Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2011 Ausgabe 48

Schwerpunkt:
FAMILIÄRER WANDEL

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die bevölkerungsstrukturellen Veränderungen machen natürlich auch vor den Toren der Hospizbewegung nicht Halt. Viele der hospizlichen und palliativen Institutionen erleben diese Veränderungen schon seit einiger Zeit: Sie begleiten vermehrt Patchwork-Familien oder erleben viele Menschen, die in Single-Haushalten leben. Der Begriff des sozialen Netzes bekommt durch diese Entwicklung eine neue Dimension. Am Lebensende werden auch hospizliche und palliative Einrichtungen ein Teil dieses Netzes. Insbesondere dann, wenn das Netz instabil wird, erhalten sie eine Rolle, mit der sie sorgsam umgehen müssen.

Die Beiträge in diesem Hospizdialog beschäftigen sich auf unterschiedlichste Weise mit diesen demografischen Veränderungen: über die psychologische bzw. psycho-onkologische zur soziologischen Sichtweise kommen wir zu den Berichten derjenigen, die der Einsamkeit im Alter und im Sterben ganz praktisch und schon frühzeitig begegnen. Beispiele, die Mut und Hoffnung machen.

Viel Freude beim Lesen wünscht Ihnen

Ihre

G. Dingerkus

Gerlinde Dingerkus

Inhalt

INFORMATION

Kurz vor dem Tod schwindet die Angst 4
Peter Gutsche

Hilfe für Helfer und Betroffene – die Mildred Scheel Akademie 6
Gerd Nettekoven

Tele.TAnDem – Telefonische Beratung für Angehörige von Demenzerkrankten 88
Doreen Rother und Gabriele Wilz

SCHWERPUNKT
FAMILIÄRER WANDEL

Die Zeiten ändern sich 10
Klaus F. Röttger

Hospizarbeit und das Verschwinden der traditionellen Kleinfamilie 13
Dieter Hoffmeister

Von Menschen, die ausziehen Gemeinschaft zu lernen 16
Silke Gross

Wie gut, sich gegenseitig helfen zu können 19
Interview mit Luise und Henning Scherf

Veröffentlichungen 22
Veranstaltungen 23

IMPRESSUM

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

Redaktion:
ALPHA-Westfalen
Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen
zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung im Landesteil
Westfalen-Lippe
Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
Gerlinde Dingerkus
Mary Wottawa
Sigrid Olowinsky-Kiessling
Tel.: 02 51 – 23 08 48
Fax: 02 51 – 23 65 76
E-mail: alpha@muenster.de
Internet: www.alpha-nrw.de
Praktikerbeirat
Ute Aßbrock, Minden
Jürgen Goldmann, Bonn
Christiane Rädel, Herne
Maria Reinders, Kleve

Layout:
Art Applied und
Graphische Dienstleistungen
Hafenweg 26a, 48155 Münster

Auflage:
2500

Die im „Hospizdialog“ veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

Kurz vor dem Tod schwindet die Angst

Peter Gutsche

Peter Gutsche

So lautete die mich prägende Überschrift meiner Kindheit.
Was derart vereinzelt vielleicht nach einer nahezu dramatischen Kindheit klingen könnte, ist schnell entdramatisiert und damit auch erklärt. Im Haushalt meiner Eltern gab es nicht sehr viele Bücher, wohl aber gab es da eine spektakuläre Entdeckung zu machen. Zwei allgemeinmedizinische Bücher über den Menschen und dessen Körper. Voller Abbildungen und Erklärungen, die im Grunde genommen fast verboten waren, war all das Verheißungsvolle dann doch durch zwei nüchterne Buchdeckel geschützt und meine heimliche Lektüre war legitimiert (und damit auch manche immer wieder studierte Abbildung!). Ich erinnere mich deutlich, dass ich genau diese Überschrift „Kurz vor dem Tod schwindet die Angst“ las und ich erinnere mich auch, dass ich bereits als Kind das enorme Trostpotential aufspürte, das sich hinter dieser Überschrift verbarg. Es ging um die neurobiologische These, dass unser Körper sich im unmittelbaren Übergang zum Tod schützt, dass er uns gewissermaßen in die finale Verabschiedung ohne Angst und Schmerzen entlässt.

Der Kindheit folgte das Heranwachsen und das frühe Erwachsenenalter war geprägt durch ein Studium der Philosophie und durch eine langjährige Mitarbeit innerhalb einer psychiatrischen Einrichtung. Vielleicht dann erwachsen geworden, gab und gibt es mich als Lehrer, der demnach täglich mit Menschen arbeitet und der sich privat wie beruflich fast täglich an diese Überschrift meiner Kindheit erinnert. Auch das deutet kein alltägliches Drama an, auch das soll hiermit kurz erklärt werden.

Eröffne ich etwa innerhalb der Oberstufe den Jugendlichen das, was Philosophie auszeichnet, eröffne ich zumeist erst einmal Aussagen zum Menschen. Ohne jetzt den Leser hier und meine Schüler dort mit Inhalten der philosophischen Anthropologie zu quälen, wähle ich hier wie dort den Weg einer prosaischen Übersetzung und Provokation.

„Wissen Sie, was Sie philosophisch am ehesten sind?“ Der Frage folgt meist eine lächelnd ahnende und allein mimisch vermittelte Antwort, was denn nun der sonderbare Lehrer wieder zu eröffnen hat. „Sie sind ein Weichei! Sie alle und auch ich sind nichts als Angst und ängstlich.“

Tatsächlich erachte ich die Angst als das fundamentale und unser Dasein erst initiierende Empfinden, prärational und auch pränatal, sind wir zu allererst Angst und Ängstlichkeit. Und wir sind das unser Leben lang, weil allein die Angst unser Leben lang *unser* Leben mahnt und dieses Leben mittels Angst daran erinnert, dass wir ängstlich zu sein haben. Angst verweist affektiv und längst nicht rational einholbar darauf, dass wir verletzbar sind – und jede Verletzung und jede Angst vor Verletzung und Kränkung verweist darauf, dass wir sterblich sind. Angst eröffnet den Tod, Angst spiegelt den Tod.

