und persönliche Einbringen in der Begleitungsarbeit ist für ihre Tätigkeit nicht wegzudenken. Aus der Angst, verletzt zu werden, kann es zu einer starken Distanzierung im Beziehungsgeschehen kommen. Andererseits kann es im Sinne des eigenen Wohlergehens zur sehr stark empfundenen Nähe kommen.

Die Koordinatorin hat in diesem Spannungsfeld zwischen professioneller Rollenklarheit, emotionaler Verbundenheit und Abgrenzung die Aufgabe, die Ehrenamtlichen zu begleiten. Bei der regelmäßigen Betrachtung der Beziehungsverhältnisse innerhalb der Familie geht es nicht „um Nähe und Distanz an sich, sondern um ein jeweils als ‚richtig‘ empfundenes Maß von Nähe und Distanz“ (Bonanno, 2012, 90). Bonanno macht dahingehend Mut, dass eine emotionale Flexibilität zwischen Nähe und Distanz hilfreich für den Trauerprozess ist. Gespräche, die angeboten werden, können helfen, verdeckte Themen, Wünsche oder Bedürfnisse an die Familie besprechbar zu machen (vgl. Schlippe, 2007, 117f.). Alternative Lösungen, die den Wünschen und Bedürfnissen entsprechen, können im Kontext der Unterstützungsmöglichkeiten des ambulanten Kinderhospizdienstes gesucht werden.

Eine regelmäßige Betrachtung der Alltagsbeziehungen in den Familien kann als Lernfeld in Bezug auf die emotionale Flexibilität der Beziehungsinintensität der begleiteten Familienmitglieder dienen. Die Koordinatorin eröffnet das Angebot einer Selbstreflexion durch Hinzunahme einer Außenperspektive und unterstützt die Ehrenamtlichen dabei, das für sie richtige Maß an Nähe und Distanz zu finden und dieses auch nach außen zu vertreten.

3.2.4 Erfahrungs- und Entwicklungsraum: Rituale und Spiritualität

(Abschieds-)Rituale innerhalb eines ambulanten Kinderhospizdienstes ermöglichen weitere Erfahrungsräume von Trauerbewältigung. Sie haben eine soziale Funktion, die auf die Gruppe solidarisierend und stabilisierend wirken. Sie schaffen Ordnung und Verhaltenssicherheit. Emotionen können kontrolliert und gegebenenfalls reduziert werden (vgl. Fischdick, 2010, 25-31). Eine Kultur des Abschiedes innerhalb eines ambulanten Kinderhospizdienstes kann durch gemeinsam entwickelte Rituale zum Ende der Schulung,

beim Abschied einer Ehrenamtlichen oder einer Koordinatorin, beim Tod eines Kindes oder bei einem Begleitungsende einer Familie entwickelt werden.

Praktische Ideen von außen können im besten Falle eine anregende Funktion haben. Im Fokus stehen aber vielmehr die Mit- und Weitergestaltung von kreativen Ideen und das Einbringen der Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Menschen innerhalb eines Dienstes. Sie bilden die Basis für eine zu entwickelnde Abschiedskultur vor Ort. Der Austausch über die gemachten Erfahrungen der entwickelten Rituale ist hilfreich, um diese auf ihren Nutzen und Sinn zu überprüfen, so dass aus ihnen keine bloße Gewohnheit wird oder sie sogar zur Belastung für die Teilnehmer werden. Durch positiv erlebte Erfahrungsräume mit Ritualen, die nicht nur angeboten, sondern gemeinsam entwickelt und gelebt werden, können diese durch Wiederholung ihre Kraft entfalten.

Spirituelle Rituale ermöglichen dem Menschen mit einer transzendenten (übersinnlichen) Welt, z.B. bei christlichen Ritualen mit Gott, in Beziehung zu treten. Sie beschreiben eine „Leben-mit-Gott-Geschichte“ (Bundschuh-Schramm u.a., 2004, 35). In der spirituellen Dimension der Rituale wird die Trennung zweier Welten zumindest vorübergehend gelockert. Spirituelle Rituale sind eine Einladung in die geistige Welt, um ihre Kräfte zur Wirkung zu bringen, dabei werden die eigenen weltlichen, kognitiven Grenzen der Möglichkeiten wahrgenommen und dem Glauben eine hohe Bedeutung zugemessen (vgl. Fishedick, 2010, 31-34).

Der Glaube, als Resilienzfaktor bezeichnet (vgl. Wustmann, 2004, 65), spielte für 66,6 % der Befragten eine wichtige bis sehr wichtige Rolle für die eigenen Trauerbewältigung (vgl. Köster, 2012). Der Glaube als personale Ressource hat die Kernaufgabe, in Krisen Trost zu spenden und dient der Sinnvergewisserung (vgl. Lob-Hüdepohl, 2006, 52f.). Das Sprechen über die eigenen Glaubens- und Sinnfragen findet in der heutigen Zeit nur selten einen öffentlichen Raum, das öffentliche Bekenntnis zum Glauben tritt im Alltag in den Hintergrund. Die religiösen und spirituellen Angebote zeigten in der Untersuchung eine geringere positive Wirkung auf die individuelle Trauerbewältigung als andere Angebote des Dienstes. Der Wunsch nach religiösen bzw. spirituellen Angeboten unterstreicht die Vermutung, dass in diesem Bereich in den Diensten Entwicklungs- und damit Unterstützungspotential liegt (vgl. Köster, 2012).

Der Einstieg einer spirituellen Begleitung Ehrenamtlicher in einem ambulanten Kinderhospizdienst kann die spirituelle Anamnese im Einzelgespräch mit z.B. Assessment-Fragen nach Hoffnung, Glaubensüberzeugungen, Zugehörigkeit einer religiösen/spirituellen Gemeinschaft etc. sein. Diese Fragen reichen jedoch nicht aus, um der impliziten Spiritualität gerecht zu

werden. Sie dienen lediglich als Türöffner für Glaubens- und Sinnfragen. Vielmehr bedarf es unterschiedlichster alltäglicher Zugangswege, beginnend von religiösen Zeichen (Bücher, Spruchkarten, Gottesdiensten, Gebete etc.), Begegnungen und Auseinandersetzungen mit anderen Religionen u. religiösen Menschen und das Angebot von Sinnträgern (z. B. Kerze, Spruch, Lied etc.; vgl. Weiher, 2011).

Ein authentisches Bekenntnis zur eigenen spirituellen bzw. religiösen Ausrichtung durch die Koordinatorin im Kontakt mit gläubigen Ehrenamtlichen kann im Begleitungsprozess sehr hilfreich sein. Dabei muss die Koordinatorin darauf achten, dass ihre eigene reflektierte Spiritualität bzw. Anschauung anschlussfähig bleibt. „Auch religiöse und spirituelle Einstellungen müssen anthropologischen und humanwissenschaftlichen Kriterien gehorchen“ (Weiher, 2011, 148). Die Ehrenamtliche entscheidet, inwieweit sie mit der Koordinatorin (Einzelgespräch u. Praxistreffen) in einen religiösen Dialog treten möchte. Die Koordinatorinnen sollten in der Begleitung „mit ihrer eigenen religiösen Einstellungen eher zurückhaltend sein, wenn sie nicht [...] danach gefragt werden.“ (Ebd.)

Eine Anregung zur Etablierung von religiösen Angeboten kann das der biblisch-christlichen Tradition folgende Celler-Modell sein, welches im Raum der katholischen Kirche entwickelt wurde. Die Grundlage des Ausbildungskonzeptes bildet die Emmaus-Geschichte (Lk 24,13-35; vgl. Bayer, 2009). Ebenso bietet Hinse (2008, 1-22) eine Idee, Spiritualität auch für Nichtreligiöse in Hospizen erlebbar zu machen. Er beschreibt Spiritualität als Beschäftigung mit Sinn- und Seinsfragen, die schwer beschreibbar und eher durch Stille, Worte, Bildern, vertraute Gegenstände und Musik erlebbar wird.

4. Unterstützungsmanagement in einer aktuellen Trauersituation

4.1 Zur psychischen Bewältigung der Trauerreaktion

Die „Situationsbewertung und Aktivierung der Ressourcen“ in der aktuellen Trauerbewältigung Ehrenamtlicher beim Tod eines Kindes beschreibt Lammer (2003) als dritten und letzten Betrachtungsaspekt im Unterstützungsmanagement. Nach der in Kapitel 2 dargelegten Stress- bzw. Krisentheorie wird der resultierende Stress in dieser besonderen Belastungssituation nicht als Folge des belastenden Ereignisses an sich gesehen. Vielmehr entsteht er zum einen durch die erwarteten Anpassungs- und Bewältigungsleistungen der betroffenen Personen an die veränderten Umweltbedingungen. Zum anderen ist der erlebte Stress von der Person abhängig, wie diese die Situation bewer-

tet oder einschätzt, und wie diese mit unterschiedlichen Ressourcen umgeht. „Stress entsteht dann, wenn die Anforderungen einer Belastungssituation nach Einschätzung der betroffenen Person die ihr verfügbaren Anpassungs- und Bewältigungsressourcen überfordern, so dass ihr Wohlergehen gefährdet ist.“ (Lammer, 2003, 133)

Bewältigt wird dieser Stress durch eine kognitive Bewertung der Situation. Diese Situationsbewertung kann sowohl problemorientiert sein (das heißt: die Person versucht die situativen Anforderungen selbst zu kontrollieren) oder emotionsorientiert sein (das heißt: die Person übt Kontrolle auf die eigenen gefühlsmäßigen Reaktionen aus). Das Abrufen bzw. Aktivieren innerer (personaler) und äußerer (sozialer) Bewältigungsressourcen kann als die entscheidende Bewältigungsleistung in Stresssituationen aufgefasst werden (vgl. Lammer, 2003).

Eine Situationsbewertung in der aktuellen Trauerbegleitung eines Ehrenamtlichen wird durch eine orientierungsgebende Struktur im Assessment des Unterstützungsmanagements ermöglicht. Die Bedürfnisse trauernder Ehrenamtlicher sind ebenso facettenreich und individuell wie die der trauernden Angehörigen. Bei der Anwendung des Unterstützungsmanagements in der aktuellen Begleitung eines Ehrenamtlichen mit Verlusterfahrungen baut das Assessment auf Informationen aus der zuvor dargestellten Gesamtbegleitung Ehrenamtlicher auf. So fließen die Informationen aus der Schulung, aus den Praxistreffen und den Einzelgesprächen etc. in das aktuelle Assessment ein. Durch eine vorausgegangene umfassende Alltagsbegleitung kann die Anamnese zur speziellen Situationsanforderung in der aktuellen Trauerbegleitung effizient und effektiv durch passgenaue Fragen erfolgen.

4.2 *Situationsanalyse im Trauerprozess*

Resultierend aus der eigenen praktischen Erfahrung, den Ergebnissen der Untersuchung zu vorhandenen Defiziten (vgl. Kapitel 2.2) und einer systemischen Betrachtungsweise auf die Trauer im Helfersystem (vgl. Rechenberg-Winter u. Fischinger 2010) ergeben sich im Verlauf des Trauerprozesses unterschiedliche Fragen für das situative Assessment. Diese können in Form von drei Sektoren dargestellt werden (vgl. **Abb. 2**, S. 161).

Sektor 1
Situationsanalyse zwischen dem Tod des Kindes und der Beerdigung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möchte und kann sich die Ehrenamtliche vom verstorbenen Kind verabschieden? ▪ Inwieweit ist die Ehrenamtliche in die Beerdigungsvorbereitungen eingebunden? ▪ Inwieweit ist eine Teilnahme an der Beerdigung möglich? ▪ Inwieweit ist eine Fortführung der Begleitung angedacht?
Sektor 2
Situationsanalyse nach Beerdigung des Kindes und dem Begleitungsende
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie ist die Ehrenamtliche nach Beendigung der Begleitung eingebettet? ▪ Wie geht es der Ehrenamtlichen in der Begleitungspause? ▪ Ist die Rolle der Ehrenamtlichen im Praxistreffen klar? ▪ Wie kann die Ehrenamtliche durch die Koordinatorin/den Dienst begleitet werden?
Sektor 3
Situationsanalyse nach Beerdigung des Kindes und Begleitungsfortführung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welchen Begleitungsauftrag hat die Ehrenamtliche von der Familie bekommen? ▪ Gibt es Unsicherheiten im Begleitungsauftrag? ▪ Ist die Rolle der Ehrenamtlichen im Praxistreffen klar? ▪ Wie kann die Ehrenamtliche durch die Koordinatorin/den Dienst begleitet werden?

Abb. 2: Fragen bei der Situationsanalyse im Trauerprozess

Die im Kontext dieser Fragen aufgedeckten Defizite bzw. Wünsche des Ehrenamtlichen des Ehrenamtlichen sind im zweiten Schritt mit den vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung der aktuellen Situation auf ihre Nützlichkeit zu überprüfen. Als Grundlage dienen die in der Alltagsbegleitung ermittelten Ressourcen und Resilienzfaktoren. Zu beachten ist, dass bei der gemeinsamen Betrachtung der bis dahin ermittelten Ressourcen und Resilienzfaktoren für die Selbstsorge (self care) diese keine Aussage über das Ergebnis der aktuell vielleicht bestehenden Verlustkrise erlaubt, sondern als Anhaltspunkt für eine erneute schnelle situative Analyse genutzt werden kann. Gleiches gilt für die Ressourcen im persönlichen Beziehungsnetz (mutual care), das bei der

Untersuchung im Gegensatz zu den strukturellen und personellen Angeboten des Dienstes einen Bedeutungszuwachs (eigene Familie/eigene Freunde) in Bezug auf die eigene Trauerbewältigung erfuhr.

Im Gesamtzusammenhang klärt die Koordinatorin die Möglichkeiten der Unterstützung seitens des ambulanten Kinderhospizdienstes (professional care) und erfasst und klärt damit die letzte fehlende Dimension zweckdienlicher Bewältigungsressourcen zur Unterstützung der Ehrenamtlichen nach dem Tod eines begleiteten Kindes (vgl. Köster, 2012, 58f.; Wendt, 2001, 98).

5. Fazit

Das dargestellte Assessment des Unterstützungsmanagements umfasst nicht nur die spezielle, defizitär betrachtete Problemdiagnose anhand des ‚Defizit-Modells‘, sondern explizit auch die Ressourcen der Selbstsorge (self care), des persönlichen Beziehungsnetzes (mutual care) der Ehrenamtlichen sowie die strukturellen und personellen Ressourcen eines ambulanten Kinderhospizdienstes (professional care). Dabei beginnt die Grundlagenarbeit der Einschätzung des Unterstützungsbedarfes des Ehrenamtlichen bei der Trauerbewältigung prozesshaft mit Beginn der Schulung, während der Praxistreffen und im Einzelgespräch in der Alltagsbegleitung. Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung, die Betrachtung theoretischer Bezüge und die praktische Erfahrung lassen folgende Hypothesen als Grundlage zur Entwicklung eines Unterstützungsmanagements in einem ambulanten Kinderhospizdienst zu:

- Je besser sich die Ehrenamtlichen durch Fachwissen und angeregte Selbstreflexion mit der bevorstehenden Verlusterfahrung auseinandersetzen, desto mehr wird es ihnen gelingen, in der Alltags- und Trauerbegleitung der Familie Unsicherheiten abzubauen.
- Je mehr Erfahrungsräume gelebter Trauer im Praxistreffen bzw. des gesamten Systems des ambulanten Kinderhospizdienstes vorhanden sind, desto größer ist das Verhaltensrepertoire in der akuten Trauerbewältigungssituation für die Ehrenamtlichen. Und: Je größer das Verhaltensrepertoire, desto gestärkter ist die Ehrenamtliche in der aktuellen Trauersituation.
- Je besser die Atmosphäre bei den Praxistreffen ist, desto hilfreicher kann dieses Treffen im kollektiven Trauererleben sein.
- Rituale und spirituelle Angebote unterstützen die Ehrenamtlichen in ihrer persönlichen Entwicklung und stärken die personale Kompetenz.

All diese Aspekte des vorausplanenden Unterstützungsmanagements fördern die personale Kompetenz des Ehrenamtlichen. Daher liegt die Aufgabe der Koordinatorin sowohl in der Weitergabe von Fachwissen als auch in der Gestaltung von Erfahrungsräumen, Praxistreffen und rituellen und spirituellen Angeboten.

Das Erleben der dargestellten Erfahrungen und Erfahrungsräume in der Alltagsbegleitung ermöglicht sowohl der Ehrenamtlichen als auch der Koordinatorin, auf ein erhöhtes Verhaltens- und Unterstützungsrepertoire in der akuten Verlusterfahrung zurückzugreifen (vgl. Bonanno, 2012, 89). Im Einzelgespräch können die Verlusterfahrungen bzw. Defizite (vgl. Kapitel 2.2, ‚Defizit-Modell‘) aufgedeckt und daraus Handlungsschritte für das Unterstützungsmanagement in der Begleitung Ehrenamtlicher bei der Trauerbewältigung abgeleitet werden. Aufgrund der Komplexität der Bedingungsfaktoren ist eine systematische Betrachtungsweise auf der personalen, interpersonalen und systemischen Ebene des ambulanten Kinderhospizdienstes zur Strukturierung des Assessments sinnvoll. Angebracht ist zudem in einer aktuellen Trauersituation eine differenzierte Situationsanalyse in der Zeit zwischen dem Tod des Kindes und der Beerdigung, nach der Beerdigung und Begleitungsende bzw. nach der Beerdigung und der Begleitungsfortführung. Hier ergeben sich meist unterschiedliche Defizite und Wünsche, auf die die Koordinatorin individuell der vorhandenen Ressourcen unterstützend wirken kann.

Dem dargestellten Assessment folgt die Planung und Durchführung, also die Aktivierung der Ressourcen, im Unterstützungsmanagement. Sowohl dieser Schritt als auch die Folgeschritte, die Kontrolle und Auswertung, sind stark von der Anamnese abhängig. In der Alltagspraxis sind sie von der Koordinatorin ebenso systematisch zu betrachten, wie das hier ausführlich dargestellte Assessment.

Literatur

- Bundschuh-Schramm, C., Barbier-Piepenbrock, A. u. Gaab, J. (2004): Rituale im Kreis des Lebens. verstehen – gestalten – erleben. Ostfildern: Schwaben.
- Bayer, B., Hillmann, T., Hug, G. u. Ruf-Werner, C. (Hrsg.).(2009): Kinder- und Jugendhospizarbeit. Das Celler Modell zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Behr, K., Liebig, R. u. Rauschenberg, T. (1999): Das Ehrenamt in empirischen Studien – ein sekundäranalytischer Vergleich. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 163 (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bonanno, G. A. (2012): Die andere Seite der Trauer. Verlustschmerz und Trauma aus eigener Kraft überwinden, Bielefeld: Aisthesis Verlag.

- Dörr, M. u. Müller, B. (2007): Einleitung. In: Diess. (Hrsg.).(2007): Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität (2. Auflage, S. 7-28). Weinheim: Juventa.
- Fischedick, H. (2010): Die Autonomie von Ritualen. In: Küpper-Popp, K. u. Lamp, I. (Hrsg.).(2010): Rituale und Symbole in der Hospizarbeit. Ein Praxisbuch (S. 21-34). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Galuske, M. (2009): Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung (8. Auflage). Weinheim und München: Juventa.
- Globisch, M. u. Hartkopf, M. (2009): Tag und Nacht – Tag für Tag. Die Situation lebensverkürzend erkrankter Kinder und ihren Familien und ihre Begleitung durch die ambulante Kinderhospizarbeit. In: Deutscher Kinderhospizverein e.V. (Hrsg.): Leben mit Grenzen. Beiträge zur Kinderhospizarbeit (S. 125-133). Wuppertal: der hospiz-Verlag.
- Hartkopf, M. u. Hug, G. (2006): Begleitung auf dem Lebensweg – was bedeutet ambulante Kinderhospizarbeit? In: Deutscher Kinderhospizverein e.V. (Hrsg.): Kinderhospizarbeit. Begleitung auf dem Lebensweg. Beiträge der 1. Deutschen Kinderhospiztage 2005 (S. 63-73). Wuppertal: der hospiz-Verlag.
- Haye, B. u. Kleve, H. (2008): Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung. In: Kleve, H. et.al.: Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit (2. Auflage, S. 103-125). Heidelberg: Carl-Auer.
- Hinse, H. von (2008): Spiritualität in der Hospizarbeit – auch für Nichtreligiöse. In: Burgheim, W.: Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden, Band 3, Teil 6.8. Merching: Forum GesundheitsMedien GmbH.
- Jennessen, S., Bungenstock, A. u. Schwarzenberg, E. (2010): Kinderhospizarbeit. Eine multimethodische Studie zur Qualität der innovativen Unterstützung und Begleitung von Familien mit lebensverkürzend erkrankten Kindern und Jugendlichen. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Köster, Rebecca (2012): Sozialpädagogische Unterstützungsmöglichkeiten bei der Trauerbewältigung von Ehrenamtlichen in der ambulanten Kinderhospizarbeit, Aachen: Unveröffentlichte BA-Thesis an der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Aachen.
- Lammer, K. (2003): Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Lazarus, R. S. u. Launier; R. (1981): Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch; J. R. (Hrsg.): Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 213-259). Stuttgart: Huber.
- Lob-Hüdepohl, A. (2006): Das Leben hat doch keinen Sinn! Grenzerfahrungen als Herausforderung christlicher Gottesrede in der Sozialen Arbeit, in: Krockauer, R. u.a. (Hg.): Theologie Sozialer Arbeit. Handbuch für Studium, Weiterbildung und Beruf (S. 48-58). München: Kösel.
- Moch, M. (2008): Familienergänzende Erziehungshilfe. In: Grunwald, K.; Thiersch H. (Hrsg.): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (2. Auflage, S. 123-136). Weinheim: Juventa.

- Müller-Kohlenberg, H. (1993): Die Aporie von Methode und Beziehung in der Sozialarbeit. In: Neue Sammlung 33 (1), 45-54.
- Pyttlik, A. u. Jungbauer, J. (2013): Im Leben, im Sterben und darüber hinaus: Eine qualitative Studie zur Trauerbegleitung von Eltern lebensverkürzend erkrankter Kinder. In: J. Jungbauer u. R. Krockauer (Hrsg.), Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (S. 125-142). Opladen: Budrich-Verlag.
- Raab-Steiner, E. u. Benesch, M. (2010): Der Fragebogen. Von der Forschungsfrage zur SPSS/PASW-Auswertung (2. Auflage). Wien: facultas.wuv, Universitätsverlag.
- Rechenberg-Winter, Petra u. Fischinger, Esther (2010): Kursbuch systemische Trauerbegleitung (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schäfer, J. (2011): Tod und Trauerrituale in der modernen Gesellschaft. Perspektiven einer alternativen Trauer- und Bestattungskultur. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- Schlippe von, A. u. Schweitzer, J. (2007): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (10. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thiersch, H. (2006): Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik (2. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Tielke, K.-J. (Hrsg.).(1998): GruppenLeben. Basistheorien zur Dynamik, Leitung und Führung von Gruppen. Paderborn: BDKJ-Verlag.
- Weier, E. (2011): Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wendt, W. R. (1995): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wendt, W. R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung (3. Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz.

„Mein Leben darf nie mehr schön werden, weil mein Kind tot ist!“ – Psychotherapie bei komplizierter Trauer

Kirsten Stelling und Johannes Jungbauer

Bei manchen Hinterbliebenen treten komplizierte Trauerreaktionen auf, die extrem belastend sind und so weitreichende negative Folgen haben, dass professionelle psychotherapeutische Hilfe notwendig wird. Im folgenden Kapitel wird dargestellt, in welchen Fällen trauernden Hinterbliebenen die Konsultation einer Psychotherapeutin³ angeraten werden sollte und was dabei zu beachten ist. Anhand eines Fallbeispiels aus der psychotherapeutischen Praxis wird exemplarisch beschrieben, wie eine verhaltenstherapeutische Trauertherapie ablaufen kann. Bei der Patientin handelt sich um eine Mutter, die ihren 18-jährigen Sohn durch einen tragischen Unfall verlor und auch noch zwei Jahre nach seinem Tod unter schweren Belastungen und Beeinträchtigungen leidet.

1. Zur Diagnose der komplizierten Trauer

Trauern ist psychologisch gesehen eine normale Reaktion auf einschneidende Verlusterfahrungen, z.B. den Tod eines Familienmitglieds oder eines anderen nahestehenden Menschen. Allerdings gibt es auch Trauerreaktionen, die hinsichtlich ihrer Intensität und ihres Verlaufs nicht mehr als „normal“ gelten können und bei denen psychotherapeutische Hilfe erforderlich ist. In der Psychotherapie sind extreme Formen der Trauer seit langem bekannt. Bereits 1917 beschrieb Sigmund Freud die Symptome „pathologischer“ Trauer, die sich u.a. durch eine besonders große Intensität und erschwerte Trauerarbeit auszeichne (vgl. Freud, 1981). Gleichwohl ist der Gedanke, dass extreme Trauer ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt, relativ neu. Der Begriff der „komplizierten Trauer“ ist zwar in der klinisch-psychologischen Fachliteratur gut eingeführt (vgl. Worden, 2011; Znoj, 2004; 2012), doch in den beiden maßgeblichen klinischen Diagnosemanualen ICD-10 bzw. DSM-IV ist bis heute keine spezifische Diagnose enthalten. Seit etwa zehn Jahren gibt es international verstärkte Bemühungen im Hinblick auf eine einheitliche Defi-

³ In diesem Kapitel wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit vorwiegend die weibliche Form benutzt (z.B. Psychotherapeutin, Patientin, Sozialarbeiterin etc.). Selbstverständlich ist in diesen Fällen die männliche Form implizit immer mitgemeint.

nition der komplizierten Trauer (vgl. Horowitz, 2005). Es ist davon auszugehen, dass in den nächsten Ausgaben von ICD bzw. DSM eine entsprechende Diagnose aufgenommen wird. Für praktisch tätige Psychotherapeutinnen hätte dies den Vorteil, dass sie komplizierte Trauer verlässlich diagnostizieren könnten und keine „Ausweichdiagnose“ wie z.B. eine Depression oder eine Anpassungsstörung stellen müssen, um mit Krankenkassen und -versicherungen abrechnen zu können.

Die in der Fachliteratur genannten Symptome einer komplizierten Trauer werden im Folgenden kurz beschrieben:

- *Intrusionen*, d.h. das intensive Wiedererleben bzw. Erinnern von Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühlen, die mit dem Verstorbenen in Verbindung stehen. Intrusionen können als emotionale Überflutungen oder Erinnerungsattacken auftreten; ein Kontrollieren oder *Ausblenden der intrusiven Gedanken und Gefühle ist den Betroffenen meist nicht möglich.*
- *Vermeidungsverhalten*, z.B. das Meiden von Personen, Orten oder Aktivitäten, die mit der verstorbenen Person assoziiert werden;
- *Überwältigende Sehnsucht*, d.h. ein äußerst starkes Verlangen bzw. der Wunsch, dass die verstorbene Person anwesend sei;
- *Starke emotionale Reaktionen* wie Wut, Schuldgefühle und Angst, die in ihrer Intensität nicht abnehmen. Umgekehrt gibt es jedoch auch Fälle, in denen keine Trauergefühle erlebt werden (können);
- *Anpassungsprobleme* im Hinblick auf die Rückkehr zu einem normalen Alltag, was sich z.B. in der Vernachlässigung sozialer Kontakte und Verpflichtungen und Einbußen im Bereich des beruflichen Funktionierens zeigen kann;
- *Längerfristige psychosomatische Symptome*, insbesondere Schlaf- und Essstörungen (vgl. Jacobs, 1999; Znoj, 2004).

In der Praxis ist es oft schwierig, einfache und komplizierte Trauerreaktionen voneinander zu unterscheiden. In der ersten Zeit nach dem Tod eines geliebten Menschen können selbst gravierende psychische Probleme und Auffälligkeiten zum normalen Spektrum möglicher Trauerreaktionen gehören. Als wichtiges Diagnosekriterium für komplizierte Trauer ist deswegen auch der zeitliche Verlauf; eine entsprechende Diagnose sollte frühestens sechs Monate nach dem Todesfall gestellt werden.

Aber auch die diagnostische Abgrenzung der komplizierten Trauer von anderen psychischen Störungen ist oft nicht einfach, zumal diese oft zusammen auftreten oder ineinander übergehen können. So sind bei vielen Betroffenen auch die Diagnosekriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfüllt, vor allem nach besonders dramatischen oder durch

Gewalt verursachten Todesfällen. Weiterhin haben viele Patientinnen mit komplizierter Trauer zugleich ausgeprägte depressive Symptome; umgekehrt ist das Risiko für eine komplizierte Trauerreaktion bei depressiv veranlagten Menschen erhöht (Horowitz et al., 1997). Trotzdem ist komplizierte Trauer offensichtlich etwas anderes als eine Depression. Während bei depressiven Patientinnen typischerweise eine emotionale Verflachung auftritt, zeichnen sich komplizierte Trauerreaktionen häufig durch ein turbulentes Emotionserleben und anfallsartige starke Gefühlsregungen aus. Hierzu passt auch, dass Patientinnen mit komplizierter Trauer meist nicht auf eine begleitende Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva (z.B. Imipramin, Doxepin) ansprechen, die bei depressiven Patientinnen in der Regel sehr wirksam ist (vgl. Znoj, 2004).

2. Psychotherapie bei komplizierter Trauer

2.1 Indikation und Zugang

Grundsätzlich sollte Hinterbliebenen mit komplizierter Trauer zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung geraten werden. Eine entsprechende Empfehlung kann z.B. eine Hausärztin, ein Seelsorger oder eine Sozialarbeiterin aussprechen. Komplizierte Trauer kann auch dann vorliegen, wenn die Betroffenen dauerhaft unter erheblichen psychischen und körperlichen Beschwerden leiden, nicht über den Verlust des Verstorbenen hinwegkommen und das Thema stark vermeiden. Neimeyer (1998) hat diesbezügliche Empfehlungen für trauernde Hinterbliebene erarbeitet, die diesen z.B. in Form eines Flyers oder eines Informationsblatts zur Verfügung gestellt werden können. In **Abb. 1** sind diese Empfehlungen in modifizierter Form dargestellt.

Trauernde Hinterbliebene sollten u.a. auch darüber informiert werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für eine Psychotherapie übernehmen, sofern sie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten durchgeführt wird. Dieser kann nach einer ausführlichen Exploration und Diagnostik eine Psychotherapie in einem der gesetzlich zugelassenen Richtlinienverfahren beantragen. Hierbei handelt es sich derzeit um die *Psychoanalyse*, die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* sowie die *Verhaltenstherapie*. Diese drei Therapierichtungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Grundorientierung und ihrer methodischen Herangehensweise zum Teil erheblich (vgl. Jungbauer, 2013; in diesem Band). In der Psychoanalyse und in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wird davon ausgegangen, dass komplizierte Trauerreaktionen

auf unbewusste frühkindliche Erfahrungen und Konflikte zurückführbar sind. Demzufolge geht es in der Therapie ganz zentral um die Aufdeckung und Bearbeitung dieser frühen Konflikterfahrungen, um über diesen „Umweg“ unbewusste psychische Blockaden bei der Trauerarbeit aufzulösen. Im Gegensatz dazu fokussiert eine Verhaltenstherapie direkt die aktuellen Probleme bzw. Symptome der Betroffenen sowie deren gezielte Veränderung.

Wann sollten Sie psychotherapeutische Hilfe beanspruchen?

Bitte überprüfen Sie, ob eines oder mehrere der folgenden Probleme häufig oder stark ausgeprägt bei Ihnen vorkommen:

- Extreme Gefühle von Hoffnungslosigkeit oder Sinnlosigkeit
- Andauernde Anspannung, Reizbarkeit oder tiefe Depression
- Intensive, plötzlich auftretende Erinnerungen an den Verstorbenen oder die Umstände des Todesfalls
- Vermeiden von Personen, Orten oder Aktivitäten, die mit der verstorbenen Person in Verbindung stehen
- Vernachlässigung sozialer Kontakte, Rückzug und Einsamkeit
- Starke Schuldgefühle
- Gedanken an den Freitod
- Körperliche Beschwerden oder Symptome, wie z.B. Schlaflosigkeit, Schmerzen oder starker Gewichtsverlust
- Unkontrollierbare Wut, Rachedgedanken, zwanghaftes Grübeln
- Anhaltende berufliche Schwierigkeiten oder Probleme, alltäglichen Verpflichtungen in Familie und Erziehung nachzukommen
- Substanzmissbrauch, d.h. zu viel Alkohol, Medikamente oder andere Substanzen, die Sie benutzen um Ihren Schmerz zu lindern.

All diese Probleme sind bei trauernden Hinterbliebenen bis zu einem gewissen Grad normal. Wenn sie allerdings auch noch ein halbes Jahr nach dem Todesfall andauern und nicht abnehmen, so ist dies ein Zeichen für eine komplizierte Entwicklung. Sie sollten dann unbedingt mit einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten über Ihre Trauer sprechen und sich im Hinblick auf geeignete Hilfemöglichkeiten beraten lassen.

Abb. 1: Empfehlungen für trauernde Hinterbliebene (nach Neimeyer, 1998)

2.1 Diagnostik, Problemanalyse und Therapieplanung

Unabhängig von der Therapierichtung ist gerade bei komplizierten Trauerreaktionen vor Beginn der eigentlichen Psychotherapie eine sehr sorgfältige Differentialdiagnostik wichtig. Außerdem sollte abgeklärt werden, inwieweit bestimmte Probleme und Symptome eventuell schon vor dem Tod der verstorbenen Person bestanden. Für die Therapieplanung ist wesentlich, ob zusätzlich zur komplizierten Trauer weitere psychische Störungen wie eine Depression, eine Posttraumatische Belastungsstörung oder ggf. eine Abhängigkeitsproblematik vorliegen.

In einer Verhaltenstherapie wird es – anders als in psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Therapien – *nicht* als zentral angesehen, die frühkindlichen Ursprünge einer komplizierten Trauerreaktion möglichst genau zu ergründen. Zwar wird die Biographie der Patientin im Rahmen einer Krankheitsanamnese erfasst, doch stehen die aktuellen Probleme und Symptome sowie deren gezielte positive Veränderung klar im Mittelpunkt. Hierzu ist zunächst eine genaue Problemanalyse notwendig, bei der situative Bedingungen bzw. Auslöser, Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen sowie kurz- und langfristige Konsequenzen in ihren Zusammenhängen rekonstruiert werden. Davon ausgehend wird ein individuelles Störungsmodell erarbeitet und mit der Patientin besprochen. Dieses Störungsmodell dient als Grundlage für die weitere Therapieplanung und kann für die Betroffenen einen ersten wichtigen Schritt darstellen, die eigenen Probleme besser zu verstehen.

Gemeinsam mit der Patientin werden sodann die Ziele der Psychotherapie besprochen und festgelegt. Diese sind möglichst konkret auf deren belastende und zu verändernde Denk- und Verhaltensweisen bezogen (z.B. stark vermiedene Situationen zulassen und aushalten; besser für sich selbst sorgen). Bei der Formulierung der Therapieziele können auch die von Worden (2011) formulierten Traueraufgaben hilfreich sein (z.B. den Verlust des Verstorbenen akzeptieren lernen; neue Rollen in der Familie übernehmen; sich wieder dem Leben zuwenden).

Eine unabdingbare Voraussetzung für jede erfolgreiche Psychotherapie ist die gute, tragfähige Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin. Therapie ist deswegen immer auch Beziehungsarbeit (Grawe, 1992). Eine wertschätzende, empathische und dabei authentische Grundhaltung der Therapeutin ist dabei grundsätzlich hilfreich. Speziell in der Verhaltenstherapie wird zudem die Transparenz des therapeutischen Vorgehens als Ausdruck einer konstruktiven Arbeitsbeziehung betrachtet (Hoffmann, 2000). Dies bedeutet konkret, dass z.B. die einzelnen Therapiesitzungen möglichst übersichtlich strukturiert werden, eventuell nach einer mit der Patientin abge-

stimmten „Tagesordnung“. Die Therapeutin ist bestrebt, der Patientin die Kontinuität des Therapieprozesses zu verdeutlichen und immer wieder die Verbindung zwischen den einzelnen Sitzungen herzustellen (z.B. durch „Therapiehausaufgaben“ oder Zwischenbilanzen zum aktuellen Stand der Symptomatik). Auch die Besprechung eines individuellen Störungsmodells und die darauf fußende gemeinsame Festlegung der Therapieziele ist Ausdruck der angestrebten Transparenz.

Im Hinblick auf die konkrete Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Trauertherapie können in Anlehnung an Grawe (2005) vier wesentliche Bereiche psychotherapeutischer Interventionen unterschieden werden:

- *Klärungsorientierte Vorgehensweisen.* Die Therapie beinhaltet Maßnahmen, die auf ein besseres Verstehen der Ursprünge, Hintergründe und aufrechterhaltenden Faktoren der Trauerreaktion abzielen. Die Patientin soll sich z.B. mit den Motiven und automatisierten Denkmustern auseinandersetzen, die ihr Handeln steuern.
- *Bewältigungsorientierte Vorgehensweisen.* In der Regel ist auch die Unterstützung bei konkreten Schritten der Trauerbewältigung notwendig, z.B. das Aufsuchen und Aushalten stark vermiedener Situationen oder die gezielte Veränderung problematischer Einstellungen. Weitere Möglichkeiten sind das Training sozialer Kompetenzen und die Unterstützung bei Maßnahmen der Selbstfürsorge.
- *Problemaktualisierung:* Die Patientin wird ermutigt, offen über den Verlust und die damit zusammenhängenden Belastungen und Probleme zu sprechen. Sie wird somit darin unterstützt, ihrer Trauer Ausdruck zu geben und schmerzhaft Gefühle zuzulassen. Dabei können nicht nur intensive Gespräche, sondern auch Imaginationsübungen und Rollenspiele hilfreich sein.
- *Ressourcenaktivierung:* Die Patientin wird bei der Aktivierung ihrer Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten unterstützt. Dies umfasst z.B. die Stärkung ihrer sozialen Kompetenzen, die Aktivierung von ggf. verschütteten Kraftquellen sowie die Ermöglichung positiver Erfahrungen mit der verstorbenen Person.

Im folgenden Abschnitt soll anhand eines Fallbeispiels aus der psychotherapeutischen Praxis der Erstautorin exemplarisch beschrieben werden, wie eine Verhaltenstherapie bei einer Patientin mit komplizierter Trauer ablaufen kann. Aus Gründen des Datenschutzes und der therapeutischen Schweigepflicht wurden dabei persönliche Informationen anonymisiert und zum Teil verändert.

3. Fallbeispiel

3.1 Die Patientin

Frau A. ist 47 Jahre alt und kommt auf Empfehlung ihrer Hausärztin in die psychotherapeutische Praxis. Im Erstgespräch wirkt sie deutlich belastet und sehr angespannt. Sie schildert ihre Problematik offen und mit starker affektiver Beteiligung. Frau A. berichtet, dass vor zwei Jahren ihr damals 18-jähriger Sohn bei einem Unfall ums Leben gekommen sei. Seit seinem Tod gehe es ihr sehr schlecht und sie habe keine Lust mehr am Leben; sie fühle sich nur noch „kalt“ und voller Hass allen gegenüber, die Schuld am Tod ihres Sohns haben könnten. Außerdem mache sie sich große Sorgen, dass einem ihrer anderen Kinder, insbesondere ihrer 14-jährigen Tochter, ebenfalls etwas Schlimmes zustoßen könne. Sie reagiere dann oft mit überfürsorglichem und kontrollierendem Verhalten, wodurch es zu Streitigkeiten in der Familie komme. Von ihrem Ehepartner fühle sie sich unverstanden und wenig unterstützt. Sie selbst schlafe seit dem Tod ihres Sohns sehr schlecht, rauche viel und esse übermäßig. Außerdem habe sie verschiedene körperliche Beschwerden, um die sie sich aber nicht richtig kümmere, „weil es doch sowieso egal“ sei. Von einer Psychotherapie erhoffe sie sich im Grunde wenig, wolle es aber „zumindest mal probieren“.

3.2 Biographischer Hintergrund und Anamnese

Frau A. ist mit mehreren Geschwistern bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen. Zu ihrem Vater, einem Arbeiter, habe sie im Grunde keine Beziehung gehabt, er habe sich auch nie besonders um sie gekümmert. Ihre Mutter, die zeitlebens Hausfrau gewesen sei, habe einen „Putzfimmel“ gehabt und sich immer Krankheiten eingebildet. Frau A. erzählt, ihre Mutter habe sie seit ihrer Kindheit „nur genervt“ und sie könne wenig Positives über sie sagen.

An ihre Kindheit hat Frau A. insgesamt nur wenige Erinnerungen. Sie sei immer lebhaft gewesen und habe viele Freunde gehabt, sich andererseits aber auch nichts gefallen lassen. Mit 16 Jahren habe sie aus Liebeskummer Tabletten geschluckt, weil sie nicht mehr leben wollen. Dies sei aber von ihrer Familie nicht ernst genommen worden. Nach Abschluss der Schule habe sie eine Ausbildung zur Bürogehilfin gemacht. Mit 18 Jahren habe sie geheiratet, um schnell von zu Hause ausziehen und eine eigene Familie zu gründen zu können. Ihr Mann sei Handwerker und „eher das Gegenteil von mir: ruhig und zurückhaltend“. Im Abstand von jeweils zwei Jahren habe sie dann drei Kinder bekommen und sei zu Hause geblieben. Sie habe sich „wie

eine typische Glücke verhalten“ und sich immer viele Sorgen um die Kinder gemacht. Nach der Geburt ihrer jüngsten Tochter habe sie eine schwere Depression gehabt, das Grübeln sei damals so schlimm gewesen, dass sie sich am liebsten vor den Zug habe werfen wollen. Sie habe sich außerdem große Sorgen gemacht, an verschiedenen Krankheiten zu leiden und sei deswegen mehrmals im Krankenhaus durchgecheckt worden. Im Anschluss habe sie auch kurzzeitig Psychopharmaka bekommen, die sie jedoch nicht vertragen habe. Durch eine psychosomatische Kur sei es ihr nach etwa zwei Jahren wieder besser gegangen. Wesentlich zur Besserung beigetragen habe auch, dass sie danach wieder angefangen habe zu arbeiten. Frau A. ist seither als Sekretärin tätig, was ihr gut gefalle, da sie gerne mit Menschen Umgang habe.

Vor zwei Jahren sei dann eine furchtbare Katastrophe geschehen: Ihr jüngster Sohn sei tot auf den Bahngleisen in der Nähe eines Bahnhofs aufgefunden worden, nachdem er in der Nacht zuvor gemeinsam mit einer Gruppe von Freunden unterwegs gewesen sei. Es gebe viele ungeklärte Fragen im Zusammenhang mit dem Tod ihres Sohnes und sie empfinde bis heute großen Hass auf seine Freunde, die ihn alleine gelassen hätten. Die Polizei habe es nicht für nötig gehalten, eine Obduktion durchzuführen. Sie habe keine Gelegenheit gehabt, den Leichnam ihres Sohns zu sehen, weswegen es ihr schwer falle zu glauben, dass er wirklich tot sei. Seit dieser Zeit habe sie große Schwierigkeiten, ihren Alltag zu bewältigen. Häufig wolle sie nur im Bett bleiben und könne sich zu nichts aufraffen. Dann wieder fühle sie sich sehr angespannt und nervös und komme nicht zur Ruhe. Sie mache sich auch große Sorgen um ihre anderen Kinder, insbesondere um die 14-jährige Tochter. Sie habe Schwierigkeiten, ihr zu erlauben, alleine etwas zu unternehmen und kontrolliere sie durch häufige Telefonanrufe. Sie sei auch schon von dem Psychologen der Beratungsstelle, bei dem die Tochter regelmäßige Termine habe, auf ihr Kontrollverhalten angesprochen worden.

Frau A. vermeidet es, das Zimmer ihres toten Sohnes zu betreten und kann es nicht ertragen, Fotos von ihm zu betrachten. Gleichzeitig fühlt sie sich gezwungen, jeden Tag auf den Friedhof zu gehen, da sie es nicht aushalten könne, wenn ihr Sohn keine brennenden Kerzen habe oder keinen frischen Blumenschmuck. Frau A. hat oft die Vorstellung, ihr Sohn könne aus dem Grab heraus sehen, wer ihn besuche, ob sein Grab geschmückt sei etc. Insgesamt könne sie neben ihrer Arbeit, die ihr Kraft gebe, fast nichts mehr in ihrer Freizeit unternehmen. Dies sei aber eigentlich auch egal, da ihr ohnehin nichts mehr Freude mache. Die Beziehung zu ihrem Mann sei schwierig. Dieser habe sich von ihr zurückgezogen und könne ihre Hass- und Wutgefühle gegenüber den Freunden des Sohnes nicht verstehen. Außerdem könne sie Berührungen von ihm oder Sexualität nicht mehr ertragen, sie empfinde dann

einen starken körperlichen Widerwillen. Sie rauche sehr viel, esse zu ungesund und achte allgemein wenig auf sich.

Insgesamt wird im Verlauf der Exploration und der Diagnostik deutlich, dass die Patientin wenig Hoffnung auf eine Veränderung hat – im Gegenteil: Frau A. glaubt, wenn es ihr wieder besser ginge, würde das bedeuten, dass sie ihren Sohn vergessen habe: „Mein Leben kann nie mehr schön werden. Das darf auch gar nicht sein, weil doch mein Kind tot ist!“ Trotzdem hat sich Frau A. dazu entschieden, eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen, hauptsächlich um ihrer Tochter wieder eine bessere Mutter sein zu können.

3.3 Psychotherapeutischer Befund

Frau A. hat nach dem zwei Jahre zurückliegenden Unfalltod ihres Sohns typische Symptome einer komplizierten Trauerreaktion entwickelt. So leidet sie dauerhaft unter starken negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Wut, aber auch emotionaler „Taubheit“. Sie versucht massiv, diese belastenden Gefühle zu unterdrücken und vermeidet deshalb bestimmte Orte, Situationen und Personen, die mit ihrem verstorbenen Sohn assoziiert sind. Frau A. kann den Verlust auch noch zwei Jahre nach dem Tod des Kindes in keiner Weise akzeptieren. Sie wertet sich selbst und ihre Gefühle massiv ab. Zugleich sorgt sie sich in übertriebener Weise um die Unversehrtheit der anderen Kinder, was sie zu zwanghaftem Kontrollverhalten (Anrufe, Verbote) veranlasst. Frau A. beschreibt den Verlust von Freude und Interesse am Leben, Schlafstörungen, innere Unruhe permanente innere Anspannung und chronische Rückenschmerzen. Darüber hinaus berichtet Frau A. wiederkehrende lebensmüde Gedanken, eine akute Suizidalität besteht jedoch nicht.

Auch biographisch gesehen gibt es etliche Anhaltspunkte für eine erhöhte Neigung zu psychischen Problemen, wie z.B. die Wochenbettdepression nach der Geburt der Tochter. In ihrer Herkunftsfamilie hatte Frau A. offenbar nur wenig Möglichkeiten, den Umgang mit eigenen emotionalen Bedürfnissen zu lernen. Die Mutter fungierte eher als Modell für ängstliches und überfürsorgliches Verhalten, für das sie von ihrer Tochter massiv abgelehnt wird; der Vater scheint für sie „nicht existent“ gewesen zu sein. So fühlte sich Frau A. schon sehr früh auf sich selbst gestellt und von den Eltern emotional vernachlässigt. Dies hat wahrscheinlich die Herausbildung negativer Grundannahmen begünstigt, wie z.B. „Ich muss alleine mit allem klarkommen, da ist niemand, der mir hilft“; oder „Gefühle nützen niemandem, sie zu zeigen ist eine Schwäche“. Die aktuelle Belastungssituation nach dem Tod ihres Sohns führte zur Aktivierung und Verstärkung solcher negativer Gedanken und

Gefühle. Durch ihren sozialen Rückzug und den Verzicht auf ausgleichende Aktivitäten oder Gespräche gehen Frau A. wichtige positive Erfahrungen verloren. Dadurch verschlechtert sich ihr Befinden im Sinne einer „depressiven Spirale“ immer weiter. Hinzu kommt, dass Frau A. nicht ausreichend in der Lage ist, ihre extremen Trauerreaktionen zu verstehen bzw. zu reflektieren und sich an sie anzupassen. Weiterhin bestehen mangelnde soziale Kompetenzen (wie z.B. anderen die eigenen Gefühle mitteilen oder um Hilfe bitten können). Dies kann insgesamt als ein Mangel an geeigneten Bewältigungsstrategien angesehen werden.

Die Ergebnisse der ergänzend durchgeführten testpsychologischen Untersuchung stehen im Einklang mit dem Befund der klinischen Exploration. In verschiedenen Testverfahren (Beck Depressions-Inventar BDI II; Symptom Checkliste SCL 90) zeigten sich bei Frau A. stark erhöhte Werte in den Skalen „Psychosomatische Beschwerden“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“ und „Paranoides Denken“. Unter Berücksichtigung aller vorliegenden Informationen wurde die ICD-10-Diagnose „F43.21 Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion)“ vergeben.

3.4 Therapieziele und Therapieplanung

Im Anschluss an die ausführliche Problemanalyse vereinbart die Psychotherapeutin gemeinsam mit Frau A. folgende Therapieziele:

- Aufbau stimmungsfördernder und selbstverstärkender Aktivitäten („das Leben wieder positiver sehen können“)
- „Besser schlafen“
- Konstruktiverer Umgang mit belastenden Gefühlen wie Trauer und Wut, dadurch mittelfristig emotionale Stabilisierung
- Identifikation und Korrektur automatischer negativer Gedanken und Grundannahmen, insbesondere zu den Themen „Selbstwert“ und „Gefühle“
- Bessere Akzeptanz des Todes des Sohnes; Abbau von Ängsten und Vermeidungsverhalten; Integration des Verlusterlebnisses in die eigene Biographie
- Verbesserung der Selbstfürsorge
- Altersangemessener Umgang mit der Tochter („ihr mehr vertrauen und mehr zutrauen lernen“)
- Verbesserung sozialer Kompetenzen, v.a. anderen eigene Gefühle und Bedürfnisse mitteilen können; dadurch auch Entlastung bzw. Verbesserung der Paarbeziehung
- Rückfallprophylaxe

Die verhaltenstherapeutische Behandlung wird entsprechend der mit Frau A. vereinbarten Therapieziele geplant. Neben dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung sollen zunächst Klärungsziele im Vordergrund stehen. Diese beziehen sich auf ein besseres Verstehen der eigenen Trauerreaktion und die Einsicht in irrationale Denkschemata und Verhaltensweisen. In diesem Zusammenhang erscheint es auch wichtig, der Patientin in verständlicher Weise psychologische Informationen zu vermitteln, vor allem zu den Themen „Depressives Erleben“ und „Reaktionen auf traumatische Erlebnisse“. Außerdem soll Frau A. angeleitet werden, ihre eigenen Verhaltensweisen und irrationalen Gedanken (z.B. „Wenn es mir besser ginge, würde ich das Andenken meines Sohns verraten“) im Alltag bewusst wahrzunehmen und kritisch zu reflektieren. Auch die Erörterung des Umgangs mit Wut („Wem nützt und wem schadet meine Wut?“) und daraus abgeleitete Verhaltensänderungen erscheinen in diesem Zusammenhang bedeutsam.

Weitere Schritte der Therapieplanung beziehen sich auf die Unterstützung der konkreten Problembewältigung und entsprechender Lösungsschritte im Alltag, z.B. den Umgang mit den Schlafproblemen und die Konfrontation mit bislang stark vermiedenen Reizen wie z.B. Betrachten von Fotos des verstorbenen Sohnes, Betreten seines Zimmers. Ferner sollen spezifische soziale Kompetenzen (z.B. im Umgang mit der Tochter und dem Ehepartner) besprochen und mit Hilfe von Rollenspielen geübt werden. Im Hinblick auf den Aspekt der Ressourcenstärkung sollte Frau A. darin unterstützt werden, angenehme und entlastende Aktivitäten in ihren Alltag zu integrieren. Eine individuelle Rückfallprophylaxe soll schließlich durch konkretes Erarbeiten von Selbsthilfestrategien und einen „Notfallplan“ zur Vorsorge bei Belastungen gewährleistet werden.

Im Hinblick auf die Prognose des Therapieerfolgs erscheint es zunächst günstig, dass sich Frau A. trotz ihrer starken Belastung und grundsätzlicher Bedenken selbständig um eine Psychotherapie bemüht hat – auch wenn der Anstoß von ihrer Hausärztin kam. Weitere vorhandene Ressourcen von Frau A., welche zu Beginn der Therapie förderlich erscheinen, sind ihre Neugier und ihr Interesse am Umgang mit anderen Menschen. Einschränkend ist zu sagen, dass durchaus von einer biologisch bedingten Komponente der depressiven Reaktion auszugehen ist und die aktuelle Symptomatik bereits seit zwei Jahren unverändert andauert.

3.5 *Behandlungsverlauf*

Zu Beginn ist Frau A. sehr skeptisch im Hinblick auf den Sinn und den Nutzen einer Psychotherapie. Immer wieder äußert sie, sie könne sich eigentlich nicht vorstellen „wie so was helfen soll“. Es fällt ihr sichtlich schwer, sich zu öffnen. Nur sehr langsam ist sie bereit, sich auf die therapeutische Beziehung das verhaltenstherapeutische Vorgehen einzulassen. Frau A. kommt emotional besonders „in Fahrt“, wenn sie über ihre Hassgefühle gegenüber den Freunden des verstorbenen Sohnes spricht („Ich werde die bis zu meinem Tod hassen!“ „Warum leben die überhaupt noch?“ „Ich habe geschworen, meinen Sohn zu rächen.“). Dabei erwartet sie ganz offensichtlich, wegen ihrer drastischen Ausdrucksweise oder der Unangemessenheit ihrer Hassgefühle beschwichtigt bzw. zurechtgewiesen zu werden. Als dies nicht geschieht, fasst sie allmählich Vertrauen zur Therapeutin und berichtet immer offener von ihren belastenden Gedanken und Gefühlen und ihrer Verzweiflung.

Im weiteren Therapieverlauf gelingt es der Therapeutin, gemeinsam mit Frau A. ein individuelles Störungsmodell zu erarbeiten, das ihr ihren komplizierten und belastenden Trauerprozess einsichtig macht. Hierdurch zeigt sich Frau A. sichtbar entlastet und ermutigt. In den darauf folgenden Wochen macht sie sich in kleinen Schritten daran, in ihrem Alltag wieder etwas mehr Platz für positive Aktivitäten zu schaffen. Ein kurzer Therapieausschnitt soll dies im Folgenden illustrieren:

- Th.: Wir hatten ja in der letzten Woche über die *Stimmungswaage* gesprochen und dass es wichtig für Sie sein könnte, in die *positive Waagschale* mehr reinzubekommen, um sich insgesamt wieder besser und belastbarer zu fühlen. Haben Sie sich Gedanken gemacht, wie Sie das schaffen könnten?
- Fr. A.: Na, außer der Arbeit und dem Haushalt hab ich ja auch wenig Zeit, weil ich jeden Tag noch zum Friedhof fahr.
- Th.: Wie wäre es denn, wenn Sie nicht mehr jeden Tag auf den Friedhof gehen?
- Fr. A.: Das habe ich auch schon überlegt, aber dann hätte ich sicher ein schlechtes Gewissen, weil man denken könnte, jetzt ist mir mein Sohn nicht mehr wichtig.
- Th.: Stimmt das denn?
- Fr. A.: Natürlich nicht! Vielleicht ginge es ja am Montag, da muss ich immer länger arbeiten und da wird es sowieso alles so spät...
- Th.: Also Montags wäre es eine Entlastung, nicht auch noch zum Friedhof zu fahren?
- Fr. A.: Ja, bestimmt.