Und wir als Menschen eröffnen und spiegeln genau das, was Menschen zumeist ihr Leben lang verbergen und verstecken. Wir entäußern jedem unfreiwillig indiskret und schutzlos offen, dass wir ängstlich sind. Psychoanalytisch gesehen verkleiden wir diese Entäußerung von Angst, ja wir verstecken uns, wir geben uns eine zweite Haut und wir entäußern uns weniger als Vorwand denn als eine Vorwand, hinter der wir stets Schutz suchen.
Begegnen sich Menschen, so begegnen sich zwei zutiefst ängstliche Wesen, deren erster Blick von Angst und Ängstlichkeit kündet. Die erste auch ethische Gewahrwerdung von Mensch und Menschlichkeit liegt im Appell, dass Sie mir bitte nichts tun und dass ich Ihnen bitte nichts tun soll. Es ist – so argumentieren Philosophen – zuerst dieser Blick, der immer ein erstes ethisches Gebot einfordert: Bitte respektiere meine Angst und tu mir nichts!

Der Blick bleibt unmittelbar! Der Blick sitzt, der Blick verrät uns (und immer unsere Angst). Als vor wenigen Jahren in Essen-Rüttenscheid ein junger Mann durch einen Jugendlichen auf offener Straße mit einem Messer angegriffen wurde und daraufhin noch vor Ort verstarb, gab der Täter folgende Aussage als sein Motiv an: „Der hat blöd geguckt!“

Immer ist da der Blick, immer ist da das Wissen darum, dass ich meinem Gegenüber stets all meine Angst spiegele. Mein Blick als Lehrer (der z. B. geleugnet wird, weil ihn die Schüler erst gar nicht wahrnehmen und den Blick damit verweigern), der Blick meiner Schüler, die Prüflinge sind (und die flehen, ich möge bitte nicht nach Immanuel Kant fragen); mein schutzloser Blick als Patient vor dem Aufklärungsgespräch mit meinem Arzt, der Blick meiner Ärztin, die auch Angst davor haben sollte, mir das zu verkünden, was ihre fast transmoralische Pflicht ist.

Philosophisch argumentierend, bleibt Angst grundlos, während Furcht gerichtet ist und um ihren Grund weiß. Alltäglich gesprochen, bleibt Angst hierbei so grundlos wie diejenige Größe, die in uns Angst immer an- und ausgesprochen sein lässt: Der Tod selbst. Es ist absurd, dass wir der ganzen Faktizität unseres Lebens, dass wir eben sterblich sind, stets einen finalen Grund bieten müssen. Woran ist er denn gestorben? Welche Diagnose hatte sie denn? Der Tod scheint erst dann legitimiert, wenn er einen Grund hat.

Der Tod ist der Grund selbst, der in uns Angst provoziert. Und diese Angst ist, so sie nicht zur Zwangsneurose oder gar zur psychischen Verhinderung führt, absolut notwendig, uns leben zu lassen. Von daher bleibt der Angst zu wünschen, dass sie bereits im Leben dem Tod nicht das Gewicht bietet, das ihm dann stets grundlos am Ende zusteht: Die Verhinderung von Leben. Ich gestehe, dass ich ein sehr ängstlicher Mensch bin, sehr ängstlich auch immer in der Sorge um die mir wichtigen Menschen. Ich gestehe aber auch, dass ich dem Leben selbst in all seiner Qualität nicht genau diese Qualität nehmen möchte, mich mehr zu ängstigen als mich am Leben zu erfreuen. Wenn die Angst in uns einen Ort findet, wo sie sich entäußern kann, dann nehmen wir das ethische Gebot unter Menschen ernst: Du darfst ängstlich sein und du darfst deine Angst vermitteln. Ich tu dir auch dann nichts, wenn du dich mir schutzlos zeigst.

Wenn also die Angst eine Herberge vorfindet, dann geben wir weit weniger dem Tod als dem Leben Recht. Dann dürfen wir uns sicher und angekommen fühlen, dann gibt es das als „Herberge“, was es in unserer Gesellschaft endlich in Form verschiedener Hospize gibt. Ein Hospiz ist nämlich nichts anderes als dieser Ort (lat. hospitium: Herberge), an dem wir unsere Angst leben und erfragen und beantworten dürfen.

Peter Gutsche, geb. 1970, ist ein sehr ängstlicher Mensch und anonymer Lehrer, der in Essen an einer Gesamtschule die Fächer Deutsch, Philosophie und Kunst unterrichtet und der es alternativlos begrüßt, dass es Hospize gibt.

Peter Gutsche
Bismarckstraße 311
45889 Gelsenkirchen
Tel.: 02 09 - 87 94 67
www.westafrikanische-stammeskunst.de

Hilfe für Helfer und Betroffene – die Dr. Mildred Scheel Akademie in Köln

Gerd Nettekoven

Gerd Nettekoven

Die Dr. Mildred Scheel Akademie in Köln ist eine Fort- und Weiterbildungsstätte für Krebs-Betroffene, aber auch für all jene, die regelmäßig mit krebskranken Menschen zu tun haben. Hier lernen Betroffene und ihre Angehörigen, wie sie ihren individuellen Weg im Umgang mit der Erkrankung finden können. Kurse für Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Sozialarbeiter unterstützen diese Berufsgruppen unter anderem bei der Kommunikation mit ihren Patienten.

Die Kölner Akademie – eine Erfolgsgeschichte

Auf dem Gelände der Universitätsklinik in Köln befindet sich ein ganz besonderes Haus: das Dr. Mildred Scheel Haus. Hier sieht es so gar nicht nach „Klinik“ aus, denn das Haus ist wie ein Atrium um einen bepflanzten Innenhof herum angelegt. So soll den Menschen ein Gefühl von Wärme und Geborgenheit vermittelt werden. Das Gebäude wurde im Jahr 1992 errichtet. Im Erdgeschoss befindet sich das Zentrum für Palliativmedizin der Universitätsklinik Köln. Es bietet Platz für 15 Schwerstkranke, die hier optimal medizinisch und pflegerisch versorgt werden, aber auch geborgen ihre letzte Lebensphase verbringen können. Im ersten Stock ist die Dr. Mildred Scheel Akademie für Bildung und Forschung gGmbH angesiedelt – eine Tochterorganisation der Deutschen Krebshilfe.

Die Akademie verfügt über Seminarräume und einen Hörsaal, der ca. einhundert Personen Platz bietet. Seminarbesucher von auswärts können in einem der 12 Einzel- oder zwei Doppelzimmer übernachten. Als die Akademie ihren Betrieb aufnahm, wurden 13 Seminare im Jahr angeboten. Heute sind es im Schnitt 62 Veranstaltungen mit 2.000 Teilnehmern. „Unsere Seminare werden von renommierten Referenten durchgeführt, die über entsprechende Fachqualifikationen und die für uns so wichtige Nähe zur Praxis verfügen“, so Cornelia Burgardt, Verwaltungsleiterin der Dr. Mildred Scheel Akademie.

Schwerpunkt: Palliativmedizin

Die Akademie ist ein wichtiger Multiplikator für die Palliativmedizin in Deutschland. Die Seminarbesucher, seien es Ärzte oder in Pflegeberufen Tätige, tragen ihr Wissen in die Kliniken und onkologischen Abteilungen, so dass auch dort Palliativmedizin praktiziert werden kann, wo keine gesonderten Palliativstationen vorhanden sind.

Die Dr. Mildred Scheel Akademie und die drei von der Deutschen Krebshilfe geförderten Akademien für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn, am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München und am St. Joseph-Stift Dresden haben sich im Jahr 2005 zu einem Verbund zusammengeschlossen, um die palliativmedizinische Aus- und Weiterbildung in Deutschland weiter voranzubringen. An allen Akademien finden beispielsweise zertifizierte Seminare zur ganzheitlichen Versorgung schwerstkranker Menschen nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin statt.

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin organisiert die Dr. Mildred Scheel Akademie darüber hinaus das „Forum Palliativmedizin“. Hier können alle, die an der medizinischen und pflegerischen Begleitung Schwerstkranker interessiert sind, aktuelle Themen aus dem gesamten Spektrum der Palliativmedizin diskutieren. Im Jahr 2011 stehen die Themen „Durchbruchschmerzen – Jammern auf hohem Niveau“ und „Spiritualität und Menschenwürde in der Begleitung am Lebensende“ auf dem Programm.

Examiniertem Pflegepersonal bietet die Dr. Mildred Scheel Akademie in Köln eine Fortbildung in Palliative Care und Hospizpflege an. Schwerpunkt des Kurses ist die ausführliche und praxisorientierte Auseinandersetzung mit den Inhalten der Hospizpflege, um die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen zu verbessern.

Kommunikation im Mittelpunkt
Kinder, deren Vater oder Mutter an Krebs erkrankt sind, haben viele Fragen. Bleiben solche Fragen jedoch unbeantwortet, kann dies zu psychischen Auffälligkeiten führen. In der Dr. Mildred Scheel Akademie lernen Psychotherapeuten, Ärzte, Sozialarbeiter, Pädagogen, aber auch ehrenamtlich Tätige, wie sie mit Kindern krebskranker Eltern einfühlsame Gespräche über das Sterben führen und wie sie deren Trauerprozess unterstützen können.

Gespräche über Krankheit, Sterben und Tod gehören für Ärzte, Pflegende und andere Mitarbeiter aus dem Hospiz- und Palliativbereich zum Alltag. Doch wie finden die Haupt- und Ehrenamtlichen die richtigen Worte in sprachlosen Zeiten? Wie können sie mit den Sterbenden selbst, aber auch mit deren Angehörigen und Freunden ins Gespräch kommen? Wie finden sie den passenden Ton für diese Gespräche? Die Dr. Mildred Scheel Akademie bietet Seminare an, die die Teilnehmer für das Thema Sterben sensibilisieren und soziale und kommunikative Kompetenzen vermitteln – durch Elemente des bildnerischen Gestaltens und des kreativen Schreibens.

Diese Kurse sind Teil einer Veranstaltungsreihe der Dr. Mildred Scheel Akademie mit dem Titel „Kommunikation mit Tumorpatienten und ihren Angehörigen“. Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter aus allen Bereichen der Pflege und Betreuung Krebs-Betroffener lernen in diesen Seminaren, Konfliktsituationen konstruktiv zu begegnen, Gespräche mit Tumorpatienten und ihren Angehörigen zu führen und so vom „hilflosen“ zum „hilfreichen“ Helfer zu werden. Wer vier dieser Seminare aufeinander folgend in einem Zeitraum von vier Jahren besucht, erhält ein Zertifikat der Dr. Mildred Scheel Akademie. Seit Beginn der Veranstaltungsreihe im Jahr 2003 hat die Akademie bereits 110 dieser Zertifikate ausgestellt.

Kurse für Betroffene und ihre Angehörigen
Leiterinnen und Leiter von Selbsthilfegruppen kümmern sich als ehrenamtliche Helfer um alle Belange der Gruppenteilnehmer: Sie sitzen geduldig am Krankenbett, hören sich die Sorgen anderer am Telefon an, informieren über neue Therapieansätze oder organisieren Gymnastikkurse, Gruppenabende und Ausflüge. Als Experten in eigener Sache begleiten sie die Patienten während und nach der Therapie und tragen erheblich zur Steigerung der Lebensqualität krebskranker Menschen bei. In der Dr. Mildred Scheel Akademie haben sie die Möglichkeit zu lernen, wie sie ihre Gruppe kreativ leiten, Verantwortung abgeben und der psychischen Belastung besser standhalten.

Das „Lebens-Lust-Seminar“ oder Kurse wie „Bilder aus der Seele – Träume“ unterstützen Betroffene dabei, ihre Erkrankung zu verarbeiten. Hier können sie durch Malen, Tanzen oder Bewegungs- und Entspannungsübungen Wege finden, der eigenen Krankheit kreativ und konstruktiv zu begegnen. Die Akademie bietet darüber hinaus Seminare für die Angehörigen von Krebs-Patienten an. Denn auch diese lernen häufig nur langsam, mit der veränderten Lebenssituation zurechtzukommen. „Der Kurs hat mir gezeigt: Der Weg, den ich gehe, ist richtig. Und das, was kommt, werde ich bewältigen“, schreibt eine Angehörige in einem Brief an die Dr. Mildred Scheel Akademie. Sie hatte an einem der Seminare für Verwandte von Krebs-Patienten teilgenommen.