- Th.: Nun geht es ja nicht nur darum, weniger belastende Dinge zu machen, sondern auch darum, ganz bewusst Dinge zu planen, die einem Spaß machen und einem neue Kraft geben können.
- Fr. A.: Also *Spaß* habe ich keinen mehr, das kann ich mir gar nicht vorstellen!
- Th.: Entschuldigung, da habe ich mich vielleicht etwas ungeschickt ausgedrückt. Dass Ihnen momentan nichts mehr Spaß macht, ist klar. Es geht um Dinge, nach denen Sie ein bisschen mehr Kraft haben, sich etwas besser fühlen. Fällt Ihnen da was ein?
- Fr. A.: Also meine Kollegin hat mich gefragt, ob wir mal einen Kaffee trinken sollen nach der Arbeit, das haben wir früher oft gemacht.
- Th.: Prima, genau so etwas habe ich gemeint. Aber was brauchen Sie, damit das auch klappen kann, und Ihnen nicht Ihr schlechtes Gewissen einen Strich durch die Rechnung macht?
- Fr. A.: Vielleicht müsste ich es vorher wissen, dann könnte ich mir sagen, dass ja mein Mann sowieso hin geht und es o.k. ist, mal einen Tag nicht zu gehen.
- Th.: Sie müssten sich also richtig verabreden mit der Kollegin und sich selbst so was sagen, wie: „Das ist in Ordnung, was Du tust!“. Wenn Sie sich jetzt mal konkret vorstellen, dass Sie morgen ins Büro gehen und das tun, wie fühlt sich das an?
- Fr. A.: Ungewohnt, aber ich probier's mal!

Auch gemeinsam mit ihrem Ehemann nimmt Frau A. langsam erste positive Unternehmungen wieder auf (Ausgehen am Wochenende mit Bekannten). Hierbei wird intensiv und mit unterschiedlichen Methoden (z.B. Wochenplan; Pro-Contra-Listen; „Positiv-Tagebuch“) an den kognitiven Barrieren gearbeitet, die ein funktionaleres Verhalten bislang verhindert haben. So konnte sich langsam eine tragfähige Arbeitsbeziehung entwickeln und die Stimmung von Frau A. stabilisieren.

Allerdings zeigt sich Frau A. hinsichtlich ihres Vermeidungsverhaltens und der Gefühle, die mit ihrer Trauer einhergehen, nur sehr wenig veränderungsbereit. Der Widerstand gegen diesbezügliche Verhaltensänderungen hängt offensichtlich mit inneren Überzeugungen und Denkmustern zusammen, wie z.B.: „Ich darf keine Schwäche zeigen, sonst bricht alles zusammen.“. Ein wichtiger Schritt für Frau A. ist, nach Vorbereitung in der Therapiestunde erstmalig nach zwei Jahren wieder das Zimmer ihres Sohnes zu betreten und sich dort für eine vorher festgelegte Zeit (30 Minuten) aufzuhalten. Sie erlebt in diesem Zusammenhang intensiv die befürchteten Gefühle wie Traurigkeit und Wut, kann aber auch die Erfahrung machen, dass diese sie nicht „überwältigen“, sondern nach einer Weile abflauen und sie selbst

freier wird im Umgang mit der bislang vermiedenen Situation: „Das war komisch: Nachdem ich aufgehört hab, zu weinen, hab ich plötzlich überall Staub gesehen und mir gedacht – ich will nicht, dass mein Zuhause so aussieht und mein Sohn hätte das auch nicht gewollt, dass wir alle vor Trauer einstauben und nur noch grau und langweilig sind – Langeweile, das war ihm ein Graus!“

Einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung von Frau A. leistet der Besuch einer Selbsthilfegruppe verwaister Eltern, den sie zunächst vehement ablehnte, dann jedoch „versuchsweise“ gemeinsam mit ihrem Mann wagt. Sie fühlt sich wider Erwarten angerührt vom Schicksal der anderen Betroffenen und gleichzeitig in ihrer Person akzeptiert („Ich hab gleich gesagt, dass ich nix erzählen will und das haben die akzeptiert!“). Hier wird die Rolle der *Ressourcenaktivierung* für positive Veränderungen deutlich.

Nach etwa 15 Therapiestunden berichtet Frau A. sehr erregt von einer familiären Krise: Nachdem sie ihre Tochter dabei „erwischt“ hat, wie sie sich mit einem für Frau A. inakzeptablen Freund heimlich in der Stadt getroffen hat, eskaliert die familiäre Situation zunächst. In der Folge kann Frau A. dann aber ihre Gefühle der Tochter gegenüber reflektieren, ordnen und ihren Ehepartner zum ersten Mal seit langer Zeit bitten, ihr im Umgang mit der Tochter zur Seite zu stehen. Dies wirkt sich offenbar sehr positiv auf die gesamte Familiensituation aus, die Eltern erkennen, dass sie gebraucht werden und ihre Erziehungsverantwortung auch gemeinsam wahrnehmen können. Frau A. überlegt, welche Aufgaben die Tochter in der Familie übernehmen soll und was sie ihr hierfür beibringen muss (z.B. Wäsche waschen, selbständig Einkäufe erledigen). In diesem Zusammenhang gelingt es ihr auch, mit der Tochter über den Tod des Sohnes zu sprechen und sie nach ihren Gefühlen zu fragen (was sie bislang vermieden hatte, da sie befürchtete, als „schlechte Mutter“ bezeichnet zu werden).

Insgesamt wurde mit Frau A. eine Psychotherapie im Umfang von 31 Stunden durchgeführt, die sich über knapp zwei Jahre erstreckte. Nach einer intensiven Anfangsphase mit wöchentlichen Terminen wurde die Sitzungsfrequenz zunehmend gedehnt, um Zeit für „Veränderungs-Hausaufgaben“ zu haben, die vor- und nachbesprochen wurden und die Selbstwirksamkeitserfahrungen der Patientin stärken sollten.

4. Abschließende Bemerkungen

Das im vorliegenden Kapitel dargestellte Fallbeispiel hat gezeigt, wie massiv und nachhaltig komplizierte Trauer den Lebensalltag und die Lebensqualität der betroffenen Person beeinträchtigen kann und wie in einem solchen Fall verhaltenstherapeutisch gearbeitet werden kann. Das Modell der „Allgemeinen Psychotherapie“ (Grawe, 2005) hat sich dabei als nützlicher theoretischer Bezugs- und Ordnungsrahmen für eine verhaltenstherapeutisch orientierte Trauertherapie erwiesen.

Der geschilderte Fall macht zunächst deutlich, dass die Bewältigung einer komplizierten Trauerreaktion auch in einer Psychotherapie Zeit und Geduld braucht. Aus diesem Grund dürfte in den meisten Fällen ein längerfristiges therapeutisches Angebot sinnvoll sein, bei dem beispielsweise (wie im dargestellten Fallbeispiel) die vom Kostenträger bewilligte Therapiestundenzahl über einen längeren Zeitraum verteilt wird.

Das Fallbeispiel illustriert weiterhin, dass störungsspezifische Methoden, wie sie z.B. aus der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Depressionen oder Traumatisierungen bekannt sind, für eine Trauertherapie prinzipiell gut anwendbar sind. Auf der anderen Seite sollte beachtet werden, dass komplizierte Trauerverarbeitungsprozesse individuell sind und nur vor dem Hintergrund der Biographie und des sozialen Bezugsrahmens der Betroffenen wirklich verstanden werden können. Deswegen ist bei einer Trauertherapie – unabhängig von der theoretischen Ausrichtung der Psychotherapeutin – grundsätzlich ein individuelles Vorgehen ratsam und notwendig. Entgegen eines Trends in der modernen Verhaltenstherapie dürften hingegen stärker schematisierte Vorgehensweisen (z.B. unter Orientierung an einem Therapiemanual) bei komplizierten Trauerreaktionen weniger gut geeignet sein.

Zu wünschen bleibt, dass Hinterbliebene mit komplizierten Trauerverläufen sachkundig über psychotherapeutische Hilfemöglichkeiten informiert und ggf. auch dazu ermutigt werden, diese in Anspruch zu nehmen. Eine entsprechende Beratung kann z.B. durch eine Hausärztin, einen Seelsorger, eine Sozialarbeiterin oder auch durch einen Bestatter erfolgen. In diesem Zusammenhang können auch regionale hospizlich-palliative Netzwerke hilfreich sein (vgl. Schönhofer-Nellesen, 2013, in diesem Band), in denen u.a. im Rahmen von Fortbildungen über psychotherapeutische Hilfen bei besonders schwierigen Trauerprozessen informiert wird.

Literatur

- Freud, S. (1981): Trauer und Melancholie. In: Gesammelte Werke. Werke aus den Jahren 1913 bis 1917, Bd. 10 (8. Auflage). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Grawe, K. (1992): Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J.C. Brengelmann (Hrsg.), Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie (S. 215-245). München: Röttger.
- Grawe, K. (2005): Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. Report Psychologie 7/8/2005, 311.
- Hoffmann, N. (2000): Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In Margraf, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (S. 363-371). Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, M.J. (2005): Meditating on complicated grief disorders as a diagnosis. Omega, 52, 87-89.
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A. u. Bonnano, G.A. (1997): Diagnostic criteria for complicated grief disorder. American Journal of Psychiatry, 154, 904-910.
- Jacobs, S. (1999): Traumatic Grief. Diagnosis, Treatment and Prevention. Philadelphia, PA; London: Brunner/Mazel.
- Jungbauer, J. (2013): Trauer und Trauerbewältigung aus psychologischer Perspektive. In: J. Jungbauer u. R. Krockauer (Hrsg.), Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (S. 49-70). Opladen: Budrich-Verlag.
- Neimeyer, R.A. (1998): Lessons of Loss. A Guide to Coping. New York: McGraw-Hill.
- Schönhofer-Nellessen, V. (2013): Gemeinsame Sorge bis zum Schluss: Palliative Care im Netz. In: J. Jungbauer u. R. Krockauer (Hrsg.), Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (S. 185-200). Opladen: Budrich-Verlag.
- Worden, W.J. (2011): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Znoj, H.-J. (2004): Komplizierte Trauer. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Znoj, H.-J. (2012): Trauer und Trauerbewältigung: Psychologische Konzepte im Wandel. Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Kohlhammer

TEIL B – Orte und Praxisprojekte

Gemeinsame Sorge bis zum Schluss: Palliative Care im Netz

„Was alle angeht, können nur alle gemeinsam lösen.“
(Friedrich Dürrenmatt)

Veronika Schönhofer-Nellessen

Seit Beginn der achtziger Jahre gibt es in Aachen den Anfang eines organisch wachsenden Netzwerkes von haupt- und ehrenamtlichen Akteuren in der Begleitung von schwersterkrankten und sterbenden Menschen. Ab 2005 moderiert und begleitet die Autorin das städtereignisübergreifende Netzwerk in der Region Aachen. In ihrem Beitrag gibt sie ihre Erfahrungen aus dieser Begleitung und aus weiteren Begleitungen von Netzwerkprozessen in der palliativen und hospizlichen Arbeit in Deutschland wieder. Im zweiten Kapitel der Ausführungen benennt sie Themen, die sich als entscheidend für Erfolg, Stagnation oder Misserfolg von Vernetzungsprozessen erwiesen haben. Im darauf folgenden dritten Kapitel beschreibt sie dann am Beispiel des Palliativen Netzwerkes Aachen ein mögliches Modell für die gemeinsame Sorge bis zum Schluss und seine Geschichte.

1. Einführung

Seit dem Jahr 2007 sichert die neue Gesundheitsreform allen Krankenversicherten in Deutschland einen Anspruch auf spezialisierte ambulante palliative Versorgung zu. Dieses gesetzlich verbriefte Recht am Ende des Lebens war für die Weiterentwicklung einer flächendeckenden hospizlichen Versorgung von enormer Bedeutung. Das Gesetz sieht vor, regional vorhandene Ressourcen und Strukturen in der sektorenübergreifenden zukünftigen Vernetzung zu berücksichtigen und macht wenig konkrete Vorgaben, sondern überlässt den regionalen Akteuren möglichst viele Handlungs- und Gestaltungsspielräume. Dies ist Chance und Hürde zugleich. Damit wird in einem Bereich des Gesundheitswesens interdisziplinäre Netzwerkarbeit gefordert, in dem bisher durch die Kultur des Wettbewerbs Konkurrenz statt Kooperation erforderlich ist.

2. Erfolgsfaktoren in der Netzwerkarbeit

2.1 *Transparenz und demokratische Mitgestaltung*

Schon zu Beginn einer möglichen erfolgreichen Vernetzung bedingen einander Transparenz der Prozesse und demokratische Mitgestaltungsmöglichkeit aller Beteiligten. Sie sind die Basis für Vertrauen und Wertschätzung unter den Akteuren. So können von Anfang an Themen wie Qualitätsstandards, Rechtsform des Netzes, Überleitungsmanagement oder Prioritäten in der Wahl von Projekten gemeinsam entschieden werden. Dies ist eine notwendige Voraussetzung für eine beginnende kooperierende Zusammenarbeit und ein erster Baustein auf dem Weg von konkurrierendem Sektorendenken zu erfolgreicher Kooperation.

Resümierend ist Folgendes zum Thema Transparenz und demokratische Gestaltungsmöglichkeit festzuhalten:

- Transparenz wird durch einen Prozess sichergestellt, in dem *alle* Akteure in diesem Bereich zumindest vertretungsweise von Beginn an eingebunden werden.
- Dazu gehören neben den professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeitern, den Diensten und Institutionen der palliativen Versorgung auch die politischen Funktionsträger der Kommunen, der Krankenkassen und die enge Zusammenarbeit mit den Gremien des regionalen Gesundheitswesens (Gesundheitskonferenz etc.).
- Transparenz wird durch regelmäßige interdisziplinäre Foren, Fortbildungen, Veranstaltungen sowie durch einen „Runden Tisch“ der palliativen Versorgung gefördert.
- Ein transparenter und demokratischer Prozess fördert nicht nur die Akzeptanz untereinander, sondern auch die öffentliche Akzeptanz bis in die Organe des regionalen Gesundheitswesens hinein.

Ein „Runder Tisch“ mit allen Beteiligten ermöglicht ein hohes Maß an Transparenz und Mitbestimmung. Die TeilnehmerInnen des „Runden Tisches“ haben die Aufgabe, sich auf eine gemeinsame Rechtsform zu einigen und im nächsten Schritt gemeinsame Ziele festzulegen, die realistisch und umsetzbar sind. Nur realistische Ziele führen zu Erfolgserlebnissen, die wiederum den NetzwerkteilnehmerInnen Rückenwind geben für ihre weitere Kooperation. So kann allmählich eine gemeinsame Kooperationskultur entstehen, in der die einzelnen Individuen der Versorgung eine gemeinsame Identität entwickeln. Einzelinteressen treten in den Hintergrund um des gemeinsamen höheren Zieles willen. Dies kann dann zur gesunden Grundlage von vernetztem Denken und Handeln sowie vernetzter Strukturen werden.

Aufbau eines Netzwerkes Projektphase I	Projektphase II	Projektphase III	Projektphase IV
Bedarfsermittlung/ Analyse der bestehenden Versorgung	Schaffung eines Runden Tisches	Entwicklung eines Gesamtkonzeptes	Implementierungsphase
Aus Sicht von Leistungserbringern, Medizin, Pflege, psychosoziale Dienste, Seelsorge, Ehrenamt, Physiotherapie etc.	Mitglieder: Leistungserbringer, Entscheidungsträger aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, Politik, Kassen	Konzeptentwicklung, Rückbindung der Ergebnisse im Runden Tisch	Auftaktveranstaltung Sektorenübergreifende Projekte und Projektteams
Aus Sicht der stat. Versorgungsinstitutionen	Fachtagung → Beauftragung eines Steuerungsgremiums	Feste Kooperationsform/ Rechtsform	Nachhaltigkeit → Qualitätsstandards, Weiterbildung

Tab. 1: Überblick über einen möglichen Netzwerkprozess

Nach außen wie nach innen ist jetzt ein gemeinsames Auftreten ein weiterer wichtiger Schritt in eine tragfähige Vernetzung hinein. Nachhaltigkeit kann sichergestellt werden durch gemeinsame Qualitätsstandards, die in gegenseitiger Vereinbarung in einem kontinuierlichen Kommunikationsprozess immer wieder aktualisiert und weiterentwickelt werden. Entscheidend ist hierbei ein ständiger Prozess der Kommunikation zwischen Praxis, Forschung, den interdisziplinären Berufsgruppen und den ehrenamtlichen Mitarbeitern.

2.2 *Vernetzung von Basisversorgung und spezialisierter palliativer Versorgung*

Um eine flächendeckende Begleitung und Versorgung sterbender Menschen zu ermöglichen, bedarf es einer engen Vernetzung zwischen Regelversorgung und spezialisierter Versorgung. Die Hospiz- und Palliativversorgung ist nur als gemeinsame Aufgabe zu bewältigen. Nur gemeinsam ist eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Das setzt wiederum eine abgestimmte Vernetzung und klare Regeln der Zusammenarbeit voraus.

Die Festlegung von *Regeln der Zusammenarbeit* minimiert Konkurrenzängste und stärkt den Kooperationswillen. Erst wenn alle Möglichkeiten der Basisversorgung erschöpft sind, ist die Ergänzung durch Spezialisten erforderlich und anzufordern. Dies geschieht durch ein abgestuftes Angebot der

Vernetzung und Kooperation.

Die Spezialisten bieten im ersten Schritt eine rein konsiliarische (beraterische) Unterstützung für die Regelversorgung an, als zweite Stufe der Zusammenarbeit eine sogenannte Teilversorgung (einmaliges oder mehrmaliges gemeinsames Behandeln vor Ort) oder auf Wunsch eine Vollversorgung der PatientInnen, in der die Akteure der spezialisierten Teams die komplette Versorgung übernehmen.

Die Regeln der Zusammenarbeit bestehen in diesem Fall darin, dass alle Akteure im Netzwerk eine bestimmte Abfolge der Versorgung von der Regelversorgung hin zur spezialisierten Versorgung einhalten. Das heißt, es wird verbindlich vereinbart, dass immer zuerst jene Akteure beauftragt werden, die die größte Basisnähe haben. In der Betreuung zu Hause bedeutet das beispielsweise, dass die Hausärztin zunächst die Behandlung einer Palliativpatientin übernimmt – wenn notwendig und sinnvoll – gemeinsam mit ambulanten Diensten, FachärztInnen oder TherapeutInnen. Erst wenn diese BasisversorgerInnen zu der Einschätzung kommen, dass sie fachliche Unterstützung brauchen, wird die nächst höhere Versorgungsstufe hinzugezogen, nämlich der Palliativkonsiliardienst. Die HausärztInnen im Netzwerk können sich also darauf verlassen, dass sie nicht vom Palliativteam verdrängt werden. Dadurch minimieren sich Konkurrenz unter den Akteuren und Vorbehalte gegenüber der spezialisierten Versorgung.

Abgestufte Palliativversorgung			
	Basisversorgung	Unterstützende ambulante Angebote	Stationäre Angebote
Familienbereich/ Zuhause	Hausärzte/ Fachärzte/ Mobile Dienste/ Therapeuten	Palliativkonsiliardienste	Palliativstationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime	Ambulante Hospizdienste	Stat. Hospize
Akutbereich	Krankenhäuser	Mobile Palliative Care Teams (Ärzte/Pflege)	

Tab. 2: Überblick zur Palliativversorgung in Deutschland

2.3 *Institutionelle Koordination (Care Management) als neutrale Moderation*

Eine *neutrale Koordinationsstelle*, die die Moderation des Prozesses übernimmt, hat sich als vertrauensbildende Basis und Anlaufstelle zur Vermittlung zwischen verschiedenen Interessensgruppen bewährt. Neutral meint, wenn möglich eine Anbindung an einen nicht konfessionsgebundenen oder verbandlich organisierten Träger. Die Akzeptanz einer solchen moderierenden Stelle ist größer, wenn sie nicht zu den Leistungserbringern gehört. Die Koordinationsstelle kann im Auftrag des Netzwerkes im Weiteren die Nachhaltigkeit von Qualitätsstandards absichern und fachliche Beratung von Netzwerkteilnehmern durchführen oder auch Neuaufnahmen begleiten.

Ein/e KoordinatorIn, die auf institutioneller Ebene Vernetzung fördert, pflegt und nachhaltig für Transparenz und Sicherstellung der vereinbarten Qualitätsstandards sorgt, ist ein Garant für gelebte und funktionierende Vernetzung.

Rückblickend auf diverse Netzwerkprozesse ist ein zentrales Resümee: Wenn niemand die Zeit, Kompetenz und den Auftrag erhält, ein entstehendes oder bewährtes Netzwerk auf der Systemebene zu begleiten und zu koordinieren, nehmen die Netzwerkaktivitäten merklich ab, und es löst sich unter Umständen auch auf! Die Einzelakteure und Institutionen sind in der Regel mit ihrer Kernaufgabe vollends ausgelastet.

Die fachliche und persönliche Anforderung zur Ausführung einer solchen Stelle ist neben der Feldkompetenz ebenfalls eine gute soziale Kompetenz, um Brücken zu bauen zwischen den verschiedenen Interessensgruppen und Versorgungslogiken. Die sozialpsychologischen Kompetenzen sind häufig in den Netzwerken noch unterrepräsentiert. Die Einbeziehung von sozialpsychologischem Personal ist damit ein weiterer Faktor zur erfolgreichen dauerhaften Begleitung in der Arbeit in Netzwerken.

Für eine solche koordinierende Aufgabe (damit ist nicht das Einzelfall Management – Case Management – gemeint, sondern Care Management als Koordination des Systems Netzwerk) sollten finanzielle Ressourcen in der Gesamtbudgetplanung mit einbezogen werden. Diese Funktion ist in den bisherigen Kassenleistungen nicht vorgesehen. Daher sind kreative Mischfinanzierungen oft ein erster realistischer Schritt. Fundraising, Finanzierung über Mitgliedsbeiträge, Fortbildungen sowie kommunale Mittel können mögliche Schritte zur Realisierung und Implementierung einer solchen Stelle sein.

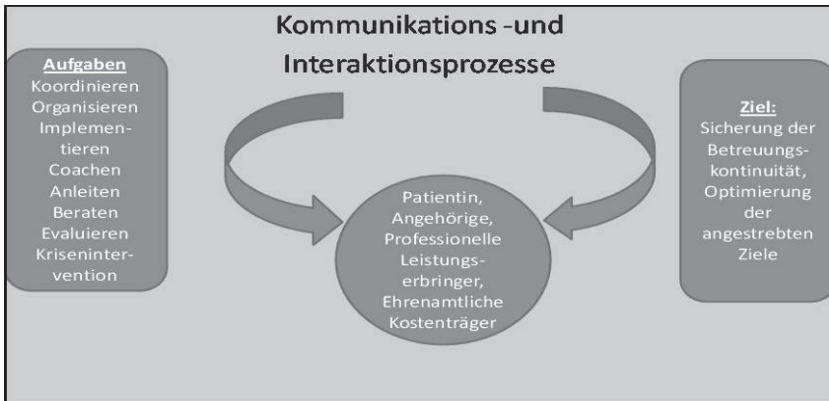


Abb. 1: Aufgabenprofil Care Management

2.4 Von konkurrierender Wettbewerbshaltung zu wertschätzender Kooperation

Die einzelnen Leistungserbringer stehen häufig im Wettbewerb und müssen sich oftmals eine neue Kultur der Kooperation mühsam erarbeiten. Entscheidend hierfür ist eine wertschätzende, auf Vertrauen aufbauende Grundhaltung zueinander, die Kooperation und Vernetzung erst ermöglicht. Ein liebevoller Blick eröffnet neue Perspektiven aufeinander und bietet gleichzeitig einen Raum für konstruktive und kritische Gesprächskultur. Wie können mögliche Schritte in diese Richtung aussehen?

Häufig stehen am Anfang Ängste, von anderen Anbietern übergangen zu werden oder mit seiner Kompetenz und Erfahrung nicht den gebührenden Platz in einer Vernetzung einnehmen zu können. Gerade an diesem Punkt kann eine neutrale Moderation von außen sehr hilfreich sein. Sie moderiert den Prozess unparteiisch, ermöglicht eine Atmosphäre des gegenseitigen Achtens, schafft einen Raum für offene Auseinandersetzung und kann so zu konstruktiven und sachdienlichen Lösungen einen wichtigen Beitrag leisten. Auf diese Weise ist es häufig leichter, Konflikte offen anzusprechen, um wieder mit innerer Offenheit inhaltlich und konzeptionell weiterzuarbeiten. Solange Positionen nicht geklärt sind, können sie die inhaltliche Weiterentwicklung blockieren und verhindern.

2.5 *Fazit*

Die Zusammenarbeit zwischen den Organisationen gestaltet sich häufig sehr schwierig, weil sie oft über wenig strukturell verankertes Schnittstellenmanagement verfügen. Entscheidungen werden nicht selten anlassbezogen und wenig vorausschauend getroffen.

Es ist nach wie vor ungewohnt, institutionenübergreifend zu denken und tatsächlich vernetzt zu arbeiten. Kommunikation passiert viel auf informeller Ebene und weniger als durchdachtes und strukturiertes Konzept. Unterschiedliche Versorgungslogiken prallen wie fremde Kulturen aufeinander. Dabei spielt die Konkurrenz der Anbieter eine entscheidende Rolle.

Die Rolle der Medizin ist in der palliativen Versorgung von zentraler Bedeutung und insbesondere die Integration der HausärztInnen. Wenn diese Verzahnung zwischen Regelversorgung und spezialisierter Versorgung engmaschig organisiert ist, dann kann regionale Versorgung gut abgedeckt und sichergestellt werden. Im Alltag gestaltet sich allerdings eine interdisziplinäre Zusammenarbeit über die eigene Arztpraxis hinaus häufig schwierig. Immer wieder lassen u. a. Zeitdruck und eine enge Personaldecke die notwendigen Vernetzungsaktivitäten über die eigene Kernaufgabe hinaus nicht zu.

Drei Grundkompetenzen sind für gelingende Vernetzung von zentraler Bedeutung:

- Quer durch alle Professionen sollte eine Grundqualifikation und fachliche Kompetenz in hospizlicher und palliativer Arbeit vorhanden sein. Ziel sollte sein, die Netzwerkteilnehmer auf fachlich gutem Niveau zu schulen und das Know-How kontinuierlich weiter zu entwickeln in ständigem Austausch zwischen Forschung und Praxis.
- Eine sogenannte „Vernetzungskompetenz“ sollte sukzessive zwischen den Netzwerkteilnehmern gefördert und geschult werden. Die Fähigkeit, als Netzwerk zu handeln und zu entscheiden, steht dabei im Mittelpunkt der Weiterentwicklung. Grundlegend hierfür ist eine kontinuierliche Recherche der Leistungserbringer und Hilfsangebote, die es in der betroffenen Region gibt bzw. welche neu entstehen. Ein kontinuierlicher Prozess der Integration ist hier eine *conditio sine qua non*.
- Die dritte Kompetenz ist die ethische Kompetenz. Existenzielle Fragen nach künstlicher Ernährung, Krankenhauseinweisung am Ende des Lebens oder auch nach (un)notwendigen Heilbehandlungen sind nur einige Aspekte für ethische Grundsatzfragen, die häufig unter Zeitdruck getroffen werden müssen.

Eine nachhaltige Qualitätsentwicklung kann z. B. dadurch sichergestellt werden, dass ein palliatives Netzwerk bestimmte Qualitätsstandards als Teilnahmevoraussetzung für die Aufnahme ins Netz von den unterschiedlichen Insti-

tationen fordert. Dies fungiert wie ein Qualitätssiegel, das mit der Aufnahme ausgesprochen wird. Am Beispiel einer stationären Einrichtung der Altenhilfe könnte das konkret bedeuten, dass sie pro 30 Betten eine Palliative Care Fachkraft ausbildet. Darüber hinaus sollte ein Palliativmediziner der Einrichtung konsiliarisch oder versorgend in einer festen Kooperation zur Verfügung stehen. Qualitätszirkel, Fortbildung, Beratung und Koordination sollten vom Netzwerk angeboten und ermöglicht werden.

3. Ein Modell für Palliative Care im Netz: Das Beispiel der Region Aachen

Im Folgenden steht die Geschichte und Entwicklung des Palliativen Netzwerkes in der Region Aachen im Vordergrund. Bewährte Konzepte in dieser Region wurden zur Vorlage für spätere gesetzliche Rahmenbedingungen in der hospizlichen und palliativen Versorgung in Deutschland. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ursula Schmidt nahm in der Gesundheitsreform 2007 die schon langjährig vernetzte palliative Versorgung in der Region zum Vorbild für den gesetzlichen Anspruch auf ambulante spezialisierte palliative Versorgung für alle Krankenversicherten am Lebensende.

3.1 Aachener Hospizgespräche

1995 treffen sich zum ersten Mal 23 verschiedene Adressaten zum ersten sogenannten *Aachener Hospizgespräch*. Interessierte Institutionen, Dienste und fachkundige Bürger werden eingeladen, sich zum Thema Sterbebegleitung zu vernetzen, fortzubilden und auszutauschen. Dies entwickelt sich zu einem Erfolgskonzept völlig unabhängig von jedweden gesetzlichen Vorgaben. Kontakte werden über Jahre geknüpft, kleinere und größere Netzwerke entwickeln sich auf organische Weise aus der praktischen Arbeit heraus und verknüpfen sich nach und nach zu einem sinnvoll wachsenden interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerk angesichts praktischer Notwendigkeiten für den schwerstkranken Menschen und seiner Angehörigen.

Die Aachener Hospizgespräche reisen durch die Region und werden jedesmal von anderen Institutionen und Diensten ausgerichtet. Diese Tradition intensiviert das Kennenlernen und schafft nebenbei eine Kultur des Vertrauens und der Kooperation untereinander. Mittlerweile werden über 400 verschiedene Institutionen und Dienste regional und überregional zu ca. sechs Veranstaltungen pro Jahr eingeladen.

Sowohl für Transparenz als auch für eine zukunftsfähige Qualitätsentwicklung in der palliativen Versorgung wird hiermit eine tragfähige Basis geschaffen. Mit dieser Vorgeschichte kann auf sehr gut vorbereitetem Boden ein Prozess der weiteren Netzwerkentwicklung mit festeren Strukturen aufgebaut werden.

Seit 2006 findet einmal im Jahr im Rahmen der Veranstaltungsreihe *Aachener Hospizgespräche* ein *bundesweiter Kongress* statt, der sich nah an den aktuellen gesundheitspolitischen Themen der palliativen und hospizlichen Versorgung in Deutschland orientiert.

Der Zuspruch ist mit ca. 400 TeilnehmerInnen sehr groß. Die Kongresse ermöglichen Diskurse zu Themen wie „Palliative Care und Hospizarbeit – Bestandsaufnahmen und Visionen“ oder „Hospizarbeit und Palliative Care in Europa – voneinander lernen“ und bringen ExpertInnen und FunktionsträgerInnen der Verbände und der Landes- wie Bundesregierung miteinander ins Gespräch. Hier werden Impulse und Akzente für die Entwicklung der palliativen Versorgung in Deutschland gesetzt. So wird es möglich, aus den schon vorausgegangenen Erfahrungen und in einem regelmäßigen Austausch mit dem Bundesgesundheitsministerium die gesetzlichen Rahmenbedingungen mitzugestalten und bewährte Konzepte zur vernetzten palliativen Versorgung in die Gesetzesvorlage mit einzubringen. VertreterInnen aus zahlreichen Institutionen und Diensten nehmen regelmäßig an den Aachener Hospizgesprächen teil und sind an der ständigen Weiterentwicklung des Netzwerkes mitbeteiligt (vgl. **Abb. 2**, S. 194).

3.2 *Servicestelle Hospiz für die StädteRegion Aachen: Institutionelle Koordination und Vernetzung (Care Management)*

2001 wird auf Initiative der Mitglieder der Aachener Hospizgespräche eine *Koordinationsstelle* eingerichtet, die verantwortlich ist für die Organisation und Durchführung der Aachener Hospizgespräche, Fortbildungen für ehrenamtliche und professionelle MitarbeiterInnen der hospizlichen und palliativen Arbeit, Öffentlichkeitsarbeit und das Hospiztelefon für die StädteRegion Aachen.

Die *Servicestelle Hospiz* wird an einen neutralen Träger (Bildungswerk Aachen – ein Weiterbildungsinstitut) angebunden. Bewusst wird ein konfessions- und verbandlich ungebundener Träger gewählt. So genießt diese Stelle aufgrund ihrer Neutralität das Vertrauen der NetzwerkteilnehmerInnen bzw. der LeistungserbringerInnen. Dies ist ein weitsichtiger Schritt zum Thema Transparenz in einer städtereionsübergreifenden Netzwerkentwicklung. Bis

heute lebt die Servicestelle Hospiz von Spenden, Mitgliedsbeiträgen und freiwilligen Zuschüssen der Kommunen.

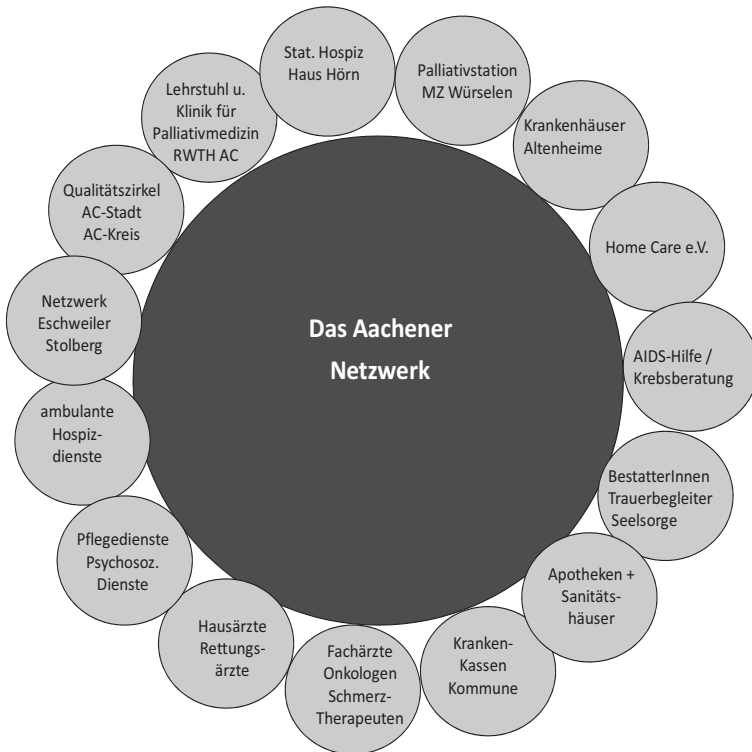


Abb. 2: Teilnehmende Institutionen an den Aachener Hospizgesprächen

3.3 *Fachtagung und Institutionalisierung des Aachener Netzwerkes der palliativen Versorgung*

Die Initialzündung zur institutionalisierten *Netzwerkgründung* in Aachen bildet letztendlich eine *Fachtagung* im Dezember 2007. Mit fast 100 VertreterInnen der verschiedenen Institutionen wird in vier verschiedenen Workshops zu den Themen Kommunikation, Konkurrenz und Kooperation, Case Management, Qualitätssicherung und gemeinsame Dokumentation gearbeitet. Im Rahmen eines basisdemokratischen Meinungsbildungsprozesses einigen

sich die TeilnehmerInnen darauf, die Servicestelle Hospiz mit der Bildung einer Steuerungsgruppe treuhänderisch zu beauftragen, die die weitere Strukturgebung des Netzwerks vorbereiten soll. Ziel ist es, ein Modell der flächen-deckenden ambulanten und stationären Versorgung für die Region zu erarbeiten.

Im ersten Halbjahr 2008 gibt sich das Netzwerk eine feste *Struktur durch die Gründung eines gemeinnützigen Vereins* und vereinbart im Rahmen einer *Charta* die Grundlagen und Spielregeln für die Zusammenarbeit aller Beteiligten. Dieser Prozess wird jeweils von einer gewählten interdisziplinären Arbeitsgruppe von acht Vertretern aus den verschiedenen Bereichen vorbereitet.

Bestätigt und weiterentwickelt werden die Vorschläge von einer Steuerungsgruppe bestehend aus 30 VertreterInnen, die insgesamt ein breites Spektrum der palliativen Versorgung in der Region abdecken. So wird eine permanente Transparenz von in die beginnenden festeren Strukturen mit eingeplant und in eine lebendige Praxis umgesetzt. Alle TeilnehmerInnen des Prozesses haben Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeit.

Nach einem längeren Beratungsprozess – auch mit juristischem Beistand – fällt die Entscheidung, einen *Verein zu gründen* (vgl. **Abb. 3**):

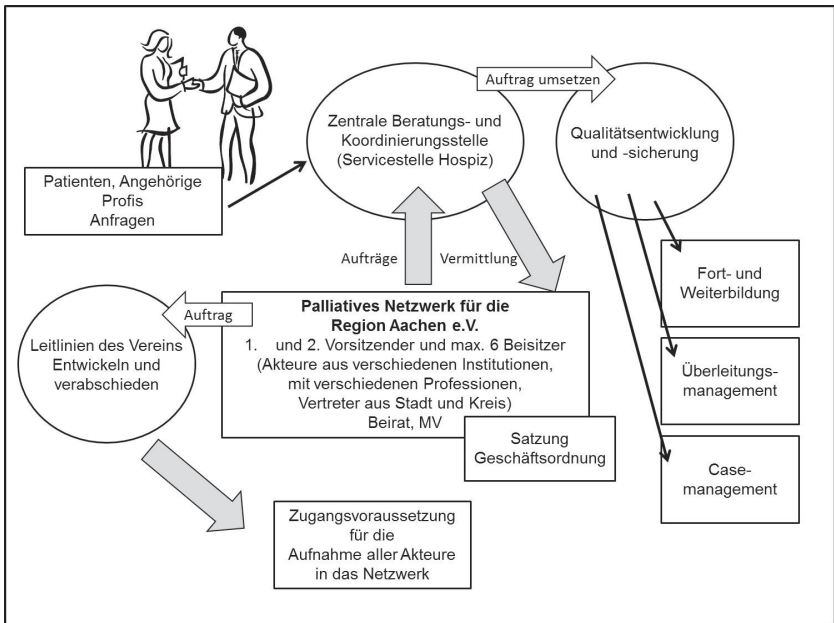


Abb. 3: Struktur des Netzwerks

Eine gemeinsam erarbeitete Satzung bildet die Grundlage der zukünftigen Zusammenarbeit, setzt die inhaltlichen Ziele fest und gibt dem bisher offenen Netzwerk eine klare rechtliche Struktur.

In seiner Satzung hält das Netzwerk folgende Zielsetzungen fest:

- Das Netzwerk fördert insbesondere die sektoren- und berufsgruppenübergreifende Kommunikation und setzt sich zum Ziel, die Umsetzung der Palliativversorgung bestmöglich zu unterstützen und zu vernetzen. Die Wünsche, Bedürfnisse des Sterbenden und seiner Angehörigen sollen dabei immer im Vordergrund der Palliativversorgung stehen.
- Das Netzwerk versteht sich als wachsendes Angebotsnetzwerk und ist offen für alle in der Region zur Verfügung stehenden Ressourcen und Organisationen, die den gemeinsam erarbeiteten Qualitätsstandards entsprechen.
- Der Satzungszweck soll insbesondere durch die Einrichtung einer zentralen Koordinierungs- und Beratungsstelle und durch die Entwicklung interner Leitlinien verwirklicht werden.

3.4 *Netzwerk als Gütesiegelverbund*

Eine flächendeckende Versorgung ist in Zukunft vor allem auch im ländlichen Bereich nur mit Hilfe der Regelversorgung zu gewährleisten. Daher wird einheitlich beschlossen, nicht nur Vertreter der spezialisierten palliativen Versorgung aufzunehmen, sondern von Beginn an *die allgemeine Versorgung* mit einzubinden.

Alle Institutionen und Dienste verpflichten sich mit Eintritt ins Netzwerk, die gemeinsam erarbeiteten Qualitätsstandards für ihren Bereich innerhalb von zwei Jahren umzusetzen.

Am Beispiel stationärer Einrichtungen der Altenhilfe bedeutet dies, sich mit einer Übergangsregelung von zwei Jahren zu folgenden Punkten zu verpflichten:

- Aufnahme palliativer und hospizlicher Leitlinien in die Standards;
- Schulung des gesamten Personals des Hauses (Sensibilisierung für dieses Thema);
- Eine fortgebildete Palliative Care Pflegefachkraft (160 UE) pro 30 Bewohner;
- Ein Palliativmediziner, der die Einrichtung betreut und auch konsiliarisch zur Verfügung steht;

- Kooperation mit einem ambulanten Hospizdienst, der nach § 39a arbeitet;
- Übergangsweise oder alternativ ist es auch möglich, mit einem ambulanten spezialisierten Pflegedienst zu kooperieren;
- Empfohlen wird die Teilnahme an den Aachener Hospizgesprächen.

Zu beobachten ist, dass gerade für die allgemeine Versorgung eine Entwicklung angestoßen wird, in dem sich Altenheime, Krankenhäuser, Apotheken etc. auf den Weg machen, um diesen Standards zu entsprechen. Im Wesentlichen aus zwei Gründen:

- Sie entwickeln ihre eigenen Kompetenzen weiter, und dies wird über das Netzwerk öffentlich transportiert.
- Sie werden fachlich sicherer, dem steigenden Bedarf an palliativer und hospizlicher Arbeit mit mehr fachlicher und struktureller Sicherheit entgegnetreten zu können.
- Sie haben die Möglichkeit, im Verbund Ressourcen und Kompetenzen aus dem Netzwerk anzufragen und anzubieten.

3.5 *Implementierung von Palliative Care in die stationären Einrichtungen der Alten- und der Behindertenhilfe*

Die Servicestelle Hospiz hat in enger Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Fortbildungsangebote in Palliative Care für die allgemeine Versorgung z. B. für stationäre Pflegeheime oder auch stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderung entwickelt. Da es zu den Kernaufgaben dieser stationären Einrichtungen gehört, BewohnerInnen bis zuletzt zu begleiten und zu pflegen, gibt es bereits Grundkompetenzen der Fachkräfte in der hospizlichen und palliativen Versorgung. Auf dieser Grundlage baut das nachfolgend beschriebene Projekt auf, dessen Ziel es ist, eine Verbesserung der palliativen Versorgung in der Regelversorgung unseres Gesundheitssystems zu erreichen. Immer mehr BewohnerInnen versterben in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, welche zu ihrem Zuhause geworden sind. Daher gelten diese Einrichtungen auch als ambulant für den palliativen und hospizlichen Bereich.

Es gibt viele Gründe, weshalb BewohnerInnen kurz vor ihrem Tod noch in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen oder wollen. Dennoch muss es ein zentrales Ziel sein, dass BewohnerInnen nicht unnötig in der Terminalphase in ein Krankenhaus überwiesen werden, sondern in ihrer Einrichtung menschenwürdig und fachlich kompetent begleitet versterben können.

So wurde in Zusammenarbeit mit mehreren Kooperationspartnern ein

Konzept zur Implementierung von palliativer und hospizlicher Arbeit in ihren Einrichtungen entwickelt. Ein wesentliches Anliegen war und ist dabei die Verbesserung der Versorgung schwersterkrankter Menschen, der Begleitung von Angehörigen sowie die Entlastung des Personals. In Kooperation mit der StädteRegion Aachen, dem Diözesanen Caritasverband für das Bistum Aachen e. V. und der Servicestelle Hospiz wird dieses Implementierungsprojekt angeboten und durchgeführt.

Im Wesentlichen fußt das Konzept auf vier Säulen:

- Im ersten Teil wird mit Hilfe einer ausführlichen Befragung ein Einrichtungsprofil erstellt. Ressourcen, Stärken und Entwicklungsbedarf sowie eine inhaltliche und strukturelle Empfehlung werden herausgearbeitet und benannt.
- Im zweiten Teil wird jede Einrichtung vor Ort in einem Steuerungsprozess begleitet, um die Implementierung Schritt für Schritt in die Praxis umzusetzen.
- Währenddessen nehmen alle MitarbeiterInnen der Einrichtungen sukzessive an einer 16- bzw. 40-stündigen Basisschulung Palliative Care teil. Die Nachhaltigkeit wird u. a. gesichert durch die kontinuierliche Anbindung in Qualitätszirkeln bzw. in Palliativpflegeforen.
- Pflegekräfte werden in 160 Unterrichtseinheiten zu SpezialistInnen für ihre Einrichtungen geschult. Pro Schulung nehmen zwischen vier und sechs Einrichtungen teil.

3.6 *Abschluss der Konzeptphase und Startschuss für die Implementierungs- und Projektphase des Netzwerkes*

Die Vereinsgründung ist Abschluss einer längeren Vorbereitungsphase und Startschuss für die Weiterentwicklung der flächendeckenden palliativen Versorgung. Diese findet mit 60 Teilnehmern am 3. Dezember 2008 statt. 28 Institutionen werden Gründungsmitglieder. Zehn Mitglieder werden repräsentativ aus den verschiedenen Bereichen der Versorgung in den Vorstand gewählt: Ambulanter Hospizdienst, Lehrstuhl für Palliativmedizin, spezialisierter Palliativpflegedienst, Altenheim, Palliativstation Medizinisches Zentrum Würselen, Home Care Aachen, Hausärztervertreter, Sanitätshaus, Servicestelle Hospiz, stationäres Hospiz. 2012 gehören 60 Institutionen und Dienste zu den Mitgliedern des Vereins.

Die *Auftaktveranstaltung* des neu gegründeten Vereins findet am 30. Januar 2009 im Krönungssaal des Aachener Rathauses mit 300 TeilnehmerInnen statt. Es ist ein folgerichtiger Abschluss eines transparenten und öffentli-

chen Prozesses. Die Öffentlichkeit verfolgt das Anliegen der Weiterentwicklung einer Vernetzung in der palliativen Versorgung mit großem Interesse. Die mediale Resonanz in Presse, Hörfunk und Fernsehen ist eine berührende Bestätigung für eine langjährige Einbindung aller wichtigen Gremien und auch der Öffentlichkeit in den gesamten Prozess.

Gleichzeitig ist es ein guter Anfang für die Weiterentwicklung zentraler Qualitätsstandards und Transparenz. Finanzielle Unterstützung wird mittlerweile auch über kommunale Mittel gewährt, um die zukünftigen Ziele der flächendeckenden Versorgung zu ermöglichen.

4. Fazit und Ausblick

Aktuell und in Zukunft werden wir mit mangelnden Ressourcen personell wie finanziell zu kämpfen haben. In den Städten ist auch heute schon in der Regel eine bessere palliative Versorgung in Bezug auf qualifiziertes Versorgung und Flächendeckung vorhanden als im ländlichen Bereich.

Der demographische Wandel kann für die palliative und hospizliche Versorgung zusätzlich zur tickenden Zeitbombe werden, wenn wir uns nicht rechtzeitig durch lösungsorientierte Konzepte darauf vorbereiten.

Was wir brauchen werden, sind wertschätzende Kooperationen und Netzwerke, die sektorenübergreifend und interdisziplinär arbeiten und denken lernen, sowie Netzwerke, die stabile und kontinuierliche Kooperationen zwischen Hauptamt und Ehrenamt in die Versorgung integrieren. Dafür ist es wichtig, bestehende Kommunikationsstrukturen zu nutzen und auszubauen.

Was unter allen Umständen zu vermeiden ist, sind Parallelstrukturen. Wenn sich die Spezialisten als Ergänzungsangebot verstehen, die in komplexen Behandlungssituationen und auf Nachfrage Lücken schließen oder spezielle Leistung erbringen, ist dies ein erfolgreiches Modell gelungener Vernetzung. Es zeugt für einen nachhaltigen Prozess der Vernetzung, wenn die spezialisierte und die allgemeine Versorgung in einem transparenten und gemeinsamen Prozess eine flächendeckende Versorgung Schritt für Schritt umsetzen und dabei die Qualitätsanforderungen in Standards umwandeln und zwar möglichst in einem integrativen und demokratischen Prozess.

Ein solch übergreifendes Netzwerk braucht eine Koordinationsstelle, die auch auf institutioneller Ebene für die eng verzahnte Zusammenarbeit und für deren Nachhaltigkeit sorgt. Ohne eine Koordinationstelle gibt es kein Netzwerk. Diese Stelle ist nicht gleichbedeutend mit Leitung des Netzwerkes, sondern arbeitet im Auftrag des Netzwerkes. Die Finanzierung einer solchen Stelle ist in anderen Regionen Deutschlands nach wie vor schwierig. Diese Art der Arbeit ist nicht in abrechenbare Ziffern zu fassen und ist doch eine

wesentliche Grundlage für eine gelingende und kooperierende Vernetzung. Hier sind kreative Lösungen vonnöten.

In der Region ist es sehr erfolgreich gelungen, die Kommunen mit ins Boot zu nehmen, und wir erfahren von dieser Seite eine engagierte und kontinuierliche Unterstützung. Wenn es dann gelingt, in einem lebendigen, immer neu zu erringenden vernetzten Arbeiten Menschen bis zum Schluss, so wie sie und ihre Angehörigen es wünschen und brauchen, zu begleiten, ist das eine sehr beglückende und bereichernde Erfahrung für alle Beteiligten. Vernetztes gelungenes Arbeiten, Denken und Handeln ist tatsächlich mehr als die reine Summe der einzelnen Akteure. Nur mit diesen fruchtbaren Synergieeffekten werden die Herausforderungen der Zukunft zu bewältigen sein.

Soziale Arbeit in einem stationären Hospiz: Erfahrungen im Haus Hörn

Inge Nadenau im Gespräch mit Rainer Krockauer

Das Hospiz im Haus Hörn in Aachen war eines der ersten stationären Hospize in Deutschland. Es ist 1986 gegründet worden – nahezu zeitgleich mit dem Hospiz „Zum heiligen Franziskus“ in Recklinghausen. 2012 feierte das Hospiz im Haus Hörn nach einer zweijährigen Umbauphase das 25. Jubiläum. Die Sozialpädagogin Inge Nadenau ist Leiterin des dortigen Hospizes. Ihre Erfahrungen mit Sozialer Arbeit in einem stationären Hospiz werden im Folgenden in Form eines Interviews erhoben. Hierin wird deutlich, dass das Arbeitsfeld der hospizlichen und palliativen Versorgung und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen maßgeblich von interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung geprägt ist und weit reichendes Entwicklungspotential gerade für andere Fachbereiche und Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit birgt.

Rainer Krockauer: *Frau Nadenau, Sie haben im Oktober 2012 die Leitung des Hospizes übernommen. Vorher haben Sie Soziale Arbeit in Aachen studiert. Was war Ihre Motivation, in diesem Bereich zu arbeiten? Oder vielleicht auch anders: Wie sind Sie zum Hospiz im Haus Hörn gekommen?*

Inge Nadenau: Ich habe Soziale Arbeit in Aachen im Frauenstudiengang der Kath. Hochschule studiert – das heißt, ich war 39 Jahre, als ich mein Studium im Jahr 2000 begann. Im Erstberuf bin ich Groß- und Außenhandelskauffrau, was mir heute sehr hilfreich ist. Büroorganisation, ein Grundverständnis von Buchführung und grundsätzlich ein kaufmännisches Denken sind bei allen sozialen und psychologischen Anforderungen unerlässlich.

In der Seniorenarbeit bin ich jetzt über sieben Jahre tätig. Zuerst habe ich in einer Senioreneinrichtung im Sozialen Dienst gearbeitet und dort maßgeblich die Betreuung von dementen Menschen mit gestaltet, konzeptualisiert und später auch geleitet. Danach habe ich im Haus Hörn das Begegnungszentrum mit aufgebaut und die Mieter der Seniorenwohnungen betreut.

In beiden Arbeitsfeldern bin ich mit den Themen Abschied nehmen, Tod und Sterben in Berührung gekommen. Jede stationäre Senioreneinrichtung hat den Auftrag der palliativen Pflege und Versorgung ihrer BewohnerInnen. In meiner Arbeit im Begegnungszentrum habe ich Menschen bei der Erstellung von Patientenverfügungen begleitet und bin häufig im Beratungssetting

mit den Betroffenen tief in das Thema der eigenen Sterblichkeit eingestiegen. Im Sommer 2012 wurde die Stelle der Hospizleitung im Haus Hörn vakant, ich bin angesprochen worden und ich war sehr interessiert.

Auch heute noch sterben viele Menschen in Krankenhäusern oder sehr allein gelassen in ihren Wohnungen – ausgeschlossen vom Leben. Bei aller Öffentlichkeitsarbeit, aller sehr erfolgreichen Arbeit der Hospizbewegung, sich dem Themenkreis Tod und Sterben im Leben zuzuwenden, zu öffnen und vor allem aktiv zu werden und zu sein, bleibt es ein Tabu, oder zumindest besteht vielfach eine große Wortlosigkeit. Ich habe in meiner bisherigen Arbeit erfahren, dass es für die betroffenen, schwerstkranken Menschen selber wie für die Angehörigen und engen Bezugspersonen sehr hilfreich ist, wenn sie nicht alleine sind, wenn sie sich fallen lassen können, wenn sie sich öffnen können, wenn sie reden können, wenn sie verlässliche Unterstützung bekommen, wenn sie „Räume“ haben, wo dies alles möglich ist. Und dies ist unter Anderem in einem stationären Hospiz möglich. Im Hospiz wird das Leben bejaht. Der Mensch steht im Mittelpunkt. Unsere Arbeit ist darauf ausgerichtet, mit den Betroffenen und Familien die verbleibende Lebenszeit zu leben.

Das Hospiz im Haus Hörn gibt es schon über 25 Jahre. Unterschiedliche Persönlichkeiten haben das Haus aufgebaut, geprägt und weiterentwickelt. Im Hospiz arbeiten MitarbeiterInnen in einem multiprofessionellem Team, die die Begleitung von sterbenden Menschen und deren Angehörigen und Bezugspersonen „mit Leben füllen“ – und das hat mich gereizt, dort mitzuarbeiten und maßgeblich mitzugestalten und die bisherige Arbeit fortzusetzen und sich sichern.

Schaue ich auf meinen beruflichen Werdegang und/oder meine Entwicklung zurück, haben sich immer wieder „Türen“ geöffnet, das heißt, neue Blickwinkel und Herausforderungen ergeben. Einige habe ich wieder geschlossen, und durch andere bin ich hindurch gegangen. Rückblickend kann ich sagen, dass sich die unterschiedlichen Arbeitsfelder und Lebensabschnitte wie ein Puzzle zu meiner heutigen Profession und beruflichen Qualifikation zusammensetzen.

Rainer Krockauer: *Welcher fachlichen und professionellen Qualifikationen bedarf es, um in diesem Bereich und mit dieser Aufgabe zu arbeiten? Und: Braucht es eine gewisse Lebenserfahrung und damit auch ein gewisses Alter, um in diesem Bereich tätig sein zu können?*

Inge Nadenau: Es gibt ganz unterschiedliche Ausbildungen, die jemanden für die Leitung eines stationären Hospizes qualifizieren. Meine Vorgängerin war z.B. Theologin. In anderen Hospizen finden sich häufig Pflegefachkräfte, vielfach aus der Intensivmedizin oder auch Onkologie. Grundsätzlich bedarf es einer Zusatzqualifikation, des Abschlusses einer Palliative Care Weiterbil-

derung und des Nachweises über den Abschluss einer Ausbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen. Im Hospiz im Haus Hörn arbeiten wir in einer fachlichen Doppelspitze. Ich arbeite mit einer Kollegin zusammen, die aus der Pflege kommt, eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung hat und natürlich die Palliative Care Weiterbildung. Die Palliative Care Weiterbildung haben alle unsere MitarbeiterInnen. Dies ist alles in den Rahmenvereinbarungen nach §39a SGB V genauestens vorgegeben.

Ich glaube, dass auch eine gewisse Lebenserfahrung einen Menschen für solch eine Tätigkeit qualifiziert. Es bedarf einer eigenen Auseinandersetzung mit dem Themenkreis Leben, Tod und Sterben (Dies ist übrigens auch in der Palliative Care Weiterbildung ein Schwerpunkt.). Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang auf die Psychologie, insbesondere auf die Entwicklungspsychologie, Bezug nehmen, und hier auf einen der Klassiker Erik H. Erikson. Er beschreibt acht Lebensphasen. Heute werden sie weitaus differenzierter unterteilt, aber es bleibt nahezu unverändert, dass sich der Mensch erst im weiteren oder fortgeschrittenen Erwachsenenalter intensiv mit der Frage nach dem Sinn oder der Sinnerfüllung des Lebens auseinandersetzt und in dieser Lebensphase auch Antworten darauf finden sollte. Ich will sagen: Es bedarf einer gefestigten Ich-Integrität, um Menschen Halt und Unterstützung zu geben, deren Leben aus den Fugen gerät bzw. sehr zeitnah zu Ende ist.

Es ist also eine Gemengelage aus Lebenserfahrung, Berufserfahrung und Persönlichkeitsentwicklung. Damit verbunden ist dann auch ein gewisses Alter. Dies gilt auch für MitarbeiterInnen in diesem Bereich. Unser Team besteht zu einem hohen Prozentsatz aus KollegInnen, die ihre Ausbildung und Schulzeit schon ein paar Jahre hinter sich haben, teils die Familienphase abgeschlossen haben oder die Kinder bereits älter sind. Nichtsdestotrotz haben wir ganz junge, direkt aus dem Examen kommende KollegInnen. Es bedarf bei allen einer gefestigten Persönlichkeit, einer Bereitschaft zur ständigen persönlichen Reflexion und Weiterbildung – fachlich wie persönlich, um in diesem Bereich zu arbeiten. Für das Team ist es sehr wertvoll, wenn alle Altersgruppierungen und beide Geschlechter zusammenarbeiten.

Rainer Krockauer: *Sie leiten ein Hospiz: Wie sieht eigentlich ein ganz normaler Arbeitstag bei Ihnen aus?*

Inge Nadenau: Erstmal, den ganz „normalen Arbeitsalltag“ gibt es nicht. Wir sind eine Institution und arbeiten in einem großen institutionellen Rahmen, d.h. es gibt klare vorgegebene Abläufe, die erforderlich sind. Aber ein Arbeitstag gleicht nicht dem anderen. Der Hospizgast steht im Mittelpunkt und wird nach seinen Bedürfnissen individuell begleitet. Das heißt in der Praxis: Es gibt keine fest vorgeschriebenen Pflegezeiten, keine fest vorgeschriebenen Mahlzeiten, keinen fest vorgeschriebenen Tagesablauf für den Gast. Wenn ein Gast heute lange schläft, wird er nicht geweckt, sondern

mehrmals geschaut, wie es ihm geht, und wann er wach ist. Ist es heute das Marmeladenbrot zum Frühstück, kann es morgen das Käsebrot oder der Rollmops sein; möchte der Gast heute den ganzen Tag im Bett verbringen, organisieren wir morgen vielleicht einen Termin beim Frisör; nächtigen heute die Angehörigen mit auf dem Zimmer, besorgen wir ein weiteres Bett.

Zu meinen Aufgaben in der Leitung und zur Aufgabe meiner Kollegin in der Pflegedienstleitung gehört es, dass wir den Rahmen dazu organisieren und ermöglichen. Das bedeutet z.B., entsprechende Dienstpläne für die Pflege, den Sozialen Dienst und die Hauswirtschaft zu planen, Konzepte zu entwickeln und zu implementieren, Prozesse und (Arbeits-)Strukturen zu schaffen, die diese Flexibilität ermöglichen; alles mit transparenten und qualitativ hohen Standards. Zu meinem Arbeitsalltag gehört ebenfalls:

- *Öffentlichkeitsarbeit*: Ich gehe in Schulen, halte Vorträge über die Arbeit im Hospiz, begleite interessierte Gruppen im unserem Haus, schreibe Presseartikel und pflege den Kontakt zur Presse und vertrete das Hospiz im Haus Hörn bei öffentlichen Veranstaltungen.
- *Vernetzung* z.B. mit anderen Hospizen, mit ambulanten Hospizdiensten, Ärzten, Krankenhäusern usw., aktive Zusammenarbeit im PalliativNetz der StädteRegion Aachen.
- *Gremienarbeit* im Vorstand der Hospizstiftung der Region Aachen, im Qualitätszirkel Palliativmedizin, im Förderverein des Hospizes Haus Hörn usw.
- *Qualitätsmanagement, Verwaltung, Personalführung und schließlich Ehrenamtlerakquise, -schulung und -begleitung*. Die Hospizbewegung ist eine Bürgerbewegung, die in den letzten Jahren institutionelle Strukturen aufgebaut hat und gesetzliche Regelungen auf den Weg gebracht hat – immer mit einem hohen Einsatz von bürgerschaftlichem Engagement. Diese Wurzeln sollen weiter erhalten werden und zeigen sich auch in der Zusammensetzung eines Teams in einem stationären Hospiz. Auch vom Gesetzgeber vorgegeben, müssen wir ehrenamtliche MitarbeiterInnen akquirieren, ausbilden und begleiten.
- *Geldakquise*. Das bedeutet: 90% des Tagesbedarfsatzes für einen Gast bezahlen die Krankenkassen und Pflegekassen. 10% muss jedes Hospiz an Spendengeldern selber akquirieren. Da kommt für das Hospiz im Haus Hörn eine Summe von ca. 90.000 Euro im Jahr zusammen.

Und bei alledem komme ich morgens in mein Büro, habe meinen Tagesplan, und dieser wird verändert, weil z.B. ein Hospizgast verstorben ist und die Angehörigen Zuspruch und Zeit benötigen, weil die Sterbestunde bei einem

Hospizgast begonnen hat und das Team und die Angehörigen Unterstützung benötigen, weil eine Anfrage für eine baldmögliche Aufnahme persönlich gestellt wird und die Familie bereits auf dem Bereich wartet, weil eine Kollegin erkrankt ist usw., kurzum, weil wir im Hospiz als Team das Leben mit schwerstkranken Menschen und deren Angehörigen leben.

Rainer Krockauer: *Nochmals nachgefragt: Wie gestaltet sich in Ihrem sozialarbeiterischen Alltag der unmittelbare Kontakt mit den Hospizbewohnern? Wie bedeutsam ist die Begleitung der Angehörigen?*

Inge Nadenau: Ein stationäres Hospiz darf maximal 16 Gästezimmer haben. Im Hospiz im Haus Hörn haben wir 12 Gästezimmer. Es ist ein kleiner überschaubarer Bereich – was auch so vom Gesetzgeber gewünscht ist – in dem ein „familiäres Leben“ gestaltet und gelebt werden kann. Ich kenne alle unsere Hospizgäste. Da ich mit dem Sozialen Dienst gemeinsam den Einzug steuere, habe ich oft schon im Vorfeld Kontakt mit den Angehörigen gehabt. Sehr häufig ist es so, dass Gäste von einem Krankenhaus, dem behandelnden Arzt oder dem ambulanten Pflegedienst angemeldet werden.

Soweit es der Familie möglich ist, nehmen sie das Angebot gerne an, das Hospiz zu besichtigen und weitere Information direkt vor Ort zu erhalten. In diesem ersten Kontakt ergeben sich bereits intensive Gespräche, die weit über die Aufnahmeformalitäten hinausgehen. Wir unterstützen die Gäste und deren Familie bei sozialverwalterischen Angelegenheiten. Für einen Hospizgast ist der Aufenthalt unentgeltlich. Die Kosten werden zu 90% von den Krankenkassen und zu 10 % von uns getragen. Dafür müssen Anträge gestellt werden, Formulare ausgefüllt und eine Hospiznotwendigkeitsbescheinigung beigebracht werden.

Eine grundlegende Aufgabe ist es, Alltagsleben zu gestalten, an dem der Gast, die Angehörigen und Besucher partizipieren können. Hier erhalten wir sehr gute Unterstützung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, die in unserer kleinen Küche im Hospiz kleine Speisen zubereiten, backen, Kakao und Kaffee kochen und vieles mehr „zaubern“. Gemeinsame Lebenswelten werden gestaltet. So frühstücken wir jeden Morgen zusammen – zusammen heißt MitarbeiterInnen, Gäste, Angehörige und Besucher, soweit sie wollen. Gemeinsam mit dem Gast wird das Zimmer gestaltet. Es können eigene Bilder und Kleinmöbel mitgebracht werden. Es soll ein sehr persönlicher Raum, eine individuelle Nische und Rückzugsmöglichkeit entstehen. Sogar Haustiere sind erlaubt, soweit die Versorgung dieser sichergestellt wird.

Jeder Gast hat mit dem Einzug in das Hospiz schwarz auf weiß mitgeteilt bekommen, dass er nicht mehr lange leben wird. Nicht jeder ist in der Lage, dies für sich zu realisieren, zu denken, oder in Worte zu fassen – geschweige denn anzunehmen. Gespräche können hilfreich sein, das mit auszuhalten, da zu sein, Zeit zu haben, gemeinsam zu lachen, zu weinen, zu schweigen, zu

beten, gemeinsam glücklich zu sein, gemeinsam traurig sein. Auch das gehört zur psychosozialen Betreuung, die selbstverständlich auch von der Pflege mit getragen wird.

Viele Angehörige begleiten ihre Mutter oder Tochter, ihren Vater oder Sohn, ihren Freund oder ihre Freundin sehr intensiv in dieser letzten Lebensphase. Ihren Lebensmittelpunkt verlagern sie für diese Zeit in das Hospiz. Hier sind alle KollegInnen und ich disziplinübergreifend – haupt- und ehrenamtlich – AnsprechpartnerInnen für Gespräche, aber auch „Anker“, sich nicht zu verlieren und vielfach BegleiterInnen und ZuhörerInnen bei den Beschreibungen und Erinnerungen über den Menschen, der bei uns zu Gast ist. Zugewandtes Zuhören, da sein, in den Arm nehmen, mit aushalten – das sind wichtige Unterstützungsangebote.

Rainer Krockauer: *Die Hospizbewegung war und ist eine Bürgerbewegung. Das Haus Hörn mit seiner Geschichte ein Teil davon. Wie ist eigentlich das Haus und besonders das Hospiz im Haus entstanden und gegründet worden?*

Inge Nadenau: Das Hospiz im Haus Hörn ist in Trägerschaft einer Priestergemeinschaft – des Oratoriums des Heiligen Philipp Neri. Dem Oratorium gehören vier Priester an, der mittlerweile verstorbene Pastor Dr. Paul Türks war einer von ihnen. Von einer seiner vielen Reisen brachte er die Idee und das Wissen für die stationäre Seniorenarbeit aus Norwegen mit und baute 1966 das Altenheim Haus Hörn am Johannes von den Driesch Weg. 1968 zogen die ersten BewohnerInnen ein, und Pastor Türks übernahm u.a. die seelsorgerische Betreuung des Hauses Hörn. 1975 wurde der Bau erweitert und weitere Pflegeplätze entstanden. In einem unveröffentlichten Konzept schreibt Pastor Türks:

„Seit dieser Zeit geschah es mehrfach, dass wir um Hilfe gebeten wurden bei jüngeren Patienten, die einerseits das Krankenhaus verlassen mussten und andererseits von ihren Familien nicht versorgt werden konnten. Es waren mehrfach jüngere Krebskranke, neurochirurgische Fälle (Apalliker) mit einer kürzeren Lebenserwartung, aber auch Querschnittsgelähmte und Patienten mit multipler Sklerose und Muskelatrophie. Die Anfragen kamen entweder vom Hausarzt, von der Familie, aber auch vom Krankenhaus.“ (Türks, 1986, 2)

In seiner Ausbildung zum Klinikseelsorger Anfang der 1980er Jahre lernte Pastor Türks in Washington D.C. die englische Hospizbewegung kennen. Er nahm Kontakt mit Dr. Lamerton im „St. Joseph’s Hospice“ in London auf und besuchte ebenfalls das „St. Christopher’s Hospice“ und Cicely Saunders. 1986 gründete er gemeinsam mit der damaligen Heimleiterin Clementine Louven des Hauses Hörn das erste Hospiz in Deutschland. Im Konzept ist zu lesen:

„Gedrängt von der Erfahrung der besonderen Not und angeregt durch die Beispiele vornehmlich in England, versuchen wir in unserer Situation eine Lösung zu finden. Wir hatten bereits erfahren, dass die Hospizbewegung in Deutschland keine Befürworter findet. Mithin war es klar, dass wir keine öffentlichen Mittel für ein dem Bedarf entsprechendes Hospiz erhalten würden. Um dennoch eine möglichst sinnvolle Arbeit für Sterbenskranke im Raum Aachen leisten zu können, hoffen wir die Aufgabe auf folgende Weise lösen zu können.“ (Ebd., 4)

Ein weiterer Anbau des Hauses Hörn, der sofort an den Garten des Kindergartens grenzte, sorgte in der Bevölkerung für großen Widerstand und Protestaktionen. Die Deutsche Bischofskonferenz stellte dem Vorhaben die Meinung entgegen, dass das Sterben in die Familien gehöre und nicht in ein „Sterbehaus“. Pastor Paul Türks wusste sehr genau, wie überfordert eine Familie mit einer derartigen Situation sein kann, zumal die ambulante Unterstützung und Versorgung von schwerstkranken Menschen noch nicht bestand.

„Bei diesem Neubau wurde besonders darauf geachtet, dass er Heim- und nicht Klinikcharakter hat. Andererseits wurde sorgfältig beachtet, dass dem Bewohner, aber auch dem Pflegepersonal moderne Mittel zur Pflegeerleichterung (steuerbare Betten, Hebewannen, moderne hygienische Einrichtungen) zur Verfügung gestellt werden. Auch gibt es eine Möglichkeit für Angehörige, in kritischen Zeiten über Nacht bei ihren Kranken zu bleiben. Was die ärztliche Versorgung angeht, so können wir die Kosten für einen medizinischen Direktor, also einen leitenden Arzt, im Moment nicht aufbringen. Dennoch haben wir von mehreren Ärzten verschiedener medizinischer Fachrichtungen, die seit Jahren unser Haus kennen, ihre Patienten darin versorgen und uns ausdrücklich in den Plänen für eine Hospiz ermutigt haben, die Zusage, dass sie sich besonders um die Sterbenskranken, die wir aufnehmen, bemühen. Die Erfahrung der vergangenen zehn Jahre bestätigt dies.“ (Ebd., 5)

53 schwerstkranken Menschen wurden 1986 und in den folgenden Jahren im Hospiz im Haus Hörn versorgt. Kennzeichnend für die Versorgung sind bis heute eine gute Schmerztherapie und ein psychosozialer und seelsorgerische Beistand, was sich in einem verhältnismäßig guten Stellenschlüssel für die damalige und heutige Zeit niederschlägt. Im Jahr 2002 wurden aus dem großen Bereich (53 Betten) die intensive Langzeitpflege mit 24 Betten und das heutige Hospiz mit 12 Betten.

Rainer Krockauer: *Gibt es etwas Besonderes, z.B. in der räumlichen oder personellen Ausstattung, an einem Haus, das sich ausdrücklich auf eine*

christliche Tradition und ein damit verbundenes Menschenbild beruft?

Inge Nadenau: Ja, wir haben eine eigene kleine Kapelle direkt im Haus, in der mehrmals wöchentlich Messfeiern und Andachten gehalten werden, sowohl katholische als auch evangelische. Auch heute ist noch ein Pastor des Oratoriums des Heiligen Philipp Neri – Pastor Schmitz – als Seelsorger für die Gäste und BewohnerInnen des Hauses tätig. Unterstützt wird er von der evangelischen Pastorin Frau Donath-Kreß, evangelische Kirchengemeinde Aachen – Dietrich Bonhoeffer Haus. Des Weiteren stellt uns das Bistum Aachen zurzeit eine halbe Stelle in der Seelsorge zur Verfügung, die von einer Ordensfrau ausgefüllt wird. Im Hospiz selber haben wir einen Raum der Stille, der zu Rückzug, Gebet und Meditation einlädt. Christliche Symbole sind sichtbar in unserem Haus und laden auch Menschen mit anderen Glaubensrichtungen zum Verweilen, zur Andacht und Meditation ein. Unser Haus ist offen für alle Glaubensrichtungen. Rituale und Gebete (nicht nur christliche) werden geachtet und mitgetragen.

Die Seelsorge ist eine Säule der hospizlichen Arbeit und wird vom ganzen Team mit getragen. Wir haben eine weitere Ordensfrau im Pflorgeteam. Neben ihrer Fachlichkeit sind es sowohl oft die informellen Gespräche im Alltag als auch ihr christliches und vom Glauben geprägtes Leben, das z.B. in einer Teamsitzung oder Fallbesprechung andere Sichtweisen und Blickwinkel eröffnet oder Gästen und Angehörigen eine besondere Art von Trost gibt, sich von Gott getragen und gehalten zu fühlen.

Rainer Krockauer: *Welche gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen prägen den Alltag von Leitung, Pflege und Sozialarbeit?*

Inge Nadenau: Wir sind eine vollstationäre Einrichtung, von daher gilt das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG). Zweck des Gesetzes ist es, die Würde, die Interessen und die Bedürfnisse der Gäste im Hospiz bzw. in Betreuungseinrichtungen vor Beeinträchtigungen zu schützen und die Einhaltung der dem Betreiber ihnen gegenüber obliegenden Pflichten und ihre Rechte zu sichern. Es soll Transparenz über das Wohnen, die Abläufe und Angebote im Hospiz fördern, das selbstbestimmte Leben der Gäste und deren Mitwirkung und Mitbestimmung in der Einrichtung unterstützen und zu einer besseren Zusammenarbeit aller zuständigen Behörden beitragen (vgl. §1 WTG NRW).

Wir werden in regelmäßigen Abständen von der Heimaufsicht besucht und geprüft. Wir belegen unsere Arbeit, in dem wir ein lebendiges Qualitätsmanagement aufbauen und pflegen. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind zentrale Begriffe in diesem Zusammenhang. Des Weiteren sind die Gesetze zur Pflege des SGB XI für uns maßgeblich. Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen kommt zu meist jährlich stattfindenden Begehungen. Im Rahmen der Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen werden auch die Transparenzkriterien mit geprüft.

Eine Benotung und deren Veröffentlichung finden für die Hospize zurzeit noch nicht statt. Ein weiteres maßgebliches Gesetz ist das SGB V. Die Rahmenvereinbarungen zum §39a Abs. 1 Satz 4 SGB V regeln Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung. In diesem Gesetz ist der Rechtsanspruch auf ambulante und stationäre Versorgung für jeden verortet. 2009 war dies ein Meilenstein in der Hospizbewegung.

Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz ist eine nicht mehr zu heilende Erkrankung, die einer palliativen Versorgung bedarf und eine eingegrenzte Lebenszeit von nur noch einigen Tagen oder Wochen erwarten lässt. Dies wird von dem behandelnden Arzt in der Hospiznotwendigkeit bescheinigt und muss den Krankenkassen für die Kostenübernahme vorgelegt werden.

Hat der zukünftige Gast diese, teilen sich die Krankenkasse und die Pflegekassen anteilig die Kosten. Mit weiteren Leitsätzen für die Arbeit in der ambulanten und stationären hospizlichen Versorgung hat der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ herausgegeben. Fünf Leitsätze sind in dieser Charta formuliert, denen wir uns als stationäres Hospiz verpflichtet fühlen und sie in unsere Arbeit implementieren (Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin u.a., 2010, 8ff.):

- *Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und Kommunikation.* Das heißt für uns: Jeder Mensch hat ein Recht auf Würde und würdige Bedingungen – gerade auch im Sterbeprozess. Seine Vorstellungen, Wünsche und Werte respektieren wir und gestalten Rahmenbedingungen in unserem Haus, die dies ermöglichen. Wir positionieren uns mit unserer Arbeit für ein Sterben in würdevoller und begleiteter Umgebung mit Fürsorge und einem menschlichen Miteinander und sehen das Sterben als Teil des Lebens.
- *Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen.* Das heißt für uns: Jeder Mensch hat einen Anspruch auf umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung. Wir haben ein multidisziplinäres Team von Pflegefachkräften, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen, EhrenamtlerInnen und Therapeuten und arbeiten mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen und palliativ medizinischer Zusatzqualifikation eng zusammen. Wir gestalten unsere Räumlichkeiten nach den Bedürfnissen und Wünschen unserer Gäste und sorgen für Kontinuität in den Versorgungsleistungen.
- *Anforderungen an Aus-, Weiter- und Fortbildung.* Das heißt für uns: Haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen werden regelmäßig fortgebildet. Wir selber bilden aus – angehende Pflegefachkräfte,

SozialarbeiterInnen, SchülerInnen – und informieren interessierte Menschen und Bürger über unsere Arbeit.

- *Entwicklungsperspektiven und Forschung.* Das heißt für uns: Wir beteiligen uns an Projekten, die die hospizliche Versorgung von schwerstkranken Menschen weiter ausbauen und vernetzen. Mit einem kooperativen Arbeitsverständnis sind wir aktiv in palliativen Netzwerken tätig.
- *Die europäische und internationale Dimension.* Das heißt für uns: Wir bauen Kontakte über die Grenzen zu anderen Hospizen auf und starten zurzeit ein euregionales Projekt mit dem Ziel einer engeren Zusammenarbeit und Vernetzung in Ausbildung und Praxis.

Rainer Krockauer: *Durch den Impuls der Bürgerbewegung ist ein komplexes und spezialisiertes Arbeitsfeld in der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen entstanden. Wo ist heute das stationäre Hospiz im Versorgungssystem verortet?*

Inge Nadenau: Der schwerstkranke und sterbende Mensch steht im Mittelpunkt. Es ist unerlässlich, dass Mediziner, Therapeuten, Seelsorger, ambulante Betreuungs- und Pflegedienste, Notärzte, Krankenhäuser, Palliativstationen und Krankenkassen zusammenarbeiten, damit ein hoch komplexes, ganzheitliches und interdisziplinäres Versorgungsnetz gesponnen werden kann. Hier ist die Zusammenarbeit z. B. im Palliativen Netzwerk für die Region Aachen e.V. sehr synergetisch, und ich glaube auch vorbildhaft. Das stationäre Hospiz steht (meist) an letzter Stelle des Versorgungssystems. Das will heißen: Wenn Menschen zu uns kommen, sind es die letzten Lebenstage oder -wochen desjenigen. Die Anfrage wird erst dann an uns gestellt, wenn eine ambulante Versorgung aus den unterschiedlichsten Gründen nicht mehr möglich ist.

Trotz alledem ist das hospizliche Versorgungssystem nicht nur linear zu betrachten. Zunehmend werden auch Konzepte entwickelt, dass ein schwerstkranker Mensch in einem Tages- oder Nachthospiz betreut wird und die restlichen Stunden des Tages bzw. der Nacht zu Hause bzw. in der Wohnung. Dies kann ein Familiensystem sehr entlasten. Es ist auch vorstellbar, dass es hospizlich betreute Appartements geben wird. Hier in Aachen wird von Home Care aktiv in diese Richtung gedacht und konzeptualisiert.

Würde ich eine Visualisierung des hospizlichen Versorgungssystems anfertigen, stünde der zu pflegende Mensch im Mittelpunkt, gehalten in einem Netz, welches die Auswahl für eine individuelle Pflege und Betreuung bietet. Ein entsprechendes Case Management ist für die Betroffenen sehr unterstützend. Hier sind u.a. die Palliativstationen der Krankenhäuser und die ambulanten – spezialisierten und allgemeinen – Hospizdienste bereits sehr gut

organisiert und aktiv. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, geprägt von gemeinsamer Kommunikation, von Informations- und Wissenstransfer und Kooperation sind hierfür unerlässlich.

Rainer Krockauer: *Sie sprechen von interdisziplinärer Zusammenarbeit von Medizin, Pflege, Seelsorge, Sozialer Arbeit und Psychologie. Wie wichtig ist Teamarbeit in Ihren konzeptionellen Vorstellungen, und welche Bedeutung hat sie in Ihrem Arbeitsalltag?*

Inge Nadenau: Die Bedürfnislage eines schwerstkranken und sterbenden Menschen und die seiner Familie ist hochkomplex und umfasst den ganzen Menschen. Es bedarf einer ganzheitlichen Versorgung und Präsenz von Helfern und Begleitern. Da ist jede Profession wichtig und nicht ersetzbar oder austauschbar. Da ist jeder Mensch wichtig, der Zeit hat und mitgeht. So ist unser Team auch multiprofessionell aufgestellt. Bei uns arbeiten Pflegekräfte, SozialarbeiterInnen, Hauswirtschaftskräfte, TherapeutInnen (unterschiedlichster Fachrichtungen), SeelsorgerInnen, ehrenamtliche MitarbeiterInnen und Hauptamtliche Hand in Hand zusammen. Damit dies gelingt, bedarf es einer gemeinsamen Haltung, „einer gleichen Sprache“, und es braucht Räume, in denen diese Haltung gelebt und die gemeinsame Sprache gepflegt werden kann.

Übergaben zwischen den Diensten, regelmäßig stattfindende Teamsitzungen, Supervision, bei Bedarf Einzelsupervision und kontinuierliche Teamentwicklungsarbeit, Fallbesprechungen mit Ärzten und ambulanten Pflegediensten, Versorgungsdiensten, Mitarbeit in Arbeitskreisen und Projekten sind zentrale Kommunikationsräume in der hospizlichen Arbeit.

Hier ist auch nochmals zu erwähnen, dass die Hospizbewegung eine Bürgerbewegung war und ist. Dies spiegelt sich heute, bei aller Institutionalisierung, in einem hohen Anteil an ehrenamtlichen MitarbeiterInnen wider. Auch uns unterstützen viele ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Dies bedeutet im Arbeitsalltag und für die Teamführung: Akquise, Ausbildung und Begleitung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen mit dem Ziel einer Gast bezogenen Zusammenarbeit von Ehrenamt und Hauptamt.

Rainer Krockauer: *Wie wichtig ist in Ihren Augen die Vernetzung mit anderen, nicht nur ambulanten Diensten im regionalen und landesweiten Hospizbereich?*

Inge Nadenau: Nicht nur die regionale Vernetzung in Arbeitskreisen, gemeinsamen Projekten, Fallbesprechungen und Überleitungen sind zentrale Netzwerke der hospizlichen Arbeit, auch die landes- und bundesweite Vernetzung und Zusammenarbeit. 1992 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) gegründet, die 2006 zum „Deutschen Hospiz und Palliativverband e.V. (DHPV)“ umbenannt wurde. Bundesweit schlossen sich engagierte Bürger aus der Hospizarbeit zusammen und gingen aktiv auf Politik und

Kostenträger zu. Der DHPV fördert die Verbreitung und gesellschaftliche Verankerung der hospizlichen Arbeit als Gesamtkonzept, mit einem ganzheitlichen Ansatz in der Palliativversorgung schwerstkranker Menschen.

In Aachen und auch in NRW gibt es mittlerweile ein gutes Netz an Einrichtungen und Institutionen, die palliativ und hospizlich arbeiten. Schaut man auf die Karte der Bundesrepublik Deutschland gibt es allerdings noch einige weiße Flecken im gesamten Land. Hier setzt sich der DHPV für eine flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung ein. Der DHPV ist die bundesweite Interessenvertretung und Dachverband der Hospizinitiative und Palliativeinrichtungen. Mit seiner Arbeit rückt er die Themen Tod und Sterben als Teil des Lebens ins gesellschaftliche Bewusstsein. Die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ist aktive Lebenshilfe. Die letzte größte Arbeit und Veröffentlichung ist die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ und die Implementierung der Leitsätze (s.o.) in institutionelle, kommunale und gesellschaftliche Lebenswelten. Auch wir sind im DHPV NRW e.V. engagiert und arbeiten im Vorstand und Arbeitsgremien, um die Hospiz- und Palliativversorgung von schwerstkranken Menschen mit weiterzuentwickeln.

Rainer Krockauer: *Gibt es Theorien, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit, die in einem stationären Hospiz eine besondere Rolle spielen?*

Inge Nadenau: Das Studium der Sozialen Arbeit bietet ein umfangreiches Basiswissen für die Soziale Arbeit in einem stationären Hospiz. Ein Verständnis dafür zu haben, aus welchen Lebensbezügen Menschen zu uns kommen, mit welchen Biografien und aus welchen Lebenswelten, ist genauso wichtig, wie das Wissen um ihre medizinischen Diagnosen und Krankheitsbilder. Den Menschen in den Mittelpunkt stellen – mit all seinen ganzheitlichen Bezügen zu Familie und anderen Bezugsgruppen, Kultur und eigener Persönlichkeit – dabei Alltag gestalten und Partizipation ermöglichen; Nischen zulassen und gesellschaftliche und systemische Zusammenhänge im Blick haben, Kommunikation – all das macht die Soziale Arbeit in einem Hospiz aus.

Denke ich jetzt, nach einigen Jahren, an mein Studium, setze ich meinen heutigen „Werkzeugkoffer“ aus all den Fächern wie z.B. Psychologie, Recht, Soziologie, Sozialmedizin, Philosophie usw. zusammen. Aber alleine das Fachwissen reicht nicht aus. Sich immer wieder auf eine Metaebene zu begeben, Fachwissen und Praxis miteinander zu verknüpfen, den zu versorgenden Menschen nicht aus dem Blick zu verlieren, für sich selber zu sorgen, ständig offen zu sein für neues Wissen – auch aus anderen Fachgebieten – ist meines Erachtens unerlässlich.

Rainer Krockauer: *Reicht fachliches Wissen, um ein stationäres Hospiz zu leiten? Anders gesagt: Welche Kompetenzen braucht man, um Leitung wahr-*

nehmen zu können?

Inge Nadenau: Das Fachwissen, das die Hochschule vermittelt, ist ein generelles. Wie wir es anwenden oder im Arbeitsfeld umsetzen, ist stark auch von der eigenen Persönlichkeit geprägt und abhängig von dem, was wir noch in unserem Wissenspool mit uns führen oder dazu erlangen. Ich ziehe meine persönlichen und fachlichen Kompetenzen auch aus meiner weiteren Ausbildung zur Transaktionsanalytikerin. Die Transaktionsanalyse (TA) ist eine psychologische Schule, die Eric Berne (1910-1970) Mitte der 50er Jahre des vorigen Jahrhunderts profilierte. Er war Psychiater mit psychoanalytischer Lehrtherapie und war u.a. geprägt von Paul Federn und Erik Erikson. Von Federn übernahm er das Konzept der Ich-Zustände als Einheit des ganzheitlichen Erlebens einer Person. Eriksons Theorie der menschlichen Entwicklung als eine Wechselwirkung zwischen inneren Prozessen (Entwicklungsaufgaben) und sozialer Realität (Kultur und Gesellschaft) beeinflussten maßgeblich seine Konzepte zum Lebensplan und zur Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen.

Es ist eine noch recht junge und vor allem lebendige Schule über die menschliche Psyche, über soziale und systemische Bezüge, Kommunikation, Entwicklung der Persönlichkeit und verknüpft psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Konzepte mit Methoden der Humanistischen Psychologie, intrapsychische und interpersonale Betrachtungsweisen und individuelle Analyse mit gesellschaftlichen und kulturellen Prägungen. In meiner Arbeit prägt mich eine zentrale Aussage bzw. These von Berne, dass „Menschen in ihrem Grunde in Ordnung (o.k.=okay) sind so wie sie sind.“ (Hennig u. Pelz, 2002, 13).“ Berne unterscheidet „zwischen dem ‚Sein‘ und dem ‚Verhalten‘, der Mensch ist o.k., auch wenn er sich in bestimmten Situationen z.B. destruktiv verhält“(ebd.). Das „Verhalten“ kann nicht o.k. sein, ist aber veränderbar. Ich integriere viele Konzepte und Methoden der TA in meiner Arbeit und schöpfe daraus mein Potential und Wissen.

Schaue ich auf mein Arbeitsfeld in der Leitung des Hospizes verknüpfe ich kaufmännisches Wissen, Wissen aus den Sozialwissenschaften, der Transaktionsanalyse, Erfahrungen aus eigener ehrenamtlichen Tätigkeit, Lebenserfahrung mit einer ständigen Bereitschaft zu Reflexion und lebenslangem Lernen mit der Offenheit, sich auf unterschiedliche Lebenswelten und Menschen mit meiner ganzen Person einzustellen. Während einer Literaturrecherche im Studium bin ich auf folgende Äußerung von Laotse gestoßen: „Sage es mir und ich werde es vergessen, / Zeige es mir und ich werde mich erinnern, / Beteilige mich und ich werde es verstehen.“ Dies ist für mich zu einem leitenden Satz in meinem Tun und Handeln geworden.

Rainer Krockauer: *Welche Bedeutung hat in Ihrer Arbeit und in Ihrem Alltag das Thema Spiritualität?*

Inge Nadenau: Spiritualität und Seelsorge sind ein Grundpfeiler der hospizlichen Arbeit. Ich erlebe schwerstkranke Menschen, die ihre Diagnose zu Anfang verdrängen. Sie wollen es nicht wahrhaben, lassen es nicht in ihr Bewusstsein, versuchen so weiter zu leben wie bisher – drücken vielleicht sogar Unverständnis aus, warum sie im Hospiz sind. Es ist eine Fassade und eine Struktur, die ihnen Halt gibt, sich in dieser existenziell bedrohlichen Situation als handlungsfähig zu erleben. Den nahen Tod vor Augen zu haben, ist aber auch häufig der Zeitpunkt, wo sich Menschen ganz intensiv mit der eigenen Person, der eigenen Identität, dem Sinn des eigenen Lebens und dem Selbst auseinandersetzen.

In Gesprächen erfahren wir viel über die Lebensgeschichte unserer Gäste, nehmen Teil an freudigen Erinnerungen und Ereignissen und durchleben mit ihnen auch vergangene schwierige Stunden. Wir hören zu, und indem wir das tun, geben wir dem Erlebten eine Bedeutung und einen Sinn, weil es uns wichtig ist und weil wir teilhaben dürfen. Wir würdigen das Leben und würdigen es so, wie es der Mensch gelebt hat. Wir lachen gemeinsam, wir reden miteinander, schweigen miteinander, erinnern zusammen, halten Sprachlosigkeit mit aus oder finden Worte für das Erlebte und Worte für das, was kommt – und holen damit den bevorstehenden Abschied in das Leben. Es sind gemeinsame Werte und eine lebensbejahende Haltung in unserer Arbeit, die ohne Ansehen von Religionszugehörigkeit, Kultur oder Nationalität unsere Arbeit durchdringt. Wir leben Seelsorge und Spiritualität in der Gemeinschaft und begleiten unsere Gäste bis zu dem Zeitpunkt, wo sich Körper und Geist trennen. Der Glaube an eine Welt und an ein Leben nach dem Tod jenseits unserer Wahrnehmung ist für den Sterbenden Hoffnung und für die Zurückgebliebenen Trost. Seelsorge und Spiritualität haben eine hohe Bedeutung in der hospizlichen Arbeit.

Rainer Krockauer: *Zu Ihnen kommen auch viele (und mehr und mehr) hoch betagte Menschen. Damit verbunden ist auch eine starke Zunahme von dementiell veränderten Bewohnern? Welche Konsequenzen hat das für die Pflege und für die Sozialarbeit?*

Inge Nadenau: In der Tat: Wir werden uns in Zukunft mit dem Themenkreis Demenz und palliative und hospizliche Versorgung und Pflege auseinandersetzen müssen. Der Anteil älterer und hoch betagter Menschen in der Gesellschaft steigt, sodass wir davon ausgehen müssen, dass auch immer mehr Personen mit dementiellen Veränderungen hospizlich und palliativ unterstützt und versorgt werden müssen.

Ein dementer Mensch ist in seiner Wahrnehmung, Orientierung und in seinem Realitätsbezug in Ort, Zeit und Person stark beeinträchtigt. Gedächtnisstörungen, Störungen des abstrakten Denkens, Antriebsstörungen, Urteils- und Handlungsunfähigkeit, Sprachstörungen, Beeinträchtigung der Motorik

bis hin zur Immobilität sind nur eine kleine Auflistung primärer Symptome einer Demenz. Damit einher gehen Persönlichkeitsveränderungen, depressive Verstimmungszustände, Wahnideen und -vorstellungen, Angstzustände, Tag-Nacht-Umkehr bis hin zu schweren Verhaltensstörungen, psychotischen Reaktionen und Episoden, Inkontinenz und Bettlägrigkeit. Daraus resultieren Persönlichkeitsveränderungen bis hin zum Verlust der Persönlichkeit (wie Angehörige, Bezugspersonen sie kennen).

Die hospizliche und palliative Pflege und Begleitung von dementen Menschen bedeuten eine radikale Orientierung am und mit dem betroffenen und zu pflegenden Menschen. Die Bedürfnisse, die biographische Prägung, die soziale Lebenswelt müssen integrale Bestandteile der gerontopsychiatrischen und palliativen Interventionen in Pflege und Betreuung sein. Es gibt bereits viele Parallelen zwischen der hospizlich-palliativen Ausrichtung und einer adäquaten gerontopsychiatrischen Versorgung. Ein wesentliches Hindernis in der Begleitung sterbender Menschen mit dementiellen Veränderungen ist die Kommunikation. Sie können einem dementen Menschen z.B. nicht erklären, warum eine Behandlung erforderlich ist, die er nicht kennt, die womöglich Unwohlsein auslöst oder schmerzlich ist. Innere Präsentationen, Verhalten und Gefühlslagen eines dementen Menschen sind nicht realitätsadäquat. So kann z.B. ein nicht nachvollziehbares Verhalten oder eine bestimmte Reaktion ein Zeichen für starke Schmerzen sein.

In der Pflege und Betreuung von dementen Menschen ist es daher unerlässlich, die Erlebenswelt von sterbenden Menschen zu validieren, anzunehmen und die Interventionen darauf auszurichten. Sie werden vielleicht sagen, das seien doch auch Grundlagen der hospizlichen und palliativen Pflege und Betreuung von sterbenden Menschen. Das stimmt. Es wird eine Herausforderung für die Pflegenden sein, diese Grundlagen konsequent in der Praxis umzusetzen. Dies ist verbunden mit Wissen. Dies bedeutet weiter zeitintensive Ausbildung und Forschung, einen höheren Stellenschlüssel und deren Finanzierung. Es ist auch verbunden mit einer radikalen Orientierung und Einstellung auf die (Er-)Lebenswelt dementer Menschen.

Rainer Krockauer: *Die Hospizbewegung schaut auf eine „bewegte“ Vergangenheit zurück. Viele Ziele sind erreicht worden. Hospizliche und palliative Versorgung sind gesetzlich verankert. Palliativmedizin ist ein Pflichtfach in der Ausbildung der Mediziner. Was würden Sie sich für das Studium der Sozialen Arbeit heute wünschen – im Blick auf das Hospizthema?*

Inge Nadenau: Ich würde mir wünschen, dass es mehr Seminare gibt, die die Theorien und Wissenschaften der Sozialen Arbeit mit den hospizlichen und palliativen Konzepten, dem Fachwissen und der Praxis verknüpfen.

Rainer Krockauer: *Haben Sie selbst, im Blick auf Ihre Arbeit im Hospiz, noch einen Wunsch oder eine Vision?*

Inge Nadenau: Ich wünsche mir, dass ich die Arbeit meiner VorgängerInnen fortführen und weiterentwickeln kann, ganz besonders mit dem Fokus auf die palliative und hospizliche Versorgung und Begleitung von schwerstkranken dementen und behinderten Menschen. Ich habe die Vision, dass wir bei aller Institutionalisierung der hospizlichen und palliativen Versorgung immer den Menschen in den Mittelpunkt stellen und einen Abschied unter würdigen Bedingungen begleiten und mit gestalten können und keiner in dieser Zeit seines Leben alleine sein muss.

Rainer Krockauer: *Danke für das Interview!*

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. u. Bundesärztekammer (Hrsg.).(2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Verfügbar unter <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de> (Zugriff am 13.3.2013).

Hennig, G. u. Pelz, G. (2002): Transaktionsanalyse. Lehrbuch für Therapie und Beratung. Paderborn: Junfermann.

Kostrzewa, S. (2008): Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. Bern: Huber

Türks, P. (1986): Konzept für das Hospiz auf der Hörn. Aachen: Unveröffentlichtes Manuskript.

Wir geben der Trauer einen Raum. Aus der Praxis des Kinder- und Jugendtrauerprojekts „diesseits – Junge Menschen trauern anders“

*Stephanie Bonni, Sebastian Heuer, Judith Plettenberg, Maria Pirch
und Adelheid Schönhofer-Iyassu*

Sterben, Tod und Trauer sind gesellschaftliche Tabuthemen, die aus dem Alltag ausgegrenzt werden. Wenn Kinder betroffen sind – sei es als Sterbende oder als Trauernde – wird die Unsicherheit im Umgang mit diesen Themen noch größer. Nach dem Tod eines Familienmitglieds verdrängen Kinder und Jugendliche sehr oft ihre eigenen Trauergefühle, um die Eltern oder den hinterbliebenen Elternteil nicht noch mehr zu belasten. Für Kinder und Jugendliche ist es daher besonders wichtig, die eigene Trauer spüren und leben zu dürfen. Mit dem katholischen Projekt „diesseits“ möchten wir trauernden Kindern und Jugendlichen Raum, Trost und Zeit geben, um ihren Abschiedsprozess zu durchleben und zu bewältigen. In diesem Kapitel beschreiben wir unser Projekt, unsere Arbeit und unsere Erfahrungen, die wir in den letzten zwei Jahren im Rahmen von „diesseits“ gemacht haben.

1. Allein gelassen mit der Trauer: Ein Fallbeispiel

Thomas⁴ (16 Jahre) und Lisa (11 Jahre) haben ihren Vater durch Suizid verloren. Seitdem ist alles anders. Lisa versteht nicht, warum er sie verlassen hat. Sie war doch immer lieb. Lisa vermisst ihren Vater sehr, besonders samstags. Denn dann sind sie immer zu den Pferden gefahren. Das Reiten hat er ihr beigebracht. Samstagvormittag war Papa-Tag. Bei gutem Wetter gab es immer ein Eis. Jetzt fährt sie mit Opa, aber der hat dabei ein versteinertes Gesicht und kann nicht mehr mit Lisa lachen. Wenn Lisa mal einen Witz macht, blickt er sie verständnislos an. Die Oma weint immer. „Die Alten sterben vor den Jungen“ sagt sie immer verzweifelt – aber Lisa weiß nicht so recht, was sie damit meint.

Thomas zieht sich immer mehr zurück und fällt als Gesprächspartner für Lisa aus. Auch die Mutter versteht Lisa nur selten. Immer wieder sucht die Mutter das Gespräch mit ihr, aber auf den Punkt bringt sie Lisas Gefühle

⁴ Die Namen der Kinder in diesem Kapitel wurden mit Rücksicht auf die Personen geändert.

nicht. Die Mutter trauert auf ihre Art und Weise, doch die unterscheidet sich von Lisas Trauer. Lisa fühlt sich unverstanden. Ihre Gefühle kann sie nicht einordnen. Sie merkt, dass sich ihr Umfeld verändert, aber sie kann auch das nicht ausdrücken. Nur abends, wenn sie allein in ihrem Bett liegt, weint sie. Lisa hat jetzt oft Bauchschmerzen. Sie fühlt sich alleingelassen, manchmal ist sie wütend, ohne zu wissen warum. Sie weiß nicht so genau, ob sie ihren Freundinnen von der Selbsttötung des Vaters erzählen soll. Sie hat das Gefühl, dass niemand sie verstehen kann. Ihre Lehrer wissen nicht genau, wie sie mit der Situation umgehen sollen und packen Lisa daher „in Watte“. Wann immer das Gespräch auf den Tod ihres Vaters kommt, weichen sie aus. Immer stärker wird Lisas Gefühl, dass man über den Tod des Vaters nicht sprechen darf. Dabei wären Gespräche genau das, was sie braucht: Sie hätte gern jemanden, der ihr zuhört, der sie und ihre Gefühle versteht. Vielleicht auch jemand, der den gleichen Verlust erlebt hat wie sie.

2. Zur Tabuisierung von Sterben, Tod und Trauer

Sterben, Tod und Trauer sind Themen, die uns alle irgendwann im Leben betreffen. Trotzdem sind es gesellschaftliche Tabuthemen, die aus dem Alltag ausgegrenzt werden. Die Unsicherheit im Umgang mit diesen Themen wird noch größer, wenn Kinder betroffen sind – sei es als Sterbende oder als Trauernde. Wenn ein Mensch stirbt, verändert sich für die Zurückbleibenden das Leben oft dramatisch. Der Tod hinterlässt eine Lücke. Kinder, Vater oder Mutter müssen ihren Alltag neu organisieren, Rollen neu verteilen und mit der Trauer fertig werden. Dabei sind die Gefühle der Trauer so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Trauer ist die normale Reaktion auf einen schweren, unwiederbringlichen, endgültigen Verlust. Zugleich erlebt und durchlebt jeder Mensch seine Trauer individuell, auf seine eigene Weise (vgl. Jungbauer, 2013, in diesem Band).

Auch die Art, wie Trauer zum Ausdruck gebracht wird, kann ganz unterschiedlich sein. Für manche Menschen kann es in dieser Situation gut sein, mit jemandem reden zu können. Andere wiederum wollen sich zurückziehen, wieder anderen hilft es, sich kreativ auszudrücken oder körperlich intensiv zu spüren. Manche Menschen verkraften den Verlust scheinbar oder tatsächlich sehr leicht, andere leiden oft lange unter dem Trennungsschmerz. Das können Monate sein, aber auch Jahre. Jeder Abschiedsprozess verläuft anders, alle Trauerphasen beim Abschied eines geliebten Menschen folgen dem persönlichen Rhythmus des jeweils Trauernden.

3. Kinder und Jugendliche trauern anders als Erwachsene

Erwachsene, die mit dem Tod eines geliebten, ihnen nahestehenden Menschen umgehen müssen, fühlen sich in ihrer Trauer und ihren Gefühlen nicht selten gefangen. Als Eltern fehlt ihnen häufig die Kraft, darüber zu sprechen und auf die Bedürfnisse ihre Kinder oder Jugendlichen angemessen einzugehen. So finden diese keine Möglichkeiten, ihren Weg der Trauer zu beschreiten. Nach dem Tod eines Familienmitglieds bemühen sich Kinder oft, gut zu funktionieren, weil sie spüren, dass der Vater oder die Mutter traurig ist. Sie verdrängen ihre eigenen Trauergefühle, um die Eltern nicht noch mehr zu belasten. Für Kinder und Jugendliche ist es daher besonders wichtig, die eigene Trauer zu spüren und leben zu dürfen.

Kinder und Jugendliche trauern anders als Erwachsene. Manchmal sind Erwachsene irritiert, weil die Trauer der Kinder oft „sprunghaft“ wirkt: Eben noch sind sie fröhlich und spielen, im nächsten Moment wollen sie allein sein und verziehen sie sich still in eine Ecke – und umgekehrt. Andere Jugendliche haben das Bedürfnis, sich auszutoben, sie gehen dann lieber zum Feiern als auf den Friedhof. Solche Dinge sind für Erwachsene oft schwer nachvollziehbar und zu akzeptieren. Deshalb kann für Kinder und Jugendliche eine besondere Begleitung in der Trauer sehr wichtig sein. Durch geeignete Angebote können sich ihnen Wege auftun zu einem Leben nach dem Tod des von ihnen geliebten Menschen. In einer wertschätzenden, einfühlsamen Atmosphäre kann in den jungen Menschen auch die Erkenntnis wachsen, dass sie sich selbst eine wertvolle Stütze im Prozess des Trauerns sind.

4. Trauerbegleitung als seelsorgerische Kernaufgabe

„Tote begraben und Trauernde trösten“ sind Kernaufgaben der Seelsorge und Dienst der christlichen Gemeinde an und mit trauernden Menschen (Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 2005). Die Begleitung von Sterbenden und Trauernden, die Sorge um die Verstorbenen und die Hinterbliebenen sowie die „Gestaltung der Begräbnisliturgie sind ein Grundauftrag von Kirche und immer ein Zeichen von gelebtem und bezeugtem Glauben, die biblischen Werke der Barmherzigkeit in der Trauer, beim Tod und der Bestattung von Menschen zu leben und zu verwirklichen“⁵. Deswegen hat dieser Weg durch die Trauer für uns als Christen auch immer etwas Hoffnungsvolles.

5 Konzept der Trauerpastoral für das Bistum Aachen, Hauptabteilung Schule/Pastoral/Bildung.

In unserer Pfarrgemeinde Franziska von Aachen fühlen wir uns mit allen trauernden Menschen im Gebet verbunden.

5. Das Projekt „diesseits - Junge Menschen trauern anders“

Mit dem Projekt „diesseits – Junge Menschen trauern anders“ möchten wir Kinder und Jugendliche ansprechen und sie ein Stück auf ihrem Weg durch die Trauer begleiten – in Gesprächen, durch offene Angebote und Gruppentreffs. Dort können sie mit anderen Kindern und Jugendlichen zusammenkommen, die einen ähnlichen Verlust erlitten haben und sich ebenfalls in einer Trauerphase befinden. Wir möchten trauernden Kindern und Jugendlichen Raum, Trost und Zeit geben, um ihren Abschiedsprozess zu durchleben und zu bewältigen. Wir möchten sie auf diesem Weg behutsam begleiten, sie stützen und ihnen Gesprächspartner sein.

Das Projekt „diesseits“ basiert auf einer Kooperation der katholischen Innenstadtgemeinde Franziska von Aachen und dem Malteser Hilfsdienst. Uns ist sehr an einer Kooperation gelegen, da wir unsere Arbeit als Netzwerkarbeit verstehen. Gerade auf dem Gebiet der Trauerseelsorge ist es uns wichtig, vernetzt zusammen zu arbeiten und nicht in Konkurrenz zu gehen. Wir möchten uns als Christen gemeinsam der Trauerseelsorge widmen und eine Plattform für trauernde Kinder und Jugendliche schaffen. Das Projekt begann mit einem Befähigungskurs im Jahr 2009/2010, in dem acht Frauen ausgebildet wurden. Im Spätsommer 2010 begann die Öffentlichkeitsarbeit. Im Herbst startete „diesseits“ mit einem Tag der Offenen Tür, das erste Angebot des offenen Kinder- und Jugendtreffs fand im Dezember 2010 statt.

Ziel des Projekts „diesseits – Junge Menschen trauern anders“ ist ein niederschwelliges und kreatives Kontakt- und Beratungsangebot für trauernde Kinder und Jugendliche in Aachen. Die Angebote umfassen einen Offenen Treff, Kinder- und Jugendgruppen, Einzelberatung, Seminare und Liturgische Feiern / Rituale. Wir bieten den Kindern und Jugendlichen Raum an: Sie können einfach nur kommen, sie können reden, spielen (auch am Computer), malen, basteln oder schweigen. Künftig wollen wir auch gemeinsame Aktivitäten anbieten wie Kino-, Zoo- oder Museumsbesuche, Ausflüge, Zeltwochenenden am Meer, Mamas Lieblingsgericht nachkochen etc. Außerdem machen wir spirituelle Angebote im Jahreskreis, wir laden ein zu Gottesdiensten, Gebeten, Ritualen.

Darüber hinaus möchten wir Kontakt zu Schulen und Kindergärten halten, um sie bei der Bearbeitung des Themas „Tod und Trauer“ zu unterstützen.

Dass Kinder- und Jugend-Trauerangebote dringend notwendig sind, erlebt die Initiatorin Maria Pirch in ihrer täglichen Arbeit als Gemeindefere-

tin in der Aachener Innenstadt Pfarrei, als Schulseelsorgerin in verschiedenen Aachener Schulen (Grund- und Hauptschule sowie Gymnasium) und als Notfallseelsorgerin. Ermutigend sind die Projekte zum Thema Kinder- und Jugendtrauer in anderen Städten, wie beispielsweise „DOMINO – Zentrum für trauernde Kinder e.V. in Bergisch Gladbach“, „Trauerland – Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. in Bremen“ oder „Thalita Kindertrauerzentrum im Kinderhospiz Balthasar in Olpe“. Unser Projekt „diesseits – Junge Menschen trauern anders“ ist nicht das erste, aber eines der wenigen kirchlichen Kinder und Jugendtrauerprojekte. Maria Pirch sieht die Trauerarbeit als urchristliche Aufgabe und findet daher die christliche Ausrichtung und das kirchliche Profil des Projektes „diesseits – Junge Menschen trauern anders“ sehr wichtig.

6. Zur Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die beruflichen Voraussetzungen der hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter des Kinder- und Jugendtrauerprojektes „diesseits“ sind recht unterschiedlich. Die beiden – zurzeit leitenden – hauptamtlichen Mitarbeiterinnen haben neben ihren Berufen als Diplom-Religionspädagogin und Diplom-Sozialpädagogin eine Ausbildung als Trauerbegleiterin absolviert. Ferner bilden sie sich kontinuierlich fort, insbesondere über kircheninterne Bildungsangebote oder über Angebote der Malteser.

Das Konzept von „diesseits“ sieht vor, dass interessierte Ehrenamtliche zunächst von der Leitung zu einem Einzelgespräch eingeladen werden. In diesem Gespräch werden die Motivation, die eigene Vorstellung von Tod und Trauer sowie die Frage nach der letzten, eigenen Trauerbewältigung erörtert. Nach gegenseitiger Zustimmung werden die Interessierten zur Hospitation in die Offene Trauerarbeit und zur Teilnahme an den monatlich stattfindenden Teamsitzungen eingeladen. Gleichzeitig nehmen sie an den alle sechs Wochen stattfindenden Supervisionen teil.

Für neue ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist zu Beginn ihrer Tätigkeit kein komplexer Befähigungskurs vorgesehen. Zurzeit sind in unserem Team vor allem junge Menschen ehrenamtlich tätig. Diese nehmen unter Anleitung erfahrener Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unmittelbar an der Kinder- und Jugendtrauerbegleitung teil und wachsen so gleichsam in ihre Aufgabe hinein. Die praktische Mitarbeit ist im Laufe eines Kalenderjahres mit Fortbildungsmodulen verbunden, die in Zusammenarbeit mit dem Bildungswerk Aachen angeboten und zertifiziert werden.

Inhaltlich ist darin vorgesehen:

- Die Auseinandersetzung mit dem eigenen „Werden und Sterben“
- Das Kennenlernen von drei verschiedenen Trauermodellen nach William Worden, nach Jorgos Canakakis und nach Ruth Mareike Smeeding. Intensive Beschäftigung mit den vier Traueraufgaben nach Worden: die Wirklichkeit annehmen, alle Gefühle durchleben, sich an eine Umgebung ohne den Toten anpassen und dem Verstorbenen einen neuen Platz geben
- Theoretische Inhalte zu Gruppenprozessen
- Die Rolle des Kinder- und Jugendbegleiters
- Die sechs Grund-Haltungen nach C. Paul: wertschätzen, ressourcenorientiert, prozessorientiert, innehalten, Abstand halten, aushalten
- Kommunikationstheorien
- Ressourcenorientierte Gesprächsführung;
- Vergleichende Literatur in der Kinder- und Jugendtrauerarbeit;
- Vergleichende Internetarbeit;
- Entwicklungspsychologische Hintergründe
- Kindercharta nach Winston's Wish
- Festlegen struktureller Rahmenbedingungen: Ort, Zeit, Gestaltung des TrauerRaumes, inhaltliche Planung
- Unterteilung in Kinder-, Jugend- und Elternarbeit
- Entwicklung des Flyers
- Entwicklung einer Homepage
- Einrichten eines eigenen Trauerforums
- Öffentlichkeitsarbeit: Flyer, Spendenanfrage, Sponsorensuche und Pressekontakte
- Vernetzung mit anderen Anbietern und Multiplikatoren.