Die Gebühren für die Seminare werden bewusst niedrig gehalten. Denn es soll einem großen Interessentenkreis die Teilnahme an den Kursen ermöglicht werden. Die Arbeit der Dr. Mildred Scheel Akademie wird von der Deutschen Krebshilfe unterstützt, die ihre Aktivitäten wiederum ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen der Bevölkerung finanziert. Weder die Deutsche Krebshilfe noch die Dr. Mildred Scheel Akademie erhalten öffentliche Mittel.

Weitere Informationen sowie das vollständige Programm der Dr. Mildred Scheel Akademie gibt es unter www.krebshilfe.de/akademie.

Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe e.V.
Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung gGmbH
Dr. Mildred Scheel Haus auf dem Gelände des Klinikums der Universität
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Tele.TAnDem – Telefonische Beratung für Angehörige von Demenzerkrankten

Doreen Rother und Gabriele Wilz

Doreen Rother

Laut Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2002) leiden über 900.000 Menschen in Deutschland an einer mittelschweren oder schweren Demenz. Ein Großteil der Betroffenen wird zu Hause von ihren Angehörigen betreut und gepflegt. Einen an Demenz erkrankten Menschen zu pflegen, ist für die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen eine chronische Belastung mit nachhaltigen Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit sowie auf die sozialen Beziehungen. Zahlreiche Untersuchungen haben in den letzten drei Jahrzehnten aufgezeigt, dass vor allem pflegende Angehörige von Demenzerkrankten ein erhöhtes Risiko haben, gesundheitliche Beeinträchtigungen zu entwickeln. Insbesondere pflegende Frauen, die mit über 70 Prozent die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen darstellen, sind hiervon betroffen. Kommunikationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität, Unruhe und Depressivität des Demenzerkrankten werden häufig fehlgedeutet und stehen im Zusammenhang mit dem Belastungserleben der pflegenden Angehörigen. Ein weiterer wesentlicher psychischer Belastungsfaktor ist der Beziehungsverlust zum Demenzerkrankten. Der Erkrankte geht als kommunikativ gleichberechtigter Partner verloren, da Gedanken und Gefühle nicht mehr mitgeteilt werden können. So ist die Pflege zudem mit einem chronischen Abschiednehmen verbunden, welches bei den Angehörigen Trauer, Gereiztheit sowie Gefühle von Einsamkeit und Verlust auslösen kann.

Trotz des Bedarfs von Hilfe und nachgewiesener Verbesserungen werden die verfügbaren psychologischen und pflegerischen Unterstützungsangebote von den pflegenden Angehörigen paradoxerweise kaum genutzt. Mögliche Hinderungsgründe sind unzureichende Informationen über bestehende Hilfsmöglichkeiten, zu wenig Zeit, organisatorische Probleme, zu wenig finanzielle Ressourcen und körperliche Beschwerden. Aber auch Ablehnung von Hilfe durch den zu Pflegenden, fehlende Akzeptanz der professionellen Hilfe durch die Angehörigen sowie Scham- und Schuldgefühle der Angehörigen werden als Barrieren diskutiert.
In einer Querschnittsstudie mit 170 pflegenden Angehörigen nutzten weniger als die Hälfte der pflegenden Angehörigen (42%) professionelle Hilfe. Am häufigsten wurde mit je 14% Tagespflege, ambulante medizinische Hilfe, ambulante Hauspflege und Kurzzeitpflege genutzt. Am geringsten war die Nutzung von Gedächtnis-, Betreuungs- oder Selbsthilfegruppen. Dabei nehmen (Schwieger-) Töchter mehr Hilfe in Anspruch, als pflegende (Ehe-)Partnerinnen. Der Entscheidungsprozess, ob externe Hilfen genutzt werden, ist sehr komplex und von individuellen Bewertungsprozessen der Situation abhängig. Spezifische geäußerte Gedanken von pflegenden Angehörigen sind beispielsweise: Ich bitte erst um Unterstützung, wenn ich selbst nicht mehr kann; *nur ich kann wissen, was mein dementer Angehöriger braucht.* Diese Einstellungen können verhindern, dass Unterstützung von pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen wird.

Psychologische Interventionen zur Prävention und Reduktion belastungsbedingter Folgeerkrankungen für Angehörige von Demenzerkrankten haben das Ziel, diese Einstellungen zu verändern und die Nutzung von entlastenden Hilfsangeboten zu fördern und sollten die Barrieren der Inanspruchnahme berücksichtigen.
Da viele Demenzkranke nicht mehr allein gelassen werden können, kann mit einer niedrigschwelligen telefonischen psychotherapeutischen Intervention zeitlich und örtlich flexibel auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen eingegangen werden. Besonders in ländlichen Regionen ist diese Form der Unterstützung geeignet, um Anfahrtswege einzusparen und kostengünstig eine bestmögliche Hilfestellung zu gewährleisten. Aufgrund der höheren Anonymität entsteht im Vergleich zum persönlichen Kontakt häufig leichter ein Gefühl der Vertraulichkeit und Offenheit im telefonischen Gespräch.