Das hier skizzierte Reflexions-, Supervisions- und Fortbildungskonzept hat sich in der zweijährigen Praxis des Aachener Kinder- und Jugendprojektes „diesseits“ gut bewährt.

7. „diesseits“ in der Praxis

7.1 Wie die Kinder zu „diesseits“ kommen – ein Fallbeispiel

Lisas Mutter hat in der Zeitung von „diesseits“ gelesen. Nach einiger Überlegung schlägt sie Lisa vor, einmal dorthin zu gehen. Sie hofft, dass Lisa auf andere Kinder trifft, die das Gleiche erlebt haben. Auch erhofft sie sich Hilfe im Umgang mit ihrer Tochter in dieser Zeit, die für die ganze Familie so

schwierig ist. Zuerst ist Lisa unsicher. Jetzt, wo die konkrete Situation bevorsteht, hat sie Angst, mit Fremden über ihren Vater zu reden. Sie weiß nicht, was auf sie zukommt. Es kostet sie Überwindung, den Raum zu betreten. Die Kinder, die schon da sind, kennen sich alle, und Mama wird in einen anderen Raum gebeten. Der Raum, in dem das monatliche „diesseits“-Treffen stattfindet, ist gemütlich gestaltet: Um eine große Holzschale herum sind auf Teppichen einladende große Sitzkissen platziert, viele Kissen und Handpuppen liegen daneben. In der Holzschale leuchtet eine Kerze. Ringsum in den Regalen stehen Kinder- und Jugendbücher zum Thema Trauer und Tod. Die Betreuerin erklärt Lisa, dass sich die Kinder, wenn sie es möchten, auch einfach aus der Gruppe zurückziehen und eines der Bücher ansehen können. Oder man könne das Buch auch gern gemeinsam ansehen.



Abb. 1: Raum mit Sitzkissen für die *diesseits*-Gruppentreffen

7.2 *Der Ablauf der Gruppenstunde*

Für den Ablauf der Treffen haben wir Regeln festgelegt. Wenn Kinder diese noch nicht kennen, werden sie durch die Trauerbegleiter oder durch die anderen Kinder kurz erläutert:

- Man erzählt nur, wenn man es auch wirklich möchte.
- Wir lassen einander ausreden.

- Das, was gesagt wird, soll mit Respekt aufgenommen werden.
- Alles, was gesagt wird, bleibt in diesem Raum.

Die Anfangs- und Abschlussrunde folgt einem festen Ritual. In der restlichen Zeit gehen wir auch in der formalen Gestaltung auf die spezifischen Bedürfnisse der Kinder ein. Nachdem sich Kinder und die Trauerbegleiterinnen im Kreis eingefunden haben, werden die Kinder begrüßt. Die Klangschale wird im Kreis herum gegeben. Jeder, der spricht, schlägt zuerst die Klangschale an. Wer an der Reihe ist, stellt sich vor und sagt, wen er verloren hat oder warum er da ist. Wer ausgedredet hat, schlägt die Klangschale ein zweites Mal an und reicht sie weiter.

Um sich und den anderen zu deutlich zu machen, wie sich jeder fühlt, stehen in der Mitte verschiedenfarbige Schalen mit farblich passenden Schokolinsen, die unterschiedliche Gefühle repräsentieren, wie Wut, Einsamkeit, Trauer, Müdigkeit, Fröhlichkeit, Langeweile, Gefühls-Chaos⁶. Die Schalen wurden von den Kindern selbst gebastelt, die Gefühle wurden zusammen mit ihnen spezifiziert. Es besteht immer die Möglichkeit, ein noch fehlendes Gefühl zu ergänzen. Der Reihe nach kann jeder, je nach Intensität seines Gefühlszustandes, eine Anzahl von null bis drei Schokolinsen jeder Schale entnehmen. Bei jedem Gefühl erläutern die Kinder, warum sie wie viele Linsen genommen haben. Nachdem die Runde beendet ist, essen die Kinder die Linsen auf, um symbolisch die bewusst gemachten Gefühle in sich aufzunehmen und zu integrieren. Die Runde wird von einem Trauerbegleiter bzw. einer Trauerbegleiterin aufgelöst.

An die Anfangsrunde schließt sich eine praktische, mitunter kreative Phase an. Die Gestaltung dieses Blocks wird im Groben vorgeplant, in der Feinabstimmung an den Bedürfnissen der Kinder ausgerichtet. Ein wichtiger Aspekt dieser Phase, wie auch der anderen Phasen, ist die Stärkung des Gemeinschaftsgefühls. Zudem geben wir den Kindern verschiedenartige Impulse, die ihnen helfen, sich in der Trauer zu orientieren. Dazu haben wir einen Fundus an Methoden, von denen wir im Folgenden exemplarisch drei vorstellen wollen:

- Ein konstantes Element ist der *Wunschbaum*. Diesen haben wir in einer Gruppenstunde mit den Kindern aus verschiedenfarbigem Filz gestaltet. Die Kinder schreiben Wünsche, die sie in Bezug auf den Verstorbenen, auf sich oder die Familie haben, auf Blätter, die die Form von Früchten, Herzen, Blättern u. a. haben. In jeder Gruppen-

⁶ Die Idee hierzu wurde angeregt durch die TV-Sendung „Tränen auf See. Segeltörn ins neue Leben“, ausgestrahlt am 26.1.2012 im WDR. Die Sendung ist im Internet verfügbar unter: <http://www.wdr.de/tv/menschenhautnah/sendungsbeitraege/2012/0126/segeltoern.jsp>.

stunde ist es möglich, neue Wünsche hinzuzufügen oder alte herunterzunehmen;

- Um die Erinnerung an die gemeinsame Zeit mit dem Verstorbenen zu vergegenwärtigen, bieten wir den Kindern an, *Erinnerungskisten* oder *Erinnerungsbücher* zu gestalten. Darin haben diverse Erinnerungsstücke wie Fotos oder wichtige Gegenstände des Verstorbenen Platz. Mit den Erinnerungsbüchern haben ältere Kinder die Möglichkeit, sich gestalterisch in Wort und Bild des Verstorbenen zu erinnern;
- Die Methode der *Fußabdrücke* verdanken wir einer Fortbildung bei Daniela Schartmann-Unrath zum Thema „Trauer mit jungen Erwachsenen“. Dabei werden die Konturen beider Füße abgezeichnet. Auf dem einen Fußabdruck formulieren die Kinder, welche guten Dinge sie mit dem Verstorbenen verbinden, was er in ihnen Positives hinterlassen hat. Auf den anderen Fußabdruck schreiben sie, was sich seit dem Tod verändert hat. Mit dieser Vorgehensweise helfen wir den Kindern, Erinnerungen an den Toten als Schätze aufzubewahren und gleichzeitig nach vorne zu blicken, um sich eine neue Zukunft vorstellen zu können;
- Weitere Angebote sind Soziogramme, Bewegungsspiele, ein trauerbezogenes Kartenspiel, Schmunzelsteine, Übungen aus der so genannten „Psychosynthese“ (kennengelernt auf einer Fortbildung mit Ursel Neef), Körpererfahrungsübungen, trauerbezogene oder resourcenstärkende Märchen und Kurzgeschichten. Manchmal gehen wir aber auch einfach Eis essen oder spielen Fußball.

Nach ungefähr der Hälfte der Gruppenstundenzeit machen wir eine Pause und essen gemeinsam Obst. Während dieser Zeit erholen sich die Kinder oder tauschen sich weiter aus, auch über trauerunabhängige Dinge. Es herrscht eine besonders lebendige und ungezwungene Atmosphäre, die Raum gibt für alles, was ansteht. Es schließt sich eine weitere „Arbeitsphase“ an, in der aufbauend auf der ersten weitergearbeitet wird.

Zum Schluss kommen wir noch einmal in der Mitte des Raums zusammen. Wir reflektieren kurz die Gruppenstunde, und die Kinder geben Feedback und können Anregungen und Wünsche für das nächste Treffen äußern. Wir entlassen die Kinder mit einer abschließenden Kurzgeschichte, die thematisch so gewählt ist, dass sie den Kindern auf ihrem Weg helfen kann.

8. Besonderheiten kindlicher Trauer

8.1 Ängste und Bedürfnisse nach Verlusterfahrungen

Der Tod eines nahestehenden Menschen und die damit verbundene Trauer können von Kindern als existentielle Bedrohung erlebt werden: „Verluste geliebter Personen erhöhen häufig die Lebensangst von Kindern und ihre Körper reagieren wie auf eine plötzliche und neue reale Gefahr“ (Jarratt 2006, 82). Ihre kleine Persönlichkeit, ihr Bezug zur Welt und ihr Wissen darüber befinden sich noch im Aufbau und das macht sie besonders verletzlich. Vor allem der Tod eines Eltern- oder Geschwisterteils geht oft mit einem Gefühl der Entwurzelung einher: Ein Kind ist in seinem Dasein auf Wachstum und Zukunft ausgerichtet, in seinem Weltbild sterben nur alte Menschen. Und nun erfährt es in seinem nächsten Umfeld, dass Menschen in jedem Alter unerwartet sterben können: Jeder erlittene Verlust erschüttert das Vertrauen in die Kontinuität des Lebens (Jarratt, 2006). Der Verlust kann starke Trennungs- und Todesängste und ein gesteigertes Bedürfnis nach Sicherheit und Halt hervorrufen. Trauernde Kinder reagieren besonders sensibel auf „sekundäre Verluste“, sie möchten keine zusätzlichen Veränderungen wie einen Wohnort- oder Schulwechsel, materielle Unsicherheit oder neue Bezugspersonen (Franz, 2002). Deshalb ist es sehr wichtig – soweit es geht – Normalität und Kontinuität aufrechtzuerhalten. Vertraute Strukturen und Wiederholungen helfen den Kindern, im Leben zu bleiben: Nach einem Todesfall müssen Kinder erst wieder lernen, dass sie sich auf das Leben verlassen können (Ennulat, 2012).

8.2 Schuldgefühle und Starksein-Erwartungen

Kinder, in deren Familien jemand gestorben ist, fühlen sich oft „anders“ und entwickeln Gefühle von Scham, Einsamkeit und Verlassenheit (Ennulat, 2012). Trauerzeiten können das Selbstwertgefühl eines Kindes beeinträchtigen. Kommen Schuldgefühlen hinzu, wird diese Auswirkung noch verstärkt. Besonders bei jüngeren Kindern sind das magische Denken und das egozentrische Weltbild noch stark ausgeprägt. Oft stellen sie dann einen Zusammenhang her zwischen ihrem „schlechten“ Denken oder Handeln dem Verstorbenen gegenüber und dessen Tod (Specht-Tomann u. Tropper, 2010).

Wenn ein Geschwisterkind stirbt und das hinterbliebene Kind erlebt, wie sehr die Eltern trauern, kann in ihm das Gefühl einer „Überlebensschuld“ entstehen. Besonders dann, wenn das verstorbene Kind das „Lieblings- oder Sonnenscheinkind“ der Eltern war und/oder nach seinem Tod idealisiert wird

(Ennulat, 2012). Es kommt auch vor, dass die überlebenden Kinder versuchen, ihren Eltern über den Verlust hinwegzuhelfen, indem sie das verlorene Kind „ersetzen“ oder sich dem verwitweten Elternteil als Partnerersatz anbieten. Kinder, die diese Rollen auf sich nehmen, erscheinen Außenstehenden häufig als stark, vernünftig und erwachsen. Manchmal werden auch ausgesprochene oder unausgesprochene „Starksein-Erwartungen“ der Bezugspersonen an das Kind herangetragen und es wird mit einem „Fluch der Tapferkeit“ belegt (Canacakis u. Bassfeld-Schepers, 1994). Für das Ausleben ihrer eigenen Trauer, ihrer Gefühle von tiefer Unsicherheit, Angst und Überforderung bleibt diesen Kindern aber oft kein Raum.

8.3 Kindliche Trauer ist handlungsorientiert

Trauer bei Kindern und Jugendlichen ist häufig von Wechselhaftigkeit geprägt. Ihre natürliche Fähigkeit, kurz hintereinander in unterschiedliche Gefühlszustände eintauchen zu können ist wichtig für ihr seelisches Gleichgewicht, denn längere Trauerzustände sind für sie zu belastend (Ennulat, 2012). Kinder brauchen die Möglichkeit, sich emotional zu distanzieren und ein Ventil für ihre Gefühle finden zu können. Dies kann sich in plötzlichem aggressivem Verhalten, Lachen, Spielen oder unerwarteten Wünschen äußern und gerade in Situationen geschehen, die für sie schwer auszuhalten sind, beispielsweise bei einer Beerdigung oder einer Trauerfeier (Franz, 2008). Für Erwachsene können solche Reaktionen irritierend und unpassend sein, aber es ist wichtig, die dahinterliegende Ebene zu erkennen.

Die Trauer des Kindes kann stark von Gefühlen der Enttäuschung und Wut in Bezug auf den Verstorbenen geprägt sein, es fühlt sich oft vom Verstorbenen betrogen, verlassen, verraten und im Stich gelassen (Franz, 2008). Es ist von großer Bedeutung für den Verlauf des Trauerprozesses, dass für alle – auch für die ambivalenten und negativen – Gefühle Platz ist, dass sie alle sein dürfen und ein „ehrliches“ Erinnern möglich ist (Kast, 1988). Bei trauernden Kindern treten häufig psychosomatische Symptome auf wie Kopf- und Bauchschmerzen, Hautreaktionen, Schlafstörungen, Schlafwandeln, Alpträume und Störungen des Essverhaltens (Franz, 2008). Trauernde Kinder können vorübergehend desorientiert sein und sich nicht mehr so gut in ihrem Alltag zurechtfinden. Oft entwickeln sie Lern- oder Konzentrationsschwierigkeiten, die zu einem Leistungsabfall in der Schule führen, denn Trauerarbeit kostet Kraft (Jarratt, 2006). Es ist auch möglich, dass erwartete Trauerreaktionen zeitverzögert auftreten, unspezifisch sind oder gänzlich ausbleiben, was aber nicht bedeutet, dass das Kind von dem Verlust nicht berührt ist (Jaede, 2007). Es kann auch später immer wieder zu einer Reaktivierung der

Trauergefühle kommen, dies geschieht häufig bei scheinbar unbedeutenden Verlust- oder Enttäuschungserlebnissen oder wenn Wünsche versagt bleiben.

Kinder sind darauf angewiesen, dass die Erwachsenen ihnen die Welt erklären und offen sind für ihre Fragen. Dies gilt auch und gerade beim Thema Tod. Sie brauchen eine möglichst klare und authentische Kommunikation, die sich an ihrer jeweiligen Entwicklungsstufe und den damit verbundenen Todesvorstellungen orientiert (Bowlby, 2006). Häufig versuchen Erwachsene, Kinder durch einen sprachlichen „Schutz“ zu schonen. Dahinter stehen oft die eigenen starken Berührungängste gegenüber dem Thema Tod (Jarratt, 2006). Es ist wichtig, Kinder darin zu unterstützen, den Verlust eines ihnen nahestehenden Menschen begreifen zu wollen. Dies ist die Voraussetzung für bewusstes Trauern, dazu gehören auch ganz normale Gespräche rund um das Thema Tod (Ennulat, 2012). Eine möglichst große Anschaulichkeit herzustellen, entspricht der ausgeprägten Handlungsorientierung von Kindern (Ennulat 2010). Auch das Einbeziehen in die Gestaltung des Sarges, der Trauerfeier oder der Gedenktage sowie gemeinsame Friedhofsbesuche etc. können dieses Begreifen vertiefen und die bindende und stärkende Erfahrung vermitteln, dass Trauer geteilt wird. Kinder brauchen die Resonanz, dass ihr Trauerempfinden natürlich und wichtig ist (Bowlby, 2006).

Eine besonders tiefe Ebene ansprechen und eine heilende Wirkung entfalten können in der Trauerarbeit Rituale, Symbole, Märchen, Bilder und Musik. Auch das kreative Gestalten bietet Kindern eine sehr gute Möglichkeit, sich mit ihrer Trauer, ihren Ängsten und Unsicherheiten schöpferisch auseinanderzusetzen und den entsprechenden Gefühlen eine Form zu geben. Damit trauernde Kinder auch körperlich spüren, dass sie trotz des Verlustes noch lebendig sind, sind alle Dinge, die ihre Sinne und ihren Bewegungs- und Spieldrang ansprechen, sehr sinnvoll (Canacakis u. Bassfeld-Schepers, 1994). Wie die Kinder den Verlust verarbeiten, hängt sehr stark vom Umgang ihres Umfeldes mit der Situation und von der Qualität ihrer Beziehungen ab (Franz, 2008).

9. Die Trauerarbeit mit Jugendlichen

9.1 Konzeptuelle Grundlagen

Aufgrund fehlender spezifischer Konzepte für die Trauerarbeit mit Jugendlichen orientieren wir uns am Modell der vier Traueraufgaben, die der amerikanische Psychologe James William Worden Mitte der 1980er Jahre ursprünglich für trauernde Erwachsene entwickelt hat (Worden, 1987; 2011). Dieses Modell weist sowohl der trauernden Person als auch dem Begleiten-

den eine aktive Rolle zu. Der trauernde Mensch ist danach nicht dem schicksalhaften Durchleben festgelegter Trauerphasen ausgesetzt, sondern er wird mit der „Aufgabe“ konfrontiert, den erlebten Verlust aktiv zu bewältigen (vgl. Jungbauer 2013; in diesem Band). Nachdem Worden sein Aufgabenmodell in erster Linie für erwachsene Trauernde entwickelt hat, fanden wir es sinnvoll, Ergänzungen von Chris Paul in das Konzept unserer Trauerarbeit mit Jugendlichen aufzunehmen. Chris Paul ist Leiterin des *Trauerinstituts Deutschland* und erweiterte Wordens Aufgabenmodell aufgrund ihrer eigenen Forschungsarbeiten.

Vor die erste Traueraufgabe nach Worden „die Wirklichkeit des Verlustes annehmen“ setzt Paul in Fällen besonders schwerer Trauer die Aufgabe „Überleben hat Vorrang“. Bevor trauernde Jugendliche überhaupt in der Lage sind ihre Trauer zuzulassen, können sie auf verschiedene Überlebensstrategien zurückgreifen. Dem Außenstehenden erscheinen Jugendliche in ihrer Trauer mitunter empfindungs- oder rastlos, sie reagieren scheinbar zusammenhanglos. Manche Jugendliche sind durch den Todesfall so erschüttert, dass sie geschockt, teilnahmslos, starr oder unberührt wirken.

Eine wichtige Aufgabe für Trauerbegleiterinnen und -begleiter ist es, an dieser Stelle sensibel zu sein und innezuhalten, statt überstürzt Hilfsangebote zu starten. Im kollegialen Fallgespräch wird gemeinsam entschieden, ob nicht sogar psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe notwendig ist. „Auch wenn man auf das Ableben eines Menschen gefasst ist, hat man bei seinem Tod immer das Gefühl: Es ist nicht wahr, ist nicht geschehen.“ (Worden, 1986, 19). Wordens erste Aufgabe für den Trauernden ist es, die Realität des Verlustes auf seine ganz individuelle Weise und innerhalb der Zeit, die er für sich benötigt, anzuerkennen. In den ersten Reaktionen dieser Trauerphase greifen Kinder, Jugendliche und auch noch oft Erwachsene zurück auf die Ur-Erfahrungen aus dem Kleinstkindalter, das „magische Denken“ und Einbeziehen eines „Übergangsobjektes“. Beide Phänomene beschreibt Worden in verschiedenen Formen als „Suchverhalten“, das in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Lösung dieser Aufgabe steht. Die Arbeit hin zur Akzeptanz des Todes schafft die wichtigste Voraussetzung zur Trauer und ist der erste Schritt zur Verlustbearbeitung.

Von dem Nichtwahrhabenwollen bzw. der Verleugnung des Todes deutlich zu unterscheiden sind sogenannte *Trauerpausen*, die Jugendliche z.B. nach heftig gelebter Verzweiflung zur Regenerierung intuitiv einlegen können. Trauerbegleiterinnen und -begleiter sind gefordert, diese Reaktion nicht als Gleichgültigkeit abzutun, sondern die riesige Not dahinter zu spüren und die besondere Form des Selbstschutzes zu erkennen. Mit der Sprunghaftigkeit schützen Jugendliche sich vor Überbeanspruchung (Ennulat, 2012).

Für Trauerbegleiterinnen und -begleiter ist an dieser Stelle hohe Sensibilität

gefordert. Die drei von Chris Paul beschriebenen Grundhaltungen „Innehalten, Abstandhalten und Aushalten“ stellen wesentliche Grundpfeiler unseres Handelns bei der pädagogischen Trauerbegleitung von Kindern und Jugendlichen dar. In dieser Phase des Begreifens ist es wichtig, den Jugendlichen konkret, wahrheitsgemäß und gleichzeitig einfühlsam auf den Verlust anzusprechen und ihm diesen Verlust zuzutrauen. Missverständliche Umschreibungen sollten vermieden werden. Wiederholungen sind heilsam und bringen die neue Wahrheit allmählich der Wirklichkeit näher.

9.2 *Gefühle durchleben und ausdrücken*

Trauern gleicht einer seelischen Achterbahnfahrt (Finger, 2008). Die erste und zweite Traueraufgabe sind – wie alle anderen Aufgaben nach Worden – nicht ausschließlich nacheinander zu betrachten. Sie können sich überlappen, wiederkehren, auch wenn sie schon lange überstanden geglaubt waren, sich zeitweise überspringen oder lange einseitig währen. In der Trauerbewältigung gibt es kein Regelwerk. Im Gegenteil – sie ist vor allem chaotisch und kann gewaltige Urkräfte freisetzen. Besonders die zweite Aufgabe ist von physischem als auch emotionalem und verhaltensspezifischem Leid geprägt und stellt hohe Anforderungen an die begleitenden Personen. In dieser Phase durchlebt der Jugendliche die Erfahrung des Todes vor allem gefühlsmäßig. Oft können gegensätzliche Gefühle ausbrechen. Wenn der Jugendliche sein selbstschützendes Vakuum verlässt, treten ungeordnete, oft überwältigende Gefühlsausbrüche auf. Diese sind als lebendiges und gesundes Zeichen zu werten. Die Kraft wird nun nicht mehr ausschließlich dafür verwendet, die Gefühle zu verdrängen, sondern sie finden Ventile und bahnen sich Wege im neuen Alltag. Der Jugendliche mag enttäuscht oder sogar wütend darüber sein, dass er verlassen wurde. Hass und Wut können vor dem Gefühl großer Sehnsucht schützen. Mögliche Trauerreaktionen Jugendlicher sind (in Anlehnung an Reinthaler u. Wechner, 2010):

- *Ablenkung und Risikoverhalten.* Hier kann es schon einmal recht laut zugehen. Die Jugendlichen hören laute Musik, knallen mit den Türen und gehen mit ihren Freunden raus.
- *Angst vor Trauerzwang.* Die Jugendlichen haben Angst vor verordneten Ritualen und weigern sich z.B. mit zu gemeinsamen Friedhofsbesuchen zu gehen.
- *Rückzug und Peergroup-Orientierung.* Jugendliche wollen meist allein mit ihren Verlusterfahrungen fertig werden. Sie wollen sich nicht an Erwachsene binden und ziehen das Gespräch mit Gleichaltrigen vor. Sie wollen kein Mitleid und keine Aufmerksamkeit.

Sie sprechen auch oft in der Schule nicht darüber.

- *Trauer vertagen.* Wenn die Familie zusammenbricht, versuchen sie das System aufrechtzuerhalten. Oft bleiben sie als einzige, handlungsfähige Personen übrig. Oft kommt es vor, dass sie vorerst gar nichts von ihrer Trauer zeigen. Junge Menschen haben viel länger als der Rest der Familie in einem Zustand von Tapferkeit zu bleiben.
- *Regression.* Die Jugendlichen fallen in frühere Verhaltensweisen zurück, z.B. verstärkte Abhängigkeit zum hinterbliebenen Elternteil.
- *Aggression.* Da dieses Verhalten als unerwünscht und störend empfunden wird, wird es oft gar nicht als Trauerreaktion gedeutet. Gerade bei jungen Männern schützt Aggression vor Überwältigung durch eigene Emotionen. Oft ist es ein versteckter Hilferuf.

Für Trauerbegleiterinnen und -begleiter ist es eine große Herausforderung, nicht „vordergründig“ auf solche Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zu reagieren, sondern die Gefühle dahinter zu erkennen und ihnen gebührend Platz einzuräumen. Zugleich sollten die natürlichen Ressourcen und Selbstheilungskräfte nicht außer Acht gelassen werden, über die Kinder und Jugendliche verfügen. Es bedarf einerseits eines großen Repertoires an Methoden und Fertigkeiten, um in einer konkreten Beratungssituation ein jeweils geeignetes gestalterisches Medium anzubieten, mit dem Kinder ihren Gefühlen Ausdruck verleihen können. Andererseits ist oft auch eine gewisse Zurückhaltung die beste „Methode“: Einfach nur da zu sein, nicht retten oder richten zu wollen – das kann schwerer sein als noch so kreative aktive Bewältigungshilfen. In diesem Falle bieten wir den jungen Menschen z.B. über unser Angebot des kreativen Erholungs- oder Erlebnisraumes die Möglichkeit des Sich-Fühlens und vielleicht schon des Sich-Sortierens. Für manchen Jugendlichen wird es auch hilfreich sein zu wissen, dass die vielen, oft widersprüchliche Gefühle im Trauerprozess ganz normal sind.

9.3 Sich an eine Umwelt anpassen, in der die verstorbene Person fehlt

Nach dem Tod eines geliebten Menschen wird Kindern und Jugendlichen erst nach und nach im Alltag klar, was der Verlust für sie bedeutet. Der Alltag bekommt ein „fremdes Gesicht“ z.B. durch das morgendliche Fehlen des mütterlichen Abschiedes. Die Schulgemeinde kennt oft keine der Trauer entsprechenden, auffangenden Gesten und Verhaltensweisen. Innerhalb der Traueraufgabe des Sich-Anpassens an den neuen Alltag setzt sich der Jugendliche noch einmal heftig mit dem Vergangenen auseinander. Tiefe Sehnsucht und heftiger Abschiedsschmerz brechen neu auf. Der junge Mensch spürt den Wunsch, zum normalen Leben zurückkehren zu wollen. Das Leben

bahnt sich allmählich einen neuen Weg – ohne den geliebten Toten. Es entstehen neue Bezüge, neue Schwerpunkte. Der Jugendliche hat sich nach der aktiven Trauerarbeitszeit verändert und ist gereift.

Trauerbegleiterinnen und -begleiter haben die Aufgabe, das Kind bzw. den Jugendlichen darin zu bestärken, seinen eigenen, neuen Weg gehen zu dürfen, und ihm dabei unterstützende Angebote zu machen. Das Tempo und die Richtung werden allein vom Trauernden bestimmt. Wir werden ihn darin unterstützen, wieder Lebensfreude haben zu dürfen. Wichtig sind auf diesem unsicheren Weg ins neue Leben, dass wir Verlässlichkeit bieten und keine vagen Absprachen treffen.

9.4 Der verstorbenen Person einen neuen Platz geben

„Oma wohnt jetzt in mir drinnen! Mamas Kraft wohnt jetzt im Himmel und das Liebe in mir!“ (Franz, 2008, 97) sagen Kinder und Jugendliche, die sich mitten in der aktiven Bewältigung der vierten Aufgabe befinden. Sie bauen eine neue Bindung, eine neue Form von Beziehung zu dem Toten auf (Paul, 2000). „Erinnerungen sind einer der sichersten Orte für den Verstorbenen. Hier finden wir ihn immer wieder und hier können wir ihn selbst aufsuchen“ (Finger, 2008, 205).

Der junge Mensch hat den Verlust als Realität seines Lebens akzeptiert. Es ist aber weiterhin keine Garantie, dass er den Trauerprozess endgültig abgeschlossen hat. Manchmal genügen unscheinbare Anlässe, wie z.B. ein Geruch oder ein Kleidungsstück, um erneut heftige Trauergefühle auszulösen. Diese Traueraufgabe ist großen Stimmungsschwankungen ausgesetzt: Im Erinnern nähern sie sich dem Verstorbenen und halten das fest, was sie mit ihm verbinden, und im Abschiednehmen trennen sie sich wieder von ihm. Es kann eine Zeit der Ruhelosigkeit sein.

Trauerbegleiterinnen und -begleiter können den Jugendlichen aktiv darin unterstützen, dem Verstorbenen einen neuen inneren Platz zuzuweisen. Mit ihm gemeinsam im Rahmen der Familie oder seines Freundeskreises können neue „Verortungen“ geschaffen werden z.B. über Rituale an den Erinnerungstagen. Der suchende, junge Mensch braucht die äußere Erlaubnis, sich trennen und wieder auf neue Weise verbinden zu dürfen.

9.5 Neue Sinnfindung

Chris Paul fügt eine weitere, zentrale Traueraufgabe hinzu: „Ohne neue Sinnfindung wird kein Mensch auf Dauer leben können“ (Paul, 2009, 7). Die

jungen Menschen, aber auch die begleitenden Erwachsenen haben durch die Bewältigung des Verlustes ein neues Selbstverständnis vom Leben gewonnen und wertvolle Erfahrungen für das eigene Leben und die eigene Persönlichkeit gemacht (Franz, 2008). An dieser Stelle der Traueraufgabenbewältigung und in diesem Zusammenhang der neuen Lebensansicht begibt sich der Jugendliche in einen neuen Sinnfindungsprozess (Paul, 2009).

Trauerbegleiterinnen und -begleiter sind aufgefordert, sich selbst ernsthaft mit der Sinnfrage des Lebens, mit Werden und Sterben auseinanderzusetzen. Trostsuchende haben ein sensibles Empfinden für die Wahrhaftigkeit und Authentizität gegebener Antworten. Wir begleiten den jungen Menschen in seinen aufbrechenden Fragen und würdigen bereits Bewältigtes. Wir dürfen ihm Hoffnungsträger sein und er kann darüber vielleicht wieder Hoffnung in sich selbst aufkeimen lassen. Es ist bei der Aufgabe der Sinnfindung für den jungen Menschen als auch für den Begleiter wichtig zu erkennen, dass sich die gemeinsame Trauerarbeit allmählich auf ein Ende zu bewegt. Gerade in der Trauerarbeit können das Benennen, das Begreifen und das gegenseitige Anerkennen eines erreichten Ziels Zeichen für einen gelungenen Prozess sein. Das Loslassen wird dem Begleiter mitunter auch nicht leicht fallen. Aber hier zeigt sich professionelles Handeln. Natürlich hat der Jugendliche die Möglichkeit, jederzeit mit uns wieder Kontakt aufnehmen zu können, sei es, um über „sein Leben danach“ zu berichten oder um sich bei wieder aufbrechender Trauer eine Zeit des Wieder-Anlehns zu nehmen.

9.6 Unser Fazit aus zwei Jahren Trauerarbeit mit Jugendlichen

Über zwei Jahre haben wir Trauerbegleiterinnen und -begleiter des Projekts „diesseits“ nun Erfahrungen gesammelt. Dabei hat sich für uns die Anlehnung an das Traueraufgabenmodell für Erwachsene nach Worden/Paul als hilfreich erwiesen. Mit ihm können wir auch Jugendlichen einen aktiven Ansatz der Trauerbewältigung aufzeigen und sie auf ihrem individuellen Weg unterstützen und ermutigen.

10. Träger, Finanzierung und Netzwerk

Das Projekt „diesseits“ ist – wie bereits erwähnt – ein Kooperationsprojekt der katholischen Innenstadtpfarre Franziska von Aachen und des Malteser Hilfsdienstes in Aachen. Trauerseelsorge ist ein Schwerpunkt im Pastoral-konzept der Pfarre Franziska von Aachen. Das Projekt „diesseits – Junge Menschen trauern anders“ ist somit in die Seelsorge der Pfarrei Franziska

von Aachen eingebettet. In einem Kooperationsvertrag sind die Aufgaben und Pflichten der beiden Träger beschrieben. Das Projekt wird finanziell von der Pfarrei Franziska von Aachen und dem Malteser Hilfsdienst in Aachen getragen. Jeder Träger stellt eine hauptamtliche Mitarbeiterin, beide fungieren als Leiterinnen des Projektes. Die Räumlichkeiten stellt die Pfarre Franziska von Aachen zur Verfügung, die Öffentlichkeitsarbeit übernehmen die Malteser in Aachen. Die laufenden Kosten werden geteilt. Für die Sicherung von „diesseits“ und zum Ausbau weiterer Angebote werden Sponsoren gesucht. Dazu wurde ein spezieller Flyer entwickelt, mit dem potentielle Sponsoren angesprochen werden.

Das Projekt hat seinen Sitz im Studentenviertel in Aachen. Ein großer Raum mit Fensterfront zur Straße wird als Gruppenraum genutzt und gestaltet. Darüber hinaus stehen „diesseits“ weitere Räume im Pfarrhaus zur Verfügung wie das Kaminzimmer, die Kapelle und das Büro der Projektleiterin. In diesen Räumen können Einzelgespräche, Kleingruppenarbeit oder meditative Sitzungen stattfinden. „diesseits“ startete als Multiplikatorenprojekt.



Abb. 2: Werbepostkarte von „diesseits“ (Vorder- und Rückseite)

Ein wichtiger Bereich des Projekts ist Öffentlichkeitsarbeit, um „diesseits“ in der Bevölkerung bekannt zu machen und die Adressatengruppe der Kinder zu erreichen (z.B. durch Informationsflyer, Postkarten, Beiträgen in unterschiedlichen Medien etc.). Wichtig ist es darüber hinaus, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und anderen relevanten Institutionen über die Arbeit des Projekts zu informieren. So gibt es Verbindungen zur Jugendhilfe der Städteregion, zum Kreis der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, zur Katholischen Hochschule NRW in Aachen, zur RWTH Aachen, zur Universitätsklinik (insbesondere zur Palliativstation und zur Kinderonkologie-Station), zum Bildungswerk Aachen, zur Familienbildungsstätte Helene-Weber-Haus, zu IN VIA Aachen e.V. (fusioniert mit der

Elternschule), zu Schulen und Kindergärten, zum WDR, zum lokalen Fernsehsender Center TV, zur lokalen Presse und zu anderen Trauerinitiativen für Kinder und Jugendliche. Das Projekt „diesseits“ ist ferner Mitglied im palliativen Netzwerk Aachen, bei den Aachener Hospizgesprächen und in der diözesanen Trauerkonferenz. Auf ein gutes Netzwerk wird bei „diesseits“ großen Wert gelegt. Der leitende Gedanke dabei ist, dass es bei den zahlreichen Angeboten für Trauernde nicht um Konkurrenz gehen kann, sondern der Mensch in seiner Trauer im Mittelpunkt stehen sollte.

11. Unsere Erfahrungen mit dem Projekt „diesseits“

Unsere Arbeit im Projekt ist anspruchsvoll und anstrengend. Wir werden mit vielen tragischen Geschichten konfrontiert und manchmal kommen auch wir zu einem Punkt, an dem wir – von der Trauer sehr bewegt – nicht mehr weiter wissen. Zum einen ist es dann gut, in einem Team sicher aufgehoben zu sein. Besonders genießen wir die unterschiedlichen Blickweisen, die durch das Lebensalter und die Lebenserfahrungen der unterschiedlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entstehen. Der zwanzigjährige Ehrenamtler und die fünfzigjährige Hauptamtlerin sehen die Welt naturgemäß mit anderen Augen und können sich gegenseitig mit ihren Sichtweisen bereichern – und davon profitieren nicht zuletzt die Kinder und Jugendlichen bei „diesseits“. Zum anderen helfen Supervisionen, Reflexionen und Gespräche, sich in der Rolle des Trauerbegleiters zu festigen und wieder neu gestärkt den Kindern und Jugendlichen zuwenden zu können.

Nicht zuletzt bekommen wir alle im Team – so trivial dieser Satz zunächst auch klingen mag – sehr viel zurück: Aus der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen ziehen wir viel Kraft, die wiederum diesen zu Gute kommt. Es ist so schön zu sehen, wie die Kinder zügig zu den wirklich wichtigen Themen kommen. „Kindermund tut Wahrheit kund“: In unserer Arbeit machen wir die Erfahrung, dass Kinder meist sehr natürlich und spontan sind, sie „verklausulieren“ ihre Trauer nicht, wie dies Erwachsene oft tun. Dies erlaubt eine intensive, authentische Arbeit mit der kindlichen Trauer. Immer wieder überraschen uns die Kinder in ihrer Art, mit Trauer umzugehen. Sie sind ganz tief in ihren negativen Emotionen und schon im nächsten Moment wieder frei davon. Wir lassen uns gern auf diese Sprunghaftigkeit der Kinder ein und profitieren von der sich ergebenden Dynamik. Wir wissen um die selbstschützenden Trauerpausen, die sich die Kinder nehmen, und gehen darauf ein. Dies unterscheidet die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen deutlich von der Arbeit mit Erwachsenen.

Die Arbeit mit den Kindern bei „diesseits“ erleben wir in hohem Maße als bereichernd und sinnstiftend. Wir gehen auf in der persönlichen Begegnung, innerhalb der Gruppe genauso wie innerhalb des Teams. Alle haben sich gegenseitig im Blick. Das Wir-Gefühl unter den Trauerbegleitern und -begleiterinnen wird weitergegeben an die Kinder. Wir sehen auch, dass die Kinder gegenseitig sehr aufeinander achten. Sie halten es miteinander aus, hören aufmerksam zu, wenn es um die Trauer eines anderen geht und flüchten nicht aus der Situation. Sie wissen oft viel besser, was dem anderen in einer bestimmten Situation gut tut. Kinder sind sehr klar. Ohne Kompromisse fordern sie ein, was sie brauchen. Oft können wir die Impulse aufnehmen, die sie geben. Dabei lernen wir selbst sehr viel von den Kindern. Abschließend möchten wir daher die Kinder in ihrer Offenheit, Ehrlichkeit und Kindlichkeit selbst zu Wort kommen lassen:

- *„Und ich sage heute nichts“* [dreht sich um und sagt in der ganzen Stunde nichts]
- *„Ich lasse sogar das Ballett ausfallen, um nach hier zu kommen.“*
- *„Ich kann jetzt leider nicht mehr kommen, weil die Schule anders ist.“* [gemeint ist eine Veränderung im Stundenplan]
- *„Es tut so gut, darüber sprechen zu können.“*
- *„Ich muss dauernd zum Friedhof und hier kann ich endlich darüber reden, wie es mir geht. Am Friedhof darf man nie sprechen.“*
- *„Heute war es richtig schön.“*
- *„Mein Papa wird jetzt auch bald sterben, der hat Krebs.“*
- [Auf die Frage, was der Verstorbene hinterlassen hat:] *„Mich!“*
- *„Wenn die Erwachsenen einmal traurig sind, gehen die auch traurig nach Hause.“*
- *Als Tim (6) zu malen versucht, was er fühlt, wenn er an seine kürzlich verstorbene Oma denkt, und ihn die Trauer zu erdrücken droht, stupst ihn Andreas einfach an. Tims Trauer ist vergessen und die beiden tollen umher. Ein wenig später setzt Tim sich wieder an den Tisch und malt ein Bild von der Beerdigung seiner Oma.*

Literatur

- Bowlby, J. (2006): Bindung und Verlust. Band 3. Verlust, Trauer und Depression. München: Reinhardt.
- Canacakis, J. u. Bassfeld-Schepers, A. (1994): Auf der Suche nach den Regenbogen-tränen. Heilsamer Umgang mit Abschied und Trennung. Gütersloh: C. Bertelsmann.
- Ennulat, G. (2012): Kinder trauern anders: Wie wir sie einfühlsam und richtig begleiten. Freiburg: Herder.
- Franz, M. (2008): Tabuthema Trauerarbeit: Kinder begleiten bei Abschied, Verlust und Tod. Werl: Don Bosco Verlag.
- Finger, G. (2008): Wie Kinder trauern. So können Eltern die Selbstheilungskräfte ihrer Kinder fördern. Freiburg: Kreuz.
- Jaede, W. (2007): Kinder für die Krise stärken. Selbstvertrauen und Resilienz fördern. Freiburg: Herder.
- Jarratt, C.J. (2006): Trennung, Verlust und Trauer. Was wir unseren Kindern sagen, wie wir ihnen helfen. Weinheim: Beltz,
- Jungbauer, J. (2013): Trauer und Trauerbewältigung aus psychologischer Perspektive. In: J. Jungbauer u. R. Krockauer (Hrsg.), Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (S. 49-70). Opladen: Budrich-Verlag.
- Kast, V. (1982): Trauern. Freiburg: Kreuz.
- Kast, V. (1988): Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Freiburg: Kreuz.
- Paul, C. (2000): Wie kann ich mit meiner Trauer leben? Ein Begleitbuch. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2009): Traueraufgaben nach Worden. Bonn: Unveröffentlichtes Skript.
- Reinthalder, M. u. Wechner, H. (2010): Plötzlich bist du nicht mehr da. Tod und Trauer von Jugendlichen. Innsbruck: Tyrolia.
- Schins, M.T. (2001): Und wenn ich falle? Vom Mut, traurig zu sein. München: dtv.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.).(2005). Tote begraben und Trauernde trösten. Bestattungskultur im Wandel aus katholischer Sicht. Verfügbar unter <http://bit.ly/TP2bnH>
- Specht-Tomann, M. u. Tropper, D. (2010): Zeit des Abschieds: Sterbe- und Trauerbegleitung (7. Auflage). Ostfildern: Patmos.
- Stutz, E. (2008): Tod und Trauer im (Er-) Leben von Kindern. Möglichkeiten der Begleitung durch die Soziale Arbeit. Saarbrücken: VDM-Verlag.
- Worden, W.J. (1986): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Bern: Huber,
- Worden, W.J. (2011): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.

Unterstützung von Frühgeborenen, chronisch und schwerkranken sowie behinderten Kindern und ihren Familien.

Der BUNTE KREIS in der Region Aachen e.V.



Monika Janssen

Der folgende Beitrag lässt sich in zwei Abschnitte unterteilen. Im ersten werden die wichtigsten Aspekte der Arbeit des BUNTEN KREISES beschrieben. Hierzu erläutert die Autorin die Idee der Bunten Kreise und die damit einhergehenden Leitprinzipien und Ziele. Abschließend geht sie auf die zu Grunde liegende Methode des Case Managements ein. Im zweiten Abschnitt wird die Geschichte eines kleinen Jungen namens Julius erzählt, der und dessen Familie von einer Mitarbeiterin des BUNTEN KREISES Aachen begleitet wurden. Es ist eine sehr bewegende Geschichte, die von der Autorin zum einen deswegen erzählt wird, da sie der Umgang der Eltern mit dem Tod ihres Kindes, die Art ihrer Trauerbewältigung und ihre positiven Energien sehr beeindruckt haben und sie ihnen damit auch ihren besonderen Respekt zollen möchte. Zum anderen veranschaulicht Julius' Geschichte und der Umgang der Mitarbeiterin damit anschaulich die Arbeit des BUNTEN KREISES und macht diese für den Leser greifbarer.

1. Hintergrund und Anliegen

1.1 Die Idee

Während der stationären Klinikbehandlung sind das kranke Kind und seine Familie aufgrund der medizinischen Versorgung und der Infrastruktur der Klinik sicher aufgehoben. Bei Entlassung stellen sich zu Hause oft neue Fragen, die nicht selten mit unvorhergesehenen Problemen einhergehen. Die jederzeit verfügbare Kompetenz der Klinik fehlt und viele Familien realisieren erst jetzt, welche Auswirkungen Krankheiten oder Behinderungen auf den Alltag und somit das gesamte Familiensystem haben.

Darüber hinaus sind viele Familien in einem immer unübersichtlicher werdenden Sozial- und Gesundheitswesen mit der Bewältigung der Krankheit

und insbesondere mit der Durchführung der notwendigen Behandlungsmaßnahmen überfordert. Nicht selten sind die Leistungen des Gesundheitssystems eingeschränkt oder nur erschwert zu erreichen. So fallen Familien nach einem stationären Aufenthalt oftmals in ein Versorgungsloch, da sie mit einer Vielzahl von Aufgaben konfrontiert werden und folglich überlastet sind: sie müssen ein Krankheitsverständnis aufbauen, die Therapien selbst bzw. durch Fachkräfte sicherstellen sowie den Alltag an die Krankheit und Therapien anpassen.



Abb. 1: Der BUNTE KREIS arbeitet im multidisziplinären Team

Zudem ist jedes Familienmitglied, sowohl die Eltern als auch die Geschwisterkinder, in diesen Prozess involviert und muss sich persönlich mit der veränderten Lebenssituation auseinandersetzen, um die Krankheitsakzeptanz und -bewältigung zu gewährleisten. Hinzu können weitere Erkrankungen in der Familie bzw. psychische, soziale, finanzielle oder kulturelle Probleme kommen, die zu weiteren Überforderungssituationen führen, die Therapieerfolge gefährden und folglich die gesamte Lebenssituation der Familie in Mitleidenschaft ziehen (vgl. beta Institut, 2007, Kap. 4). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, erneute stationäre Einweisungen, Komplikationen oder Spätfolgen und somit die Gefährdung des medizinischen Behandlungserfolges können die Folge sein (vgl. Porz et al., 2003, 15). Oftmals bedürfen

die Familien einer stützenden Nachsorge als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Betreuung (vgl. Porz et al., 2009, 90), eine Schnittstelle, an der die Arbeit der BUNTEN KREISE ansetzt.

Der BUNTE KREIS in der Region Aachen e.V. bietet sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V an und richtet sein Angebot an Familien mit Frühgeborenen, chronisch und schwerstkranken sowie behinderten Kindern und Jugendlichen beim Übergang von einem stationären Aufenthalt auf dem Weg nach Hause. Im Wesentlichen beinhaltet die sozialmedizinische Nachsorge die Analyse des Versorgungsbedarfs des Kindes, die Koordinierung und Vernetzung der verordneten Leistungen sowie Motivationsarbeit und psychosoziale Beratung in den Familien.

1.2 *Die Leitprinzipien*

Die Idee der interdisziplinären Nachsorge in der Pädiatrie hat ihren Ursprung in Augsburg. Vor 20 Jahren haben sich Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen der Kinderklinik Augsburg mit dem Ziel zusammengeschlossen, dass Kinder aus der Klinik früher entlassen und kontinuierlich begleitet werden. Es wurde ein praxisfähiges Nachsorgekonzept für Familien mit chronisch, krebs- und schwerstkranken Kindern entwickelt (vgl. Porz et al., 2003, 15).

Die Nachsorge nach dem Modell „Der Bunte Kreis“ ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Systemintegrierende Vernetzung aller Hilfepartner (wie z.B. Klinik, niedergelassene Kinderärzte, Therapeuten etc.) durch einen Case Manager;
- ein multidisziplinäres Team mit einschlägiger Ausbildung und Erfahrung;
- die ganze Familie ist „Patient“;
- ganzheitliche Hilfe;
- Hilfe zur Selbsthilfe;
- am Bedarf orientierte, auf die jeweilige Familie bezogene Hilfsangebote (vgl. Porz et al., 2009, 92f.)

Heute arbeiten bundesweit 75 Einrichtungen nach dem Augsburger Nachsorgemodell „Der Bunte Kreis“. Der BUNTE KREIS in der Region Aachen e.V. wurde im September 2001 nach der Augsburger Konzeption gegründet. Alle Buntten Kreise arbeiten nach einheitlichen Leitprinzipien und Qualitätskriterien.

1.3 *Ziele der Nachsorge*

Die sozialmedizinische Nachsorge setzt am individuellen Bedarf des Patienten an und versucht insbesondere bei hoch belasteten Kindern, den erzielten Behandlungserfolg zu stabilisieren und sicherzustellen. Die Ziele der sozialmedizinischen Nachsorge sind durch den Gesetzestext nach § 43 Abs. 2 SGB V und die Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vorgegeben:

- „Sicherung und Verbesserung des Behandlungserfolges;
- Verkürzung, ggf. Vermeidung von stationären Aufenthalten;
- Förderung der individuellen Krankheitsbewältigung;
- Förderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität;
- Integration der Krankheit in den Alltag.“ (Qualitätsverbund Bunter Kreis, 2005, 6)

Diese Ziele können darüber hinaus durch die intern definierten Ziele einer Nachsorgeeinrichtung spezifiziert und erweitert werden.

1.4 *Das Case-Management*

Die sozialmedizinische Nachsorge basiert auf der Methode des Case Managements. Die komplexe Problemlage der Familien erfordert eine hohe Fachkompetenz in der Nachsorge. Der Case-Management-Ansatz der Nachsorge soll zu einer besseren Abstimmung aller Behandlungsmaßnahmen sowohl im medizinischen als auch im psychosozialen und sozialrechtlichen Bereich führen (vgl. Porz, 2009, 94). Dabei geht es um die Optimierung von Prozessen in der Versorgung der Familien, um die Prozessverantwortung und damit Fallführung, um die Aktivierung von Selbsthilfe sowie Transparenz des Prozesses für alle Beteiligten (vgl. Wendt, 2009, 14).

In der Praxis bedeutet das, dass die Case Managerin die notwendigen Maßnahmen mit der Familie organisiert und koordiniert. Sie vernetzt an kompetente Helfer aus allen Bereichen, in denen Hilfe notwendig ist: ärztliche, pflegerische, therapeutische, seelsorgerische, soziale, organisatorische, finanzielle Helfer etc. (vgl. Porz et al., 2009, 95). Die persönliche Begleitung der Familie findet auf der Fallebene, die Kooperation und Vernetzung der Partner, die für den Patient und seine Familie die Leistungen erbringen, auf der Systemebene statt (vgl. beta institut, 2008, 6).

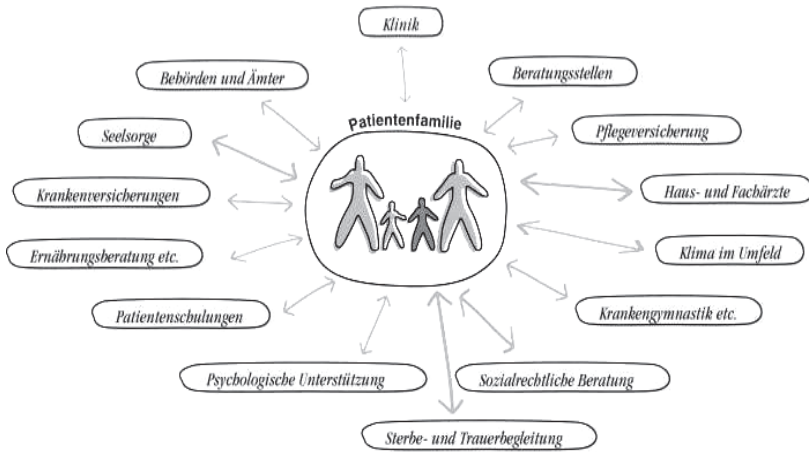


Abb. 2: Relevante Leistungspartner (Portz et al., 2003, 17)

2. Die Geschichte vom kleinen Julius

Ich möchte von Julius erzählen, der heute nicht mehr lebt. Unsere damalige Case Managerin Maria⁷ hat die Familie lange Zeit begleitet. Ich habe die Mutter und Maria besucht, um mit ihnen darüber zu sprechen, was vor drei Jahren passiert ist.

Julius kommt am 26. Februar 2008 in der 34. Schwangerschaftswoche zur Welt – ein absolutes Wunschkind, das erste Kind der Eltern. Er ist ein gesunder, kräftiger Säugling. Sicherlich etwas zu früh geboren, aber der lebensstüchtige Kerl holt die fehlenden Schwangerschaftswochen rasch auf. Seine Mutter erinnert sich: „Julius war ein quicklebendiges Strahlmännchen!“

Schon bald können die Eltern die Klinik verlassen und das neue Glück genießen. Ein Glück, wie es viele Familien erleben. Entwicklungsauffälligkeiten gibt es keine, nichts deutet darauf hin, dass das Kind schon wenige Monate später schwer erkranken wird. Im Mai 2008 kommt es unerwartet zu einer Leistenoperation, was auch zunächst nichts Außergewöhnliches ist. „Nach der Operation war alles anders“, erzählt die Mutter. „Julius lag wie eine Puppe in meinem Arm.“ Sie führt dies auf die Operation und seine Frühgeburtlichkeit zurück, die ihn in seiner Entwicklung verlangsamt haben

⁷ Die Namen aller Beteiligten des Fallbeispiels sind Pseudonyme.

könnten. Doch Julius erholt sich nicht. Von anderen Seiten erhält sie den Rat, doch erst mal abzuwarten. Später verordnete Physiotherapie schlägt nicht wirklich an. Julius ist schnell erschöpft, das Bewegen fällt ihm sichtlich schwer, er hat wenig Kraft.

Im August des Jahres 2008 erhält die Mutter einen Anruf der Kinderarztpraxis, die empfiehlt, Julius in die Klinik mit dem Verdacht auf Muskelatrophie einweisen zu lassen. Das Telefonat trifft die Mutter sehr, damit hat sie nicht gerechnet. Muskelatrophie – das Internet gibt ihr rasch eine Antwort auf diese Verdachtsdiagnose: eine lebenslimitierende Erkrankung, bei der die Muskeln immer mehr abbauen, es folgen Lähmungen und schließlich Atemstillstand.

Aufgrund eines folgenden Fieberinfektes wird Julius an einem Freitag in die Klinik eingewiesen. Untersuchungen und Diagnostik laufen an, bis der Familie nach einigen Tagen die Diagnose bestätigt wird: infantile spinale Muskelatrophie Typ Werdnig-Hoffmann – so der Fachbegriff - die schwerste Ausprägung dieser Erkrankung, die zum Tod des Kindes führen wird. Auch wenn der Verdacht bereits im Raum stand, trifft es die Eltern wie ein Schlag - nun haben sie es schwarz auf weiß.

„Das hat mich in dem Moment erschlagen. Regelrecht erschlagen“, beschreibt die Mutter ihren Zustand. „Wir waren ohnmächtig, fassungslos, als wenn man seiner Sinne beraubt wird. Das war nicht mehr greifbar“,

beschreibt sie weiterhin die ersten Momente danach. Doch da liegt der kleine Kerl, der seine Eltern so sehr braucht. Und das spüren die Eltern.

„Unser Kind braucht uns jetzt. Bei allem Schmerz, bei aller Trauer: uns war von Anfang an klar: die Zeit, die uns mit Julius noch zur Verfügung steht, wollen wir leben“, sagt die Mutter.

Die Prognose der verbleibenden Lebenszeit ist nicht gut. Julius soll kein Jahr alt werden. Es ist Mitte September. Wenige Monate sollen der Familie mit Julius noch bleiben. Nur wenige Monate – Welch ein Gedanke. Ich frage mich, wie lässt sich solch ein Gedanke aushalten – wie soll man damit leben? Die Eltern wollen nur noch eins: nach Hause - mit ihrem kleinen Julius in gewohnter Umgebung sein.

Noch am Tag der Diagnoseverkündung verlässt die Familie die Klinik. Bereits in der Klinik wird der Familie die Unterstützung durch den BUNTEN KREIS angeboten. Der Klinik-Sozialdienst nimmt Kontakt zum BUNTEN KREIS auf, mit der Bitte, sich bei der Familie zu Hause zu melden und diese zu begleiten. Ich frage die Mutter, wo sie den Mut und die Kraft hernahm, mit allem umzugehen.

„Meine Art der Trauerbewältigung war meine Offenheit. Von Anfang an sind wir offen mit Julius' Krankheit und seinem Tod umgegangen - bei allem Schmerz. Aber wir wollten die Zeit, die uns blieb, mit ihm LEBEN. Das gab mir den Mut und die Kraft, die ich brauchte. Auch wenn es nicht leicht war. Von Anfang an waren Familie und Freunde um uns herum. Wir haben ganz, ganz viel geredet. Die Krankheit saß nicht wie ein schwarzer, schweigender Schatten am Tisch, sondern sie war ein Bestandteil unseres Alltags. Julius war unser Kind und brauchte seine Eltern“, erzählt mir die Mutter.

Zu dem Zeitpunkt ist die Mutter erneut schwanger. Die Chancen, ein gesundes Kind zu bekommen, liegen aufgrund eines seltenen Gen-Defektes beider Elternteile bei 1:4. Nach wenigen Wochen verliert die Mutter das Ungeborene.

Wenige Tage wieder zu Hause meldet sich der BUNTE KREIS bei der Familie. Die Mutter nimmt die Unterstützung an und vereinbart einen Termin. Ich bin bei dem Gespräch dabei. Bei der ersten Kontaktaufnahme berichtet die Mutter über die Situation. Sie betont, wie brutal die Diagnose sie getroffen hat, wie sehr sie sich dennoch damit auseinandersetzt. Sie will mehr wissen. Was kommt wirklich auf sie zu?

Der Vater sitzt nicht mit am Tisch. Er sitzt auf der Couch und hält Julius auf dem Arm. Man sieht dem kleinen Kerl seine Schwäche an. Er lächelt. Nach dem Aufnahmegespräch meldet sich Maria als Case Managerin, die die Familie nun begleiten wird, bei der Familie zum Kennenlernen:

„Ich erinnere mich gut. Die Mutter überhäufte mich mit Fragen. Sie wollte alles wissen, alles ihr Mögliche tun. Die Mama hatte einen klaren Plan. Vielleicht war das ihre Art der Bewältigung. Sie wollte sich auf den Tod vorbereiten. Was der Tod letztendlich bedeutete, das weiß man im Vorfeld nicht. Aber sie wollte es geregelt wissen. Ich hatte das Gefühl, dass die Krankheit erst mit unserem Gespräch bei der Mutter angekommen war. Und damit wollte sie alles tun, was in ihren Möglichkeiten lag.“

Bereits im Erstgespräch wird der Antrag für einen Schwerbehindertenausweis ausgefüllt, ein Antrag auf Pflegegeld und einen Pflegedienst gestellt. Die Eltern wünschen Monitor, Sauerstoffgerät, Absaug- und Beatmungsgerät. Das sind schon viele Dinge, die nicht unbedingt im Erstgespräch besprochen werden. Selbst über ein Kinderhospiz und die Beerdigung wird gesprochen. „Die Mutter wollte es geregelt haben. Sie wollte wissen, was auf sie zukommt und was dafür nötig ist. Das erlebte ich selten im Erstgespräch“, erinnert sich die Case Managerin Maria.

„Die Mama war in ihrem Schockzustand einige Schritte voraus. Sie fing an, sich ihre Trittsteine zurechtzulegen. Was ich für mich und meine Unterstützung daraus hörte, war der Hilferuf der Mutter: LASS MICH NICHT ALLEIN AUF DIESEM WEG!“

hat Maria noch heute gut in Erinnerung.

„Und dieses Versprechen konnte ich der Mutter geben“, ergänzt sie. „Vielleicht gab mir auch die positive Energie des Kindes die Kraft zu diesem Versprechen“, sagt Maria nachdenklich. „Julius hatte immer, wirklich immer ein Lächeln im Gesicht. Ich habe ihn nur freundlich erlebt. Er hatte sehr ausdrucksstarke Gesichtszüge...er hat mit seinen Augen gesprochen.“

Der Vater ist zu dem Zeitpunkt noch nicht so weit. Er hält sich anfangs sehr zurück. Sein Vertrauen zur Mitarbeiterin des BUNTEN KREISES baut sich langsamer auf. Mit dem kranken Kind zu Hause fangen auch die bürokratischen Probleme an: der geplante Pflegedienst hat abgesagt. Die Unterstützung der Familie durch einen Pflegedienst ist unentbehrlich, ohne geht es nicht. Zudem muss der Pflegedienst zur Familie passen. Er verbringt sehr viel Zeit in und mit der Familie und erlebt den Familienalltag. Diese und andere Hürden kann die Case-Managerin der Familie aus dem Weg räumen, dafür ist sie da, auch wenn die Auseinandersetzung mit den auftretenden Schwierigkeiten den Eltern dennoch Kräfte entzieht.

Die Case-Managerin übernimmt die praktischen Dinge, die es zu regeln gilt. Die Mutter ist dankbar und erleichtert, dass sie das Bearbeiten von Anträgen und Widersprüchen delegieren kann, um sich ganz der Versorgung des Kindes widmen zu können. Für sie bietet die Begleitung durch den BUNTEN KREIS neben der eigentlichen Entlastung auch Gelegenheit, ihr Herz auszuschütten, sich die Last von der Seele zu reden. Denn sie ist da, die Last, die Angst vor dem, was kommt.

Die Angst vor einem plötzlichen Atemstillstand lässt der Mutter keine Ruhe mehr. Davon hatte sie im Forum gleich betroffener Eltern gehört. Sie bleibt ungewollt die ganzen Nächte wach. Sie muss wissen, dass ihr Sohn weiter atmet. Sie weiß, und das hat sich bei ihr eingebrannt, dass Julius irgendwann aufhören wird zu atmen. Diese Verantwortung behält sie für sich. Sie ist nicht in der Lage, diese an ihren Mann abzugeben, um einmal wieder durchzuschlafen und Kräfte zu tanken. Ein Überwachungsmonitor muss schnellstmöglich her, damit die Mutter wieder ihren Schlaf findet. Doch das geht nicht so einfach.

Mit anderer institutioneller Unterstützung gelingt es der Case-Managerin schließlich, einen Monitor zu organisieren. Drei Mal hört Julius zu Lebzeiten auf zu atmen.

„Und jedes Mal, wenn er ins Leben zurück kam, hatte er ein Lächeln im Gesicht“, weiß seine Mama. Die Mutter hat gelernt mit den Situationen umzugehen. Sie belebt ihr Kind immer wieder. „Ich habe einfach funktioniert. Da habe ich nicht mehr gedacht.“

Das Überwachungsgerät wird nur nachts genutzt. Die Mutter lässt ihr Kind nicht allein. Sie möchte stets bei ihm sein. Die Case-Managerin erkennt die zunehmenden Ängste und sieht die Anzeichen der Überforderung und versucht ganz bewusst, den Vater immer mehr mit ins Boot zu holen.

„In dieser Phase habe ich als Case-Managerin zunächst nur die Organisation der Versorgung übernehmen können. Ich hatte kaum Zeit, die Seelen-Sorgen der Eltern zu vertreiben, obwohl ich spürte, dass auch zwischen den Eltern Spannungen auftraten“, sagt Maria.

Es braucht Zeit. Nach einem Umzug im Dezember 2008 kehrt eine Art Alltag bei der Familie ein.

„Es machte sich eine deutliche Entspannung in der Familie breit“, erinnert sich Maria. „Die Eltern hatten sehr an Sicherheit gewonnen. Jeder hatte seinen Platz gefunden. Wir haben auch viel gelacht.“

Die Situation stabilisiert sich. Die Mutter versucht, soweit es ihr möglich ist, Julius und seine Bedürfnisse zu sehen und danach zu handeln. Was sie tut, das tut sie für Julius und nicht für sich. Das ist ihr wichtig. Sie sucht das Positive bei gleich betroffenen Familien über Internetforen. Und so vergehen die Monate. Weit in die Zukunft wird nicht geplant. Julius erlebt mit seinen Eltern Weihnachten. „Wir haben versucht, ein normales Leben zu leben. Die Zeit, die er da ist, wollten wir nutzen. Wir haben die Zeit sehr intensiv gelebt“, erzählt die Mutter. Am 26. Februar 2009 feiert Julius seinen ersten Geburtstag. Darüber sind die Eltern sehr glücklich: „Wir haben mit Julius alle Feste erlebt und gefeiert. Ein ganzes Jahr. Das war uns sehr wichtig und schön, erleben zu dürfen“, ergänzt die Mutter. Mittlerweile ist es April 2009. Die Stunden werden schwerer, denn die Eltern wissen, dass Julius nicht mehr lange bei ihnen bleiben wird. Julius kommuniziert nur noch mit seinen Augen. Seine Muskeln für ein Lächeln sind zu schwach. Sein Lachen kommt nun über seine Augen. Die Mutter setzt sich immer mehr mit dem Gedanken auseinander, wie das Leben ohne Julius sein wird. Sie leidet darunter, dass ihr Mann das Thema nur schwer an sich heran lassen kann.

„Die Mama brauchte unsere Gespräche, um sich so auf einen Abschied besser vorbereiten zu können“, sagt Case-Managerin Maria. Während der Zeit nimmt sie den Eltern immer wieder bürokratische Hürden, setzt sich mit Behörden, Anträgen und Widersprüchen auseinander. „Julius war ein sehr willensstarkes Kind. Er wusste genau, was er wollte und was nicht. So lehnte

er die Sauerstoffmaske ab. Er riss sie sich immer wieder vom Gesicht. Er wollte das nicht. Und das haben wir so akzeptiert“, berichtet die Mutter.

Der Zustand des Kindes verschlechtert sich zunehmend. Es nimmt nicht mehr an Gewicht zu. Bei einer Größe von 80 cm wiegt es nur noch 6,5 Kilogramm. Mittlerweile akzeptiert Julius nachts die Sauerstoffmaske. Julius hat ein drittes Mal einen Atemstillstand. Seine Mutter hat ihn reanimiert und ist mit ihm und dem Notarzt in die Klinik gefahren. Heute ist Julius sehr weinerlich. Er scheint Schmerzen zu haben. Ein Schmerzmittel stimmt ihn etwas ruhiger und lässt ihn entspannen. Die Mutter ist sehr auf Julius konzentriert. Auf die Idee, nach Schmerzmittel zu fragen, kommt sie nicht. Die einfachen Dinge kommen ihr nicht in den Kopf. Dennoch wirkt sie sehr ruhig und geduldig, wenn auch erschöpft.

Mit dem Kinderarzt, mit dem die Familie in sehr engem Kontakt steht, wird die Vorgehensweise im Notfall schriftlich festgelegt. Die Eltern möchten nicht, dass Julius intubiert wird – keine lebensverlängernde Maßnahmen für ihr Kind.

Der kleine Kerl erholt sich wieder und nimmt etwas an Gewicht zu. Ihm bleiben zwei Wochen Zeit, sein Gewicht zumindest zu halten, sonst bekommt er eine PEG, einen endoskopisch angelegten Zugang von außen zum Magen, und wird künstlich ernährt.

„Es war sicherlich eine schwere Situation. Immer wieder geriet die Mutter in einen Kreislauf von Übermüdung und Überforderung. Im Internet hatte sie in Foren Kontakt zu gleich betroffenen Eltern. Die Eltern wollten ihrem Kind keine quälenden lebensverlängernden Maßnahmen zumuten. Spitzte sich die Situation wieder mal zu, überkamen die Eltern Selbstzweifel und Verunsicherung. Immer wieder habe ich mit ihnen gesprochen und versucht, Orientierung und Halt zu bieten“,

erinnert sich die Case-Managerin. Im Mai 2009 bespricht die Case-Managerin mit den Eltern in Ruhe die Beerdigungsformalitäten. Es soll Zeit bleiben, sich von Julius zu verabschieden, wenn es soweit ist. Der BUNTE KREIS hat das, was möglich war, für die Familie auf den Weg gebracht. Die Case-Managerin bereitet die Familie auf ihren Rückzug und Abschluss vor. Noch einmal muss sie der Familie versprechen, dass sie da ist, wenn es soweit ist. Und das macht sie. Sie wird da sein, wenn es soweit ist. Im Juni ist die Situation ruhig und Case-Managerin Maria verabschiedet sich aus der Familie. Dennoch ist sie jederzeit für die Familie verfügbar. Die Eltern können sich jederzeit bei ihr melden. Das gibt Sicherheit.

Es ist ein Wechselspiel von Freude und Trauer. Denn Julius geht es nicht gut. Die hochkalorische Nahrung reicht nicht aus. Julius bekommt nun doch

eine PEG. Die Eltern wissen, dass Julius bald gehen wird. An einem heißen Juli-Tag ist die Herzfrequenz des Jungen sehr hoch, so dass der Kinderarzt ihn wieder in die Klinik einweist. Aber Julius will nicht beatmet werden. Immer wieder reißt er sich die Sauerstoffmaske aus seinem Gesicht. Die kleine Maske, die bei Frühgeborenen genutzt wird, akzeptiert er schließlich. Doch die Leistung der kleinen Maske reicht nicht aus. Julius bekommt Morphium, da die Schmerzen zu stark sind.

Die Mutter ist zu dem Zeitpunkt erneut schwanger, was mit sehr viel Freude und Hoffnung einhergeht. Abends wird Julius mit der großen Maske beatmet. Aber er will es nicht. Sein Puls ist auf 200 – trotz Sauerstoff. Der Mutter wird klar, dass Julius sterben wird. Sie weiß es. Sie erkennt, dass Julius nach Hause will. Sie weiß, dass er das Wochenende nicht überleben wird. Julius soll zu Hause in seiner gewohnten Umgebung sterben. Und so verlässt die Familie die Klinik. Es ist Freitagmorgen, der 10. Juli 2009.

Zu Hause angekommen ruft die Mutter die Case-Managerin an. Julius geht es sehr schlecht. Die Mutter muss zum Arzt. Der Vater ist bei Julius. Außerdem ist der Pflegedienst bei ihm. Bei Maria kommt der Anruf als ein Hilferuf an, und sie macht sich sofort auf den Weg. Bei der Familie angekommen, liegt Julius in den Armen seines Vaters und hat seinen letzten Atemzug gemacht.

Der Vater weint bitterlich. Die Pflegedienst-Schwester und Maria schaffen eine ruhige Atmosphäre zum Abschied nehmen. Sie zünden Kerzen an. Sie decken die beiden zu und lassen sie alleine. All die Zeit war der Vater nicht in der Lage auszusprechen, was ist, wenn Julius geht. Und nun hat Julius sich den Papa ausgesucht, um in seinen Armen zu sterben. Die Schwester und Maria kümmern sich, wie im Vorfeld besprochen, um das, was nun ansteht. Sie informieren den Kinderarzt, der sich sofort auf den Weg macht, und das Bestattungsinstitut.

Die Mutter kommt zurück. Schon während ihrer Untersuchung beim Arzt hat sie nur geweint. Sie hat es gespürt. Sie wusste, als sie das Haus verließ, dass Julius gehen wird - unterbewusst.

„Ich war wie taub...als wenn ich es gewusst hätte. Ich funktionierte nur noch“, erzählt mir die Mutter. „Ich war anfangs so verzweifelt, weil ich zu spät gekommen bin. Es war Maria, die mich davon abbringen konnte. Sie machte mir klar, dass Julius das so entschieden hat. Und so wie es war, war es gut.“

Die Mutter setzt sich zu ihrem Mann, der Julius noch im Arm hält. Sie nehmen sich die Zeit, sich von Julius zu verabschieden. Ruhe. „Der Vater wirkte apathisch, die Mutter wurde aktiv“, erinnert sich die Case Managerin. Die Mutter ruft Familie und Freunde an, damit auch diese die Möglichkeit haben,

sich von Julius zu verabschieden. Sie sucht für Julius etwas Schönes zum Anziehen heraus, was er auf seinem letzten Weg tragen wird. Maria hilft ihr, Julius einzukleiden. Familie und Freunde kommen zum Abschied nehmen. All die Zeit bleibt Maria bei der Familie, so, wie sie es versprochen hat.

„Viele waren da“, erinnert sich die Mutter, „das hat uns für den Abschied von Julius gut getan. Wir waren nicht allein.“ Ihr läuft eine Träne über die Wange. Auch mich berührt das sehr. „Wir sind von Anfang an offen mit allem umgegangen. Das hat uns während der Zeit sicherlich geholfen, damals wie heute den Tod von Julius zu verarbeiten. Darüber hinweg ist man nie“, sagt mir die Mutter. „Ich habe mir nie die Frage nach dem WARUM gestellt. Nie. Alles hätte sich nur im Kreis gedreht und ich wäre nicht mehr in der Lage gewesen, für Julius da zu sein. Mir war immer wichtig, dass mein Kind weiß: Mir geht es gut – ich bin für Dich da! Julius hätte nicht gewollt, dass wir schwach sind, wenn er geht. Und so konnten wir Julius mit einem guten Gewissen gehen lassen.“

Noch vor der Beerdigung ihres Sohnes verliert die Mutter ihr zweites ungeborenes Kind.

„Julius’ Eltern haben viele Verluste hinnehmen müssen“, schließt Maria ab. „Zunächst haben sie sich von der Zukunft mit einem gesunden Kind verabschiedet. Dann wurde diese Zukunft auf maximal ein Jahr reduziert. In dieser Zeit haben die Eltern zwei Kinder in der frühen Schwangerschaft verloren. Aber an einem Traum haben sie immer festgehalten: ihrem Traum von einem Leben mit einem gesunden Kind.“ Gedankenpause. „Ich habe sehr viel gegeben ... und sehr viel zurückbekommen. Ich habe die Familie sehr gerne auf diesem Weg begleitet. Das habe ich mit viel Herzblut und Engagement getan – ohne das kann es nicht gelingen.“

Die Zeit nach Julius’ Tod war von Trauer erfüllt. Die Eltern haben sehr zueinander gefunden, viel Zeit miteinander verbracht und viel gesprochen. Immer wieder kamen Familie und Freunde, und es wurde viel geredet. Und es wurde auch wieder gelacht. Denn Julius war ein durchweg positives Kind und hat bei den Eltern viel Freude hinterlassen. Der Gang zum Friedhof wurde für die Mutter zum Ritual.

„Im Laufe der Zeit konnte ich von diesem Ritual loslassen. Und das war o.k. so. Aus der Zeit mit Julius schöpfen wir bis heute sehr viel Kraft und positive Energie. Das Reden mit Familie und Freunden hat sehr zu unserer Trauerbewältigung beigetragen. Jeden Tag ein wenig trauern, statt zu verdrängen und zusammenzubrechen, das ist für uns

der beste Weg. Der Prozess der Trauerbewältigung, der ist NIE abgeschlossen. Julius lebt weiter mit.“

Damit beendet die Mutter unser Gespräch und nimmt Constantin auf den Arm. Constantin ist ihr Sohn, 18 Monate und kerngesund.

Literatur

- beta Institut gGmbH (Hrsg.)(2007): Praxishandbuch pädiatrische Nachsorge Modell Bunter Kreis. Augsburg: beta Institutsverlag.
- beta Institut gGmbH (Hrsg.)(2008): Jahresbericht 2008 – Alle Institutsprojekte im Überblick. Augsburg: beta Institutsverlag.
- Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R. u. Wendt, W.R. (Hrsg.)(2009): Case-Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Reinhardt.
- Porz, F., Erhardt, H. u. beta Institut (Hrsg.)(2003): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin – Neue Wege in der Nachsorge. Stuttgart: Georg Thieme.
- Porz, F., Erhardt, H. u. Podeswik, A. (2009): Case-Management in der Sozialpädiatrie – Das Augsburger Nachsorgemodell. In: Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R., Wendt, W.R. (Hrsg.): Case-Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit (S. 90-113). München: Reinhardt.
- Qualitätsverbund Bunter Kreis (2005): Ein Modell – Interdisziplinäre Nachsorge in der Pädiatrie (Broschüre). Augsburg.
- Wendt, W.R. (2009): Case-Management – Stand und Position in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R., Wendt, W.R. (Hrsg.): Case-Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. (S. 14-39). München: Reinhardt.

Ambulante Palliativversorgung durch Home Care Aachen. Entstehung, Konzept und Perspektiven

Bernd Wehbrink im Gespräch mit Beatrix Hillermann

Seit fast zehn Jahren begleitet Home Care Aachen schwerstkranke und sterbende Menschen mit einem qualifizierten Team aus ÄrztInnen und pflegerischen KoordinatorInnen in ihrer häuslichen Umgebung. Über achtzig Prozent der Home Care Patienten können so sicher und gut begleitet zu Hause sterben. Home Care Aachen hat damit den Weg von der Bürgerinitiative zur anerkannten Regelversorgung geschaffen. Beatrix Hillermann, zukünftige Leiterin des stationären Hospizes bei Home Care, führte das nachfolgende Interview vor Beginn ihres Dienstantritts mit Bernd Wehbrink, dem Geschäftsführer und Gründer von Home Care Aachen. Dieser zeichnet darin den gesellschaftlichen Entstehungshintergrund und den daraus resultierenden Gründungsimpuls der Initiative, deren spezifische Arbeitsweise und die Einflussnahme auf bundesweite Palliativgesetzgebung durch Home Care nach. Am Ende kommt er auf Visionen für die Zukunft der Palliativarbeit zu sprechen.

Beatrix Hillermann: *Vor welchem gesellschaftlichen Hintergrund entstand, rückblickend gesehen, die Idee, dass so ein Dienst wie Home Care nötig wäre?*

Bernd Wehbrink: Mit dem Wiederaufbau Deutschlands nach der Katastrophe des 2. Weltkriegs setzte eine starke Verdrängung des Themas „Sterben und Tod“ ein. Die Menschen wollten nach vorne schauen und hatten, selber oft traumatisiert, keine Kraft, sich intensiv mit diesem schmerzhaften Thema zu befassen. Das Sterben wurde in der Folgezeit Schritt für Schritt aus den Häusern und Wohnungen in die Institutionen verdrängt. Die Wissenschaft machte Fortschritte, Leistung wurde immer wichtiger, die zunehmende Werbung baute das Bild einer heilen Welt auf, in der Stärke, Schönheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit zählten. Schwäche, Krankheit und Sterben wurden dabei mehr und mehr an den Rand gedrängt. Die Krankenhäuser wurden immer stärker vom technischen Fortschritt und der Idee, dass Sterben eher ein „Betriebsunfall“ sei, geprägt. Wenn Sterben dann doch vorkam, was „leider“ nicht immer zu verhindern war, geschah es oft im Badezimmer.

Vor diesem Hintergrund fanden sich Ende der achtziger Jahre immer mehr Menschen, die einen solchen Umgang mit Sterben und Tod menschenunwürdig empfanden. Erste Hospizgruppen gründeten sich mit dem Ziel, das Sterben ins Leben zurück zu holen. Zeitgleich veränderte sich auch die soziale Gestalt der Familien. Das Thema Emanzipation bekam einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert, immer mehr Frauen wurden berufstätig. Ehepaare trennten sich in Krisen schneller als früher. Bis heute hält der Trend an, dass es viele allein erziehende Elternteile gibt und immer mehr Menschen alleine leben. Auch das spielte für die Idee eines menschenwürdigen Sterbens in häuslicher Umgebung eine bedeutende Rolle.

Beatrix Hillermann: *Warum wolltet Ihr vor diesem Hintergrund gerade die Situation sterbender Menschen zu Hause verbessern?*

Bernd Wehbrink: Mit drei IntensivpflegerInnen gründeten wir Anfang der neunziger Jahre den ambulanten Pflegedienst Bock. Zu der Zeit starben viele Menschen an AIDS. Oft gab es den Wunsch, entgegen der gesellschaftlichen Realität, zu Hause begleitet zu werden und dort sterben zu können. Wir waren bereit, Schwerstkranke und Sterbende zu Hause zu begleiten und dort auch ungewöhnliche und schwierige Pflegesituationen zu meistern. Wir waren z.B. die ersten, die zu Hause eine Infusionstherapie möglich machten.

1993 entstand dann eine enge Kooperation des Pflegedienstes mit einer hämatologisch-onkologischen Praxis, in der HIV-Patienten und onkologische Patienten behandelt und begleitet wurden. Das Thema „Sterbebegleitung zu Hause“ wurde immer dringlicher. Ein erster Vertrag mit der AOK konnte abgeschlossen werden, in dem die Infusionstherapie zu Hause durch den Pflegedienst abgerechnet werden konnte. In der Arbeit wurde aber immer deutlicher, dass die ärztliche Betreuung in der Ambulanz unter den damals herrschenden Bedingungen bei Patienten mit einer so aufwändigen Pflege unmöglich war. Das hatte zur Konsequenz, dass die meisten Menschen, auch wenn sie zu Hause sterben wollten, tatsächlich im Krankenhaus starben.

Beatrix Hillermann: *Wie seid Ihr dann auf die Idee gekommen, einen Dienst wie Home Care zu gründen?*

Bernd Wehbrink: Wir erfuhren von der Arbeit von Home Care Berlin, einem ärztlich-pflegerischen Team, das onkologische und HIV-Patienten bis zum Tod zu Hause begleitete. Die Berliner hatten einen ersten Vertrag mit den Krankenkassen ausgehandelt, in dem nicht nach Leistungen (z.B. Anlegen einer Infusion), sondern nach Zeiteinsatz abgerechnet wurde. Man musste mindestens dreißig Minuten beim Patienten sein, um eine bestimmte Ziffer im Rahmen einer Palliativbetreuung abrechnen zu können. Die Abrechnung nach Zeit ermöglicht, sehr viel besser, den Patienten das zu geben, was sie in dem Moment benötigen.

Intensive Kontakte zwischen Aachen und Berlin entstanden. Das Aacheener Team besuchte Home Care Berlin, um zu erfahren, wie die Arbeit und ihre Finanzierung dort funktionierten. Ziel war es, den Berliner Vertrag auch für Aachen auszuhandeln. Einige junge Ärzte und wir Mitarbeiter des Pflegedienstes Bock gründeten Home Care Aachen e.V.. Der Vorstand verhandelte mit den Krankenkassen, scheiterte aber. Die Kassen lehnten die Ideen ab, frustriert löste der Verein sich wieder auf.

Beatrix Hillermann: *Offensichtlich habt Ihr Euch dennoch nicht entmutigen lassen?! Das Anliegen blieb lebendig? Wie ging es nach der Absage der Krankenkassen weiter?*

Bernd Wehbrink: Die Frage, wie man sterbenskranke Patienten zu Hause qualifiziert, ärztlich-pflegerisch und mit ausreichender Zeit begleiten kann, blieb. Was gibt es für Alternativen zur Finanzierung über die Krankenkassen, haben wir uns gefragt. 2003 kam es dann zur Neugründung von Home Care durch die beiden Onkologen Dr. Leonard Habets (Aachen), Dr. Christoph Mainz (Würselen) und mich. Wir wollten versuchen, eine ärztlich-pflegerische Palliativbetreuung zu Hause auf Spendenbasis aufzubauen. Im September/Oktober 2003 wurden die ersten Patienten von dem Palliativarzt Johannes Wüller (heute ärztlicher Leiter von Home Care) und mir zu Hause betreut. Bis 2007 arbeitete Home Care allein über Spendenfinanzierung, konnte aber seinen Mitarbeiterpool nach und nach auf drei pflegerische Koordinatoren, zwei Ärzte und eine Verwaltungskraft erweitern. 2007 gab es dann doch endlich einen ersten integrierten Versorgungsvertrag mit der AOK.⁸

Seit 2004/2005 hatten wir Kontakte zur damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (Anm. d. Red.; vgl. das Geleitwort am Buchanfang). Frau Schmidt erkannte die Notwendigkeit einer qualifizierten hospizlich-palliativen Versorgung am Lebensende und suchte in ihrem Wahlkreis Aachen immer wieder das Gespräch mit uns. 2007 wurde dann schließlich das SGB V um den §132d⁹ erweitert, der die Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung (SAPV) regelt und endlich eine gesicherte Finanzierung für unsere Arbeit bereitstellte. So sind die in Aachen entwickelten Ideen und Strukturen für eine qualifizierte, palliative Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden in das Bundesgesetz mit eingegangen.

⁸ Nebenbemerkung (B. Wehbrink): In unserem deutschen Krankenversicherungssystem rechnet in der Regel jede Berufsgruppe die eigene Leistung mit der Kasse ab. Im integrierten Versorgungsvertrag können verschiedene Berufsgruppen, die für eine Sache arbeiten (hier: die Versorgung von schwerstkranken Menschen am Lebensende), eine Pauschale für ihre gemeinsame Leistung abrechnen.

⁹ Vgl.: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_132d.html.

Vom Gesetz bis zum Vertragsabschluss mit allen gesetzlichen Krankenkassen dauerte es dann noch einmal zwei Jahre. Beim Vertragsabschluss für eine nun gesicherte Finanzierung im Jahre 2009 arbeiteten wir bereits mit drei Ärzten, drei pflegerischen Koordinatorinnen und drei Verwaltungskräften. Wir hatten bis dahin schon 1.500 Patienten versorgt, von denen achtzig Prozent zu Hause sterben konnten und nur zwanzig Prozent wegen größerer Komplikationen im Krankenhaus verstarben.

Beatrix Hillermann: *Wie sieht Eure Arbeit heute aus?*

Bernd Wehbrink: Heute, im Jahre 2012, umfasst das Home Care Team, neben dem Geschäftsführer, sechseinhalb Ärztstellen (verteilt auf neun Personen), fünfeinhalb Stellen für pflegerische Koordinatorinnen (verteilt auf sechs Personen), 4,3 Verwaltungsstellen (verteilt auf fünf Personen), eine QM-Managerin und einen IT Beauftragten.

Es gibt Kooperationsverträge mit allen Palliativpflegediensten, die 2009 bei Vertragsabschluss bestanden. Das sind sieben Pflegedienste, die die Bereiche Aachen-Stadt, Nordkreis und Stolberg/Eschweiler abdecken. Über die Palliativpflegedienste sind sechzig Palliativpflegefachkräfte gemeldet, für deren Einsatz im Rahmen der SAPV Home Care die verantwortliche Leitung übernimmt. Die Tagespauschalen, die Home Care nach der neuen Gesetzgebung mit den Kassen abrechnen kann, werden auf die eigenen Mitarbeiter und die angeschlossenen Pflegedienste je nach Einsatz aufgeteilt.

Darüber hinaus bestehen Kooperationsverträge mit allen in der Städtereion tätigen ambulanten Hospizdiensten, die nach den gesetzlichen Rahmenvereinbarungen arbeiten (SGB V §39a Abs. 2¹⁰), außerdem mit einer Apotheke und einem Sanitätshaus. Diese Partner haben jeweils eigene Abrechnungssysteme.

Beatrix Hillermann: *Wie können die Menschen, die Eure Arbeit benötigen, nach der nun aktuellen Gesetzeslage zu Euch kommen?*

Bernd Wehbrink: Menschen, die an einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung leiden und deren Lebenserwartung absehbar begrenzt ist, können unter bestimmten Bedingungen vom Haus-, Fach- oder Krankenhausarzt SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung) verschrieben bekommen. Voraussetzung ist eine besonders schwierige medizinische oder auch psycho-soziale Problematik im Krankheitsgeschehen. Nach Genehmigung durch die Krankenkasse und Einsatzbeginn kann dann der mit den Kostenträgern vereinbarte Tagessatz abgerechnet werden.

Beatrix Hillermann: *Welche Unterstützung könnt Ihr schwerstkranken Menschen heute bieten?*

¹⁰ Vgl. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___39a.html.

Bernd Wehrbrink: Eine wichtige Unterscheidung zu einer „normalen“ Versorgung ist, dass es keine Zeitvorgaben gibt. Zeit wird nach Bedarf eingesetzt. Dem bei Home Care aufgenommenen Patienten steht 24 Stunden lang eine ärztliche Rufbereitschaft zur Verfügung. Es ist möglich, dass Patienten über Tage keinen Einsatz brauchen. Es ist aber auch möglich, dass bis zu 6 Einsätze am Tag geleistet werden müssen, je nach den Bedürfnissen der Patienten oder ihrer Angehörigen. Diese Einsätze können durch medizinische, pflegerische oder psycho-soziale Probleme veranlasst sein, die von unserem Team mit Zeit, Geduld und Fachkompetenz behandelt werden. Fast alle Home Care MitarbeiterInnen haben eine palliative Zusatzqualifikation. Die Selbstbestimmung der Patienten und der individuelle, phantasiereiche Arbeitsansatz spielt in unserer Philosophie eine große Rolle.

Ein Charakteristikum des Aachener Home Care Teams ist, dass es viele Ärzte gibt, die die Patienten im unmittelbaren persönlichen Kontakt betreuen. Es gibt nur in Ausnahmefällen telefonische Beratung. Es ist unsere Überzeugung, dass viele Probleme erst in der persönlichen Begegnung, in der der behandelnde Arzt mit allen Sinnen wahrnehmen kann, befriedigend gelöst werden können.

Zum Home Care Team gehören mittlerweile auch eine Sozialarbeiterin und eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin. Diese Stellen sind nicht refinanziert und werden durch Spenden getragen.

Home Care Aachen e.V. hat mit Beginn der Regelfinanzierung für das operative Geschäft eine gemeinnützige GmbH gegründet, deren alleiniger Gesellschafter der Verein ist. Darüber hinaus sammelt der Verein weiterhin Spenden für die nicht refinanzierten Stellen und zur Unterstützung bedürftiger Patienten oder ihrer Angehörigen. Hier sind in den letzten Jahren verschiedene Menschen unterstützt worden: Eine Brasilianerin ist beispielsweise zum Sterben nach Hause geflogen worden, Beerdigungskosten sind übernommen worden, Perücken für haarlose Tumorpatienten wurden finanziert etc.. Im Vorstand des Vereins werden zudem immer wieder neue Ideen entwickelt, der Vorstand ist für Home Care eine Art Denkfabrik.

Beatrix Hillermann: *Welche Visionen habt Ihr für Eure weitere Arbeit oder für die Arbeit im Rahmen „spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ in Deutschland?*

Bernd Wehrbrink: Wir sind dankbar, dass wir es geschafft haben, mit einer konkreten Initiative zur Verbesserung der Versorgung Sterbender im Raum Aachen Entscheidendes beizutragen und damit einer bundesweiten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ordentlich Schwung zu geben. Auf dieser eher politischen Ebene gibt es die Vision, die starken regionalen Unterschiede in der Verbreitung der SAPV zu verändern. Im Moment sind noch große Gebiete in Deutschland, in denen kein SAPV-Vertrag existiert. Die

Festschreibung, dass ein SAPV-Team ein Gebiet von 250.000 Einwohnern versorgt, wird im ländlichen Raum, wo Anfahrtswege viel weiter sind, als nicht realistisch angesehen und müsste dringend verändert werden.

In NRW gibt es neben der SAPV auch eine allgemeine Palliativversorgung (AAPV), die von den Hausärzten getragen wird. Diese Versorgung gerät aber schnell an ihre Grenzen, weil die beteiligten Hausärzte für ihre Patienten eine 24-stündige Rufbereitschaft sicherstellen müssen. Das ist neben einem normalen Praxisbetrieb kaum machbar. Der Wechsel von der AAPV in die SAPV ist für die Patienten schwierig und mit vielen Formalitäten verbunden. Wir wünschen uns hier eine größere Durchlässigkeit in den Systemen. Ich halte die Finanzierung der hausärztlichen Palliativeinsätze aus einem Palliativpool für sinnvoll. Bei der Berechnung der Refinanzierung müsste die Bereitstellung des Bereitschaftsdienstes stärker berücksichtigt werden. Die Bereitschaft ist eine „Seele“ der ambulanten Palliativarbeit. Sie verhindert den Einsatz des Notarztes und die Krankenhauseinweisung und führt letztendlich dazu, dass Menschen wirklich zu Hause sterben können.

Eine weitere Vision, die bald in die Tat umgesetzt werden soll, ist das Aufbrechen der ambulant-stationären Strukturen. Wir erleben immer wieder, dass die Betreuungssysteme von schwerstkranken Patienten zu Hause irgendwann überlastet sind. Manchmal hat man Glück, und es gibt einen freien Platz auf der Palliativstation. Diese darf aber eigentlich auch nur bei handfesten medizinischen Symptomen aufnehmen, die Überforderung der Angehörigen zählt nicht dazu. Auch das bestehende Hospiz ist manchmal Aufnahmeort, wenn es zu Hause nicht mehr weiter geht. Dort gibt es aber zurzeit lange Wartelisten und der Bedarf an stationären Plätzen wird mit der Zunahme von alten Menschen und Singlehaushalten eher noch wachsen.

Mit einem eigenen Hospiz, an das einige Wohnungen für Betreutes Wohnen angeschlossen sind, aber auch eine Kurzzeit- oder Tagespflege, je nach Bedarf von Patienten und Angehörigen, möchten wir die Lücke in Aachen schließen. Mir ist die Durchlässigkeit des Angebots extrem wichtig und das individuelle Einstellen auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten oder ihrer Angehörigen. Wir brauchen ein neues Denken. Bestehende Institutionen müssen permanent auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft werden und auf ihren Nutzen für die jeweiligen Menschen. So hoffen wir mit unserem neuen Angebot eine weitere Tür aufzuschließen, nämlich die Überwindung der starren Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im Hinblick auf ein flexibles Hin- und Her zugunsten der Patienten. Wir hoffen, dass die Kostenträger sich auch hier als flexibel erweisen.

Beatrix Hillermann: *Danke für das Interview!*

Home Care Aachen – Leitbild:

1. Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns.

Wir wollen immer die Würde des Patienten beachten, seine Selbstbestimmung respektieren und ihm mit Demut und Offenheit begegnen.

Wir wollen – als oberste Priorität – das Leid des Patienten mindern. Dafür nehmen wir uns die erforderliche Zeit.

Das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und zu erhalten ist uns wichtig.

2. Einbeziehung der Angehörigen

Wir wollen das familiäre Umfeld mit seinen Ängsten und Sorgen bestmöglich integrieren.

3. Wie wollen wir dem Patienten begegnen?

Wir wollen uns der übernommenen Verantwortung mit Absichtslosigkeit stellen. Unsere Haltung zeichnet sich aus durch Authentizität, Integrität und Gerechtigkeit.

Wir sorgen für uns selbst durch Selbstreflexion, Selbstfürsorge, um uns Lebensfreude und Humor zu erhalten.

Wir nutzen die im Team vorhandenen unterschiedlichen Fähigkeiten und Talente zum Wohle des Patienten.

4. Wie wollen wir im Team miteinander umgehen?

Die wesentliche Basis für uns ist die gegenseitige Wertschätzung, Vertrauen, Achtung und gegenseitige Unterstützung.

Um das zu fördern, begegnen wir uns mit großer Offenheit, Klarheit und Geduld, beachten die Würde des Anderen.

Wir sehen eine vertrauensvolle Kommunikation als wesentlichen Bestandteil unserer Arbeit.

Durch regelmäßige Aus- und Weiterbildung der Teammitglieder wollen wir die fachliche und menschliche Kompetenz des Teams erhalten und fördern, um dem Patienten dauerhaft eine bestmögliche Versorgung anbieten zu können.

5. Wie wollen wir den anderen Interessengruppen begegnen?

Wir wollen diesen Interessengruppen gegenüber unsere Interessen selbstbewusst vertreten, aber auch deren berechtigte Anliegen in unsere Arbeit einbeziehen.

Aachen, den 11.8.2011 (vgl. www.homecare-aachen.de)

Hospiz macht Schule: Ein sozialpädagogisches Konzept für die Projektarbeit mit Grundschulern und Erfahrungen aus der Praxis

Renate Bock und Gerda Graf

In diesem Kapitel wird das von der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. entwickelte Konzept „Hospiz macht Schule“ vorgestellt. Die Grundidee der Hospizbewegung, Leben im Sterben anzuerkennen, wurde auf eine Unterrichtsform übertragen, die Wissen vermittelt und zur Persönlichkeitsentwicklung und Stärkung der Kinder beiträgt. In einer fünftägigen Projektwoche erarbeiten die Kinder Themen wie Werden und Vergehen, Krankheit, Leid, Tod, Trauer und Trösten. Dabei werden sie von ehrenamtlichen Gruppenleiterinnen und -leitern begleitet, die einen speziellen Befähigungskurs absolviert haben. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Projektwoche von den Kindern sehr gut angenommen wird und nachhaltige Lernprozesse im Hinblick auf den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer anstoßen kann.

1. Wie alles begann

1.1 Eine Projektausschreibung als „Initialzündung“

Als im Jahr 2004 das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSJ) Fördermittel für Modellprojekte zur Entwicklung generationsübergreifender Freiwilligendienste ausschrieb, wurde die Hospizbewegung in Deutschland aufmerksam. Ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten Hospizbewegung machen häufig die Erfahrung, dass Kinder eine Krankheits- und Sterbegeschichte in ihrer Familie nur noch fragmentarisch erleben. Anders als noch vor wenigen Generationen werden Sterben und Tod heute zunehmend institutionalisiert, d.h. in den Bereich des Krankenhauses, der stationären Altenpflege oder auch ins stationäre Hospiz verlagert. Traditionelle familiäre Strukturen, die Todkranken und Sterbenden bis zum Schluss Halt geben und somit Kindern und Jugendlichen Krankheits- und Sterbevorgänge innerfamiliär aufzeigen, finden sich oft nur noch in Migrantenfamilien (vgl. Bödiker, Graf u. Schmidtbauer, 2011). Vor diesem Hintergrund entstand damals in der Hospizbewegung Düren e.V. die Idee für ein

Grundschulprojekt, um Kindern die existenziell bedeutsamen Ereignisse Krankheit, Sterben, Tod, Trauer wieder näher zu bringen.

In ihren euphorischen Anfängen erlebte die Hospizbewegung gleichsam einen Senkrechtstart und eine überwältigende gesellschaftliche Zustimmung im Hinblick auf ihr ehrenamtliches Engagement. Kennzeichnend hierfür waren u.a. entsprechende politische Initiativen und daraus resultierende Gesetze (§§ 37b, 39a, 132d SGB V). Ein ungeheurer Kraftakt war die Implementierung der gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Hospizversorgung (§ 39a SGB V), die letztlich eine „Revolution der Mitmenschlichkeit“ symbolisiert. Vor diesem Hintergrund kann der Begriff „Hospiz macht Schule“ als ein auch im übertragenen Sinne für die Gesellschaft *wegweisendes* Modell betrachtet werden (vgl. Graf, 2010).

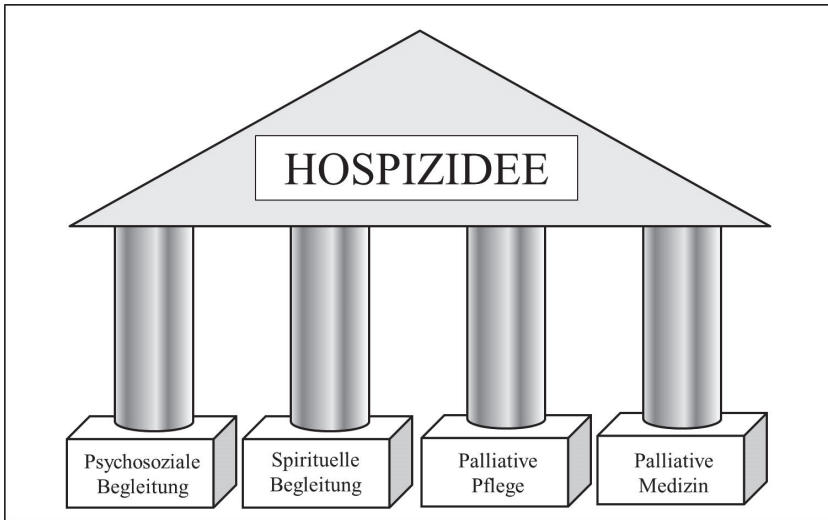


Abb. 1: Die Säulen der Hospizidee (vgl. Hospizbewegung Düren-Jülich, 2010)

Zunächst schien es jedoch, als ob niemand dieses wegweisende Projekt auf den Weg bringen wollte, und zwar aus unterschiedlichen Gründen. Die in den unterschiedlichen Hospizbewegungen und -diensten in Deutschland ehrenamtlich Tätigen waren bislang mit ihrem eigenen Aufbau und der Qualitätssicherung durch Qualifizierungsangebote beschäftigt. In der Regel müssen interessierte Personen einen Befähigungskurses (ca. 100 Stunden) absolvieren, um betroffene Familien ehrenamtlich zu unterstützen und zu begleiten. Die vier Säulen der Hospizidee (vgl. **Abb. 1**) sind hierbei die zentrale Grundlage. Den Hospizdiensten erschien es kaum machbar, zusätzlich zu diesem

arbeitsintensiven Auf- und Ausbau ein weiteres Projekt zu stemmen. Ein weiterer Grund war, dass sich das Projekt „Hospiz macht Schule“ nicht unmittelbar auf die originäre Hospizaufgabe bezog, sondern sich im Rahmen einer gesellschaftlich wirksamen Öffentlichkeitsarbeit einer Klientel zuwandte, die bis dahin kaum beachtet worden war, nämlich Grundschulkindern.

Wurden bislang entsprechend der vier Säulen der Hospizidee vor allem Sterbende und ihre Angehörigen begleitet, so bedeutete die Entwicklung des Projekts „Hospiz macht Schule“, das Säulenprinzip auf eine Unterrichtsform zu übertragen, die Wissen vermittelt, Ängste berücksichtigt und zu einer Stärkung der Kinder führt, indem sie Leben im Sterben anerkennt.

1.2 Grundlagen der Konzeptentwicklung

Die Zweitautorin dieses Kapitels war zum damaligen Zeitpunkt Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. Aus ihrer Sicht war die Zeit reif, ein Projekt wie „Hospiz macht Schule“ zu initiieren, um die Hospizarbeit weiterzuentwickeln und ein stabiles Fundament im Bildungsbereich zu schaffen. Gemeinsam mit der Koordinatorin Bettina Hagedorn und dem damaligen Vorsitzenden der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V., Dr. H.H. Krause, wurde das Curriculum von „Hospiz macht Schule“ entwickelt. Das Projekt wurde drei Jahre durch das Familienministerium finanziell gefördert und von der Evangelischen Hochschule Freiburg wissenschaftlich begleitet.

Im Vereinszweck der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. beschreibt der § 2: „Der Satzungszweck wird verwirklicht insbesondere durch theoretische und praktische Anleitung zur Lebenshilfe für Kranke in ihrer letzten Lebensphase und für ihre Angehörigen.“¹¹ Dies entspricht der Grundidee von Cicely Saunders, der Begründerin der neuzeitlichen Hospizidee:

„Es macht schutzbedürftige Menschen so verletzlich, dass sie glauben, sie wären eine Last für die Anderen. Die Antwort ist eine bessere Betreuung der Sterbenden, um sie zu überzeugen, dass sie immer noch ein wichtiger Teil unserer Gesellschaft sind.“¹²

Damit auch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen diesem Anspruch bei der Betreuung sterbender Menschen gerecht werden können, bedarf es ihrer ständigen Bereitschaft zu lernen und zu erfahren. Deshalb müssen sich alle ehrenamtlichen Mitglieder der Hospizbewegung Düren-Jülich

¹¹ Festschrift 10 Jahre Hospizbewegung Düren-Jülich e.V.

¹² Quelle: The John C. Liebeskind History of Pain Collection. McGill Reporter: A career of compassion. Vgl. Vortrag von Graf, G. (o.J.): Grundlagen der Hospizarbeit: Der Mehrwert des Guten. Verfügbar unter www.bit.ly/REYrEk.

e.V. zu Qualifizierung durch Fortbildung verpflichtet. Auf dieser Grundlage wiederum wurde das Grundgerüst eines Kurscurriculums zur Vorbereitung ehrenamtlicher Begleiter für Grundschulen („Hospiz macht Schule“) entwickelt. Durch die sich immer weiter entwickelnden Strukturen der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. war der Weg frei, ein neues konzeptionelles Vorhaben aufzugreifen.

1.3 *Wer macht mit?*

Entsprechend der vier Säulen der Hospizidee wurde in der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. seit der Vereinsgründung im Jahre 1993 großer Wert auf den interdisziplinären Dialog gelegt. So entstand schon in den Anfängen eine intensive Kooperation zwischen Palliativmedizinerinnen und niedergelassenen Hausärzten. Der spirituelle Rahmen wurde gemeinsam mit der *Lebens- und Trauerhilfe e.V.* geformt. Die Soziale Arbeit bündelt und vervollständigt bis heute die Kultur des Helfens in Verbundenheit mit den Angehörigen der Sterbenskranken. Eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit ist auch die Befähigung der Ehrenamtlichen sowie die Begleitung der Begleiter, sowie die Koordinierung des Netzwerkes, das am Ende des Lebens trägt. Das Projekt „Hospiz macht Schule“ erweitert den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit, indem es im Bereich der schulischen Bildung tätig wird. Die Grundidee ist, dass entsprechend befähigte Ehrenamtliche an fünf Projekttagen gemeinsam mit Grundschulkindern (3. und 4. Klasse) an Themen arbeiten, die sich auf Tod, Sterben und Trauer beziehen. Damit soll im Sinne des Empowerment-Konzepts zur Stärkung und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder beigetragen werden (vgl. Lenz, 2011).

Das Projekt „Hospiz macht Schule“ wurde im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Generationsübergreifende Freiwilligendienste“ ab 2005 für drei Jahre vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSJ) gefördert. Dabei hat sich die Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. zum Ziel gesetzt, durch eine Woche Projektunterricht an Grundschulen Kindern in einem geschützten Rahmen die Möglichkeit zu geben, ihre Fragen zum Thema Krankheit, Sterben, Tod, Trauer und Verluste so gut wie möglich beantwortet zu bekommen.

Die Projektphasen gliederten sich im ersten Jahr (2005) in die Ausarbeitung der Unterrichtsgestaltung und -inhalte einer Projektwoche, in die Konzeption der Ehrenamtlichen-Fortbildung und der ersten Termine für die Unterstützung der Ehrenamtlichen, die ihrerseits ihre Fortbildung als weiteres Modul vertieften. Für diese Aufgabe wurden neben Ehrenamtlichen aus der Hospizbewegung weitere Experten hinzugezogen, z.B. vom *Deutschen Kin-*

der Hospizverein, von der Lebens- und Trauerhilfe e.V. Düren, vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V., Grundschulpädagogen sowie Kunsttherapeuten, Seelsorger und Ärzte. Ferner wurde das Projekt zur Information für alle Interessierten in die Öffentlichkeit getragen. Im zweiten Jahr (2006) begann die Pilotphase an zehn teilnehmenden Schulen in Nordrhein-Westfalen. Die Befunde aus der Evaluation der Pilotphase durch alle Beteiligten wie Projektleitung, Ehrenamtliche, Schulen und Wissenschaft sind in die heutige Fassung von „Hospiz macht Schule“ eingeflossen, wobei das Konzept bis heute stetig weiterentwickelt wird. Die dritte Phase im Jahr 2007 bestätigte die Notwendigkeit und Akzeptanz des Projekts in ganz Deutschland. An mindestens zwei Grundschulen in fast jedem Bundesland führten Ehrenamtliche die Projektwoche durch. Die positive Resonanz der jeweiligen Schulen war außerordentlich groß. Der Erfolg von „Hospiz macht Schule“ setzt zugleich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Eltern der Kinder voraus, die zu Beginn der Projektwoche an einem Elternabend ausführlich über Ablauf und Inhalte informiert werden. Ebenso feiern sie gemeinsam mit den Kindern das Abschlussfest am Ende der Projektwoche.

Im Jahr 2008 erhielt die Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. als Anerkennung für ihre ehrenamtliche Arbeit den „PULSUS-Gesundheitspreis“. Die Techniker Krankenkasse und die Zeitung *Bild am Sonntag* verliehen diesen Preis im Rahmen einer Feierstunde in Berlin dem Projekt „Hospiz macht Schule“ als Kampagne des Jahres.



Abb. 2: Preisverleihung an das „Hospiz macht Schule“-Team mit einigen Grundschulern

Für die Bürgerbewegung Hospiz war die Preisverleihung eine große Anerkennung ihres Engagements. Und ein Ansporn für all das, was auch künftig im Rahmen dieser gesellschaftspolitisch so wichtigen Bildungsarbeit geleistet werden muss. Das Kernelement dieses Projektes war und ist es, Kindern das Leben und Sterben aller Lebewesen bewusst zu machen und im Umgang damit Persönlichkeitsentwicklung zu fördern.

2. Projektdurchführung

2.1 Zur Geschichte von „Hospiz macht Schule“ im Nordkreis Düren

Seit 2010 wurde die Projektwoche „Hospiz macht Schule“ an sechs Jülicher Grundschulen mit insgesamt 144 Kindern durchgeführt. In dieser Zeit vollzog sich eine bemerkenswerte Entwicklung hinsichtlich der Akzeptanz des Projekts. Zu Beginn schlug den Koordinatorinnen der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. oft noch Skepsis, teilweise auch Ablehnung von Schulleitungen oder Elternvertretern entgegen. Dies hat sich erfreulicherweise stark verändert. So scheidet die Durchführung der Projektwoche nur noch selten an dem von Elternvertretern vorgebrachten Argument, dadurch würde zu viel regulärer Unterricht ausfallen. Meist hat sich inzwischen die Einsicht durchgesetzt, dass die in das Projekt investierte Lernzeit keineswegs „verlorene Zeit“ ist (vgl. Abschnitt 3). Heute sind etliche Schulen im Kreis Düren sogar so sehr vom Sinn und der Notwendigkeit der Projektwoche überzeugt, dass sie diese bereits in ihr Schulprofil aufgenommen haben. Viele Schulen würden nach unserer Erfahrung am liebsten alle Klassen davon profitieren lassen, was aber aufgrund der begrenzten Personalressourcen nicht möglich ist.

Gute Erfahrungen hat die Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. bisher auch mit der Präsentation des Projektes bei Schulleiterkonferenzen auf Kreisebene gemacht. Schulen, die beabsichtigen die Projektwoche anzubieten, erhalten von der Projektkoordinatorin ausführliche Informationen für Kollegium und Elternrat. Da die erfahrenen Projektteams von der Nachhaltigkeit dieses Grundschulprojektes überzeugt sind, vertrauen sie wiederum auf die Multiplikatorenwirkung durch ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

2.2 Befähigung der ehrenamtlichen Gruppenleiterinnen

Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter standen zu Beginn der Projektentwicklung vor die Aufgabe, das oben beschriebene Vier-Säulen-Modell der Hospizidee auf den schulischen Bereich zu übertragen. Ein Novum dabei ist die

Tatsache, dass in dieser Projektwoche hospizlich-präventiv gearbeitet wird. „*Hospiz macht Schule*“ formuliert damit eine neue Aufgabe für die Hospizbewegung: Nicht allein Sterbebegleitung, sondern Lebensbegleitung soll eine neue Sterbe- und damit auch Lebenskultur begründen“ (Graf, 2010, S. 9).