Wie wirksam eine telefonische Kurzzeittherapie ist, erprobte und bewertete die Studie TeleTAnDem (kognitiv-behaviorale Kurzzeitintervention für Angehörige von Demenzkranken). Die vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Leuchtturmprojekts Demenz geförderte Studie wurde im Zeitraum von 2008 - 2011 von der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Universität Hildesheim betreut und unterstand der Leitung von Prof. Dr. Gabriele Wilz und Prof. Dr. Renate Soellner.
Die Intervention (7 Gespräche in drei Monaten) besteht aus einem persönlichen Erstgespräch zur Spezifizierung von Problembereichen, welche in den sechs folgenden telefonischen Interventionen thematisiert werden. Schwerpunktthemen sind in der Regel der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen der/des Erkrankten, die soziale Isolation und das Nicht-Nutzen von Hilfsangeboten, weitere Themen sind das Nicht-Wahrnehmen eigener Belastungsgrenzen und der fehlende Ausgleich durch positive Aktivitäten. Während des persönlichen Erstgesprächs werden gemeinsam mit den Studienteilnehmern der Interventionsgruppe individuelle Zielsetzungen für die psychologische Kurzzeitintervention festgelegt. Es sollten im Verlauf Lösungen erarbeitet werden, um die Pflege und Betreuungssituation mittel- und langfristig zu verbessern. Dabei wurden Fragen zur Pflegegesetzgebung, zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten des Demenzerkrankten ebenso behandelt, wie die Entwicklung eines Notfallplans für die Betreuung bei Ausfall des pflegenden Angehörigen oder die Gesundheitsförderung. Auch die Akzeptanz der Erkrankung und Möglichkeiten der Stressbewältigung wurden mit den Angehörigen erörtert.

Grundlage der telefonischen Therapie sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden wie Ressourcenförderung, Informationsvermittlung, Problemlösetraining, kognitive Umstrukturierung, Aktivitätsaufbau, emotionsorientierte Interventionen und Stressbewältigung. Die Intervention wurde von geschulten Psychotherapeutinnen durchgeführt. Alle Angehörigen wurden vor Beginn und nach Abschluss der Intervention sowie sechs Monate danach persönlich befragt. Hierbei wurde besonders die Wirkung der telefonischen Therapie in Bezug auf die subjektive Zielerreichung, das subjektive Belastungserleben, wahrgenommene Bedürfniskonflikte, Bewältigungsstrategien und körperliche Beschwerden erfragt. Zusätzlich wurden die Angehörigen gebeten, die Rahmenbedingungen, die therapeutische Beziehung und die therapeutische Intervention qualitativ und quantitativ einzuschätzen.

An der Studie nahmen insgesamt 222 Angehörige teil. Die Intervention konnte telefonisch sehr gut umgesetzt werden. Den fernmündlichen Kontakt und die Unterstützung durch die Psychologin empfanden alle Angehörigen als optimal, wobei das hohe Einfühlungsvermögen, die wertschätzende Haltung, die gute Gesprächsvorbereitung und die hohe Sachkenntnis der Therapeutinnen betont wurden. 80% der befragten Angehörigen gaben an, dass ihre Erwartungen an die Intervention „voll und ganz“ bzw. „überwiegend“ erfüllt wurden und 91% würden diese weiterempfehlen. Das telefonische Setting wurde von 78% der teilnehmenden Angehörigen als sehr gut und von den verbleibenden 22% als gut angegeben. Die Ergebnisse zeigten weiterhin eine Verringerung der Pflegebelastung, des Erschöpfungserlebens und des Beschwerdedrucks sowie eine Verbesserung der Problemlösefähigkeit, der Lebensqualität und des emotionalen Befindens bei den Angehörigen der Interventionsgruppe. Insgesamt kann somit die telefonische Therapie als ein ökonomisches, auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen zugeschnittenes, flexibles und effektives Unterstützungsangebot bewertet werden.

„Meine Sicht und Denkweise hat sich sehr verändert! Ich konnte durch die Hilfe mein Verhalten dem Kranken gegenüber, aber auch anderen Menschen gegenüber positiv verbessern! Ich bin selbstbewusster und besonnener geworden. Ich kann mein Leben nun besser annehmen! Zwar erlebe ich weiterhin die verzweifelten Stunden, ich bin aber in der Lage, mich wieder aufzurichten und mir zu sagen: Du schaffst es, liebevoll deinen Angehörigen zu pflegen und mit ihm die schweren Jahre zu leben! Ich werde es einrichten, auch für mich selbst Zeit zu haben!“

B.Sc.Psych. Doreen Rother
Prof. Dr. Gabriele Wilz
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Psychologie
Abteilung Klinisch-psychologische Intervention
Humboldtstr. 11
07743 Jena
E-Mail: doreen.rother@uni-jena.de

Die Zeiten ändern sich

Klaus F. Röttger

Klaus F. Röttger

Vor wenigen Wochen feierte Bob Dylan seinen 70. Geburtstag und viele, die in den 1960er Jahren jung waren, nahmen auch im Jahr 2011 daran Anteil. Ein Song von Bob Dylan aus dem Jahr 1964 heißt *The Times They Are a-Changin'* – frei übersetzt: *Die Zeiten ändern sich*. Diejenigen, die heute so um die 60 Jahre alt sind, dürften die Entwicklung seit jenen Tagen als äußerst dynamische Zeit des Wandels erlebt haben und dieser hat inzwischen fast alle Bereiche unseres Lebens erreicht – auch im Umgang mit Krankheit, Krebs, Sterben und Trauer.

Vieles hat sich geändert, manches betrifft unmittelbar die Art und Weise, wie wir mit anderen Menschen zusammenleben. Ein dramatischer Rückgang der Geburten seit der Einführung der Anti-Baby-Pille, mehr Selbstbestimmung in der Familienplanung durch eine sicherere Empfängnisverhütung, eine freier lebbare Sexualität, weitgehende Veränderungen in der Rolle der Frau im Zuge der Forderung nach Gleichberechtigung, Abschaffung des Paragrafen 175 Strafgesetzbuch (StGB), die Legalisierung gleichgeschlechtlicher Lebenspartnerschaften, eine gewachsene Scheidungsbereitschaft und vermehrtes Entstehen von Patchworkfamilien … diese Aufzählung ließe sich durchaus erweitern.

Im Gesundheitswesen erleben wir seit den 1970er Jahren nicht nur immer wieder kontroverse Debatten um die Gestaltung, Anpassung und Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme, sondern auch Diskussionen um ein neues Verständnis der Medizin. Kristallisiert haben sich diese Auseinandersetzungen an verschiedenen Fragen. Es begann mit der Thematisierung des Sterbens und der Palliativmedizin in der Öffentlichkeit u. a. durch Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders. In den 1970er Jahren hatten dann u. a. Hildegard Knef, Mildred Scheel und die sich entwickelnde Selbsthilfebewegung große Anteile daran, das Thema Krebs ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Schließlich konnte ab Mitte der 1980er Jahre auch die Forderung nach Einbeziehung der psychischen und sozialen Aspekte in die moderne Medizin nicht mehr überhört werden. So entwickelte sich unter tatkräftiger Mithilfe von Fritz Meerwein, Margit von Kerekjarto, Reinhold Schwarz u. v. a. in der Krebsmedizin das neue Fach, *die Psychosoziale Onkologie* (Röttger, 2003).