Um dieser verantwortungsvollen Aufgabe gerecht zu werden, nahmen Ende 2009 die ersten ehrenamtlichen Mitglieder im Team Jülich an einem spezifischen Befähigungskurs teil. Zentraler Punkt des Fortbildungsmoduls ist das Kennenlernen der Unterrichtsmaterialien von „*Hospiz macht Schule*“ sowie die Unterweisung in die einzelnen Handlungssituationen anhand des bereitgestellten Arbeitsheftes mit Tagesplänen, Texten und Kopiervorlagen. Die Ehrenamtlichen sollen die handlungsleitende Zielsetzung verinnerlichen, den Kindern und deren Familien, aber auch den Lehrkräften erfahrbar zu machen, dass Leben und Sterben untrennbar miteinander verbunden sind. Sie lernen ferner Methoden kennen, die alle Sinne ansprechen und die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema „*Endlichkeit*“ ermöglichen; ferner, wie diese mit der ganzen Klasse und in Kleingruppen umgesetzt werden können.



Abb. 3: Kinder im Stuhlkreis mit ehrenamtlichen Gruppenleitern

Die Symbolik der Naturrhythmen, wie sie z.B. im Wechsel der Jahreszeiten, im Wasserkreislauf, in der Raupe-Schmetterling-Metamorphose, oder im Wandel von „toten“ Samen zu „lebendigen“ Pflanzen zum Ausdruck kommt, unterstützt das Begreifen dieser Realität eindrucklich. Im Abschnitt 2.4 wird auf die konkrete Umsetzung in der Projektwoche ausführlich eingegangen.

Auch entwicklungspsychologische Grundkenntnisse werden in dem Fortbildungsmodul vermittelt. Aus entwicklungspsychologischer Sicht sind Kinder im Alter zwischen acht und elf Jahren (drittes oder viertes Schuljahr) in aller Regel spielerisch-offen und sehr neugierig. Obwohl sie noch in der Entwicklungsphase des konkret-operativen Denkens im Sinne von Jean Piaget befinden, erwacht bereits analytisch-naturwissenschaftliches Interesse. Sie verabschieden sich zunehmend vom magischen Denken jüngerer Kinder (Montada, 2002). Die meisten Schüler haben zu diesem Zeitpunkt auch schon mehr oder weniger einschneidende Verlusterfahrungen gemacht.

Zur Befähigung und Weiterqualifikation der ehrenamtlichen Gruppenleiterinnen und -leiter gehören auch Vor- und Nachbereitungstreffen sowie die Planung eines Elternabends, der im Vorfeld der Projektwoche durchgeführt wird. Die Projektkoordinatorin beschafft die Verbrauchsmaterialien, pflanzt die in der Projektwoche benötigten Bohnenstecklinge, ergänzt die Materialkoffer und hält Kontakt zu den Lehrkräften (z.B. fristgerechtes Einsammeln der Kinderfotos; inhaltliche und/oder organisatorische Absprachen).

2.3 Zielsetzungen und Voraussetzungen

Ein wichtiges Ziel der Projektwoche „Hospiz macht Schule“ ist es, den teilnehmenden Kindern und auch ihnen nahestehenden Personen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie möglichst angstfrei mit Sterben, Tod und Trauer umgehen können. Von Vorteil ist es, wenn die Klasse bereits durch die Klassen- oder Fachlehrer (z.B. Religion oder Sachkunde) an die Thematik *Werden und Vergehen* herangeführt wurde, etwa im Kontext der Kommunionvorbereitung oder bei der Beschreibung des Wasserkreislaufs. Hilfreich für alle Beteiligten ist es auch, sich bereits im Vorfeld der Projektwoche auf der Homepage der Bundeshospizakademie (www.hospizmachtschule.de) zu informieren. Dort findet man u.a. Informationen für interessierte Schulen, Familien, Hospizdienste und Presse sowie Rückmeldungen vieler Projektbeteiligter. Ein wichtiges Ziel ist es auch hier, bestehende Ängste und/oder Vorbehalte gegenüber dem Thema abzubauen bzw. erst gar nicht aufkommen zu lassen.

Voraussetzung bei den ehrenamtlichen Leiterinnen und Leitern der Projektwoche ist deren Bereitschaft, sich gemeinsam mit den Kindern eine Woche lang mit offenen Sinnen und offenem Herzen auf eine Reise zu begeben:

Es ist eine Reise durch das Lebensthema *Sterben – Tod – Trauer*, bei der sie den Kindern und immer wieder auch sich selbst auf eine intensive Art und Weise begegnen können. Damit dies für alle Beteiligten fruchtbar sein kann, bedingt diese Projektwoche zudem,

- dass die ehrenamtlichen Leitungspersonen selbst kein akutes Verlusterlebnis zu bearbeiten haben;
- dass sie ihre Gefühle und Reaktionen in emotional schwierigen, dichten Situation gut kennen und damit umgehen können;
- dass sie über ein ausreichend breit gefächertes Repertoire an Trost- und Unterstützungsmöglichkeiten verfügen; und selbstverständlich
- dass sie Spaß am Umgang mit lebendig-wissbegierig fragenden jungen Menschen haben.

Die Nachhaltigkeit der Projektwoche hängt erfahrungsgemäß nicht nur von der inhaltlichen Arbeit, sondern mindestens ebenso von der Präsenz und der Authentizität der ehrenamtlichen Leitungspersonen ab. Diese sollten für die Kinder glaubwürdige und kongruente Rollenvorbilder sein. Aus diesem Grund haben die Ansätze des *Modelllernens* und des *generationenübergreifenden Lernens* einen besonders wichtigen Stellenwert im Konzept der Projektwoche. Indem die Gruppenleiterinnen und -leiter die hospizliche Haltung sowohl untereinander als auch im Dialog mit Schülern, Lehrpersonen und Eltern mit Leben erfüllten, bekommt das Motto „Hospiz macht Schule“ eine zweite, ebenso wichtige Bedeutung: „Schule“ bezeichnet dann nämlich nicht nur den *schulischen Kontext* der Projektwoche, sondern auch die *Lebens-Schule* aller Menschen im Hinblick auf die unvermeidbaren Erfahrungen von Verlust und Leid, Abschiednehmen und Trauer. Im Rahmen der Projektwoche besteht die Chance, diese Lebens-Schule in einem Dialog zwischen den Generationen erfahrbar zu machen und eine von Vertrauen getragene Generationenbrücke aufzubauen (vgl. Bock, 2009).

Im Sinne ressourcenorientierter Ansätze wie Empowerment und Salutogenese (vgl. Lenz, 2011) soll die Projektwoche „Hospiz macht Schule“ die Kinder nachhaltig stärken und ihre Resilienz im Umgang mit Verlusterfahrungen fördern. Die Kinder lernen deswegen viele hilfreiche und stark machende Möglichkeiten im Umgang mit Verlust und Trauer kennen. Die Gruppenleiterinnen und -leiter bringen sich als authentische Personen ins Projekt ein, mit all ihrer Lebenserfahrung und auch aller biografischen Brüche. Dies bedingt zugleich, dass das Team in der Vor- und Nachbereitung der Projektstage offen mit den vorhandenen Emotionen umgeht, problematische Situationen reflektiert und seine Möglichkeiten und Grenzen klar benennt und einhält.

Ein bis zwei Wochen vor Projektbeginn inspiziert das Team die Räumlichkeiten im Schulgebäude und klärt vor Ort den Einsatz der benötigten Medien. Falls Gruppenfotos gemacht werden oder Presseberichte mit Bild veröffentlicht werden sollen, muss im Vorfeld das Einverständnis der Erziehungsberechtigten eingeholt werden. Deshalb lädt die Hospizbewegung im Vorfeld der Projektwoche zu einem Elterninformationsabend in der Schule ein. Dort stellt sich das Projektteam den Anwesenden vor, erläutert den Ablauf der Projektwoche und gibt ausreichend Raum zur Besprechung von Fragen oder etwaigen Sorgen und Bedenken. Erfahrungsgemäß haben manche elterlichen Sorgen ihren Ursprung in eigenen unverarbeiteten Trauererlebnissen; auch dies kann u.U. auf dem Elterninformationsabend reflektiert werden. Falls sich Eltern gegen die Teilnahme ihres Kindes an der Projektwoche entscheiden, kann es am regulären Unterricht in der Parallelklasse teilnehmen. Manche Eltern begrüßen die Möglichkeit, dass ihr zunächst Kind probeweise am Projekt teilnehmen kann. Die Eltern werden auch ermutigt, umgehend mit den hospizlichen Fachkräften oder der Klassenlehrerin Kontakt aufzunehmen, wenn sie den Eindruck haben, dass ihr Kind mit dem Ablauf oder den Themen der Projektwoche nicht gut zurechtkommt. Dann kann gemeinsam der beste Weg für das Kind besprochen werden. Erfahrungsgemäß vertrauen auch zunächst skeptische Eltern ihr Kind dem Projektteam an, wenn sie spüren, dass die Projektleiter und -leiterinnen gut ausgebildet sind und achtsam sowohl mit den Bedürfnissen der Kinder als auch denen der Eltern umgehen.

Hilfreich für das Team ist es auch, wenn die Lehrkraft beim Zusammenstellen von Arbeitsgruppen bereits auf Besonderheiten achtet. Oftmals kennt sie die familiären Belastungen einzelner Kinder genau, und da sie als vertraute Bezugsperson ebenfalls die gesamte Projektwoche über mit der Klasse verbringt, kann das Hospizteam auf ihre Unterstützung vertrauen. Sind Kinder mit besonderem Förderbedarf in der Klasse, so hat sich die Individualbegleitung durch den Schulsozialarbeiter als sehr hilfreich erwiesen.

2.4 Das curriculare Konzept von „Hospiz macht Schule“

Das Curriculum von „Hospiz macht Schule“ ist so konzipiert, dass den Kindern in einem geschützten Rahmen alltagstaugliches Wissen rund um den Tod vermittelt wird. Gleichzeitig erhalten sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen und über ihre eigenen Erfahrungen und Probleme zu sprechen. In den ehrenamtlichen Gruppenleiterinnen und -leitern treffen die Kinder auf Menschen, die ihre eigene Endlichkeit und eigenen Verlusterfahrungen intensiv reflektiert haben und sehr offen mit dieser Thematik umgehen. Im gemeinsamen Suchen und Fragen – ohne immer auf alles eine Antwort geben zu

wollen – versuchen sie, den Kindern dieses schwierige Thema in einer vertrauensvollen Kleingruppenatmosphäre zu vermitteln. Die Größe der Kleingruppen sollte zwischen vier und maximal sechs Schülern liegen.

Der Ablauf der Projektwoche wurde bewusst an eine „normale“ fünftägige Unterrichtswoche mit jeweils vier Unterrichtsstunden angelehnt. Die ersten beiden Tage dienen zum einen dem behutsamen, kindgerechten Einstieg in das Thema, zum anderen dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen den Kindern und den Gruppenleiterinnen und -leitern. Der Beziehungsaufbau ist wichtig, damit die Kinder am dritten und vierten Tag, wenn es unmittelbar um Sterben, Tod und Trauer geht, ohne Scheu Fragen stellen und offen über ihre Gedanken und Gefühle sprechen können. Der fünfte Tag endet mit einem Abschlussfest, an dem auch die anderen Familienmitglieder teilnehmen. Dort können die Kinder auch ihre während der Projektwoche entstandenen Bilder und Plakate präsentieren. Bei einem kleinen Snack-Buffer besteht ferner die Gelegenheit, sich mit den ehrenamtlichen Gruppenleiterinnen und -leitern auszutauschen und eventuell bestehende Missverständnisse zu klären. Dabei kann man z.B. erklären, warum es keine „richtige“ oder „falsche“ Trauerbewältigung gibt, oder Eltern darin unterstützen, vermeintlich abweichendes Verhalten ihres Kindes besser einzuordnen und als *normale* Reaktion auf ein *nicht-normales* Ereignis (Verlusterlebnis) verstehen zu lernen.

Das Ungewöhnliche der Projektwoche kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass Gruppenleiterinnen, Kinder und Lehrer während der Projektwoche verschiedenfarbige Namensschilder mit ihren Vornamen tragen. Die gegenseitige Anrede in der DU-Form soll verdeutlichen, dass die Gruppenleiter den Kindern nicht als Lehrpersonen, sondern als gleichwertige Partner gegenüberreten. Als identitätsstiftendes und Verbindung schaffendes Ritual hat sich das Aneinanderknüpfen bunter Bänder und das Singen des einfachen Kanons: „Der Himmel geht über allen auf...“ bewährt.

Zu Beginn des ersten Projekttages erklären die Gruppenleiterinnen, warum alles, was während der Projekttage an persönlichen Themen in den Groß- und Kleingruppen miteinander besprochen und erlebt wird, auch dort verbleiben soll – also nicht etwa auf dem Pausenhof „brühwarm“ weiter erzählt wird. Auch zu Hause sollen die Kinder möglichst nur über ihr eigenes Erleben berichten und Mitschüler nicht namentlich erwähnen. Bisher haben unsere Teams überwiegend positive Erfahrungen mit dieser Vertraulichkeitsregel gemacht. Zu Missverständnissen kam es vereinzelt, wenn Schüler daheim möglicherweise zum Erzählen gedrängt wurden und anstatt zu sagen: „Darüber möchte ich jetzt nicht sprechen“ sagten: „Die haben mir verboten, darüber zu sprechen“. Besonders schwierig würde für ehrenamtliche Gruppenleiterinnen die Situation beispielsweise dann, wenn sie direkt oder indi-

rekt Kenntnis von strafrechtlich relevanten Vorkommnissen in der Familie eines Schülers erhielten. In derartigen Fällen muss zunächst Fachpersonal wie z.B. die Schulsozialarbeiterin oder der Schulpsychologe hinzugezogen werden. Professionelle Unterstützung kann auch dann sinnvoll sein, wenn es einem Kind am Projektende sehr schwer fällt, sich aus einer entstandenen Beziehung zur Gruppenleiterin bzw. zum Gruppenleiter zu lösen.

In einzelnen Fällen nehmen Familien auch das Angebot einer individuellen Trauerberatung in Anspruch, z.B. nach akuten oder besonders belastenden Trauerfällen. Oftmals erfindet auch der Klassenverband zusammen mit der Lehrkraft ein eigenes Ritual, wenn ein akut von Trauer betroffenes Kind dies wünscht. Das neu in Tag 3 der Projektwoche aufgenommene Kerzenritual wird trauernden Kindern angeboten, wenn sie dies wünschen. Im Gedenken an eine verstorbene Person oder ein Haustier können die Kinder ein Teelicht an der Hospizgruppenkerze entzünden. Dabei kommt es weniger auf die religiöse Symbolik an als vielmehr darauf, das Kind in seinem aktiven Bewältigungsverhalten im Sinn von Selbstwirksamkeit zu unterstützen.

2.5 *Ablauf der Projektwoche*

2.5.1 *Vorbemerkung*

Es würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen, das komplette Kurscurriculum von „Hospiz macht Schule“ im Detail zu beschreiben¹³. Im vorliegenden Kontext beschränken wir uns darauf, das hospizpädagogische Konzept exemplarisch anhand ausgewählter Beispiele zu verdeutlichen. Im Kern fußt dieses Konzept auf Grundlagen der Sozial- und Trauerpädagogik, ergänzt durch Elemente der Gestalttherapie. Jeder Projekttag hat ein durch eine Farbe symbolisiertes Tagesthema und einen speziellen Auftrag. Der entstehende Spannungsbogen ist an archaische Muster aus Märchen und Mythen angelehnt und folgt dem Rhythmus vieler Entwicklungs- und Wachstumskrisengeschichten.

2.5.2 *Tag 1: Werden und Vergehen*

Der erste Tag der Projektwoche wird durch die Farbe Gelb symbolisiert und steht unter der Überschrift „Werden und Vergehen“. Dieses elementare Thema wird zunächst durch den Wasserkreislauf auf unserer Erde erläutert: Dunkle Regenwolken und helle Schönwetterwolken – beide sind lebenswichtig.

13 Interessierten Leserinnen und Lesern sei das im hospiz-Verlag erschienene Kurscurriculum von „Hospiz macht Schule“ empfohlen (Graf, 2010).

tig. Die Schüler schreiben positive Erlebnisse und Gefühle auf die weiße und negative auf die graue Wolke aus Pappe. In der Gruppenreflexion folgt die Erkenntnis, dass Beides zum Leben gehört, und dass nach Tiefen auch wieder Höhen folgen. Auch die Metamorphose von der Raupe zum Schmetterling wird von den Kindern meist gut verstanden und umgesetzt, z.B. wenn die Kinder ihre Vorstellungen über Endlichkeit und Jenseitigkeit zeichnerisch ausdrücken. Auch das Anschauen und Erraten, welches Babyfoto zu welchem Kind gehört, festigt die Kleingruppe und gibt Einblicke in die einzelnen Familiensysteme. Schöne und belastende Kindheitserlebnisse teilen Groß und Klein miteinander und stellen oft fest, dass trotz des Generationenunterschieds die wichtigen Dinge im Leben für Alt und Jung oft sehr ähnlich sind, etwa gute Freunde, Familie etc. (vgl. Jungbauer, 2009).

2.5.3 Tag 2: Krankheit und Leid

Der zweite Tag wird durch die Farbe Orange symbolisiert und steht unter der Überschrift „Krankheit und Leid“. In einem Brainstorming notieren die Kinder, welche Krankheiten und/oder Verletzungen ihnen in ihrem Leben schon widerfahren sind. Im Vorgriff auf Tag 5 (Thema „Trösten“) benennen sie Dinge, die ihnen gut getan haben, wenn sie krank waren. Für ein lustiges Krankheiten-Ratespiel in der Großgruppe werden pantomimische Szenen entwickelt und vorgespielt. Kinder erleben hier, dass alle schon einmal Leid erlebt haben. Das Erarbeiten einer Pantomime stärkt die einzelnen Teams.

Der einprägsame Höhepunkt des zweiten Tages ist der Besuch eines Arztes, dem die Kinder eine Stunde lang alle Fragen rund um das Kranksein stellen können, die sie sich zuvor auf Interviewkärtchen notiert haben. Dabei wird den Schülern deutlich, dass Ärzte keineswegs die „Herren über Leben und Tod“ sind. So lernen sie z.B. bei der Besprechung schwerer und tödlich verlaufender Erkrankungen (z.B. Krebs, Alzheimer-Demenz), dass trotz aller ärztlichen Heilkunst alle Menschen eines Tages sterben müssen – auch sie selbst und die ihnen Nahestehenden. Andererseits können in diesen Gesprächen mit dem Arzt auch irrationale Ängste und Schuldgefühle bearbeitet werden, z.B. hinsichtlich des Zusammenhangs von kindlichen Fantasien und dem plötzlichen Tod eines Geschwisterkindes¹⁴.

¹⁴ Weitere Beispiele für die entlastende Wirkung von Gesprächen mit dem Arzt finden interessierte Leserinnen und Leser in Kapitel 4.3 des „Hospiz macht Schule“-Curriculums (Graf, 2010).

2.5.4 Tag 3: Sterben und Tod

Am dritten Tag erreicht der Spannungsbogen der Woche seinen höchsten Punkt. Dieser Tag wird durch die Farbe Rot symbolisiert und trägt die Überschrift „*Sterben und Tod*“. Behutsam werden die Schüler anhand von Bilder- geschichten und persönlichen Erfahrungsberichten der Gruppenleiter in ihrer Funktion als Sterbebegleiter über das Abschiednehmen von nahestehenden Menschen informiert. Mit Hilfe der DVD „Willi will's wissen – Wie ist das mit dem Tod?“¹⁵ wird kindgerecht und sachlich zunächst der Beruf eines Bestatters erklärt. Dabei sehen viele Kinder zum ersten Mal in ihrem Leben eine „echte“ Leiche im Verabschiedungsraum eines Bestattungshauses auf- gebahrt. Der zweite Teil des Films wendet sich der Frage zu: „Was kommt eigentlich nach dem Tod?“.

Am dritten Projekttag ist in den Kleingruppen ausreichend Raum zur Thematisierung unterschiedlicher Bestattungsbräuche und Jenseitsvorstellun- gen, z.B. in Christentum, Judentum, Islam und Hinduismus. Grundsätzlich ist dabei eine offene, wertschätzende Haltung wichtig, z.B. hinsichtlich unter- schiedlicher religiöser bzw. weltanschaulicher Standpunkte wie auch der Vorstellungen und Gottesbilder der Kinder. Wenn z.B. Kinder anderer Kon- fessionen über ihre Riten und Bräuche erzählen, ist dies für alle bereichernd. Halbwissen und eventuelle Vorbehalte können im direkten Dialog geklärt werden. In einer einladenden, akzeptierenden Atmosphäre trauen sich auch viele Kinder mit Migrationshintergrund, sich zu öffnen und von ihren Glau- benstraditionen zu erzählen.

Unter Bezugnahme auf bekannte Symbole für den Tod und das Jenseits (z.B. Treppenstufen, die in einen See führen; Weite des Himmels) werden die Schüler an diesem Tag auch ermutigt, ihre eigenen Jenseitsvorstellungen mit künstlerischen Mitteln darzustellen (vgl. **Abb. 4**, „Regenbogenbild“). Diese bildnerische Aufgabe bietet den Kindern die Möglichkeit einer intensiven inneren Auseinandersetzung über Tod und Jenseits, aber auch einen möglichen Anlass, um mit den Anderen ins Gespräch zu kommen.

An diesem dritten Projekttag achten die Gruppenleiter besonders sorgfäl- tig auf die Gefühle und das Verhalten der Kinder. Sie unterstützen durch einfühlsames und behutsames Begleiten; dabei stellen sie sich den Fragen nach Schuld und Sinn ebenso wie dem Aushalten von Sprachlosigkeit, Wut oder Tränen.

15 Bezugsquelle: FWU Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht gGmbH, Bavariafilmplatz 3, 82031 Grünwald; Internet: www.fwu.de.

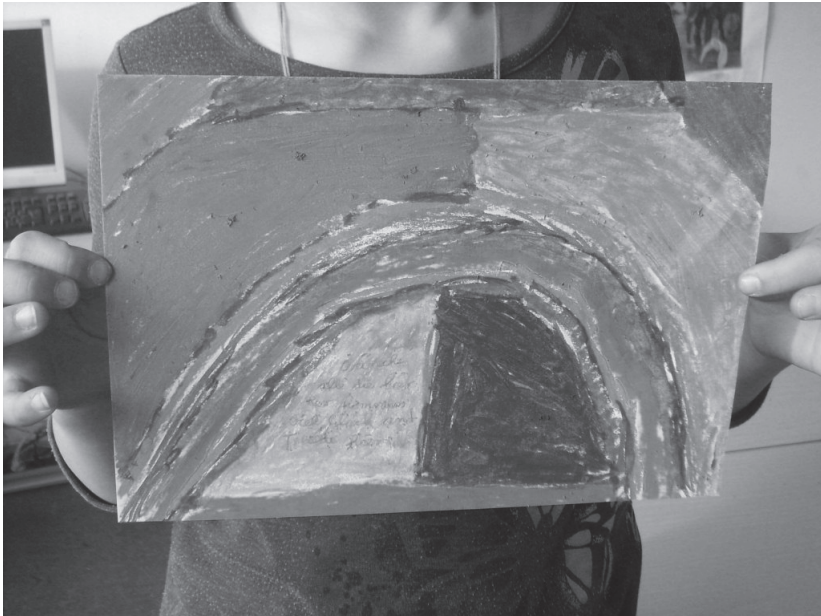


Abb. 4: Eine Schülerin und ihre gemalte Jenseitsvorstellung („Regenbogenbild“)

Am Ende steht oft die gemeinsame Einsicht, dass viele WARUM-Fragen unbeantwortet bleiben müssen. Oft entsteht spontan ein Impuls für ein Trauerritual, wie Gedenkkerze, Friedhofsgang, Trostbrief, Schatzkiste, etc. Aus dieser Erfahrung kann eine die Klassengemeinschaft stärkende Beziehungskultur entstehen, die den Kindern in nachhaltiger Weise Stärke und Selbstvertrauen gibt, weil sie allen Handlungsmöglichkeiten bietet.

2.5.5 Tag 4: Vom Traurig-Sein

Der vierte Tag der Projektwoche wird durch die Farbe Grün symbolisiert; das Tagesthema lautet „Vom Traurig-Sein“. Anders als es diese Überschrift vermuten lässt, ist dies der lebendigste, bunteste und kreativste Tag der gesamten Projektwoche. An diesem Tag werden intensive Gefühlsbilder mit leuchtstarken Fingerfarben zu Papier gebracht.

Zur Einstimmung auf den Tag wird zunächst der dritte Teil der DVD „Willi will’s wissen – Wie ist das mit dem Tod?“ gezeigt, in dem es um das Aushalten tief berührender Emotionen geht: Im Film wird ein 83-jähriger Schwerkranker mit seinem Sohn zum nahenden Abschied interviewt. An-

schließend nimmt Reporter Willi die Zuschauer mit auf eine reale Bestattungsfeier mit Kirche, Friedhof und Leichenschmaus. Weiterhin berichten Kinder über ihre Gefühle beim Begräbnis des Onkels und reflektieren über die Sterblichkeit. Am Ende des Films erläutert der Pastoralreferent an einer zunächst entwurzelten und dann wieder in neue Erde eingepflanzten Ackerpflanze die Funktion der Trauerbegleitung für trauernde Hinterbliebene.

Im gezeigten Film sind die Gefühle der unterschiedlichen Menschen kindgerecht, aber auch sehr dicht und emotional berührend dargestellt. Im Anschluss werden die Kinder aufgefordert und ermutigt, ihre eigenen Gefühle mit Fingerfarben darzustellen. Diese Aufgabe stellt für manche Kinder zunächst eine große Hürde dar, die aber meist durch langsam-tastendes Ausprobieren und Experimentieren mit den Fingerfarben überwunden werden kann. Je nach innerer Gestimmtheit der Kinder entstehen Phantasiebilder, in denen mal die hellen, mal die dunklen Farben überwiegen. Bisher äußerten alle Kinder in der Reflexionsrunde, dass ihnen das experimentell-intuitive Malen großen Spaß gemacht hat und dass es gut tut, wenn man die Gefühle, für die es oft keine passenden Worte gibt, „rauslassen“ kann.

Um die Situation von Familien nach einem Trauerfall zu erklären, benutzt die Gruppenleiterin ein Mobile. Die miteinander verbundenen Mobileteile sollen das von Verlust betroffene Familiensystem symbolisieren. Zunächst sind noch alle Elemente vorhanden und das Mobile ist im Gleichgewicht. Dann wird ein Mobileteil (der Verstorbene) entfernt und die Schüler können beobachten, dass nun das gesamte Familiensystem in Schiefelage geraten ist. Fragt man die Kinder, was nun zu tun sei, erhält man z.B. zur Antwort: „Ein neues Baby muss den Platz wieder besetzen“ oder „Die restlichen Familienmitglieder müssen enger zusammenrücken, um die Lücke zu schließen“. Auf jeden Fall wird den Kindern klar, dass das Familiensystem durch den Todesfall Raum und Zeit braucht, bis sich ein neues Gleichgewicht einstellt.

Im Anschluss werden die Kinder angeleitet, Bohnenstecklinge einzupflanzen, deren Wachstum den Trauerprozess als Lebensprozess symbolisieren soll. Jedes Kind sichert sein eingetopftes Pflänzchen mit einem haltgebenden Stab, gießt es ausgiebig und gibt ihm einen guten Platz am Fenster (vgl. **Abb. 5**, S. 274). Die Aussicht, dass die Pflanze bei konstanter Pflege zum Blühen kommt und im Idealfall sogar essbare Bohnen hervorbringt, macht den Kindern ihr aktives Zutun zum Gedeihen bewusst und damit kostbar.



Abb. 5: Kinder pflanzen Bohnen als Symbol für den Trauerprozess

2.5.6 Tag 5: Trost und Trösten – Abschlussfest

Der letzte Tag der Projektwoche steht unter der Überschrift „Trost und Trösten“. An diesem Tag findet auch ein gemeinsames Abschlussfest statt. Wie sich bereits am vorangegangenen Tag andeutete, führt der Abschlusstag alle Beteiligten wieder zurück ins „pralle“ Leben. Hauptanliegen dieses letzten Tages ist es, die in der Projektwoche gemachten Erfahrungen miteinander in Beziehung zu setzen. Zunächst werden die Kinder angeregt, sich ähnlich wie am zweiten Tag der Projektwoche auch zum Thema: „Wie geht Trösten?“ eine pantomimische Szene auszudenken oder einem Menschen, der gerade traurig ist, einen Trostbrief zu schreiben. Damit alle guten Ideen, wie Trost gespendet werden kann von der Klasse dauerhaft erinnert werden, beschriften die Kinder eine zwei Meter große Papier-Bohnenranke mit Trostbegriffen und hängen sie im Klassenraum auf. Anschließend wird der „Lastentanz“ geprobt. Darin wird durch Rhythmuswechsel und zuerst gebückte, dann zunehmend aufrechte, beschwingt-hüpfende Körperhaltungen symbolisch die Schwere der Lebensendthematik nach und nach abgelegt.

Mit einem eineinhalbstündigen Abschlussfest, bei dem auch die Familienangehörigen der Kinder eingeladen sind, geht die Projektwoche „Hospiz macht Schule“ zu Ende. Dabei geht es lebendig, lustig und manchmal auch ein wenig nachdenklich zu. Hier werden auch die vielfältigen Exponate präsentiert, die während der Projektwoche entstanden sind (Wandzeitung, Plakate, Bilder, Pflanzen etc.). Ein letztes Mal wird das Ritualied gesungen, die Bänder werden gelöst und jedes Kind erhält noch einen kleinen Papiersmetterling zum Abschied.

3. Zur Evaluation des Projekts „Hospiz macht Schule“

3.1 Vorbemerkung

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht ist es grundsätzlich wünschenswert, die Effekte und den Nutzen eines pädagogischen Angebots zu evaluieren bzw. systematisch zu dokumentieren. Im vorliegenden Zusammenhang ist vor allem die Frage interessant, inwieweit die eingangs beschriebenen Zielsetzungen der Projektwoche „Hospiz macht Schule“ erreicht werden können und welche Faktoren hierfür bedeutsam sind. Um den Erfolg und die Sinnhaftigkeit des Angebots beurteilen zu können, müssen die Rückmeldungen und Bewertungen aller Prozessbeteiligten berücksichtigt werden. Im Folgenden werden daher die Sichtweisen der Kinder, der ehrenamtlichen Gruppenleiterinnen und -leiter, der Klassenlehrerinnen und -lehrer sowie der Eltern dargestellt, soweit diese bislang dokumentiert werden konnten. Abschließend soll eine von der Luxemburger Hospizgruppe Omega 90 in Auftrag gegebene Evaluationsstudie vorgestellt werden.

3.2 Die Perspektive der Kinder

Alle Kinder erhalten zur Aufbewahrung ihrer in der Projektwoche entstandenen Bilder und Aufzeichnungen eine Sammelmappe. In dieser sind unter anderem Arbeitsblätter zu den Weltreligionen, zu deren Bestattungsbräuchen und Jenseitsvorstellungen sowie zum Thema „Trost annehmen und Trost spenden“ enthalten. Das ebenfalls darin enthaltene Arbeitsblatt „Mein Lernstagebuch“ wird meist von den Klassenlehrerinnen zur retrospektiven Reflexion der Projektwoche genutzt. Es umfasst die Rubriken: „Thema der Woche“, „Das hat mich besonders interessiert“ und „Ich habe gelernt“ (in einer früheren Version gab es noch die Rubrik „Das hat mir nicht gefallen“).

In den vergangenen Jahren sind viele ausgefüllte Reflexionsbögen an die

Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. zurückgesandt worden. Viele Kinder berichten darin, sie hätten es gar nicht schlimm gefunden, dass in der Projektwoche Tränen geflossen seien. Entgegen ihrer ursprünglichen Befürchtungen habe es ihnen sehr gut getan, auch über belastende Gefühle offen sprechen und diese kreativ ausagieren zu können. So schrieb ein Mädchen, das ihre Mutter durch eine Krebserkrankung verloren hatte, dass die Projektwoche ihr sehr gut getan habe. Beispielsweise habe sie im Verlauf der Projektwoche den Mut gefunden, ein Foto mit sich selbst und ihrer aufgrund der Chemotherapie kahlköpfigen Mutter zu zeigen. Durch das gemeinsame Betrachten des Fotos und die mitfühlende Wertschätzung in der Gruppe konnte die Tochter ihre Schamgefühle und Ängste überwinden und ihre Trauer offen zeigen.

Folgende Aspekte der Projektwoche Hospiz macht Schule“ wurden in den Lerntagebüchern der Kinder am häufigsten als positiv benannt:

- das Malen der Gefühle-Bilder mit den schönen Fingerfarben
- das Bohnenpflanzen
- das gemeinsame Anschauen des Films „Willi will's wissen...“
- keine Hausaufgaben in der Projektwoche
- dass ihnen zugehört wird und ihre Fragen (vom Arzt und den Ehrenamtlichen) verständlich beantwortet werden.

Unter der Rubrik „Ich habe gelernt“ wurden am häufigsten die folgenden Aspekte benannt:

- dass ich jetzt vor dem Tod nicht mehr so große Angst habe
- dass es gar nicht schlimm ist, wenn man traurig ist und auch mal weinen muss
- dass ich nun weiß, wie das mit dem Aufbahren der Leiche und der Beerdigung vonstatten geht
- dass der Tod eben zum Leben dazu gehört; würde niemand mehr sterben, wäre die Erde nach kurzer Zeit überbevölkert
- dass ich jetzt weiß, was die Leute von der Hospizbewegung tun; wenn ich alt genug bin, will ich das auch einmal machen
- dass das Leben schön ist und dass wir uns verändern.

Unter der in einer früheren Version des Reflexionsbogens enthaltenen Rubrik „Was mir nicht so gut gefallen hat“ nannten die Kinder besonders oft,

- dass ich im Film zum ersten Mal eine richtige Leiche gesehen habe
- dass die Projektwoche so schnell vorbei ging und
- dass die Ehrenamtlichen nicht öfter/länger zu uns in die Klasse kommen können.

3.3 Die Perspektive der Gruppenleiterinnen und -leiter

Wichtig für die leiterbezogene Evaluation von „Hospiz macht Schule“ sind neben den täglichen Teamreflexionen in der Projektwoche (ca. eine Stunde; oft gemeinsam mit der Lehrkraft) auch die Treffen der Projektteams nach durchgeführten Projektwochen. Diese finden in unregelmäßigen Abständen unter Einbeziehung der Teams aus Jülich und Düren statt und beinhalten Erfahrungs- und Informationsaustausch, Reflexion und gegenseitige Beratung.

Ehrenamtliche, die seit vielen Jahren die Projektwoche durchführen, erhalten immer wieder positive Rückmeldungen von Kindern, die an der Projektwoche teilgenommen hatten und später einen Trauerfall im Familienkreis erlebten. So erinnerten sich z.B. manche Kinder nach dem Tod des Familienmitglieds an ihr Projekt und forderten selbstbewusst ihre Mitwirkung bei der Gestaltung der Verabschiedung ein. In anderen Fällen machten Kinder ohne Scheu und Berührungängste Besuche am Krankenbett eines sterbenskranken Familienmitglieds. Dabei schöpften sie offenbar aus dem Verhaltensrepertoire, das sie sich in der Projektwoche zum Thema „Was mir bei Krankheit gut tut“ erarbeitet hatten (Tag 2). Andere Kinder, die sich nicht persönlich vom Verstorbenen verabschieden konnten, berichteten dass es ihnen sehr geholfen habe, nachträglich einen Brief an den Verstorbenen zu schreiben, so wie sie es in der Projektwoche besprochen hatten.

Rückmeldungen wie diese zeigen den Gruppenleiterinnen und -leitern, dass ihre Arbeit nachhaltige Spuren hinterlassen hat. Viele Kinder haben in der Projektwoche offenbar gelernt, dass Sterben, Tod und Trauer nicht schreckliche Dinge sind, vor denen man Angst haben muss, sondern dass sie ganz selbstverständlich zu jedem Leben dazu gehören. Auch dies trägt dazu bei, dass sich die Gruppenleiterinnen und -leiter durch ihre Arbeit mit den Kindern und durch die Erfahrungen der Projektwoche sehr bereichert fühlen.

3.4 Die Perspektive der Lehrkräfte

Lehrerinnen und Lehrer erfahren meist auf unterschiedlichen Wegen von dem Projekt „Hospiz macht Schule“. Etliche Lehrkräfte nehmen z.B. Kontakt mit dem Hospizbüro oder der Lebens- und Trauerhilfe e.V. Düren auf, wenn ein Kind in ihrer Klasse durch einen schweren Krankheits- oder Todesfall in der Familie belastet ist. Nicht selten fühlen sich Lehrerinnen und Lehrer trotz ihrer pädagogischen Ausbildung beim Umgang mit belastenden Lebensereignissen überfordert. Manche Lehrkräfte sind sich z.B. unsicher, ob und wie sie solche Ereignisse in der Klasse ansprechen sollen. Im manchen Fällen kann

dies ein Anlass sein, eine Projektwoche zur Prävention oder zur Aufarbeitung von Belastungen durch Trauerfälle durchzuführen.

Lehrkräfte machen zuweilen die Erfahrung, dass sie leistungsorientierten Eltern nur schwer vermitteln können, warum zugunsten der Projektwoche eine ganze Woche lang der übliche Unterricht ausfallen sollte. Manchmal allerdings erleben sie in diesem Zusammenhang auch regelrechte „Saulus-Paulus-Geschichten“, z.B. wenn anfangs äußerst skeptische Eltern am Ende zu engagierten Befürwortern der Projektwoche werden. Viele Lehrkräfte geben noch Jahre später Rückmeldungen über erstaunlich positive Entwicklungsschritte ihrer ehemaligen Schüler. Findet das Projekt bereits im dritten Schuljahr statt, profitiert nach dem Eindruck vieler Lehrerinnen und Lehrer auch die Klassengemeinschaft sehr von in der Projektwoche angestoßenen Verhaltensweisen und Einstellungen, wie Offenheit, Vertrautheit und Achtsamkeit im Umgang der Kinder.

3.4 Die Perspektive der Eltern

Eltern reagieren erfahrungsgemäß unterschiedlich auf die Projektwoche „Hospiz macht Schule“. Manche Eltern, die selbst von einer Trauersituation betroffen sind, äußern mehr oder weniger offen Vorbehalte gegen die Teilnahme ihrer Kinder. Dahinter kann sich der Wunsch verbergen, die Kinder vor dem als schwierig und belastend erlebten Thema schützen zu wollen. Andere Eltern halten den Zeitpunkt der Konfrontation mit Tod, Sterben und Trauer für verfrüht, obwohl sie grundsätzlich die Auseinandersetzung mit diesen Themen befürworten. Viele Eltern berichten aber auch, dass im häuslichen Umfeld durchaus offen und unter Einbeziehung der Kinder über Abschiednehmen und Trauer gesprochen wird. Diese Eltern nehmen die Kinder (sofern sie selbst dies wünschen) z.B. auf Beerdigungen mit und nehmen deren Gefühle und Bedürfnisse sensibel wahr. Andere Eltern thematisieren ihre Unsicherheit im Umgang mit diesen Themen und zeigen sich froh und dankbar, dass es die Projektwoche an der Schule ihres Kindes gibt.

Oft berichten Eltern, sie hätten selbst davon profitiert, dass ihr Kind an der Projektwoche teilgenommen habe. So denken z.B. viele Eltern, dass sie eigene Trauergefühle ihren Kindern gegenüber nicht offen zeigen sollten, z.B. um diese nicht mit negativen Gefühlen „anzustecken“. Durch die Auseinandersetzung mit diesem Thema im Kontext der Projektwoche wird den Eltern bewusst, dass diese Vermeidungsstrategie in aller Regel ungünstig ist. Wenn nämlich Kinder die elterliche Trauer spüren, ohne dass jemand offen mit ihnen darüber redet, glauben sie oft, sie selbst hätten diese Traurigkeit verursacht.

Offene, klare Gespräche hingegen helfen, Missverständnisse auszuräumen, Trauer zu teilen und gegenseitiges Vertrauen zu stärken.

3.5 *Evaluation des Projekts „Omega mécht Schoul“ (Luxemburg)*

Die systematische wissenschaftliche Evaluation des Konzepts „Hospiz macht Schule“ steht derzeit noch am Anfang. In erster Linie ist hier ein umfangreicher Evaluationsbericht zu nennen, der von der Luxemburger Hospizgruppe Omega 90 in Auftrag gegeben wurde. Im Schuljahr 2010/11 wurde an zwei Luxemburger Grundschulen mit einer dritten und einer vierten Schulklasse die Projektwoche „Omega mécht Schoul“ durchgeführt. Das realisierte Programm deckt sich weitestgehend mit dem deutschen Originalkonzept von „Hospiz macht Schule“.

Evaluert wurde das Projekt von Dr. Martine Hoffmann, Diplompsychologin am RBS-Center, Luxemburg. Der erste Teil des vorgelegten Evaluationsberichts umfasst die Projektbeschreibung und -durchführung, der zweite Teil die externe Evaluation (vgl. Omega 90, 2011)¹⁶. Für die Projektevaluation wurden spezielle Evaluationsfragebögen entwickelt, die eine multiperspektivische Prozess- und Ergebnisevaluation ermöglichten. Für die qualitative Auswertung bediente man sich der zusammenfassenden inhaltsanalytischen Auswertung (vgl. Mayring, 2010). Die quantitative Auswertung umfasste deskriptiv-statistische Analysen und vergleichende graphische Darstellungen der Mittelwerte über die unterschiedlichen Bewertungsdimensionen während der beiden Projektwochen.

Als Fazit hält die Autorin der Studie fest, dass die Bewertungen und Selbstauskünfte des Projektteams (d.h. Ehrenamtliche und Mitarbeiter von Omega 90), der involvierten Lehrerinnen, der teilnehmenden Kinder sowie deren Eltern, konsistent für eine hohe Akzeptanz, hohe Qualität und hohe Zufriedenheit aller Beteiligten am Projekt „Omega mécht Schoul“ sprechen.

Trotz dieses sehr positiven Gesamtbefunds weist die Autorin der Studie allerdings auch darauf hin, dass mögliche Verzerrungen der Ergebnisse nicht auszuschließen seien (z.B. durch sozial erwünschte Antworttendenzen, Heterosuggestionen, Selbstselektion beim Ausfüllen der Evaluationsbögen, sowie durch die eingeschränkte interne Validität der Auswertungsmethode). Vor diesem Hintergrund sollten die vorliegenden Evaluationsbefunde lediglich als „vorläufige Ergebnisse“ einer Pilotstudie interpretiert werden, deren Generalisierbarkeit es durch weiterführende Replikationsstudien abzusichern gelte.

¹⁶ Der reich bebilderte 82-seitige Evaluationsbericht kann im Internet unter <http://bit.ly/REpPBg> heruntergeladen werden.

Abschließend regte die Autorin eine follow-up-Evaluation nach zwei Jahren an, um Aussagen über die Nachhaltigkeit und mögliche Auswirkungen der Projektwoche auf das konkretes Erleben und Verhalten der beteiligten Kinder treffen zu können.

4. Fazit und Ausblick

Anders als noch vor wenigen Generationen haben Kinder und Jugendliche heute oft nur vage Vorstellungen von Tod und Sterben. Dies liegt unter anderem daran, dass es heute viel weniger Möglichkeiten für sie gibt, das Sterben eines nahestehenden Menschen im Kreis ihrer Familie mitzuerleben (Jungbauer, 2009). Hinzu kommt, dass Kinder aufgrund der mittlerweile auch in ländlichen Regionen abnehmenden Bindung an die Kirchengemeinde nur noch selten tradierte Begräbnis- und Trauerkulturen miterleben. Auch die oft gut gemeinte Absicht von Erwachsenen, Kinder vor den „Schrecken des Todes“ schützen zu wollen, trägt dazu bei, dass Kinder oft wenig über die letzten Dinge des Lebens wissen und sich unsicher fühlen, wenn sie damit in Berührung kommen (vgl. Gronemeyer, 2008).

Vor diesem Hintergrund leistet das Konzept „Hospiz macht Schule“ einen außerordentlich wichtigen Beitrag zu einer neuen Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer sowie zur Persönlichkeitsentwicklung von jungen Menschen. Kinder und Jugendliche lernen in diesem präventiven Projekt, dass Tod und Sterben zum Leben dazu gehören und dass ein offener und achtsamer Umgang damit nicht nur möglich, sondern auch stärkend und bereichernd ist. Eine zentrale Idee der Hospizbewegung wird damit auf den Bereich der schulischen Bildung übertragen. Indem der Hospizgedanke sowohl alten Menschen am Lebensende als auch jungen Menschen am Beginn ihres Lebens zu Gute kommt, schließt sich ein Kreis.

Unsere Erfahrungen zeigen: Unter den Bedingungen einer offenen, partnerschaftlichen Kommunikation und ohne den Druck einer Leistungsbeurteilung kann in der Projektwoche „Hospiz macht Schule“ in eindrucksvoller Weise sinnvolles und lustvolles Lernen gelingen. Durch den achtsamen Umgang unter den beteiligten Erwachsenen sowie den Erwachsenen mit den Kindern wird modellhaft gutes, wertschätzendes Miteinander vorgelebt und eingeübt. Unter diesem Aspekt leistet dieses Hospizprojekt auch einen wichtigen gesamtgesellschaftlich relevanten Beitrag im Hinblick auf Akzeptanz und Inklusion.

Aufgrund der sehr positiven Resonanz im Grundschulbereich wurde mittlerweile das Kurscurriculum von „Hospiz macht Schule“ für weiterführende Schulen und Berufsschulen (Sekundarstufen 1 und 2) adaptiert. Vo-

raussichtlich ab Frühjahr 2013 wird das Modellprojekt „Hospiz macht Schule weiter...“ an den Start gehen. Ein Fachteam der Bundeshospizakademie unter der Leitung der Diplompädagogin Carola von Geibler gibt das Konzept in Form von zwei Blockseminar-Fortbildungen an jeweils zwei Tagen an Interessierte weiter. Dabei geht es „um einen kulturellen Ansatz im Lebensraum Schule und nicht nur um einen externen Hilfeansatz. In den Schulen kann auf diese Weise ein Lebensraum und eine erweiterte Lebenskultur, vielleicht ein wenig mehr Lebensgemeinschaft für Lehrende, Schüler und Eltern entstehen“ (Bundeshospizakademie, 2012). In diesem Sinne sind auch diesem neuen Konzept nicht nur viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sondern auch viele engagierte Fürsprecher und Förderer zu wünschen.

Literatur

- Bödiker, M.-L. Graf, G. u. Schmidtbauer, H. (Hrsg.).(2011): Hospiz ist Haltung. Kurshandbuch Ehrenamt. Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- Bock, R.E. (2009): Trauerbegleitung als Aufgabe der Sozialen Arbeit? Unveröffentlichte Bachelorthesis. Aachen: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen / Abteilung Aachen.
- Bundeshospizakademie (2012): „Hospiz macht Schule weiter...“ Ein Hospiz-Projekt in weiterführenden Schulen und Berufsschulen für Jugendliche, ihre Eltern und Lehrende. Verfügbar unter <http://bit.ly/XHVJ4C> (Zugriff am 15.11.2012).
- Graf, G. (o.J.): Grundlagen der Hospizarbeit: Der Mehrwert des Guten. Folien einer Powerpoint-Präsentation, verfügbar unter www.bit.ly/REYrEk (Zugriff am 15.11.2012).
- Graf, G. (Hrsg.).(2010): Hospiz macht Schule. Ein Kurs-Curriculum zur Vorbereitung Ehrenamtlicher im Umgang mit Tod und Trauer für Grundschulen. Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- Gronemeyer, R. (2008): Sterben in Deutschland: Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. (2003): Festschrift „10 Jahre Hospizbewegung Düren“. Düren: Eigenverlag.
- Jungbauer, J. (2009): Familienpsychologie kompakt. Weinheim: Beltz/PVU.
- Lenz, A. (Hrsg.)(2011): Empowerment: Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (11., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz/PVU.
- Montada, L. (2002): Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (S. 418 - 442). Weinheim: Beltz/PVU.
- Omega 90 (Hrsg.).(2011): Evaluationsbericht zum Pilotprojekt „Omega mecht Schoul“, in Zusammenarbeit mit RBS-Center fir Altersfroen asbl. Verfügbar unter <http://bit.ly/REpPBg> (Zugriff am 15.11.2012).

„Bestatten, begleiten, begegnen“ – Wie die Bestatterinnen von InMemorium, Aachen, ihre besondere Tätigkeit verstehen

*Regina Borgmann und Christa Dohmen-Lünemann
im Gespräch mit Johannes Jungbauer*

Regina Borgmann und Christa Dohmen-Lünemann leiten das Aachener Bestattungshaus *InMemorium*, welches sich in vieler Hinsicht von traditionellen Beerdigungsunternehmen unterscheidet. In diesem Kapitel wird ein Gespräch dokumentiert, in dem das Konzept und die Philosophie von *InMemorium* vorgestellt werden. Dabei wird deutlich, dass Bestatten sehr viel mehr bedeuten kann als einen Verstorbenen „unter die Erde zu bringen“: Es geht um eine bewusste und selbstbestimmte Gestaltung des Abschiednehmens, um Trauerbegleitung und um menschliche Begegnung.

Johannes Jungbauer: *Sie beide führen seit 2007 gemeinsam das Bestattungshaus „InMemorium“ in Aachen. Wie sind Sie eigentlich zu Ihrem ungewöhnlichen Beruf gekommen?*

Regina Borgmann: Ich war diejenige, die die Initialzündung gegeben hat. Ich bin gelernte Erzieherin und habe während meiner damaligen Tätigkeit verschiedene Zusatzausbildungen gemacht, u.a. eine Ausbildung zur Trauerbegleiterin, weil ich mehr über das Thema Trauer bei Kindern erfahren wollte. Während dieser Ausbildung hörte ich von zwei Kolleginnen, die sich in Mainz als Bestatterinnen selbstständig gemacht hatten. Dort durfte ich dann ein Praktikum machen, und das hat mich einfach so überzeugt und begeistert, dass ich von da an wusste: Das soll auch mein Ziel werden! Zum Glück hatte ich damals Menschen um mich herum, die mich in dieser Idee unterstützt haben. Ich begann, mich zu informieren und machte diverse Existenzgründerinnenkurse. Mein Leitgedanke war, später in einem eigenen Bestattungshaus zu arbeiten. Allerdings wollte ich dieses nicht alleine führen. Mir war klar, dass ich eine passende Partnerin brauchte und die habe ich dann aktiv gesucht. Mein ganzer Weg hat sieben Jahre gedauert, bis es dann so realisiert war, wie Sie es jetzt hier vorfinden.

Christa Dohmen-Lünemann: Unser Kontakt wurde über eine Freundin hergestellt, die wusste, dass ich mich gern selbstständig machen möchte. Allerdings dachte ich damals eher an andere Themen, z.B. eine Beraterische

und therapeutische Tätigkeit. Nachdem ich viele Jahre eine Beratungsstelle bei einem Wohlfahrtsverband geleitet habe, bin ich seit den 90er Jahren in der Klinischen Sozialarbeit tätig gewesen. Ich habe mich im Gesundheitsbereich auch sehr wohl gefühlt, habe aber nach neuen beruflichen Herausforderungen gesucht. Das Thema Bestattung war damals, als wir uns 2004 kennenlernten, ganz neu für mich. Aber in der weiteren Vorbereitungszeit zu unserem Projekt sah ich auch viele Parallelen zum Gesundheitsbereich, in dem ich viele Erfahrungen im Umgang mit Verlust und Trauer sammeln konnte. Ich erinnere mich noch gut an Gespräche mit Patienten und Patientinnen, die von ihren geliebten Menschen nicht hatten Abschied nehmen können. Besonders in der Genogramarbeit wurden die „unbetroffenen“ Verluste deutlich. Nach einer eigenen Erkrankung habe ich mir die Zeit genommen Bilanz zu ziehen und über berufliche Wertigkeiten und einen Neubeginn nachzudenken.



Abb. 1: Regina Borgmann und Christa Dohmen-Lünemann (v.l.)

Den Themen Sterben, Tod und Trauern habe ich mich durch verschiedene Praktika angenähert. Hierbei wandte ich mich bewusst an Bestattungsbetriebe gewandt, die von Frauen geleitet wurden. Für die Entscheidung, den Neubeginn zu wagen, habe ich ein Jahr Zeit gebraucht, aber die Idee meiner Kollegin und Geschäftspartnerin hat mich am Ende sehr überzeugt. Zudem hatte

ich das Gefühl, ich könnte meine Kompetenzen und Ideen gut im neuen Beruf einbringen. Ja..., und dann mussten wir uns noch näher kennenlernen.

JJ: *Wenn ich Sie richtig verstanden habe, funktioniert es auch deswegen so gut, weil Sie beide ein gutes Team sind.*

RB: Ja, das stimmt. Wir sind natürlich auch sehr unterschiedlich in verschiedener Hinsicht, und das ergänzt sich ideal.

CDL: Man muss uns einfach kennenlernen! Vom Typ, von der Persönlichkeit her sind wir schon unterschiedlich, aber entscheidend ist, dass wir wichtige Dinge teilen, die für unser Tun erforderlich sind, Eigenschaften wie z.B. menschliche Reife, Reflexionsfähigkeit, Supervisionserfahrung, aber auch Tiefgang und Humor.

JJ: *Sie sind jetzt seit fünf Jahren hier in Aachen auf dem Markt. Hatten Sie denn von Beginn an ein ausdifferenziertes Konzept für „InMemoriam“?*

CDL: Unser Konzept ist das Ergebnis eines gemeinsamen Entwicklungsprozesses.

RB: Wir haben damals an einem Existenzgründungswettbewerb der hiesigen Industrie- und Handelskammer teilgenommen. Dabei wurden wir kostenfrei von Fachleuten angeleitet, ein sinnvolles Unternehmenskonzept zu erstellen. Wir hatten das große Glück, an eine Unternehmensberaterin zu geraten, die unsere Idee von Anfang an gut fand und sich dafür begeistern ließ. Wir sind ihr heute noch sehr verbunden. Gemeinsam mit ihr haben wir über ein halbes Jahr in intensiver Zusammenarbeit an unserem Businessplan gearbeitet. Vom Arbeitsumfang her war das vergleichbar mit einer Diplomarbeit, wobei wir beide in dieser Zeit auch noch voll berufstätig waren und das in den Abendstunden bewältigen mussten. Am Ende haben wir zwar eine Nominierung, aber leider keinen Preis für unser Konzept erhalten. Wir bekamen jedoch fachliche Gutachten mit positiven Resonanzen und Anregungen. Nachdem unser Unternehmenskonzept stand, haben wir Kontakt mit verschiedenen Fachleuten aufgenommen, die wir durch den Wettbewerb persönlich kannten, z. B. bei Banken, aus dem Steuerwesen und aus dem juristischen Bereich. Über die inhaltlichen Aspekte unserer Arbeit hinaus, also Bestattung und Trauerbegleitung, haben wir uns betriebswirtschaftliche Kenntnisse erarbeitet, weil das mit dazu gehört, denn die Finanzen sind ein nicht zu unterschätzender Aspekt, wenn man ein Unternehmen gründen will.

JJ: *Das war vielleicht gerade für Sie als Sozialpädagoginnen ein neues, ungewohntes Terrain. Zu einem praxisreifen Konzept gehören nicht nur fachliche Kenntnisse, sondern auch finanzielle, betriebswirtschaftliche Kompetenzen.*

CDL: Ja, richtig. Ich selbst bin in einem Familienbetrieb großgeworden, in dem ich als Jugendliche mitgearbeitet habe. Hierbei konnte ich wichtige Erfahrungen gewinnen gerade in Bezug auf die Verantwortung und den be-

sonderen Einsatz, den das Selbständigsein verlangt. Später hatte ich dann als Leiterin einer Beratungsstelle mit Finanzierungsfragen zu tun, musste Zuschüsse beantragen, das Budget im Auge behalten usw. Aber im Vergleich zur Selbständigkeit sind dies nur Teilbereiche. Wir mussten nun alles selbst in die Hand nehmen, um das Unternehmen auf möglichst sichere Füße zu stellen. Hierbei haben wir uns mit den finanziellen Risiken auseinandergesetzt und unsere Risikobereitschaft festigen können.