Demografische Entwicklung und Wandel der Familienstrukturen

Seit fast 40 Jahren reicht die Zahl der geborenen Kinder nicht mehr aus, um die Elterngeneration zu ersetzen. Wenn die Zahl der Menschen in Deutschland stabil bleiben soll, müsste eigentlich jede Frau mindestens 2 Kinder zur Welt bringen, im Jahr 2008 lag der statistische Durchschnitt aber nur bei 1,38 Kindern. Inzwischen rechnen die statistischen Ämter sogar mit einem Rückgang der Gesamtbevölkerung von 82 Millionen im Jahr 2008 auf etwa 77 Millionen im Jahr 2030. Ohne Zuwanderung in den letzten Jahrzehnten hätte sich Deutschland zwar noch nicht abgeschafft, wäre aber bevölkerungsmäßig deutlich geschrumpft.

Gleichzeitig werden wir immer älter. In den Jahren 2006 – 2008 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt für einen Jungen 77 Jahre und für ein Mädchen 82 Jahre. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und einer veränderten Lebensweise mit geringerer körperlicher Belastung wird damit gerechnet, dass zum Jahr 2030 für Jungen die Lebenserwartung um vier Jahre und für Mädchen um drei Jahre steigt. Bei insgesamt schrumpfender Bevölkerung nimmt aber die Zahl der 60-Jährigen und Älteren noch zu. Im Jahr 2009 betrug ihr Anteil 21,2 Millionen Menschen. Bis zum Jahr 2030 wird mit einem Anstieg um 7,3 Millionen auf 28,5 Millionen ältere Menschen gerechnet. Umstritten ist aber die Frage, ob ein Anstieg der Lebenserwartung auch bedeutet, dass wir künftig länger gesund und selbständig leben oder ob die gewonnenen Jahre vermehrt mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden sein werden. Demgemäß differieren auch die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2030 und liegen zwischen 3 und 3,4 Millionen Pflegebedürftigen. Derzeit beziehen etwa 2,4 Millionen Menschen Pflegeleistungen.

Auch in den Familienstrukturen zeigen sich deutliche Veränderungen. Junge Menschen absolvieren heute deutlich längere Ausbildungszeiten. Nicht zuletzt dadurch kommt es zu späteren Fami-

liengründungen. Waren im Jahr 1991 Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes durchschnittlich 26,9 Jahre alt, lag ihr durchschnittliches Alter im Jahr 2009 bereits bei 30,1 Jahren. Seit 1996 ging die Zahl der Familien mit minderjährigen Kindern in Deutschland zurück. Aber obwohl die Entwicklung traditioneller Familien rückläufig ist, waren im Jahr 2009 die Ehepaare mit minderjährigen Kindern mit 72% immer noch die häufigste Familienform. Alleinerziehende Mütter und Väter machten 19% der Familien mit Kindern unter 18 Jahren aus. Bei 9% aller Familien handelt es sich um Lebensgemeinschaften mit minderjährigen Kindern. Während die Zahl der Ehepaare und der traditioneller Familien sank, stieg die Zahl alternativer Familienformen wie Alleinerziehende und Lebensgemeinschaften mit Kindern an. Bei den Haushalten setzt sich der Trend zu Ein- und Zweipersonenhaushalten weiter fort (Statistisches Bundesamt, 2011).

Die Krebsdiagnose

Themen wie Krankheit und Tod sind nach wie vor schwierig. Vielleicht gibt es sogar einen psychischen Schutzmechanismus, der uns veranlasst, diese Themen zu vermeiden. Auch wenn wir heute anders über Krankheit und Krebs sprechen können als vor 30 Jahren, ist eine Krebsdiagnose doch immer noch ein Schock für denjenigen, den sie unmittelbar betrifft. Im Jahr 1984 begründete Nikolaus Gerdes mit einem bemerkenswerten Vortrag, warum das so ist. Eindrucksvoll legte er dar, wie unser alltägliches Lebensgefühl, uns selbst und die Wirklichkeit insgesamt einigermaßen im Griff zu haben, sich angesichts der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung unvermeidbar als Illusion erweist. Nach einer Krebsdiagnose, spätestens aber wenn ein Rezidiv auftritt, fühlen wir uns dem Unbekannten, das auf uns zukommt, machtlos ausgeliefert. Es geschieht etwas mit uns, das wir in keiner Weise mehr unter Kontrolle haben. *Nicht ich habe die Wirklichkeit im Griff, sondern die Wirklichkeit hat mich im Griff, so Gerdes* (1985). Der an Lungenkrebs erkrankte Christoph Schlingensief drückte wenige Monate vor seinem Tod in einer Vorstellung im Wiener Burgtheater eine ähnliche Erfahrung mit einer Geste von Daumen und Zeigefinger aus und den Worten, *wir sind so klein mit Hut* (Bäck, 2009).

Fragen und Antwortsuche

Wenn wir uns den erkennbaren Wandel vergegenwärtigen und in diesem Kontext vom Verschwinden der traditionellen Kleinfamilie (Beck, 1986) lesen, könnten wir leicht auf den Gedanken kommen, dass früher doch irgendwie alles besser war. Bei den Recherchen für einen Beitrag zu dem Buch „Der Krebskranke und sein Umfeld“, stieß ich bereits vor vielen Jahren auf eine soziologische Studie der Universität Oldenburg über krebskranke Frauen. Ein Fazit dieser Untersuchung war, dass mangelnde familiäre Beziehungen und der drastische Rückgang der Beziehungen zu anderen Menschen (infolge der Krebserkrankung) den betroffenen Frauen seelisch sehr zu schaffen machte. Die Krebsdiagnose und -therapie führen zu schwerwiegenden seelischen Nöten, die eigentlich nur durch ein stabiles soziales Netz, zumindest aber eine vertrauensvolle Beziehung aufgefangen werden können. Offenbar – so ein Fazit aus der Studie – verfügt nur eine Minderheit über derartige seelische Stützen … (aus: Süddeutsche Zeitung, zit. n. Röttger, 1987).