RB: Die Bankberater, die wir damals aufgesucht haben, waren sehr überzeugt von unserem Konzept und haben es nicht in Frage gestellt. Unser Businessplan war einfach bis ins Kleinste gut durchdacht, so konnten wir uns wirklich aussuchen, von welcher Bank wir unseren Kredit nehmen wollten.

JJ: *Für Ihren Businessplan mussten Sie vermutlich auch Ihre Chancen auf dem Markt analysieren. Wie schätzen Sie das aus heutiger Sicht ein? Was ist das Besondere an InMemoriam, wodurch unterscheiden Sie sich von anderen Bestattungshäusern in Aachen?*

RB: Also, es fängt damit an, dass wir zwei Frauen sind. In den meisten Bestattungshäusern sind es die Söhne, die das Geschäft der Eltern übernehmen. Nur selten sind es auch Töchter, und die arbeiten oftmals eher im Hintergrund. Diese Betriebe machen 95% der Bestattungshäuser auf dem Markt aus. Wir dagegen sind Quereinsteigerinnen, daher nennen wir uns in unserem bundesweiten Netzwerk auch „Quer-BestatterInnen“¹⁷. Wir haben zumeist einen pflegerischen, künstlerischen, theologischen, pädagogischen, sozialarbeiterischen Hintergrund und damit eine besondere Sicht auf Kinder, Jugendliche oder Menschen mit Migrationshintergrund. Auch unsere Räume unterscheiden sich von denen anderer Bestattungshäuser. Sie kommen hier rein und finden sich in hellen und freundlichen Räumlichkeiten wieder, die eher an eine große Wohnung erinnern.

CDL: In einem Gespräch mit einer Gruppe von Studentinnen wurde sogar der Vergleich zu einem Geburtshaus hergestellt. Ich hatte erzählt, dass wir auch einen Schlaf- oder Ruheraum für Angehörige eingerichtet haben, der bei längeren Totenwachen nach Absprache zu nutzen ist und dass auch unsere Küche zur Verfügung steht. Diese Atmosphäre des guten Versorgt-Seins ist ja auch in einem Geburtshaus vorhanden.

RB: Dieser Tisch, an dem wir hier gerade sitzen, wird „Familiertisch“ genannt. Hier wird bei einer Tasse Tee oder Kaffee im Familien- und Freundeskreis über die vielfältigen und bevorstehenden Ereignisse in Ruhe gesprochen. Dies passiert im konkreten Sterbefall, aber auch mit Menschen, die für sich selbst Vorsorge treffen möchten. Dabei versuchen wir die kreativen Fähigkeiten der Familie oder der Freunde anzuregen und mit einzubeziehen,

17 Informationen zu diesem Netzwerk finden interessierte Leserinnen und Leser im Internet unter www.bestatter-netz.net/.

denn es ist oft ein Potential da, dessen man sich am Anfang des Gesprächs noch gar nicht bewusst ist. So habe ich z.B. eine Familie angeregt, in Eigenkreation mit ganz vielen Familienmitgliedern den Sargschmuck herzustellen. Nach eigenen Fähigkeiten haben die Verwandten und Freunde über mehrere Tage Blüten gestickt, gefilzt oder genäht, dann zu einer Girlande zusammengefügt, die den Sarg der Verstorbenen schmückte.

CDL: Was uns als Quer-Bestatterinnen von den meisten traditionellen Familienunternehmen unterscheidet, ist unser berufliches Selbstverständnis. Der persönliche Umgang mit Menschen ist unser wichtigstes Fundament. Damit haben wir angefangen, alles andere haben wir dazugelernt, wie z. B. Fakten aus dem Bestatterhandwerk, sprich Paragraphen, hygienische Vorschriften, Umgang mit den technischen Dingen, behördliche Vorgehensweisen oder Ortskenntnisse. Bei uns steht die Kommunikation im Vordergrund, an jedem Tag. Da geht es um viele Absprachen, die wir tagtäglich mit Menschen in den verschiedensten Institutionen treffen. Beraterisch geht es neben den finanziellen und organisatorischen Fragen der Kunden-, um die Begleitung trauernder Menschen, manchmal auch um Begleitung Schwerstkranker, die das Gespräch mit uns suchen und wir sie manchmal mehrfach zu Hause aufsuchen. Die Menschen spüren im Kontakt mit uns, dass wir offen sind und ihr Anliegen in den Mittelpunkt stellen. Ich habe den Eindruck, dass sich der Kontakt mit uns recht schnell vertrauensvoll gestaltet und eine ehrliche Atmosphäre entstehen lässt.

JJ: *Ich kann mir vorstellen, dass viele Ihrer Kundinnen und Kunden durch Mundpropaganda auf Sie aufmerksam werden...*

RB: Ja, der absolut überwiegende Teil.

JJ: *...und dann zu Ihnen kommen mit ganz bestimmten Erwartungen und Wünschen.*

RB: Ja, es sind oft Menschen, die selbstbestimmt mit den Themen Tod und Sterben umgehen wollen, und die z.B. sagen: Ich kann mir vorstellen, dass unser Verstorbener eine Lieblingsdecke haben soll oder in eigener Kleidung beerdigt werden soll. Manche würden gerne eine besondere Zeremonie oder ein eigenes Ritual gestalten.

CDL: Die Menschen, die zu uns kommen, haben z.B. gehört, dass man auch bei der Beerdigung eigene Ideen einbringen kann, sei es, den Sarg anzumalen, mit persönlichen Dingen zu schmücken, auch selbst zu musizieren oder die Traueransprachen zu halten. Wenn Hinterbliebene und Freunde die Gestaltung der Feierlichkeiten selbst in die Hand nehmen möchten, sind wir für diesen Prozess offen und unterstützen gerne.

RB: Wir wollen ja zu einer anderen Kultur im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer beitragen. Wer noch nicht in unserem Haus gewesen ist, kann sich oft nicht vorstellen, wie anders es sein kann, und welche Möglichkeiten wir

anbieten können. Wir unterstützen gerade auch kreative Ideen von Angehörigen oder versuchen, diese anzuregen.



Abb. 2: Sargmalaktion mit Familie und Freunden

Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass Hinterbliebene von selbst auf Ideen kommen, die zu ihnen und ihren Verstorbenen passen. Kleine Anstöße, die wir geben, werden gerne angenommen. Vor kurzem hatten wir jemanden, der zu Lebzeiten gerne Fahrrad gefahren ist. Die Familie hat seine Fahrradkette auseinandergenommen und jeder, der die Trauerfeier verließ, bekam zum Abschied ein Kettenglied, was für ein schönes Erinnerungssymbol! Ein Anderer wiederum griff diese Idee auf und sagte: Mein Vater ist doch auch ständig Rad gefahren. Da haben wir das Fahrrad des Vaters einfach mit zur Trauerfeier gebracht, welches ein schönes Bild, sein Fahrrad in der Nähe seines Sarges. Oder ein weiteres Beispiel: Ein leerer Stuhl, auf dem der Verstorbene oft gesessen hat oder die Gestaltung eines Gedenktisches mit persönlichen Gegenständen. Für die Hinterbliebenen kann es im ersten Moment schwer sein, sich auf diese Art und Weise nochmals mit den Symbolen eines gelebten Lebens zu konfrontieren, aber gleichzeitig macht es ihnen bewusst, was passiert ist und wie jetzt die Lebensrealität aussieht. Gerade von diesen Men-

schen erhalten wir oftmals ein „dickes“ Dankeschön. Eine weitere Erfahrung ist, dass Menschen, die uns ihren Wunsch nach mehreren Preisvergleichen mitteilen, doch letztendlich uns auswählen.

JJ: Zusammenfassend kann man also sagen: Es geht Ihnen um Selbstbestimmung, um die Eigeninitiative der Hinterbliebenen, und letztlich auch um eine alternative Trauerkultur?

RB: Ja, das stimmt. Denn die Zeit vor der Bestattung, wenn der Verstorbene noch da ist, ist eine wertvolle, unwiederbringliche Zeit. Deswegen wollen wir die Hinterbliebenen darin unterstützen, diese Zeit sinnvoll zu nutzen. Wenn dies gelingt, sind das sehr hilfreiche Schritte auf dem Trauerweg, die ein Leben lang nachwirken können. Es geht darum, das zu tun, was ihnen gut tut. Manchmal kann dies ein Brief sein, mit Worten, die gesagt werden wollen, manchmal am offenen Sarg zu verweilen, zu beten, eine Lieblingsmusik zu hören oder vielleicht auch mit einem Glas Sekt anzustoßen. Das kann ganz konkret auch die Gestaltung einer Urne sein, denn wir hatten vor einiger Zeit eine Mutter mit zwei Kindern, die hatte die Idee, die Hände der Kinder und ihre eigene mit einer goldenen Farbe zu bestreichen und die je auf eine Seite der viereckigen Urne als Handabdruck zu prägen. Die Mutter hatte praktisch die Idee entwickelt: „Wir halten dich, und wir behalten dich in unserem Herzen“. Und dann haben wir, weil ich das aus meiner Arbeit mit Kindern kenne, zusätzlich angeregt, ein sogenanntes „Übergangsobjekt“ herzustellen. So haben die Kinder ihre Handabdrücke auf Papier aufgedruckt und mit nach Hause genommen. Das werden sie sicher nie vergessen.

JJ: Wenn Sie so über Ihre Arbeit erzählen, höre ich auch eine gewisse Begeisterung heraus. Es scheint für Sie eine Freude zu sein, diese Erfahrungen zu ermöglichen.

CDL: Ja, die Arbeit macht mir Freude. Auch bei der Gestaltung der Trauerkarten und Gedenkkärtchen kann man die Angehörigen ganz individuell beraten, und es ergeben sich dann Momente, die sehr persönlich und intim sind. Das geht mir manchmal ans Herz, wenn Bilder, Fotos, Verse und Symbole, die die Freunde oder die Familie auswählen, den Charakter des Verstorbenen so gut treffen, und wir zusammen weinen, aber auch lachen. Der Verstorbene ist dann mitten unter uns, fast lebendig. Ich muss gerade an eine über 85 jährige Witwe denken, die in ihrer Freizeit immer viel gemalt hat. Als wir über die Gestaltung der Trauerkarte sprachen, erinnerte sie sich an ihr letztes Aquarell in bunten hellen Farben, welches einen Engel zeigte, der die Hände ausstreckte. Einen Engel, der ihren schwerkranken Ehemann in Empfang hätte nehmen können. Dieses von ihr gestaltete Aquarellbild wählte sie für die Vorderseite der Trauerkarte aus, eine innig getroffene Entscheidung.

Selbstverständlich gibt es auch Angehörige, die Vieles an uns delegieren und sich weniger aktiv mit dem Abschied und den Trauerfeierlichkeiten be-

fassen können oder wollen. Manchmal gab es keine wirkliche Beziehung zwischen dem Auftraggeber der Bestattung und dem Verstorbenen. Manche Verwandtschaftsverhältnisse sind in die Brüche gegangen oder man hat sich auseinandergelebt. Dementsprechend verläuft dann der Abschied, evtl. ohne Trauerzeremonie, eher ohne kreative Gestaltung oder einfach nur mit uns. Alles andere wäre in solchen Fällen auch nicht passend und könnte als aufgesetzt empfunden werden.

JJ: Und in der Beratung überlegen Sie dann gemeinsam: Was ist die individuell angemessene Form für die Trauerfeier, und was wäre im Gegensatz dazu aufgesetzt oder sogar verlogen?

RB: Ja, genau. Wir gehen mit den Menschen in einen Prozess. Dabei wird alles konkret besprochen, von den Trauerkarten bis hin zu den Inhalten von Musik und Gesang, Gedichten, Bildern, Fotos usw. Manchmal gibt es Leute, die nutzen unseren Beamer und werfen Bilder an die Wand oder zeigen Filmausschnitte, die zu Lebzeiten entstanden sind. Da gibt es ganz viele Ideen. Manchmal kommen die Angehörigen auf Einfälle, an die ich niemals gedacht hätte. Ich denke da gerade an den Opa Heinrich, der immer Nimm 2 Bonbons bei sich hatte und an seine Lieben verteilte. Kinder und Enkelkinder kamen bei uns auf die Idee, nicht nur ihm ein Tütchen mit in den Sarg zu geben, sondern diese Bonbons mit in den Blumenschmuck einarbeiten zu lassen. Von all diesen individuellen Ideen gibt es bei uns auch eine Fotosammlung, die dann dazu dient, weitere Angehörige auf Ideen zu bringen. Ja, es stimmt schon, wie Sie das ausgedrückt haben: Ich lasse mich da sehr begeistern!

JJ: Sie lassen sich begeistern und können andere begeistern.

RB: Ja!

CDL: Ja, wobei ich vom Temperament eher etwas ruhiger bin.

JJ: Aber Sie scheinen sich in ihrer Unterschiedlichkeit sehr gut zu ergänzen. Wie sieht eigentlich ein ganz normaler Arbeitstag bei Ihnen aus?

CDL: Das Besondere ist: Ich weiß morgens noch nicht genau, was an dem betreffenden Tag passiert. Ich habe zwar meine festen Termine, aber ich muss auch Lücken für unvorhergesehene Dinge lassen. Vormittags finden eher Beerdigungen sowie Behördengänge statt. Für Hausbesuche und Erstgespräche und auch Überführungen müssen wir ganztätig bereit sein. Die Versorgung und Pflege der Verstorbenen findet ganztätig statt, sind aber auch abends und nachts möglich. Für Gespräche, Gruppenveranstaltungen, kreative Aktivitäten, Büroarbeit legen wir Zeiten auf den Nachmittag. Unsere Einsatzorte können dabei wechseln. Zunächst sind wir überwiegend in unseren Räumlichkeiten anzutreffen. Da wir ja viel selbst machen, sind wir außer Haus unterwegs z.B. bei Abholungen von Verstorbenen, sei es im Krankenhaus, Altenheim oder zu Hause. So kommt es auch hin und wieder vor, dass

Familien sich wünschen, den Verstorbenen zu Hause zu pflegen, zu betten und anzukleiden, so dass wir eine Hausaufbahrung für ein bis zwei Tage möglich machen. Dies können wir dann gemeinsam mit Familienangehörigen tun, wenn sie es wünschen. Hierbei entstehen sehr intime und sehr warmherzige Momente miteinander, wenn wir z.B. den verstorbenen Menschen behutsam für den letzten Abschied „schön machen“. Manchmal ist der beste Anzug oder das Lieblingskleid schon lange ausgesucht. Es kann für den Abschied so wichtig sein, noch einmal die beste Krawatte zu binden oder die geliebte Perlenkette anzulegen, durchs Haar zu streichen, eine besondere Hautcreme aufzutragen oder auch das so gerne benutzte Parfüm oder After-shave aufzutragen.

RB: Der verstorbene Mensch braucht ja weiterhin unsere achtsame Fürsorge und auch unseren Schutz. Wenn wir bewusst und liebevoll mit seinem Körper umgehen, bewahren wir seine Würde. Ob wir es selbst tun oder Angehörige bei der Pflege und dem Ankleiden begleiten und ermutigen, alles geschieht mit Achtsamkeit, Sorgfalt und Respekt.

CDL: In diesem Tun erkennen und spüren Angehörige, dass der Tod wirklich eingetreten ist.

RB: Ja, sie spüren, dass das, was zurückbleibt, die körperliche Hülle ist. Die Seele oder der Geist hat sich vom Körper gelöst.

CDL: Dies ist eine sehr besondere und einmalige Arbeit, die in der Regel sehr zufrieden macht, auch wenn sie zum Teil körperlich anstrengend ist.

RB: Da bei den Abholungen von zu Hause oft sehr unwegsame Flure und Treppen bewältigt werden müssen, lassen wir uns mittlerweile von männlichen Mitarbeitern unterstützen.

CDL: Im Alltag nimmt auch die Arbeit außerhalb von Aachen viel Zeit in Anspruch, da wir hin und wieder in den Kreisgebieten tätig sind. Die Beisetzungsorte sind manchmal weit gestreut und müssen zur Planung der Trauerfeier vorher auch erkundet werden.

RB: Alleine in Aachen gibt es 28 Friedhöfe und jeder einzelne mit eigenen Besonderheiten.

CDL: Deswegen haben wir viel mit den unterschiedlichen Gemeinden, Städten und Pfarreien zu tun, denn wir müssen ja im Vorfeld der Bestattung Absprachen treffen. Das ist immer wieder spannend, weil wir dadurch auch neue Situationen und Menschen kennenlernen.

RB: Was vielleicht auch noch wichtig ist: Wir sind 24 Stunden am Tag rufbereit, das heißt, wir haben *immer*, egal wo wir sind, unsere Handys dabei. Diese Rufbereitschaft wird auch in Anspruch genommen. Anfangs haben wir gedacht: Oje, wie wird das wohl nachts und am Wochenende? Aber glücklicherweise kommt das nicht so häufig vor. Wir haben zwar auch die Erfahrung gemacht, nachts Verstorbene abzuholen, aber das sind eher seltene

Ausnahmen. Unsere anfänglichen Befürchtungen waren da offenbar unbegründet. In den meisten Fällen wird unsere 24-Stunden-Rufbereitschaft insofern genutzt, als die Hinterbliebenen noch dringend eine Absprache treffen oder eine Frage bezüglich der Bestattung klären möchten. Dann geht es oft einfach darum, den Menschen eine „Erlaubnis“ zu geben und zu sagen: Es ist völlig in Ordnung, wenn Sie es so machen, wie wir es besprochen haben oder auch ganz anders, wenn es besser zu Ihrem Empfinden oder ihrer Familie passt.

CDL: Generell versuchen wir, die Angehörigen dabei zu unterstützen, ihre eigenen Wünsche im Hinblick auf die Verabschiedung und die Bestattung umzusetzen. Wenn dies gelingt, bekommen wir die besten Rückmeldungen, und werden auch weiter empfohlen. Viele Angehörige sagen dann: „Das war aber sehr schön, wenn ich das so sagen darf.“

RB: Zu unserem Alltag gehört auch, dass Gruppen oder Einzelpersonen kommen, die sich einfach informieren oder konkret Vorsorge treffen möchten. Deswegen haben wir inzwischen ein Vorsorge-Café eingerichtet. Das bieten wir dreimal im Halbjahr an, so dass Menschen, die sich scheuen, einen Termin zu vereinbaren, einfach spontan zu uns kommen können, ohne sich vorher anzumelden. Das hat sich bewährt.

CDL: Dabei entwickeln sich oft Gespräche über philosophische Fragen, die mit Tod und Sterben zusammenhängen; erlebte Geschichten zu erzählen ist dabei auch eine wichtige Form der Bewältigung. Oftmals gibt es alte Wunden, die mit Tod und Beerdigungen vergangener Zeiten zu tun haben. Hier wird der Austausch in unserem Vorsorge-Café immer sehr hilfreich erlebt. Ebenso kann aber auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod stattfinden: Was möchte ich für mich selbst, wenn es soweit ist? Wen möchte ich dazu ins Vertrauen ziehen?

RB: Manche Menschen kommen auch sehr gezielt, wenn z.B. ein Familienmitglied sterbenskrank ist. Oft gehört Mut oder auch eine gewisse Überwindung dazu, schon vor dem Tod des Betroffenen zu uns zu kommen. Viele scheuen sich davor und denken: Darf man das vorher schon? Oder ist es pietätlos, er oder sie hat ja noch gar nicht die Augen zu? Wir unterstützen das aber eher, weil die Menschen in der Zeit danach entsprechend vorbereitet sind.

JJ: *Ich verstehe Sie so, dass Sie Angehörige oder Betroffene dazu einladen möchten, über solche wichtigen Themen offen zu sprechen, auch über philosophische Themen oder Vorsorgethemen. Dafür ist dieses einladende Ambiente wichtig, die Räumlichkeiten, die Sie hier anbieten.*

RB: Genau, wir wollten gerne ein offenes Haus sein, eine Begegnungsstätte, und inzwischen haben wir das Ziel erreicht, eine Begegnungsstätte zu sein.

Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass sich hier Menschen wirklich begegnen können.

CDL: Deshalb hatten wir auch von Beginn an die Idee, offene Veranstaltungen zu organisieren, bei denen die Hemmschwelle für Besucher niedrig ist. So organisieren wir z.B. vierteljährlich wechselnde Ausstellungen, wobei wir vor allem Frauen mit künstlerischen Talenten fördern möchten. Dann gibt es jeweils eine Vernissage oder eine Finissage mit Musikbeiträgen, Literatur und Lesung. Das ist sehr abwechslungsreich.

RB: Oftmals kommen auch künstlerisch tätige Menschen auf uns zu und sagen: Ich würde gerne dies oder jenes bei euch anbieten, z.B. Kurse in Bildhauerei, in denen man selbst Skulpturen schaffen kann, oder andere Formen der Erinnerungsarbeit mit Gedenkmaterialien, Meditation und Yoga für Trauernde, oder sogar einen Kochkurs haben wir schon angeboten.

CDL: Wenn wir unsere Pressemappe anschauen mit all unseren bisherigen Angeboten und Aktivitäten, dann ist das schon eine stattliche Liste! Uns wird dann bewusst, wie viel Arbeit in der Entwicklung und Ausführung dieser Angebote steckt. Wir werden das ganz sicher weiterhin so machen, weil wir auf all diese Dinge neugierig sind und immer wieder Neues entdecken möchten. Das macht unseren Beruf, so wie wir ihn verstehen, ja auch so interessant.

RB: Manchmal wird es schon ein bisschen viel, weil wir dieses Angebot zusätzlich zu unserer eigentlichen Tätigkeit machen. Aber die Resonanzen, die wir bekommen, geben so viel Motivation und so viel gute Energie, dass wir die zusätzlichen Angebote nicht aufgeben wollen.

CDL: Ja, manchmal sage ich auch, wir machen die Dinge nebenher, obwohl sie einen großen Stellenwert für uns haben. Aber unsere zentrale Tätigkeit, die Arbeit der Bestattung, sichert unseren Broterwerb und ist Haupteinnahmequelle. Man muss auch berücksichtigen, dass wir mit einer großen Summe, erheblich in finanzielle Vorleistung für die Kunden gehen.

JJ: *Damit verdienen Sie Ihr Geld, aber Sie verstehen Ihre Arbeit auch noch anders, als ganzheitliche Begleitung und Beratung der Hinterbliebenen. Das ist Ihr „Plus“ im Vergleich zu anderen Bestattungshäusern.*

CDL: Ja, genau.

JJ: *Welche Erfahrungen machen Sie im Hinblick auf die Bedürfnisse von Hinterbliebenen, was ist wichtig für Trauerbegleitung, Trauerberatung?*

RB: Wenn ein Mensch stirbt, sind die Angehörigen meist erst einmal beschäftigt mit der Organisation der Bestattung, und das ist ja vielleicht auch ganz gut so. Wenn dabei eigene Ideen angeregt und verwirklicht werden können, sind das schon erste Schritte auf dem Weg der Trauerbewältigung. Dazu können wir durch unser Angebot beitragen. Darüber hinaus achten wir aber natürlich darauf, wer einen Bedarf nach weitergehender Begleitung

haben könnte. Dies können wir selbst nicht anbieten, weil das unseren Rahmen sprengen würde, aber wir vermitteln in Einzelbegleitung, in Selbsthilfegruppen, in Trauercafés. Wir haben die Möglichkeit, Menschen gezielt irgendwo hinschicken, wo sie kompetente Beratung und Begleitung erhalten.

JJ: Das heißt, Sie sind Teil eines Netzwerks.

RB: Ja, beispielsweise kennen wir persönlich Sterbebegleiterinnen und Trauerbegleiterinnen, die uns sehr nah und vertraut sind und die teilweise einen ähnlichen beruflichen Hintergrund haben. Ich persönlich habe meine Ausbildung zur Trauerbegleiterin bei Ruthmarijke Smeding gemacht, die ein eigenes Modell entwickelt hat, „Trauer erschließen“. Das ist ein fachlich sehr anspruchsvolles und zugleich hilfreiches Konzept für die Trauerbegleitung, nach dem einige der uns bekannten Trauerbegleiterinnen arbeiten.

CDL: Manchmal haben Hinterbliebene das Bedürfnis, einige Zeit nach der Bestattung noch einmal zu uns zu kommen. Das ist natürlich möglich und darüber freuen wir uns auch. Dann wird z.B. eine Danksagungskarte entwickelt, wir sprechen vielleicht über Veränderungen in Familie und Beruf oder wir überlegen gemeinsam, wie ein Trauerritual ein Jahr nach einem Todesfall gestaltet werden kann. Solche Dinge zu begleiten, sehen wir auch als unsere Aufgabe an. Erst gestern hat ein Elternpaar, das vor einiger Zeit sein Kind verloren hat, nochmals um ein solches Gespräch gebeten. Wir saßen hier zusammen und haben uns über die Beerdigung ausgetauscht, über das, was noch nachklang. Und wir haben darüber gesprochen, an wen sie sich wenden können, um Begleitung für ihren weiteren Weg zu erhalten.

RB: Es gibt Menschen, die noch nach drei Jahren zu uns kommen und sagen: „Ich wollte einfach mal hören, wie es Ihnen geht und erzählen, was sich bei mir getan hat.“ Unser Herr B., der kommt jedes Mal mit dem Fahrrad kurz auf ein Schwätzchen vorbei, wenn er zum Ostfriedhof radelt. Wenn er durchs Schaufenster sieht, dass wir gerade telefonieren, winkt er uns nur zu. Nach dem Tod seiner Frau hat er Kontakt zu zwei Trauercafés aufgenommen, eine engmaschige Begleitung kann er sich nicht vorstellen, aber an geführten Wanderungen nahm er immer wieder einmal teil. Die Menschen merken einfach, dass wir authentisch und dass wir glaubwürdig sind. Manche kommen anfangs mit einer gewissen Skepsis, das spüren wir. Aber meist gibt es irgendwann den Punkt, wo wir merken: So, jetzt ist das Vertrauen da. Ein Glück ist es, in unmittelbarer Nähe zum Ostfriedhof und der Grabeskirche ansässig zu sein, damit haben wir einen Standort gefunden, wie wir ihn lange gesucht haben, der ideal ist, um einfach mal hereinzuschauen und es zeigt sich auch, dass wir mit unserem offenen, einsehbaren Schaufenster oder Bü-rofenster richtig liegen.

CDL: Ja, unsere Räumlichkeiten sind einladend und unser kulturelles und soziales Angebot bietet dem einen oder anderen die Gelegenheit, einfach mal

reinzuschauen und ohne Scheu das Gespräch zu suchen, auf diese Art geben wir längerfristige Unterstützung. Dass es in unserer Arbeit natürlich auch um die finanzielle Seite geht und dass wir konkret aufzeigen und vermitteln müssen, welche Leistungen wir in Rechnung stellen, das war etwas, das wir erst lernen mussten. Hierbei ist uns die Transparenz sehr wichtig. Im Laufe der Zeit hatten wir z. B. auch viele Anfragen zu den sogenannten Sozialbestattungen. Mit unserer Supervisorin haben wir erarbeitet, dass wir uns je fünf Sozialbestattungen finanziell leisten oder auch erlauben können, da sich die Ratenzahlungen der betroffenen Angehörigen manchmal über Jahre hinziehen. Sobald eine Familie ihre Zahlungen abgeschlossen hat, können wir wieder eine Sozialbestattung annehmen.

RB: Frauen tun sich ja oft schwerer mit dem Thema Geldverdienen, wenn es um den realen Ausgleich von Dienstleistung und Entlohnung geht. Man muss ja bedenken: Wir sind 24 Stunden am Tag im Dienst, wir begleiten Menschen in den schwersten Situationen ihres Lebens, und gehen finanziell enorm in Vorleistung. Allein diese drei Tatsachen rechtfertigen allemal unsere Entlohnung. Aber diese professionelle Haltung dazu, mussten wir uns auch erst erarbeiten, es war und ist wichtig für uns selbst, das präsent zu haben.

JJ: *Auch das ist Teil Ihrer Professionalität, ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, was Ihre Arbeit wert ist. In diesem Zusammenhang ist ja auch relevant, dass Sie beide hochqualifiziert sind: Sie haben lange Ausbildungs- und Berufserfahrung, zahlreiche Fortbildungen...*

RB: Das stimmt. Auf der anderen Seite sagen wir interessierten Menschen oft: Unser Ziel ist es nicht, reich zu werden, aber wir wollen unsere Brötchen kaufen können.

CDL: Ja, wir sind sehr gut ausgebildet. Die Kunden profitieren davon, auch wenn sie manchmal gar nicht wissen, was unser beruflicher Hintergrund ist. Sie kommen ja oft über Empfehlung oder haben eine unserer Beerdigungen als etwas Besonderes erlebt. Wenn dann nach einer Bestattung etwas Ruhe eingekehrt ist oder das Nachgespräch stattfindet, stellt man uns schon mal Fragen zu unserer Person. Dann entstehen manchmal Situationen, in denen wir mehr über unser professionelles Verständnis und unser Tun erzählen.

JJ: *Sie kommen beide aus dem sozialpädagogischen Bereich, mit einem bestimmten Menschenbild, mit bestimmten Konzepten ausgestattet. Inwieweit spielt das eine Rolle, inwiefern geht das in Ihre Arbeit ein?*

RB: Unsere Ausbildungen waren einfach eine sehr gute Basis, vor allem die Qualifikationen, die wir uns nach den eigentlichen Abschlüssen erarbeitet haben. Wir haben beide Erfahrung mit Supervision, haben beide viel Selbsterfahrung gemacht und diverse therapeutische Zusatzausbildungen. Ich habe beispielsweise eine gestalttherapeutische Ausbildung für Kinder und Jugend-

liche. Das alles kommt natürlich in unserer Arbeit zum Tragen und hat unsere Persönlichkeiten geprägt.

CDL: Was ich als Sozialarbeiterin gelernt habe und auch besonders gut kann, ist es, Netzwerke herzustellen und zu nutzen. Das war im sozialarbeiterischen Tun immer hilfreich für mich und die Klienten und ist es jetzt auch für unsere Kunden und ihre Angehörigen. Netzwerkarbeit ist fundamental wichtig, nicht nur für die Akquise von Aufträgen, sondern auch zur sozialen Unterstützung.

JJ: Das typisch sozialarbeiterische Prinzip der Vernetzung und der Kooperation erweist sich also auch in Ihrer Arbeit als wesentliche Ressource.

CDL: Ja, wir sind ja in unserer Stadt, sprich unserer Region, geblieben, zwar mit neuem Arbeitsfeld, aber mit Kontakten aus vielfältigen Bereichen. So konnten wir unser soziales Netz weiter spinnen. Hierbei ist es uns wichtig, persönliche Kontakte zu pflegen. Das hat sich gerade im Umgang mit Institutionen sowie auch in der Klärung von unterschiedlichen Standpunkten als hilfreich erwiesen.

RB: Was natürlich auch zwischen uns beiden eine wunderbare Ebene ist. Wir sind beide reflektiert, nehmen Kritik nicht mehr persönlich oder lassen uns davon aus der Bahn werfen, sondern wir können Themen einfach auf eine Sachebene heben, um dann zu sehen, wie wir damit umgehen wollen.

JJ: Wenn ich mal so eine kleine Zwischenbilanz ziehen darf an dieser Stelle: Bestatten heißt in Ihrem Sinne nicht nur „unter die Erde bringen“, sondern es heißt vor allem auch: Sehr, sehr viel miteinander reden.

CDL: Ja, das stimmt. Ich rede übrigens auch manchmal mit den Verstorbenen. Das ist für manche Menschen ungewohnt. Ich erinnere mich an eine Familie, die die verstorbene Großmutter vor der Bestattung nochmal sehen wollte, und ich sagte: So, Frau Hoffmann, jetzt kriegen Sie lieben Besuch! Das fanden die Angehörigen zuerst seltsam, aber dann haben sie noch ganz lange davon erzählt, es sei so schön gewesen, dass die Oma nochmal persönlich angesprochen wurde.

RB: Ja, das sind dann so Dinge, die sich ganz spontan ergeben. Aber in mancher Hinsicht sind wir auch unterschiedlich. Ich kann Verstorbene z.B. auch ins Licht geben und den Segen der himmlischen Kräfte erbitten.

JJ: Also spielt in Ihrer Arbeit auch das Thema Spiritualität bzw. Religiosität eine Rolle, wenn auch in unterschiedlichem Maße. Ich nehme an, dass Sie auch mit Seelsorgern, mit Kirchengemeinden zusammenarbeiten.

CDL: Ständig. Allein um Absprachen zu treffen, z.B. über die Gestaltung und Organisation der Trauerfeiern, der Bestattung und zur Umsetzung von besonderen Wünschen. Wir stehen auch in Verbindung zu ehrenamtlich tätigen Menschen, zu Pfarrern der unterschiedlichen Kirchen, wie auch Notfallseelsorgern in Aachen. Einige haben uns ihre Hilfe in besonders schwierigen Fällen angeboten, z.B. im Umgang mit Unfallopfern, im Todesfall von

Kindern oder bei Suizid, wofür wir sehr dankbar sind. Für unser seelisches Gleichgewicht, brauchen wir auch im jetzigen Beruf Unterstützung und Ausgleich.

JJ: Das heißt, es gibt auch Fälle, in denen Sie an Ihre Grenzen kommen?

RB: Ja, ab und zu gibt es solche Fälle, beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen, bei Unfallopfern, oder bei Verstorbenen nach Suizid. Das tut uns selber in der Seele weh, wenn Verstorbene schlimm versehrt sind. Wir sind sehr bemüht, auch diese Menschen aufzubahren, um Abschied am offenen Sarg möglich zu machen. Zum Glück haben wir auch Kontakt zu thanatologisch ausgebildeten Fachleuten, die uns in solchen Fällen zur Seite stehen, um eine Aufbahrung doch noch zu ermöglichen. In manchen Fällen kann es eine Möglichkeit sein, dass man einfach nur eine Hand des Verstorbenen freilegt, sodass die Angehörigen ihren Verstorbenen identifizieren können und somit auch seinen Tod eher begreifen. Nicht jede Familie möchte das, aber wir können diesen Abschied hier anbieten. Wir sehen ja, dass beim plötzlichen Tod eines geliebten Kindes, Freundes, Partners, der Abschied und die Trauer schwerer zu bewältigen ist.

JJ: Auch im Hinblick auf den Umgang mit den Hinterbliebenen kann ich mir vorstellen, dass es zuweilen schwierige Situationen gibt.

CDL: Ja, beispielweise wenn die Beziehungen innerhalb der Familie kompliziert oder belastet sind. Wenn Menschen verschlossen sind und sich nicht mitteilen oder beteiligen können. Manchmal empfehlen wir eine Aufbahrung, um sich zu verabschieden, und dann hat jemand Angst und kann sich nicht auf diese Situation einlassen. Natürlich müssen wir das respektieren, schließlich wollen wir auch nichts überstülpen. Manchmal brauchen wir auch einfach Geduld, bis sich die Menschen öffnen und von ihren Schwierigkeiten sprechen können.

JJ: Menschen trauern einfach sehr unterschiedlich, und „richtiges“ Trauern lässt sich offensichtlich nicht überstülpen. Deswegen respektieren Sie auch die Grenzen der Angehörigen.

RB: Ja, das ist richtig. Doch in vielen Fällen können sich Angehörige irgendwann vertrauensvoll einlassen auf das, was wir ihnen anbieten und empfehlen. Ich erinnere mich an eine Frau, der es sehr schwer fiel, sich mit ihrer verstorbenen Mutter zu konfrontieren, ihr noch einmal zu begegnen. Da habe ich vorgeschlagen: Wir können ja vielleicht einfach miteinander einen Schritt nach dem anderen gehen. Lassen Sie sich Zeit, spüren Sie nach, bis wohin Sie gehen möchten und wo Ihre Grenze ist. Ich stellte ihr vor dem Raum, in dem die Mutter aufgebahrt war, einen Sessel hin, dort konnte sie zunächst verweilen. Und nach einiger Zeit hat sie es dann geschafft, in den Raum hineinzugehen und sich dort von ihrer Mutter zu verabschieden. Manchmal geht so etwas in kleinen Schritten, mit unserer Unterstützung,

nach dem Prinzip „unaufdringlich nahe sein“.

CDL: Wir machen ganz generell die Erfahrung, dass es Menschen unterschiedlich schwer oder leicht fällt, mit dem Thema Tod umzugehen. Das stellen wir oftmals bei Führungen fest, die wir z. B. für Schulklassen anbieten. Da gibt es immer wieder Jugendliche, denen übel wird, wenn es um bestimmte Themen geht oder sie in unseren Versorgungsraum kommen. Manche müssen auch den Raum verlassen, weil alte Erfahrungen hoch kommen oder weil ihnen der Tod Angst macht, sie verunsichert oder sie den Tod nur aus den Medien kennen.

JJ: Offenbar haben viele junge Menschen heutzutage kaum Erfahrungen mit dem Tod und mit Verstorbenen.

RB: Ja, das ist ganz oft der Fall. Manche Hinterbliebene denken, sie müssten ihre Kinder vor solchen Erfahrungen bewahren oder sind in diesen Fragen unsicher. Aber wenn sich die Menschen darauf einlassen, ihre Kinder einzubeziehen, kann das für alle Beteiligten sehr schön und wertvoll sein. Durch einen offenen, natürlichen Umgang mit dem Leichnam können sie den Kindern wichtige Lernerfahrungen ermöglichen: Schau mal, die Oma sieht aus, als wenn sie schläft, aber sie ist gestorben. Und die Oma atmet nicht mehr. So kann man Kinder gut vorbereiten, wenn man körperliche Merkmale beschreibt und z.B. sagt: Die Haut fühlt sich ganz kalt an und wenn du magst, darfst du die Oma nochmal berühren. Kinder haben ein gesundes Maß, für das was sie sich selber zumuten wollen. Dazu gehört auch unser Vertrauen in die Kraft der Kinder mit den Zumutungen des Lebens zurechtzukommen.

CDL: Wir haben unter anderem deswegen bewusst Abschiedsräume eingerichtet, denn die Möglichkeit zum Abschiednehmen ist so hilfreich und konzeptionell für uns unabdingbar. Früher, in der Zeit meiner Kindheit, fand das Aufbahren und Abschiednehmen ja noch vorwiegend zuhause statt. Eine Geschichte aus unserem Berufsalltag habe ich da vor Augen: Wir holten an einem frühen Sonntag einen verstorbenen Großvater aus dem Krankenhaus nach Hause. Dort pflegten und kleideten wir ihn, bahrten ihn im Sarg in seinem Arbeitszimmer auf, in seiner zerbeulten Lieblingshose, mit Lieblingshemd und Hosenträgern unter dem Jackett, neben seinem schönen Schreibtisch, seinen geliebten Büchern. Die Familie mit den vielen Enkelchen genoss die Zeit mit ihm, und am Abholtag war er zugedeckt mit vielen Kinderzeichnungen. Über solche Hausaufbahrungen informieren wir die Angehörigen. Wenn die Wohnverhältnisse es nicht erlauben oder die Menschen lieber zu uns kommen, können wir die Aufbahrung in unseren Abschiedsräumen vornehmen.

RB: Durch eigene Kühlmöglichkeiten in unseren Räumen, lässt sich der Verfallsprozess auch etwas aufhalten. Deshalb ist hier einfach mehr möglich.

CDL: Ja, so können wir die Angehörigen informieren, dass es derzeit in

NRW eine Frist bis zu acht Tagen für Erdbestattungen gibt. So kann in Ruhe überlegt werden, wie die Bestattung gestaltet werden soll. Auch von fern angereiste Angehörige haben so noch die Möglichkeit, Abschied zu nehmen.

RB: Wir freuen uns über jede Familie, die sich einen Abschied am offenen Sarg gönnt. Unsere Erfahrung ist: Fast alle Verstorbenen haben einen entspannten Gesichtsausdruck, sehen gelöst aus, frei von Schmerz und Leid. Wenn sie gekleidet und von uns gepflegt wurden, ist alleine dieser Anblick sehr oft tröstlich für die Angehörigen. Mit unserer Totenfürsorge wird dem Verstorbenen eine Würde zuteil, die das Abschiednehmen erleichtern kann.

JJ: *Diese Würde des Verstorbenen gehört somit auch zu der alternativen Bestattungskultur, zu der Sie einen Beitrag leisten möchten.*

RB: Das stimmt, wobei wir uns immer ein bisschen schwer tun mit dem Begriff „alternativ“. So wird es zwar oft in der Mund-zu-Mund-Propaganda genannt, aber mir gefällt das Wort „selbstbestimmt“ besser. Was ich gerne mitgeben würde, sind Leitbilder. Leitbilder, wie sie von unserer Gruppe der Quer-BestatterInnen vertreten werden. Wir haben diese selbst mitentwickelt und identifizieren uns damit.

JJ: *Was gefällt Ihnen nicht an dem Wort „alternativ“?*

RB: Dieser Begriff ist für mich zu sehr besetzt durch Bioprodukte, Umweltschutz oder bestimmte Lebensformen. Darin finden wir uns zum Teil durchaus wieder, aber mit Bestattung hat das nicht viel zu tun. So können nur falsche Schlüsse entstehen. Es kam z.B. schon mal vor, dass Leute fragten, ob wir denn nur Frauen bestatten. Nein, tun wir nicht. Wir bestatten alle Menschen!

JJ: *Was Ihnen also nicht gefällt, sind mögliche Missverständnisse bei dem Begriff „alternativ“, der zum Beispiel politisch konnotiert wird?*

CDL: Ja, aber Missverständnisse können wir klären, z.B. in puncto Frauenbestattung oder ausschließlich naturnahe Bestattung. Und doch sind wir für viele, die zu uns kommen eine gute Alternative im Bestattungsspektrum. Wir möchten für Menschen aus jedem Viertel der Stadt da sein, z.B. auch für Frau Schmitz vom Adalbertsteinweg, die zu uns kommt und sagt: Ich habe von Ihnen gehört, ich habe Sie auf der Beerdigung von dem und dem gesehen, das hat mir gefallen. Vielleicht wird sie auch sagen: Bei Frauen fällt es mir leichter zu sprechen und ich möchte, dass meine Angehörige von einer Frau versorgt und gepflegt wird. Diese Frau Schmitz will ich auch bei uns haben, die berate ich gerne. Wir tragen natürlich auch bekanntere Persönlichkeiten zu Grabe. Uns sind alle lieb, die unser spezielles Angebot gut finden, ganz unabhängig von der sozialen Zugehörigkeit.

JJ: *Was Sie auf keinen Fall wollen, ist eine alternative Bestattungskultur für Akademiker mit verfeinertem Geschmack und grün-alternativem Lebensstil?*

CDL: Nein, das wäre mir wirklich zu einseitig! Um den akademischen Hin-

tergrund muss ich wissen. Hier sind hin und wieder andere Ansprüche an uns gestellt. So ergeben sich stets unverhoffte Herausforderungen für unsere Begleitung. Wir lernen die unterschiedlichen sozialen Prägungen der Menschen immer wieder neu kennen, damit auch ihren besonderen Umgang mit Tod und Trauer. Die Wünsche von Frau Schmitz bis zu Dr. Meier liegen ja nicht unbedingt weit auseinander. Es gibt keine Schublade und kein Raster, auf das wir jemanden festlegen. Damit hier kein Missverständnis entsteht: Ich freue mich sehr, wenn Menschen nach naturnahen Bestattungsformen und Bio-Urnen fragen. Diese Wahl soll doch zur Person passen. Alle Menschen mit ihren unterschiedlichen Facetten sollen bei uns auf Ideen kommen können, die zu ihnen und ihrem Leben gehören.

RB: Gerade in der Begleitung von sogenannten einfachen Menschen machen wir oft bewegende Erfahrungen. Denn unsere Arbeit ist immer sehr persönlich und kann auch sehr intim sein.

CDL: Menschen sind selten so offen wie in dieser besonderen Lebenssituation, in der wir sie antreffen. Diese Situation der Trauer, des Schmerzes, des Verlustes ist so existenziell, so wahr und so echt. Das kenne ich auch aus meiner Tätigkeit in der Klinik. Wenn man traurig ist, Schmerzen hat und Hilfe braucht, kann man sich nicht verstellen. Dadurch wird die Arbeit mit den Betroffenen sehr persönlich, intim und dicht, zumindest für eine begrenzte Zeit.

JJ: Ich kann mir vorstellen, dass ein so intimer, persönlicher Kontakt mit Menschen auch besondere persönliche Fähigkeiten voraussetzt.

RB: Ich glaube, uns kennzeichnet neben all unseren beruflichen Qualifikationen und Weiterbildungen einfach auch unsere Lebenserfahrung. Mit 25 oder 30 Jahren hätte ich diese Arbeit sicherlich nicht so machen können. Möglicherweise entwickelt sich der Bestatterberuf längerfristig wirklich stärker zu einem Tätigkeitsfeld auch für Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen. Aber direkt nach dem Studium ist es wahrscheinlich eher zu früh dafür.

CDL: Ich sage zwar manchmal, wir hätten den Absprung in diesen Beruf auch früher geschafft, wenn wir uns nur früher kennengelernt hätten. Aber rückblickend würde ich sagen: 50 war ein gutes Alter dafür.

JJ: Heißt das, einer deutlich jüngeren Sozialpädagogin oder Sozialarbeiterin, sagen wir mit Mitte Zwanzig, würden Sie noch nicht empfehlen, diesen Beruf zu ergreifen? Oder vielleicht lieber zu einem späteren Zeitpunkt?

RG: Ich denke, das empfinden viele jüngere Kolleginnen selbst so. Wir hatten vor kurzem eine 28-jährige Praktikantin, die für sich nach drei Tagen sagte: Ein wirklich toller Job, aber wenn ich mich dafür entscheide, dann später. Jetzt ist noch nicht der richtige Zeitpunkt dafür, jetzt will ich erst einmal eine Familie gründen, Kinder haben, etc. Unsere Erfahrung ist auch, dass alle andere Kolleginnen und Kollegen in unserem Quer-BestatterInnen-

Netzwerk ähnlich alt wie wir sind.

CDL: Es gibt natürlich auch Ausnahmen. Wir hatten erst letztes Wochenende Kontakt zu einer jungen Kollegin, die erst Anfang 30 ist, was bei den Quer-BestatterInnen ein junges Alter ist. Aber diese Kollegin hat einen besonderen Hintergrund, sie war als Krankenschwester lange in der Intensivmedizin tätig und bringt dadurch viele wichtige Erfahrungen mit. Außerdem hat sie eine ältere Geschäftspartnerin aus dem kaufmännischen Bereich und das ist eine gute Ergänzung.

JJ: *Ich versuche einmal zusammenzufassen, was Sie bislang als wichtige Voraussetzungen für Ihren Beruf benannt haben: Da ist zunächst die Lebenserfahrung, bzw. ein weiter Erfahrungshorizont, der durchaus in ganz verschiedenen Berufsfeldern entstehen kann. Hinzu kommt eine positive Einstellung zu einem ungewöhnlichen Beruf, und, ganz wichtig: Authentizität.*

RB: Absolut. Ich würde sogar sagen, dies kommt an erster Stelle.

JJ: *Und schließlich auch ein positives Menschenbild, das nicht zuletzt ein ausgeprägtes Interesse an Menschen, ja sogar Begeisterungsfähigkeit für Menschen beinhaltet.*

RB: Eine ganz wichtige Voraussetzung!

CDL: Ja, die Liebe, Freude und auch Toleranz im Umgang mit Menschen! Ich würde auch noch Team- und Kooperationsfähigkeit dazu zählen. Das muss man sich im Lauf der Zeit erarbeiten, in verschiedenen Berufsfeldern und im Kontakt mit verschiedenen Partnern, um zugleich auch selbstbewusst auftreten zu können.

RB: Darüber hinaus ist ein hohes Maß an Flexibilität und Belastbarkeit notwendig. Man darf ja nicht traumatisiert werden durch die Arbeit mit oft hochbelasteten Menschen. Man muss wirklich bereit sein für einen sehr intensiven Arbeitseinsatz. Andererseits ist es so, dass wir jeden Tag zehn Stunden arbeiten und trotzdem ausgeglichen nach Hause gehen. Das ist tatsächlich so. Natürlich sind wir abends auch k.o., aber wir sind sehr erfüllt von dem, was wir tun.

CDL: Und natürlich braucht man die richtige Partnerin, den richtigen Partner. Alleine würden wir beide es nicht machen wollen. Schon wegen des Dienstes rund um die Uhr ist das anzuraten. Viele der uns bekannten Quer-BestatterInnen haben eine „bessere Hälfte“ als Geschäftspartnerin.

RB: Das kann man nicht alleine stemmen, da würde man krank. Wenn belastende Situationen auftreten, kann man sich direkt mit der Partnerin austauschen. Die andere weiß sofort, wovon ich rede. Das ist im Grunde nichts anderes als kollegiale Beratung bzw. Intervention.

JJ: *Sie haben vorhin gesagt, dass Sie zu einer anderen Trauerkultur beitragen wollen. Ich möchte Sie zum Schluss noch gern fragen, ob Sie in diesem Zusammenhang noch einen Wunsch, einen Traum haben?*

CDL: Ich würde mir wünschen, dass unsere Friedhöfe mehr zu einem Ort werden, an dem sich die Menschen gerne aufhalten. Friedhöfe sind ja immer auch ein Kulturgut, ein Erholungsort. Gerade der Ostfriedhof in unserer Nachbarschaft hat so ein besonderes Flair, das ich nur selten so erlebt habe. Es ist so schön, dort spazieren zu gehen. Man wird sich an diesem Ort sehr intensiv der Verbundenheit unserer Ahnen bewusst. Ich würde mir wünschen, dass dieser Gedanke wieder ins Bewusstsein rückt. Hier auf dem nahen Friedhof gibt es einen Förderverein, der den Friedhof als Kulturstätte fördert. Wir selbst versuchen ja auch dazu beizutragen. Wir hatten z.B. im vergangenen Jahr zwei Dostojewskij-Lesungen mit zwei Schauspielerinnen auf dem Ostfriedhof. Anschließend hatten wir mit allen Beteiligten ein geselliges Beisammensein in unserem Haus.

RB: Das ist wirklich etwas Neues. So etwas gab es bislang noch nicht, kulturelle Veranstaltungen auf dem Friedhof. Schön wäre auch ein Café in der Nähe, am liebsten sogar auf dem Friedhof, vielleicht mit angrenzendem Kinderspielplatz. Man könnte das auch mit einem Projekt für arbeitslose Menschen verbinden. Da wäre sicher Vieles möglich.

JJ: *Den Friedhof als Ort des Lebens etablieren?*

RB: Ja, das wäre wirklich ein Traum – zumal wir inzwischen wissen, dass „Friedhof“ im Hebräischen tatsächlich „Ort des Lebens“ heißt.

ANHANG

Buchempfehlungen

Wir haben alle unsere Autorinnen und Autoren eingeladen, ein Buch auszuwählen und zu empfehlen, das sie persönlich im Zusammenhang mit dem Thema „Sterben, Tod und Trauer“ besonders lesenswert und wertvoll finden. Das Spektrum der folgenden Buchempfehlungen reicht von Fachliteratur über Ratgeber bis hin zu Kinder- und Jugendbüchern und umfasst sowohl Aktuelles als auch Antiquarisches.

**Hüsch, M. u. Hüsch, H. (2009):
Da spricht man nicht drüber. Wie Jakob den
Suizid seines Vaters erlebt.**

Dreiningen: Hüsch & Hüsch Verlag. 48 Seiten.
14,80 €¹⁸.



Der Suizid des Nationalspielers Robert Enke Ende 2009 hat ein Thema in die Öffentlichkeit katapultiert, das gemeinhin ein Tabu darstellt. Dabei liegt die Zahl der jährlichen Suizide in Deutschland mit ca. 10.000 ungefähr doppelt so hoch wie die Zahl der Verkehrstoten. Suizid führt vor Augen, wie zerbrechlich das Leben ist. Suizid zeigt, in welche Verzweiflung Menschen geraten können. Jeder Suizid lässt Menschen zurück: Familienmitglieder, Freundinnen, Nachbarn, Arbeitskollegen. Kinder sind am schutzbedürftigsten unter denen, die von Suizid betroffen werden.

Diesem jungen Personenkreis stellt sich das vorliegende Kinder- und Bilderbuch. Es füllt eine wichtige Lücke im Bereich der Hilfen in Buchform. Es ist aus der Erfahrung von Ulrich Roth, langjähriger Seelsorger am Universitätsklinikum Aachen und in der Integrativen Psychiatrieseelsorge Aachen, entstanden. Seine Idee zu diesem Buch haben die Texterin und der Grafiker Mechthild und Heinrich Hüsch umgesetzt. Entstanden ist ein Bilderbuch, das für die Altersgruppe von Grundschulkindern bis hin zur 6. Klasse in Bild und

¹⁸ Der Abdruck dieser Buchbesprechung erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Pastoralblatts für die Diözesen Aachen, Berlin u.a.; der Beitrag wurde zuerst 2010 in Bd. 62 (5), 159 veröffentlicht.

Wort einen Deutungshorizont entwirft. Das Buch beginnt mit dem Satz: „Abends gehe ich ins Bett und denke: Wenn du morgen aufwachst, war alles nur ein schlimmer Traum.“ Aber Jakob muss feststellen, dass der Tod seines Vaters bittere Realität ist, mit allen Konsequenzen. Er denkt an das, was er mit seinem Vater alles vorhatte. Sie wollten wieder klettern gehen, haben schon das Seil vorbereitet und Knoten geübt – an dem Seil, mit dem der Vater sich jetzt erhängt hat. Eine Doppelseite geht auch in aller Kürze auf mögliche Ursachen ein: Arbeitslosigkeit, zu viel Alkohol, zunehmender Rückzug in die eigene Welt. Als das Schlimme passiert ist, kommt als zweiter Schlag für Jakob hinzu, dass die Erwachsenen ihm nicht die Wahrheit sagen wollen und die Mitschüler hilflos den Kontakt meiden. Während Jakobs Schwester Tina mit Freundinnen zusammen hockt und Ausdrucksformen der Trauer findet, bleibt der Junge allein.

Im Rahmen der Darstellung der Beerdigung geht das Bilderbuch auch auf den Wandel im kirchlichen Umgang mit Suizid ein. Kirche wird als hilfreich und stützend gezeichnet. Jesus habe sich immer um die Verzweifelten und Notleidenden gekümmert, sagt der Pfarrer, der die Zurückgebliebenen zu Hause besucht. Im Gottesdienst findet endlich auch Jakob Trost: Die ganze Schulklasse ist da und sie singen Osterlieder. Jakob kann hoffen, dass sein Vater in anderer Weise weiter lebt und sie sich alle einmal wieder sehen. Die Erzählung endet mit der Phase der Normalisierung. Die Mutter ermuntert Jakob, seinen Geburtstag mit einem Fußballturnier zu feiern. Langsam kehrt das Leben ins Haus zurück. Untrügliches Zeichen dafür ist, dass Jakob sich wieder mit seiner Schwester Tina streitet.