Vielfach ist inzwischen belegt, dass von Krebs immer auch die Familie und das soziale Umfeld mitbetroffen sind, dass Krebs auch in diesem Sinne eine systemische Krankheit ist (Zettl, 2011). Wenn dem so ist, wären dann nicht unbedingt auch die Belastungen des Partners und der Angehörigen des Krebspatienten mit zu berücksichtigen? Diese fühlen sich, wie Studien von Keller und Henrich (1996) belegen, z.B. bei den Belastungsbereichen innere Unruhe, Kreuzschmerzen, Grübelei, Reizbarkeit, Angst, Nackenschmerzen, trübe Gedanken, Schweregefühl und Schlaflosigkeit stärker belastet als der Patient selbst. Lediglich bei Müdigkeit, wiesen die Patienten höhere Belastungswerte auf als ihre Partner.

Die beste Medizin für den Menschen ist der Mensch. Diese Weisheit wird dem Arzt und Philosophen Paracelsus (1493-1541) zugeschrieben. Der Heidelberger Psychologe Stefan Zettl betont, dass eine gelingende Partnerschaft eine wichtige Ressource darstellt, um krankheitsbedingte Belastungen zu kompensieren (Zettl, 2011). Nun steht aber keinesfalls fest, dass traditionelle Familienformen besser geeignet sind, um die Belastungen durch die Wechselfälle des Lebens insbesondere durch Krankheit aufzufangen. So brachte Buddeberg (1985) die Ergebnisse seiner Untersuchungen zu den Ehen krebskranker Frauen auf die Formel: *Gute Ehen werden besser, schlechte Ehen werden schlechter.*

In diesem Licht erscheinen die im Kontext des Wandels der Familienstrukturen angesprochenen Fragen gar nicht mehr so neu. Zu vermuten wäre,

dass das Gesagte nicht nur für Ehepartner sondern in ähnlicher Weise auch auf Lebenspartner zutrifft. Andererseits wäre zu fragen, ob der Wandel der Familienstrukturen für manche Menschen nicht auch als gelungene Suche nach einer befriedigenderen Lebensweise zu verstehen ist. Dann kämen die neuen Formen des Zusammenlebens eher als Ressourcen denn als Belastungen ins Blickfeld. Vielleicht kann dieser Gedanke sogar auf sogenannte Pachtworkfamilien ausgeweitet werden. Jedenfalls klingt diese modernere Bezeichnung für Familien, in denen nach einer Trennung Kinder und Eltern aus unterschiedlichen Herkunftsfamilien leben, inzwischen ganz sympathisch. Dennoch werden wir uns hier fragen lassen müssen, ob wir das seelische und soziale Erleben der Kinder angesichts einer Scheidung ihrer Eltern bisher überhaupt angemessen wahrgenommen haben. Dennoch ist es nicht einsichtig, warum die neuen Formen des Zusammenlebens vorrangig unter Belastungsaspekten gesehen werden sollten. Leider ist die Zahl der gelungenen Partnerbeziehungen oder die Zahl der glücklichen (Patchwork-)Familien, denen auch der Umgang mit Krankheit, Krebs, Sterben und Tod gelingt, selten in einer Statistik zu finden.

Anders wird die Beantwortung der aufgeworfenen Fragen im Hinblick auf alleinstehende Menschen ausfallen. Die größere und in diesem Kontext vorrangig betroffene Gruppe sind ältere Menschen und hier häufiger Frauen. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt der Anteil Alleinstehender zu. Befragungsergebnisse führen zu der Vermutung, dass Männer aber deutlich schlechter mit dem Alleinleben fertig werden als Frauen. 67% der befragten Männer gaben an, sich mit dem Alleinleben abgefunden zu haben oder darunter zu leiden. Dagegen gab ein ebenso großer Prozentsatz Frauen an, entweder gerne allein zu leben (24%) oder sich an das Alleinleben gewöhnt zu haben (43%) (Tews, 1996). Obwohl die Mehrheit der über 80-Jährigen lange Zeit in einer Situation bleibt, in der die positiven Seiten überwiegen, erreichen Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr oft eine Situation, in der mit folgenden Problemen gerechnet werden muss: Chronische Krankheiten, zunehmend in Form von Multimorbidität; Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, die bis zu Demenz gehen kann; kurzfristige oder über längere Zeit mehr oder weniger ausgeprägte Hilfs- und Pflegebedürftigkeit; vermehrte stationäre Behandlungsbedürftigkeit; Isolation und Vereinsamung. Ebenfalls sehr schwierig kann sich die Situation für alleinstehende junge Menschen darstellen, die von einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung betroffen sind.

Was können wir tun?

Krebskranke Menschen, die nicht über ein ausreichend tragfähiges Netz von sozialen Beziehungen verfügen, stellen immer schon eine besondere Herausforderung für Ärzte, Pflegenden und Begleitende dar. Möglicherweise werden manche Entwicklungen, die inzwischen mehr in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit rücken, von den Behandelnden früher wahrgenommen, da sie Krebspatienten in einer existentiellen Notlage erleben, in der auch die persönlichen Lebensumstände selten verborgen bleiben.