Komplettiert wird das Bilderbuch durch einen kurzen Sachtext von Ulrich Roth und ein Nachwort von Prof. Dr. Dr. Paul Hoff. Das Buch besticht vor allem durch seine Reduktion und Konzentration. Knappe Texte links, manchmal nur ein Satz, eine farbige Zeichnung rechts. Für mich am eindrücklichsten ist das Motiv, das auch auf dem Titel des Buches abgebildet ist. Zu sehen ist der Hund des Spaziergängers, der den Toten gefunden hat. Den Kopf nach oben gereckt sitzt er vor dem Baum, von dem nur der untere Teil des Stamms zu erkennen ist. Gerade weil der Tote nicht zu sehen ist, erschreckt das Bild zunächst ungemain. Auf den zweiten Blick kann der Betrachter eine zusätzliche Dimension entdecken: Der Blick des Tieres himmelwärts eröffnet eine Perspektive über das Irdische hinaus. Ein Mensch „hat sich das Leben genommen“ – hat er nicht nur ein Leben beendet, sondern sich ein neues „Leben bei Gott“ genommen?

Weil das Buch seine Aussagen in Wort und Bild so hervorragend verdichtet, vermag es elementare Botschaften zu vermitteln: Leben ist Geschenk und Fragment, Schreckliches passiert, allein kommt damit niemand klar, Gemeinschaft stiftet Trost, Glaube schenkt Kraft, der Kreislauf des Lebens

geht weiter, die Toten nehmen als schmerzhaft-dankbar Erinnerter eine neue Rolle darin ein. Das Buch von Mechthild und Heinrich Hüsch und Ulrich Roth ist ein Buch von Tod, Leben und Hoffen. Mit seiner Hilfe kann es leichter fallen, das Unaussprechliche behutsam anzuschauen. Das Buch vermittelt Hoffnung, die aus dem Zusammenhalt der Zurückgebliebenen erwächst, die aber auch in der Perspektive des Vertrauens auf eine Lebenskraft liegt, die stärker ist als jeder Tod.

Dieses Buch ist überaus gelungen und gehört in die Hände direkt oder mittelbar betroffener Kinder. Besonders hilfreich wird das gemeinsame Lesen und Schauen – und dann ins-Gespräch-Kommen – in der (Rest-)Familie, in Schulklassen oder Sportvereinen und in Kindergruppen der christlichen Gemeinde oder des kirchlichen Jugendheims sein. Es ist zu wünschen und zu erwarten, dass dieses Buch auf eine große Resonanz trifft.

Martin Pott

Nicholls, S. (2008):
Wie man unsterblich wird. Jede Minute zählt. München: Carl Hanser Verlag. 198 Seiten. 8,95 €.



„Mein Name ist Sam. Ich bin elf Jahre alt. Ich sammle Geschichten und interessante Tatsachen. Wenn Du das hier liest, bin ich vermutlich schon tot.“ Sam ist an Leukämie erkrankt und muss regelmäßig in einer Klinik behandelt werden. Wenn es sein Gesundheitszustand zulässt, wird er zusammen mit seinem besten Freund Felix, der ebenfalls Krebs hat, von einer Lehrerin zu Hause unterrichtet. In einer dieser Schulstunden beschließt Sam, ein Tagebuch über sein Leben zu schreiben. In diesem berichtet er über seine Erlebnisse, Gefühle und Gedanken. So schreibt er eine Liste all der Dinge, die er noch machen will: Rolltreppen in die verkehrte Richtung hochgehen, einen Weltrekord aufstellen, in einem Luftschiff fahren... Doch Sam bleibt nicht mehr viel Zeit, denn seine tödliche Erkrankung schreitet rasch voran.

„Wie man unsterblich wird“ ist der Debütroman von Sally Nicholls, einer jungen britischen Autorin. 2009 wurde er für den Deutschen Jugendbuchpreis

nominiert. Die Geschichte von Sam ist berührend, aber niemals kitschig – mal witzig, mal traurig und manchmal auch richtig philosophisch. Obwohl es sich „eigentlich“ um ein Jugendbuch handelt, werden es auch erwachsene Leser mit Anteilnahme und Gewinn lesen, denn „Wie man unsterblich wird“ ist ein wunderbares, zutiefst lebensbejahendes Buch, in dem trotz seiner kindlichen Erzählperspektive (oder vielleicht gerade deswegen) eine tiefe Weisheit aufleuchtet. Sterben heißt leben bis zuletzt: „Jede Minute zählt!“

Kirsten Stelling

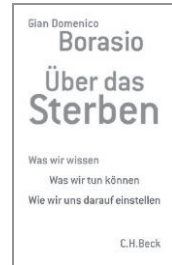
Schroeter-Rupieper, M. (2012):
Für immer anders. Das Hausbuch für Familien in Zeiten der Trauer und des Abschieds.
Ostfildern: Patmos-Verlag. 144 Seiten. 16,99 €.



Wie erleben Kinder Abschied und Trauer? Wie kann mit ihnen darüber gesprochen werden, und wie sollten wir sie einbeziehen? Diese und weitere Fragen beantwortet die Autorin und erfahrene Trauerbegleiterin Mechthild Schroeter-Rupieper in ihrem „Hausbuch“ sehr anschaulich und mit vielen Anregungen zu praktischem Handeln. Eltern erfahren neben erforderlichem Hintergrundwissen vielfältige Möglichkeiten, wie sie gemeinsam als Familie mit Verlust und Abschied umgehen können. Sie werden ermutigt, auch im Alltag über das Thema Tod zu sprechen und nicht zu warten, bis der Ernstfall eingetreten ist. Wer Anlässe schafft, die es Kindern ermöglichen Fragen zu Tod und Sterben zu stellen und liebevoll darauf eingeht, fördert konkret ihre Lebenskompetenz. Anhand zahlreicher Beispiele für die verschiedenen Altersstufen wird deutlich, welche Voraussetzungen für einen gelingenden Trauerweg wichtig sind. Dazu gehört auch das Vertrauen in die Kraft der Kinder, mit den Zumutungen des Lebens zurechtzukommen. Ein Mut machendes Buch für Familien aber auch für PädagogInnen, SeelsorgerInnen und Pflegekräfte.

Regina Borgmann

Borasio, G.D. (2011):
Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen.
München: C.H. Beck Verlag. 207 Seiten. 17,95 €.



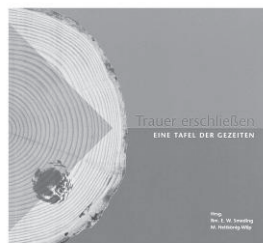
Gian Domenico Borasio ist einer der international bekanntesten Palliativmediziner und gilt als Wegbereiter der Palliativmedizin in Deutschland. Seit 2011 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne. Mit dem vorliegenden Buch hat Borasio ein höchst lesenswertes, allgemeinverständliches Standardwerk zum Thema Sterben geschrieben. Ausführlich stellt der Autor dar, warum wir eigentlich sterben und welche physiologischen Prozesse beim Sterben ablaufen. Er beschreibt die Orte des Sterbens (die heute in den meisten Fällen Krankenhäuser, Intensivstationen und Pflegeheime sind) und auch die die Sterbebegleitung – so wie sie derzeit in Deutschland ist und wie sie im Idealfall sein könnte bzw. sollte. Dabei misst Borasio der Frage, was Menschen tatsächlich am Lebensende brauchen, zentrale Bedeutung bei. Vor dem Hintergrund dieser Grundbedürfnisse seien Kommunikation, medizinische Therapie, psychosoziale Betreuung und spirituelle Begleitung in gleichem Maße unverzichtbare Bestandteile einer ganzheitlichen Sterbebegleitung.

Wie der Autor darlegt, wissen Mediziner in der Regel viel zu wenig über Palliativmedizin. Sie tun sich schwer, eine einmal begonnenen Therapie zu beenden, auch wenn der Tod des Patienten unabänderlich ist und sein Leiden unnötig verlängert wird. Nüchtern benennt Borasio die schlimmsten Fehler in der medizinischen Versorgung sterbender Menschen und gibt praktische Hinweise, wie man sich am besten davor schützt. Hierzu gehören auch Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, denn häufig setzen sich Ärzte über den Willen von Patienten und Angehörigen hinweg und tun alles, was medizinisch und technisch möglich ist. Damit aber tragen sie eher zur qualvollen Verlängerung unnötigen Leidens bei als zu einem würdevollen Leben bis zum Tode. Aus diesem Grund plädiert Borasio auch engagiert für eine solide palliativmedizinische Ausbildung aller angehenden Ärztinnen und Ärzte bereits im Medizinstudium. In diesem Kontext geht der Autor auch auf aktuelle Entwicklungen von Palliativmedizin und Hospizarbeit ein. Er beschreibt das Ringen um die Anerkennung der Palliativmedizin in Deutschland sowie die damit verbundenen Risiken und Chancen für die künftige Versorgung sterbender Menschen.

In einem eigenen Kapitel geht Borasio auf das „Geschenk der Palliativmedizin“ ein. Von todkranken und sterbenden Menschen – das wird dem Leser des Buches dabei sehr deutlich – können wir viel lernen. Im Angesicht des Todes und unserer eigenen Endlichkeit lernen wir, was wirklich wichtig für das Leben ist. Dazu gehört eine ernsthafte Reflexion unserer Prioritäten und Wertvorstellungen, am besten mit den Menschen, die uns am nächsten stehen. Dies geschieht leider viel zu selten, und wenn doch, dann oft sehr spät. Wir sollten uns die Zeit dafür nehmen – nicht irgendwann, sondern jetzt!

Johannes Jungbauer

**Smeding, R.M. u. Heitkönig-Wilp, M. (2010):
Trauer erschließen – Eine Tafel der Gezeiten.**
Der Hospiz-Verlag. 312 Seiten. 29,90 €.



Die Trauerforscherin Ruthmarijke Smeding stellt in diesem Band das von ihr entwickelte Modell „Gezeiten der Trauer“ in den Mittelpunkt. In dem gemeinsam mit der Sozialpädagogin Margarete Heitkönig-Wilp verfassten Buch werden zahlreiche Begegnungen und Trauerprozesse reflektiert. Smeding verwendet eine starke Symbolsprache und schreibt in ihrem Vorwort: „Sie kehren wieder, die Gezeiten der Trauer. Ihr Sediment sind die *wachsenden Ringe* unserer Biografie.“

Das erste Kapitel widmet sich multiperspektivisch Aspekten pädiatrischer Palliative Care, mithin dem Sterben von Kindern – auch vorgeburtlich – sowie den Trauerprozessen bei Eltern und Geschwistern. Viele berührende Texte von Trauernden, die in Smedings Schreibwerkstatt-Seminaren verfasst wurden, geben einen facettenreichen Einblick in das seelische Erleben Trauernder. Im dritten Kapitel sind unterschiedliche Textbeiträge unter der Überschrift „Grenzübergänge“ zusammengefasst. Neben persönlichen Trauerwegen thematisieren die Autorinnen Aufgaben und Funktionen der Hospizbewegung, speziell in den unterschiedlichen Settings von Trauergruppen. Im zentralen vierten Kapitel wird das Gezeiten-Trauermodell vorgestellt, das

vier Phasen umfasst: Die erste Phase ist die „Schleusenzeit“ – dies ist der kurze Zeitraum zwischen dem Eintritt des Todes und dem Abschiednehmen bei der Bestattung. Diese Phase, in der wichtige „erste Trittsteine“ für die Zeit der Trauer gelegt werden, wird als einzige der vier Phasen nur einmal durchlebt. Die zweite Phase heißt „Januszeit“, weil die trauende Person analog der doppelköpfigen Gottheit Janus sowohl in die Vergangenheit wie auch in die Zukunft blickt. In dieser Phase, die sehr unterschiedlich lang und auch in veränderter Form mehrfach im Trauererleben auftauchen kann, geht es darum, den Alltagsrhythmus zurückzuerobieren. In der dritten Phase, der „Labyrinthzeit“ ist die Hauptaufgabe für Trauernde die Suche nach dem Selbst in Bezug auf den Verlust und den veränderten Kontext. Diese Trauerphase kann sich über Jahre erstrecken. In der „Regenbogenzeit“ ist es die Aufgabe zu lernen, das Essentielle des vergangenen gemeinsamen Lebens mit dem jetzigen Leben zusammenzuführen, um neuen Halt zu finden. Obwohl man sich in der Regenbogenzeit schon weit weg vom Verlusterleben wähnt, können auch jetzt noch schwere Trauerreaktionen auftreten. Smeding macht deutlich, wie wichtig in solchen Momenten Rituale sind, die den Trauernden neue Kraft und Halt geben. Im letzten Kapitel, das mit „Spirale der Gezeiten“ überschrieben ist, fassen die Autorinnen die Spiral- und Gezeitensymbolik nochmals zusammen und widmen sich der Begräbniskultur. Auch hier geben viele authentische Schreibwerkstatttexte Zeugnis von einer leider immer mehr verblässenden Erinnerungskultur.

Die Autorinnen leisten mit diesem praxis- und alltagstauglichen Buch einen wichtigen Beitrag dazu, dass Trauer enttabuisiert, entpathologisiert und entpsychologisiert wird, weil Trauererfahrung ganz normal zum Leben gehört. Ihr Gezeitenmodell bestärkt im Sinne von Empowerment den Trauernden in seiner angeborenen Fähigkeit zum Trauern. Da es sich um ein dynamisches Modell handelt, in dem sich Trauer mit der Zeit wandeln darf, aber nicht enden muss, gesteht es jedem Trauernden seinen individuellen Zeit- und Handlungsspielraum zu. Mit diesem Buch wird allen, die Trauernde begleiten, ein hilfreiches Instrumentarium an die Hand gegeben.

Renate Bock

Müller, M. (2004):

Dem Sterben Leben geben. Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg.

Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. 192 Seiten. 16,95 €.



Monika Müller (M.A.) ist Therapeutin für integrative gestaltorientierte Verfahren. Viele Jahre hat sie die Ansprechstelle in NRW zur Pflege Sterbender, für Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (Alpha Rheinland) geleitet. Sie hat die BAG Hospiz (heute Hospiz und Palliativverband HPV) als Vorstandsmitglied und das Trauerinstitut Deutschland (TID) mit aufgebaut. Alle Curricula zur Palliativ Care Zusatzqualifikation für die unterschiedlichsten Berufsgruppen tragen auch ihre Handschrift.

Man kann sie sicher als ein Urgestein der deutschen Hospizlandschaft bezeichnen. Anfang des Jahrtausends, als die Säule „Spiritualität der Hospizarbeit“ noch nicht, wie heute, in aller Munde war, hat sie sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und auch hier Grundlagen geschaffen. Im vorliegenden Buch „Dem Sterben Leben geben“ beschreibt sie die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als einen spirituellen Weg.

Sie lädt ein, das „Beim-Anderen-Sein“ als spirituelle Praxis anzuerkennen und sich in dieser Praxis zu üben. „In der Begleitung sterbender und trauernder Menschen“, schreibt sie, „ist das, was wir landläufig Spiritualität nennen, die Frage nach dem Woher und Wohin, dem Warum und Wozu, oft ein großes Thema. Die Beschäftigung mit Leiden, mit dem Dahingehen von Leben, mit Verzweiflung, Wut, Angst, aber auch mit heldenhaftem Aushalten und stiller Hingabe in all den vielen uns beegnenden Schicksalen, stellt die Frage nach dem, was den Behandelnden und Begleitenden selber trägt.“ (11f.). Das Buch ermuntert, den eigenen Weg zu suchen und die dabei gemachten Erfahrungen unter dem Gesichtspunkt der Spiritualität anzusehen und zu befragen.

Monika Müller stellt in ihrem Buch vierzehn Geisteshaltungen vor, die ein Hineinwachsen in dieses „Beim-Anderen-Sein“ ermöglichen und so auch Tor eigener spiritueller Erfahrungen werden können.

Als erstes beschreibt sie den „Geist, sich das Leben zu nehmen.“ (15ff.). Sie regt an, dass gerade die, die mit Sterbenden und Trauernden arbeiten, das Leben mit all dem, was es bietet, leben und genießen sollten, dass sie sich trauen sollten, von der Fülle zu kosten. Wenn die Begleiter sich selber Gutes

vom Leben nehmen können, sind sie eher befähigt, die Momente zu erkennen, in denen auch der sterbenskranke Mensch noch einmal von der Fülle kosten möchte und könnte.

Ein anderer Geist ist der der Absichtslosigkeit (vgl. 45ff.). Es geht nach Müller nicht darum, dass ich mit meinen Ideen, mit dem, was für den Kranken gut sein könnte, zu ihm gehe. Es geht einzig um seine Bedürfnisse oder, anders ausgedrückt, um das Ernstnehmen der Frage Jesu im Evangelium „Was willst du, dass ich dir tue?“ (Mk 10,51).

M. Müller stellt ferner auch den „Geist des Fragens und des Aushaltens von Fragen“ (74ff.) vor. Eine von außen gegebene Antwort auf eine Warum-Frage des Leidenden kann diese nicht nur nicht lösen, schreibt sie, sondern um ein Vielfaches vergrößern. Im anderen sind die für ihn verfügbaren Antworten angelegt und vorhanden. Es gilt, mit dem Fragenden nach seiner Antwort zu suchen und mit ihm die Fragen auszuhalten.

Auf diese Art und Weise beschreibt sie elf weitere „Geister“, die einen intensiven Blick auf eine spirituelle Haltung in der eigenen Lebensführung und in der Begleitung sterbender und trauernder Menschen freigeben.

Beatrix Hillermann

**Egan, R. (2010):
Spirituality in New Zealand Hospice Care.**
(Thesis, Doctor of Philosophy). University of Otago.
Download unter: <http://otago.ourarchive.ac.nz/>

Welche Bedeutung hat der Glaube und Spiritualität für Menschen, die von einer unheilbaren Krankheit betroffen sind, oder sich mit der Frage des eigenen Todes konfrontiert sehen? Dies ist die Hauptthematik, mit der sich Dr. Richard Egan in seiner Arbeit auseinander gesetzt hat. Seine Dissertation aus dem Jahr 2010 stellt die erste nationale Studie zum Thema „Glaube und Spiritualität“ in der neuseeländischen Hospizarbeit, insbesondere für die Palliativmedizin mit Krebskranken, dar und zeigt auf, dass es einerseits keine einheitlichen Vorgehensweisen mit diesem Thema für die Hospizarbeit gibt, andererseits das Thema für Sterbende, Mitarbeiter und Angehörige ganz unterschiedlich besetzt und von Bedeutung ist.

Über die erste von zwei Befragungen stellt Richard Egan fest, dass Spiritualität überwiegend über die Angehörigen im Sterbeprozess Raum findet, explizite Angebote von Seiten der Hospize nicht vorhanden sind oder je nach Bedarf angeboten werden, jedoch ohne feste strukturelle oder personelle

Verortung.

Diese Erkenntnis wird durch den zweiten Teil der Forschungsarbeit, der Befragung der Hospizeinrichtungen, bestätigt. Er folgert, dass es in der Praxis Lücken im Umgang mit den Themen Glauben und Spiritualität gibt, sei es über die Verortung der Ansprechpartner (Mitarbeiter, Geistliche oder Angehörige) im Sterbeprozess oder konzeptionelle Regelungen in den Hospizen.

Die Herausforderung, sterbenden Menschen auch den Raum für ihren Glauben zu ermöglichen, kann in vielfältiger Art und Weise umgesetzt werden. Der Blick auf ein Land, dessen Kultur sich in Wechselwirkung zwischen der europäischen Bevölkerungsgruppe und der indigenen Maoribevölkerung, mit ihrer gelebten und stetig präsenten Spiritualität, befindet, mag zum einen fremd erscheinen, zum anderen kann diese Perspektive auch für die hiesige Hospizarbeit hilfreich sein. Richard Egan betrachtet das Thema „Glaube und Sterben“ auch aus der Perspektive der Maori, in dem er deren Bedeutung vom Leben im „Diesseits und Jenseits“ für die Hospizarbeit fokussiert. In diesem Punkt ist die Forschungsarbeit, auch für uns in Deutschland, interessant, da sie einen Einblick in die tiefe innere Überzeugung der Ureinwohner Neuseelands und deren Spiritualität gibt, die von der Geburt bis in den Tod reicht und einen festen Bestandteil im alltäglichen Leben der Maoris ausmacht. Diese Perspektive überträgt Richard Egan auf mögliche Anknüpfungspunkte für die Praxis der Hospizarbeit, so zum Beispiel im Umgang von Maoris im Sterbeprozess, bis hin zur Frage nach einer „geistigen/ spirituellen Pflege“. So zeigt diese Studie auf, dass auch andere Länder sich der Bedeutung des Glaubens, Jenseitsvorstellungen, und andere spirituellen Formen für die Arbeit und Begegnung mit Menschen in der Hospizarbeit bewusst sind und einer Verankerung in der Praxis bedürfen.

Dieser Blick nach Übersee mag den einen oder anderen Anstoß geben, oder aber die Bedeutung der Spiritualität für den Menschen bestätigen – nicht nur, aber insbesondere am Ende eines Lebens.

Dr. Richard Egan ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent für Gesundheitsförderung an der Dunedin School of Medicine, University of Otago, Neuseeland, mit den Forschungsinteressen: Spiritualität und Gesundheitswesen, Sozialmedizin sowie der psychosozialen und spirituellen Unterstützung Krebskranker. Die Forschungsarbeit steht als Dissertation online über das Forschungsarbeitenarchiv der University of Otago zur Verfügung.

Rodney J. Plum

**Roth, F. (2006):
Einmal Jenseits und zurück.
Ein Koffer für die letzte Reise.**

Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. 242 Seiten. 19,95 €.



„Ein Koffer für die letzte Reise“ ist der Titel eines Kunstprojektes, in dessen Rahmen sich insgesamt 103 Frauen und Männer auf die Endlichkeit des Lebens besannen und Entscheidungen dahingehend trafen, was für sie wirklich wichtig ist. Entstanden ist eine bis heute viel gezeigte Ausstellung, zudem ein Dokumentarfilm und eben dieses Buch von F. Roth mit beeindruckenden Einblicken in die aufgeschlagenen Koffer und in berührende Steckbriefe, verfasst von den „Reisenden“ selbst.

Das alphabetisch gereichte Spektrum reicht von dem Journalisten und Autor Franz Alt (der den Koffer so leer zurücksandte, wie er ihn erhalten hatte, denn: „Wer glaubt etwas mitnehmen zu können, wird sich wahrscheinlich wundern.“), über die Art Direktorin Eva Dahme, die einem Engelfoto in ihrem Koffer „Guten Flug“ wünschte, und das Künstlerpaar Elisabeth und Walter Jansen mit einem letzten Hemd („hat keine Taschen“) und „geistiger Nahrung“ bis hin zu der Regisseurin Gisela Zimmermann, die eine Mausfigur in ihren Koffer legte und dabei hoffte, „als Mensch eine Runde im Wiedergeborenwerden auszusetzen.“

Das Buch lädt mich immer wieder ein zum Blättern, zum Staunen und zum Versuch, sich in das Erleben anderer Menschen hinein zu fühlen, wenn diese ihre Endlichkeit und Sterblichkeit bedenken. Und natürlich ist dieses Buch eine großartige Einladung an alle Leserinnen und Leser, ihren eigenen Koffer für die letzte Reise zu packen.

Fritz Roth wurde 1949 geboren. Nach betriebswirtschaftlichem Studium und einigen Jahren der Tätigkeit als Unternehmensberater hat Roth 1983 das Bestattungshaus Pütz in Bergisch Gladbach übernommen und führte es gemeinsam mit weiteren in Folge übernommenen Bestattungshäusern zu überregionaler Bekanntheit. Sein Engagement galt einer gesellschaftlich wiederzuentdeckenden Trauerkultur. Mittelpunkt seines Wirkens war das „Haus der menschlichen Begleitung“ in Bergisch Gladbach.

Am 13. Dezember 2012 ist Fritz Roth verstorben. In den Wochen zuvor hatte Roth mehrfach über seine Leberkrebsdiagnose gesprochen und die Öffentlichkeit wissen lassen, dass er mit nur noch wenig Lebenszeit rechne. Nach Auskunft der Familie auf www.puetz-roth.de [21.12.2012] „konnte [Roth] bis zu seinem letzten Atemzug selbstbestimmt leben, wie er es sich

immer gewünscht hat.“ Welcher Koffer ihn wohl nun begleitet? In einem Interview vor seinem Tod antwortete Roth, er packe Fotos von seiner Frau und seinen beiden Kindern ein, und auf jeden Fall Musik. „Wenn dann noch Platz in seinem Koffer sei, wolle er eine Flasche Wein einstecken, und zwar einen roten, edel und schwer, das war ihm wichtig. ‚Der hat so was Warmes‘, sagte Roth, ‚das macht es einem leicht, sich fallen zu lassen.““ [Die Welt, 14.12.2012].

Ulrich Feeser-Lichterfeld

**Rechenberg-Winter, P. u. Fischinger, E. (2010):
Kursbuch systemische Trauerbegleitung (2. Auflage).**
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
237 Seiten. 39,99 €.



Die Autorinnen bringen die systemische Praxis durch ihre vielfältige Fachkompetenz in den Kontext der Unterstützung Trauernder. Ihr „Kursbuch“ richtet sich an beratend und therapeutisch Tätige und vor allem an die auszubildenden Professionen, die ihre Arbeit durch ein systemtheoretisch ausgerichtetes Paradigma in der Trauerbegleitung ausfüllen möchten.

Der systemische Blick von P. Rechenberg-Winter, die als Lehrsupervisorin und -therapeutin wirkt, wird durch E. Fischingers kinder- und jugendpsychotherapeutischen Erfahrungshintergrund und ihre Tätigkeit als Dozentin im Bereich der Hospizarbeit ergänzt. Ziel beider ist, mit dem Kursbuch sowohl die Selbstreflexion als auch die Theorie und den damit verbundenen Praxis-transfer aus verschiedenen Blickwinkeln systemischer Zugänge zu betrachten. So bieten sie methodisch die Möglichkeit durch eine Verknüpfung von individueller Selbstreflexion, Selbsterfahrung und theoretischem Sachwissen, die persönlichen Fähigkeiten und die Haltung des Begleiters effektiv zu unterstützen (vgl. 14ff.).

Nach dem Beschreiben der Konzeptidee des Kursbuches im ersten Kapitel führen die Autorinnen im zweiten Kapitel in die Theorie des systemischen Arbeitens und des Trauererlebens ein. Vorweg wird ein kurzer Überblick über das systemische Paradigma, dessen Betrachtungsweise und Aspekte beschrieben. Zum Verständnis von Trauer werden unterschiedliche Trauermodelle und -verläufe dargestellt. Die weiteren Kapitel konkretisieren das

Verständnis von systemischer Trauerbegleitung. Dabei erschließen die Autorinnen die Trauerbegleitung sowohl aus soziokulturellen und religiösen als auch aus geschlechterspezifischen und biographischen Determinanten. Die dargestellten Themen wie Kommunikation, Beziehungsgestaltung, Resilienz-fördernde Faktoren und das Selbstverständnis (Identität, Selbstreflexion und Leitbilder) der Trauerbegleiterinnen werden mit systemischen Impulsen (praktische Methoden, Ritualen und fiktiven Beispielen) in Bezug auf die Begleitung von Trauersystemen ergänzt. Zum Abschluss geben die Autoren ausgewählte Literaturempfehlungen zur Trauer bei Kindern und Jugendlichen. Zur Unterstützung des Praxistransfers des beschriebenen Inhalts liegt diesem Buch eine CD mit Handouts und Arbeitsblättern bei, die das „Kursbuch“ abschließend ergänzen.

Das „Kursbuch“ bietet einen leichten und gut verständlichen Einblick nicht nur in die komplexe Systemtheorie sondern auch in die systemische Praxis der Trauerbegleitung und fokussiert den systemischen Blick auf unterschiedliche Aspekte der Trauerbegleitung. Durch die vielen Impulse, die beschriebenen praktischen Erfahrungen und das CD-Material gibt das Buch gute Anregungen für den Praxistransfer in der Arbeit mit Trauernden oder Helfersystemen.

Rebecca Köster

Steffensky, F. (2007):
Mut zur Endlichkeit.
Sterben in einer Gesellschaft der Sieger.
Stuttgart: Radius-Verlag. 44 Seiten. 12 €.



Fulbert Steffensky hat katholische und evangelische Theologie studiert und war danach lange in Seelsorge, Schule und an der Hochschule tätig. Er begann seine akademische Laufbahn 1972 als Professor für Erziehungswissenschaft an der FH Köln und beendete sie mit seiner Emeritierung 1998 als Professor für evangelische Religionspädagogik an der Universität Hamburg. Seitdem setzt der mittlerweile 80jährige mit pointierten Veröffentlichungen kontinuierliche Ausrufezeichen zu einem spirituell bzw. religiös verankerten Leben in einer postsäkularen Gesellschaft.

Das Bändchen ist eine entschiedene Positionierung, sich nicht dem gesellschaftlichen Zwang zum Siegen, Machen und Können zu unterwerfen, sondern stattdessen Sensibilität und Sinn für das weniger Taugliche und Verwendbare im Leben, vor allem aber für das Sterbliche und Endliche, zu entwickeln und zu zeigen. Er schlägt sich dabei auf die Seite der Menschen, die an den „Fronten des Lebens“ (30), beispielsweise in Krankenhäusern, Altersheimen, Behinderteneinrichtungen und Hospizen arbeiten, und es in einer Gesellschaft, in der Sensibilität und Sinn allzu oft durch Effektivität und Rentabilität ersetzt wird, schwer haben.

Gerade sie aber können Stimme dafür sein, dass das, woraus sie leben und wofür sie arbeiten (wie Liebe, Zuwendung oder solidarische Verbundenheit), nicht herstellbar ist, sondern sich letztlich der Dimension „Gnade“ im Leben verdankt. Sie können auch Botschafter eines Gottes sein, der auf das Zerbrochene sieht und sich aus Liebe dem Unfertigen, Schwachen und Bedrängten zuwendet.

Einrichtungen, die eine solche Sensibilität pflegen, auch aus ihrer kirchlichen Trägerschaft heraus, können „Insel der Deutlichkeit“ (40) sein, auch für die Grundbotschaften der Bibel. Der Mensch ist zum einen der Gerechtigkeit verpflichtet und soll Streiter für eine Gesellschaft sein, „die Alte, Kranke, Behinderte sichtbar sein lässt“ (16) und deren Bedürftigkeit verteidigt. Zum anderen *ist* der Mensch, weil er sich verdankt. Der Dank aber lehrt ihn, das Leben zu lieben. „Wer weiß, dass er sich verdankt“, so endet das Buch, „ist des Lebens fähig, vielleicht auch des Sterbens.“ (44).

Das Buch ist leicht zu lesen, und trotzdem eine schwere Kost. Es ist essayistisch dünn, aber vom Inhalt her gewichtig. Und: Es ist widerständig und hoffnungsvoll!

Rainer Krockauer

Schneider, R. (1946):

Apokalypse. Sonette.

Baden-Baden: Bühler. 39 Seiten.

Nur noch antiquarisch erhältlich.

Unter dem Eindruck der letzten Jahre des Naziregimes, seiner entsetzlichen Verbrechen und Gräueltaten und der Vernichtung von Millionen von Menschen hat Reinhold Schneider jene Sonette geschrieben, die kurz nach Kriegsende unter dem Titel „Apokalypse“ erschienen sind. Er war einer der ersten, der für die Menschen, vor allem für die jüngeren, nach 1945 das Unheil dieser Vergangenheit aus seiner Radikalität heraus zu deuten versuchte,

damit die Menschen danach überhaupt noch weiter leben und eine Hoffnung entwickeln konnten, die sich der Vergangenheit genauso stellte und diese Erinnerung nicht verdrängte, wie sie sich aus dieser Erinnerung selbst heraus nach vorwärts tastete.

Diese strenge Verbindung zwischen Vergangenheit und Gegenwart fand Schneider im christlichen Motiv des Gerichtes als Offenbarung dessen, was geschehen ist, was zu sühnen und zu verantworten ist und wie anders die Zukunft auszuschauen hat. So bezieht er sich in diesen Sonetten auf die Apokalypse des Johannes und reagiert auf verschiedene Stellen mit seinen Gedichten. Damit holt er das letzte Gericht, das Jüngste Gericht also, in diese Gegenwart hinein, vollzieht es jetzt als Gericht der vergangenen und der zukünftigen Geschichte. Vorwegnahme des künftigen Gerichts in die eigene Gegenwart: das ist Umkehr, Buße und Versöhnung, ist die Ausrichtung der Gegenwart und der Zukunft an dem, was kommen wird, wenn der Messias kommt. Der Sprachraum des Gerichts bestimmt das Artikulationsniveau des Gewissens, in dem die Verantwortung für die Welt in das eigene Leben hineingenommen wird, in der Annahme des Untergangs als Sühne für Vergangenes und in der entsprechenden Veränderung der Zukunft.

So bezieht sich ein Sonett auf Offb 17,8, wo das zerstörerische Tier, das aufsteigt, am Ende, wenn der Richter kommt, ins Verderben geht:

„Dein ist die Macht. Des Tieres Macht ist tot,
Ob seiner Kronen blutumrauchter Schein
Das stille Werk der Jahre überdeckt.

Wir fragen nicht. Uns fordert Dein Gebot.
Wir tragen in die tiefste Nacht hinein
Dein mächtig Wort, das Tote auferweckt.“

(Schneider, 1946, 13)

Reinhold Schneider stirbt 1958 mit knapp 55 Jahren, am Ostersonntag, nachdem er am Ostersonntag so unglücklich stürzte, dass er nicht mehr zu retten war. Heute ist er ein ziemlich vergessener Dichter, als hätte er nur jenen etwas zu sagen gehabt, die damals gelebt haben. Damit sind die jetzt Lebenden aber selber dabei, etwas zu verdrängen: nämlich die Erschütterung darüber, was in dieser Zeit geschieht, und zwar auf der ganzen Welt, an Völkermord, an Hunger, an Ausschluss von Menschen aus Lebensmöglichkeiten, an Zerstörung der Lebensressourcen.

Auch heute könnte Reinhold Schneider formulieren: „Darum sollen die Wüsten dieser Zeit und die verwüsteten Seelen, die Trümmer und Gräber, die Schreckensnächte und vom Tod überschatteten Tage, das Leid der Vertriebe-

nen und Misshandelten, sollen aller Frevel und alle Fehler unverilgbar vor unseren Augen stehen, unserer Seele gegenwärtig sein: sie in ihrer Gesamtheit sind das Gewicht, das wir tragen, die Aufgabe, die wir bewältigen sollen.“ (Schneider, 1946a, 50).

Unsere Generation wäre für die Zukunft gut beraten, wenn die Botschaft des Gerichts auch in ihren Ohren dröhnen würde: „Für mich spielt alles Geschichtliche unter einem Gewitterhimmel, und die furchtbaren Worte, die im Evangelium von den Letzten Dingen dieser Welt gesagt sind, dröhnen mir in den Ohren.“ (Schneider, 1956, 12). Vielleicht wird es Zeit, die „Trümmerliteratur“ nach 1945 auch als „Sanitätsdienst“ an unserer Gegenwart und Zukunft zu lesen, um, wo immer es möglich ist, die Trümmer der Zerstörung zu verhindern.

Du kommst, mein Gott. Im Fiebertraume nennt
Die Erde Dich. Die Kreuze alle weisen
Entflammt zum Kreuz empor, das Du verheißen,
Dem Tag zum Zeichen, der kein Ende kennt.

Durch Wolken bricht Dein glühend Element
Mit Schwertesträgern, die wie Adler kreisen;
Du wirst der Mächtigen Türme niederreißen
Und jede Mauer, die von Dir noch trennt.

Wir sind umzingelt, und wir werden fallen
In Deine Macht. Im schrecklichsten Gericht
Schenk' uns der Liebe innigste Gewalt!

Schon schmettern Reiche hin wie morsche Hallen,
Und die noch thronen, *sehn* Dein Angesicht.
Wir aber bitten: „Komm! O komme bald.“

(Schneider, 1946, 15)

Was mit Reinhold Schneider in der nachkriegsliterarischen Rezeption gegenüber der Vergangenheit an Auseinandersetzung möglich war, könnte gegenwärtig zur Basis der Auseinandersetzung mit der Gefahr einer möglichen Zukunft (die vielerorts schon Gegenwart ist) werden. Ähnlich wie Carl Amery die Gefahr einer globalisierten Hitlerformel („Es reicht nicht für alle“) an die Wand der Zukunft malt, um sie möglichst zu verhindern (vgl. Amery, 2002, 163ff.).

Das Gericht gibt Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen Hoffnung und Hoffnung. Menschliche Hoffnung wird zwar immer als etwas Gutes angesehen

hen. Aber das stimmt nicht, wenn Mächtige Hoffnung darauf setzen, ihre Herrschaft zu erweitern, wenn Verantwortliche in wirtschaftlichen Konzernen die Hoffnung haben, in rücksichtsloser Weise Profit machen zu können, ohne die Konsequenzen sehen zu wollen, dass Millionen von Menschen deshalb unter die Armut- und Elendsgrenze gedrückt werden. Reinhold Schneider (1946b, 44) hat diesen radikalen Widerspruch zwischen den Hoffnungen des Weltreichs und des Gottesreichs wie kaum ein anderer erlebt und benannt:

„und der Bekenner hatte den Mut,
im schroffsten Widerspruch zu den Vorstellungen
und Hoffnungen seiner Zeitgenossen
diese Macht als eine teuflische zu benennen.“

In seinem wahrscheinlich letzten Sonett (1951) schreibt Reinhold Schneider auch in unser Stammbuch (Zit. bei Scherer, 1978, 349):

„Dort, wo die Brücke einstürzt, eile hin!
Zur Flamme werde, die dein Werk verbrennt!
Ob dich das Volk verleumdet und verkennt:
Tu's doch! Das Zeichen selber ist Gewinn.“

Literatur

- Amery, C. (2002): Hitler als Vorläufer. Auschwitz – der Beginn des 21. Jahrhunderts. München: Luchterhand.
- Scherer, B.S. (1978): Weil ER lebt. Reinhold Schneiders religiöser Weg, in: Geist und Leben (1978), 347-363.
- Schneider, R. (1946): Apokalypse. Sonette. Baden-Baden: Bühler.
- Schneider, R. (1946a): Gedanken des Friedens. Gesammelte kleine Schriften, Freiburg i.B.: Herder.
- Schneider, R. (1946b): Weltreich und Gottesreich. München: Schnell und Steiner.
- Schneider, R. (1956): Dankesrede: Der Friede der Welt. In: Börsenverein des Deutschen Buchhandels (Hg.), Friedenspreis des Deutschen Buchhandels 1956 (7-14).

Ottmar Fuchs

Grossmann, D. (2013):

Aus der Zeit fallen.

Aus dem Hebräischen von Anne Birkenhauer.

München: Carl Hanser Verlag. 126 Seiten. 16,90 Euro.



Was es bedeuten kann, einen geliebten Menschen zu verlieren, schildert David Grossman in seinem jüngst erschienenen Buch „Aus der Zeit fallen“ (2013). Getragen von der eigenen leidvollen Erfahrung des israelischen Autors und Friedenspreisträgers des Deutschen Buchhandels (2010), dessen Sohn Uri 2006 in den letzten Tagen des Libanonkrieges ums Leben kam, vermittelt diese sehr persönliche Erzählung ein Panorama des Schmerzes und der Trauer, das von verschiedenen Personen / Stimmen zur Sprache gebraucht wird, die um einen Familienangehörigen bzw. ein Kind trauern.

In dem poetischen Geflecht von Stimmen und Worten artikulieren sich die unterschiedlichen Tiefendimensionen seelischen Kammers und innerer Not, die mit dem Eintreffen der Todesnachricht die betroffenen Eltern und Angehörigen aus der Zeit fallen ließen und mithin in eine fremde Welt verstoßen haben. Von ihrem inneren Exil aus, das wie das Jenseits des alltäglichen Lebens wirkt, formulieren sie naheliegende und zutiefst nahegehende Fragen: Wo ist der Verstorbene jetzt? Werden wir uns wiedersehen?

Auf diese Weise vermittelt D. Grossmans „Erzählung für Stimmen“ ein großes und leidvolles Tableau, das viele Facetten im Umgang mit dem übermenschlichen Schmerz beleuchtet. Zu diesen zählt, dass das Ringen mit dem Tod des Kindes auch das Abschiednehmen von dem früheren Leben bedeutet, der Unbefangenheit und der Leichtigkeit eines gemeinsamen Lebensglücks. „Werd ich dich je noch einmal so sehen, / wie du ohne sein Nichtsein warst?“ (15), fragt die Frau den Mann und vermittelt so die tiefgreifende Veränderung, die zwischen den verwaisten Eltern eingetreten ist.

Beiden bleibt die Erinnerung aneinander, wie der Mann hervorhebt: „Ich erinnere mich noch an dich ohne sein Nichtsein, / dein Lächeln war so arglos, optimistisch, / und auch an mich ohne sein Nichtsein erinnere ich mich.“ (Ebd.) Aber diese Erinnerung spart den Sohn aus, der plötzlich nicht mehr ohne seinen Tod vergegenwärtigt werden kann: „An ihn ohne sein Nichtsein erinnere ich mich nicht mehr. / Und je mehr Zeit vergeht, scheint es, / als ob sein Nichtsein schon in seinem Sein zu spüren war –“ (ebd.).

Dieser unüberwindbare Verlust, der hier sogar die Erinnerung an den Verstorbenen einfärbt, übersteigt zwar das menschliche Fassungsvermögen; dennoch bleibt das Bedürfnis, das Geschehene nicht nur verarbeiten, sondern

auch verstehen zu können. Dies artikuliert die Stimme des „Zentaur“, wenn er sagt: „Aber wenn ich es nicht schreibe, werd ich es nicht verstehn.“ (49).

Auch hier gewinnt das Schreiben als mühsamer und nicht minder schmerzreicher Prozess des Zur-Sprache-Bringens die Bedeutung eines Selbstreinigungs- und Selbstermächtigungsprozesses, der den Betroffenen hilft, wieder in die Welt hineinfinden zu können. Die Vorstufe dazu ist bereits das Erheben der eigenen Stimme als Kontradiktion gegenüber der hereingebrochenen Sturmflut des Schweigens und das vorsichtige Artikulieren der eigenen Lebensbedürfnisse, um nicht in der Trauer und dem Schmerz für immer zu versinken.

Oder wie es der Zentaur formuliert: „Erst jetzt begreife ich: Nicht seinen Sohn / bewegt der Vater; nicht meinen Sohn beatme ich / auf diese Art und bringe ihn zum Beben. / Mich selbst beschwöre ich mit Worten und Schimären, / Gestalten vogelscheuchgleich, / zusammengepappt aus Stroh und Lehm, / und mit der Weisheit der Armen, / damit ich nicht aufhör und erstarre.“ (107) Dies führt auch zu einer indirekten Anrufung des Verstorbenen, um sich von ihm bzw. seinem Tod emanzipieren zu können, wie der Vater, der „Gehende Mann“, formuliert: „Ich möchte trennen die Erinnerung vom Schmerz; / zumindest den Teil, den man trennen kann, / denn sonst ist die Vergangenheit für immer schmerzgetränkt. / dann könnte ich, verstehst du, / auch öfter an dich denken, / und fürchtete nicht jedesmal / den Schmerzbrand der Erinnerung. / Ich sag ihm auch: Ich muss mich von dir lösen.“ (112).

So ist dieses Buch auch eine poetisch-sensible Dokumentation der inwendigen Verarbeitung und des existentiellen Vorstoßes, jenes innere Exil zu verlassen und sich mit einem gewissen Grad wiedergewonnener Freiheit neu orientieren und wiederfinden zu können. Der Versuch, mit dem Tod und trotz des Todes ins Leben zurückzufinden, geht so einher mit dem Versuch, Worte dafür zu finden und sich mitzuteilen. Das Schreiben hätte ihn der Welt zurückgegeben, sagt der Autor David Grossman über die Bedeutung dieser Erzählung, die der „Zentaur“ mit den Worten beschließt: „Und mir bricht es das Herz, mein Augensterne, / wenn ich dran denk, dass ich / – ist’s möglich?! – / dass ich dafür die Worte fand.“ (122).

Doris Krockauer

Die Autorinnen und Autoren

Renate Bock

Sozialpädagogin / Sozialarbeiterin (B.A.), ist ehrenamtliche Hospiz- und Trauerbegleiterin sowie Projektkoordinatorin von „Hospiz macht Schule“ im Nordkreis Düren der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. Zurzeit befindet sie sich in Fortbildung zur psychoonkologischen Beraterin WPO Heidelberg. E-mail: bock@hospizbewegung-juelich.de.

Stephanie Bonni

Dipl.-Sozialpädagogin und Dipl.-Bühnenbildnerin, Trauerbegleiterin, Pädagogische Mitarbeiterin. Kontakt: „diesseits – Junge Menschen trauern anders“, Pontstr. 148, 52062 Aachen; Tel. 0241/41310226.

Regina Borgmann

ist Bestatterin und Pädagogin mit Zusatzausbildungen in Trauerbegleitung nach Dr. Ruthmarijke Smeding und in gestalttherapeutischer Arbeit mit Kindern. E-mail: info@inmemoriam-web.de.

Christa Dohmen-Lünemann

ist Bestatterin und Dipl.-Sozialarbeiterin. Sie hat Berufserfahrung als Leiterin einer Familienberatungsstelle sowie Tätigkeit im Gesundheitsbereich, Klientenzentrierte Gesprächsführung, Sexualtherapie, Soziale Psychosomatik, Sterbebegleitung. E-mail: info@inmemoriam-web.de.

Ulrich Feeser-Lichterfeld

Dr. theol., Dipl.-Psych., Pastoraltheologe und Pastoralpsychologe, vielfältige Lehr- und Forschungstätigkeit, seit 2010 selbständiger Supervisor, Personal- und Organisationsentwickler, 2012 Gründung von maßkonzept – Agentur für Wertedialoge und Kommunikationskultur. Kontakt: Im Röhfeld 12, 53229 Bonn; Tel.: 0228/9093053; Email: info@feeser-lichterfeld.de.

Ottmar Fuchs

Dr. theol. habil.; Priesterweihe 1972; nach Tätigkeiten in der Gemeinde- und Studentenseelsorge ab 1981 Professor für Pastoraltheologie an der Universität Bamberg, seit 1998 für Professor für Praktische Theologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Tübingen. Korrespondenzadresse: Liebermeisterstraße 12, 72076 Tübingen; Tel. 07071/2972863. E-mail: ottmar.fuchs@uni-tuebingen.de.

Gerda Graf

Pflegemanagerin mit Fortbildungen in Focusing-Begleitung, Systemische Organisationsberatung und Palliative Care, ist Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof gGmbH; darüber hinaus Ehrenvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e.V. und 2. Vorsitzende der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. Kontakt: Wohnanlage Sophienhof gGmbH, Am Weiherhof 23, 52382 Niederzier. E-mail: graf@wohnanlage-sophienhof.de.

Sebastian Heuer

Diplom-Gymnasiallehrer, zurzeit Promotionsstudent (Germanistik/ Mediävistik) an der RWTH Aachen, ist Trauerbegleiter und ehrenamtlicher Mitarbeiter bei *diesseits*. Kontakt: „diesseits – Junge Menschen trauern anders“, Pontstr. 148, 52062 Aachen; Tel. 0241/41310226.

Beatrix Hillermann

Dipl.-Theol.; Supervisorin, Trauerbegleiterin; Berufstätigkeit als Koordinatorin eines ambulanten Hospizdienstes und als Hospizleitung, derzeit Aufbau des Hospizes von Home Care Aachen. Kontakt: Home Care Städteregion Aachen gemeinnützige GmbH; Auf der Hüls 120; 52068 Aachen; Telefon 0241/515624-0; Telefax 0241/515624-101; E-Mail: hillermann@mailbox-homecare.de.

Monika Janssen

M.A. Sozialmanagement, Dipl.-Sozialarbeiterin, Bankkauffrau; Geschäftsführung BUNTER KREIS in der Region Aachen e.V. sowie Vorstandsmitglied Bundesverband Bunter Kreis e.V.; Kontakt: BUNTER KREIS in der Region Aachen e.V., Pauwelsstraße 19, 52074 Aachen; Telefon 0241/963 2350; E-mail: janssen@bunterkreis-aachen.de.

Johannes Jungbauer

Dipl.-Psychologe, Supervisor (BDP), Dr. phil. habil., ist Professor für Psychologie an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen, wo er das Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp) leitet. Kontakt: KatHO NRW, Abt. Aachen; Robert-Schuman-Str. 25, 52066 Aachen; Tel. 0241/60003-37; E-mail: j.jungbauer@katho-nrw.de.

Rebecca Köster

Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (B.A.), Fachkinderkrankenschwester für ambulante Pflege (DKG) und leitende Pflegefachkraft. Seit 1998 in der stationären und ambulanten Kinderhospizarbeit hauptberuflich tätig. Berät seit 2006 für den DKHV deutschlandweit ambulante Kinderhospizdienste und

leitet Koordinatorenseminare (§39a anerkannt) für hauptberufliche Koordinationsfachkräfte in ambulanten Kinderhospizdiensten. Kontakt: Franz-Heuel-Straße 10, 57462 Olpe; E-mail: rebeccakoester@vr-web.de.

Doris Krockauer

Dr. phil., M.A.; Studium der Neuen Deutschen Literaturgeschichte, Theaterwissenschaften und Philosophie; Promotion in Neuer Deutscher Literaturgeschichte; Tätigkeit als Literaturwissenschaftlerin und Referentin; Lehrbeauftragte an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen; E-mail: doris.krockauer@t-online.de.

Rainer Krockauer

Dipl.-Theologe; Tätigkeit als Pastoralreferent in der Gemeinde- und Jugendseelsorge; Dr. theol.; Professor für Theologie und Ethik an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen; Leitung des postgradualen Masterstudiengangs „Ehe-, Familien- und Lebensberatung“ (Master of Counseling) am Studienort Freiburg. Korrespondenzadresse: Katho NRW, Abt. Aachen, Robert-Schuman-Straße 25, 52066 Aachen; Tel.: 0241/60003-30; E-mail: r.krockauer@katho-nrw.de.

Inge Nadenau

Dipl.-Sozialpädagogin, Transaktionsanalytikerin CTA (der Deutschen Gesellschaft für Transaktionsanalyse DGTA); Lehrbeauftragte an der Kath. Hochschule NRW, Abt. Aachen; Dozentin beim Fachseminar, Fort- und Weiterbildung für Pflegeberufe der StädteRegion Aachen; Leitung des stationären Hospizes im Haus Hörn. Kontakt: Hospiz im Haus Hörn, Johannes-von-den-Driesch-Weg 4, D-52074 Aachen; Tel: 0241/99781-260 / -250; Fax: 0241 / 99781-170; E-mail: i.nadenau@haus-hoern.de.

Maria Pirch

Dipl.-Religionspädagogin; Trauerbegleiterin, Notfallseelsorgerin; Gemeindefreferent in im Bistum Aachen seit 1988, Pfarre Franziska von Aachen. Projektleiterin von *diesseits*, Kinder- und Jugendtrauerforum in Aachen. Ansprechpartnerin Trauerpastoral in der Region Aachen Stadt. Kontakt: „diesseits – Junge Menschen trauern anders“, Pontstr. 148, 52062 Aachen; Tel. 0241 /41310226; E-Mail: pirch@franziska-aachen.de.

Judith Plettenberg

Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Trauerbegleiterin; ehrenamtliche Mitarbeiterin bei *diesseits*. Kontakt: „diesseits – Junge Menschen trauern anders“, Pontstr. 148, 52062 Aachen; Tel. 0241/41310226.

Rodney J. Plum

Dipl. Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, derzeit in Promotion und Autor einer Buchbesprechung. Lehrbeauftragter an der Katho NRW, Abt. Aachen. Forschungsinteressen: Theologie, Ethik, Internationale Sozialarbeit Schwerpunkt Australien/Neuseeland. E-mail: rodneypaum@yahoo.de

Andrea Pyttlik

Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin (B.A.), ist hauptamtliche Koordinatorin der Hospizbewegung Dormagen e.V. Von Mai 2006 bis August 2011 war sie zudem ehrenamtlich im ambulanten Kinderhospizdienst in Köln tätig. E-mail: pyttlik-bebendorf@web.de.

Adelheid Schönhofer-Iyassu

Dipl. Sozialpädagogin, Trauerbegleiterin, TID, Leiterin des ambulanten Hospizdienstes „DaSein“ des Malteser Hilfsdienstes e.V.; Projektleiterin von *diesseits*, Kinder- und Jugendtrauerforum sowie des Erwachsenentrauerprojektes *Tabitha* in Aachen. Kontakt: „diesseits – Junge Menschen trauern anders“, Pontstr. 148, 52062 Aachen; Tel. 0241/41310226.

Veronika Schönhofer-Nellessen

Dipl.-Soz.Päd.; Leitung der Servicestelle Hospiz und Geschäftsführung für das Palliative Netzwerk für die StädteRegion Aachen. Langjährige Tätigkeit in der Fort- und Weiterbildung bzw. in der Beratungs- und Moderationsarbeit, u.a. zu den Themen Sterbe- und Trauerbegleitung, Implementierung von Palliative Care in der Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe, Aufbau von dementsprechenden regionalen Netzwerken. Kontakt: Servicestelle Hospiz/ Palliatives Netzwerk, Adalbertsteinweg 257, 52066 Aachen, Tel: 0241/5153490; E-mail: info@servicestellehospizarbeit.de.

Kirsten Stelling

Dipl.-Psychologin, Dr. rer. med., ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in Aachen. Darüber hinaus ist sie Lehrbeauftragte der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen im Masterstudiengang „Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit“. E-mail: kirstenstelling@web.de.

Bernd Wehbrink

Krankenpfleger; Zusatzausbildung Palliative Care, Case Manager; Gesamtleitung Home Care Aachen; Kontakt: Home Care Städteregion Aachen gemeinnützige GmbH; Auf der Hüls 120; 52068 Aachen; Tel. 0241/515624-0; Fax: 0241/515624-101; E-Mail: wehbrink@mailbox-homecare.de.

Angaben zu den Bildrechten

Umschlagbild vorne: Gestaltung unter Verwendung des Gemäldes: Janet Brooks Gerloff, „Emmaus“, Copyright VG Bild-Kunst, Bonn 2013

S. 7 (Portrait Ulla Schmidt, MdB); Foto/Copyright: Fotostudio Strauch/
Eschweiler

S. 223 (Raum mit Sitzkissen für die diesseits-Gruppentreffen); Foto: Maria Pirch

S. 234 (Werbepostkarte von „diesseits“); Graphikdesign/Copyright: Julia Schneider

S. 239: (Der BUNTE KREIS arbeitet im multidisziplinären Team); Foto: D. Rennen

S. 262 (Preisverleihung an das „Hospiz macht Schule“-Team mit Grundschulern); Foto / Copyright: Klaus Becker/Bild am Sonntag (mit freundlicher Genehmigung des Axel-Springer-Verlags)

S. 264 (Kinder im Stuhlkreis mit ehrenamtlichen Gruppenleitern); Foto: Renate Bock/Hospizbewegung-Düren-Jülich e.V.

S. 272 (Eine Schülerin und ihre gemalte Jenseitsvorstellung „Regenbogenbild“); Foto: Renate Bock/Hospizbewegung-Düren-Jülich e.V.

S. 274 (Kinder pflanzen Bohnen als Symbol für den Trauerprozess); Foto: Renate Bock/Hospizbewegung-Düren-Jülich e.V.

S. 283 (Regina Borgmann und Christa Dohmen-Lünemann); Foto/
Copyright: Mira Mathys

S. 287 (Sargmalaktion mit Familie und Freunden); Foto: Christa Dohmen-Lünemann

Umschlagbilder hinten: Portrait Johannes Jungbauer: Foto/Copyright: Anselm Kugelmeier; Portrait Rainer Krockauer: privat