Die Einbeziehung psychosozialer Aspekte und psychosozialer Fachkräfte in die Behandlung des Krebskranken hat die Chancen verbessert, die notwendige ganzheitliche Unterstützung im Bedarfsfall auch zu realisieren. Wenn neurotische Störungen, Depressionen, Ängste oder Anpassungsstörungen psychotherapeutische Hilfen erforderlich machen, so sind entsprechende fachkundige Angebote geboten. Wenn es aber darum geht Unterstützung zu geben, um auf menschliches Leid und durch die mit der Krebserkrankung verbundenen Belastungen im Alltag der individuellen Lebensumstände angemessen eingehen zu können, dann braucht es weitergehende Hilfen. Aus dem Bereich der Sozialen Arbeit kommen interessante Konzepte, die nichtstigmatisierende Unterstützungsansätze beinhalten. Hier wäre z.B. das Konzept der Lebensweltorientierung zu nennen, das nicht auf krankhafte psychotherapiebedürftige Verhaltensweisen oder psychische Leidenszustände abhebt, sondern die Schwierigkeiten und Belastungen in der Lebenssituation eines Menschen fokussiert und zu einem gelingenden Alltag auch bei Krebskranken beitragen will (Thiersch, 2005; Schneider, 2011).

Von allen, die mit Krebskranken arbeiten, wird auch angesichts eines sich ständig verändernden Lebens die Bereitschaft gefordert, sich mit hoher Fachkunde, verstehend, lernend und reflektierend auf den einzelnen krebskranken Menschen und auf seine Lebensumstände einzulassen und ihn mit seinem Wunsch nach Wertschätzung und seinen Bedürfnissen nach Selbstbestimmung und Selbstentfaltung wahrzunehmen. Wenn es dann auch noch gelingt, Sprachlosigkeiten zu überwinden und nicht nur die kranken sondern auch die gesunden Antei-

le bei einem Krebspatienten und in seinem Umfeld zu sehen, also die Ressourcen in den Blick zu nehmen, bestehen gute Chancen als Begleiter hilfreich zu sein.

Dr. rer. medic. Klaus F. Röttger
LebensZeiten e.V.
Kellermannsweg 5
44795 Bochum
www.lebenszeiten.de
klaus.roettger@lebenszeiten.de

Literatur

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Edition Suhrkamp, Frankfurt/Main

Buddeberg, C. (1985): Ehen krebskranker Frauen. Eine prospektive Untersuchung über familiäre Auswirkungen eines Mammakarzinoms. München, Urban und Schwarzenberg. Frankfurt/Main

Bäck, G. (2009): http://twitter.com/#!/geraldbaeck/status/2384280785

Gerdes, N. (1985): Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung bei Krebspatienten. http://www.dapo-ev.de/ngerdes.html

Keller, M., Henrich, G. (1996): Belastungen und Unterstützungsbedarf von Angehörigen. Untersuchung in einer Onkologischen Tagesklinik. In: Strittmatter, G., Mawick, R. (Hrsg.): Patient, Angehörige, Behandler. Entwicklung systemischer Perspektiven in der Psychoonkologie. Ergebnisbericht der 13. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V. vom 14. bis 17. Juni 1995 in Wiesbaden. Münster, Tosch

Röttger, K. (1987): Sozialarbeit in der Tumorklinik. In: Niederle, N., Aulbert, E. (Hrsg.): Der Krebskranke und sein Umfeld. Thieme, Stuttgart

Röttger, K. (2003): Psychosoziale Onkologie für Pflegekräfte. Grundlagen - Modelle - Anregungen für die Praxis. Schlütersche, Hannover

Schneider, S. (2011): Psychosoziale Beratungsangebote. Unterstützungsmöglichkeiten für Tumorpantienten/-innen. Forum DKG 01.2011, Bd. 26

Statistisches Bundesamt (2011): Haushalte und Familien. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Haushalte.psml

Tews, H.P. (1996): Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In: Naegele, G., Niederfranke, A. (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Studienbegleitbrief 1. Tübingen, TC-Druck

Thiersch, H. (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 6. Aufl. Weinheim, München: Juventa

Zettl, S. (2011): Krebs und Partnerschaft. Nicht an Krebs erkrankt, aber betroffen. Forum DKG 01.2011, Bd. 26

Hospizarbeit und das Verschwinden der traditionellen Kleinfamilie

Dieter Hoffmeister

Familie, dieses komplexe Geflecht aus Personen, Gefühlen, Kommunikationen, Funktionen und Zwängen, verändert sich seit Jahrzehnten rasant. Richtet man den Blick auf die Merkmale dieser Veränderung, so stechen drei davon besonders hervor: die Abnahme der Heiratsneigung, rasant sinkende Kinderzahlen sowie die Zunahme von Trennungen/Scheidungen. All dies bedeutet zwar noch nicht das Ende des Abendlandes, führt aber zu gravierenden Veränderungen auf unterschiedlichsten Feldern – etwa auf dem der demographischen Entwicklung, des Altersaufbaus oder der Sozialversicherungssysteme. Und letztlich sind auch viele Formen wechselseitiger familiärer Unterstützung mittelfristig davon betroffen. Auf der strukturellen Ebene beobachten wir derzeit vor allem eine galoppierende Pluralisierung der Lebensformen (Nave-Herz 2006). Von Alleinerziehenden mit ihren Kindern über allein umherirrende Kinderlose und einsam zu zweit Lebende bis hin zu den buntesten Formen der Patchworkfamilie ist alles im Angebot. Und alles ist offenbar möglich, unbeschadet von nachbarschaftlichen Sittenwächtern oder obrigkeitsstaatlicher Intervention. Die Familiensoziologie hat für all dies Fachtermini, Kategorien und kluge Erklärungen parat – allerdings tragen die allesamt nichts dazu bei, die Lage vor Ort zu entschärfen (Hoffmeister 2001).

Dieter Hoffmeister

Gesellschaftstheorien und familiärer Wandel

Betrachten wir die gegenwärtige Familienentwicklung einmal kurz im Lichte zeitgenössischer Gesellschaftstheorien, denn die sollen ja bekanntlich

Antworten auf solche Entwicklungen geben. Am Beispiel dreier prominenter Theoriemodelle etwa würde dies – etwas verkürzt formuliert – Folgendes bedeuten:

1. *Rational Choice-Thorie.* Das Streben nach Nutzenmaximierung durch rational handelnde Akteure wirft immer vehementer die Frage auf: Welchen Nutzen hat jemand eigentlich davon, wenn er eine Familie gründet – anstatt etwa als Single zu leben? Nun, sein Nutzen läge nach bisheriger Ansicht in den Funktionen, die die Familie ihren Mitgliedern zur Verfügung stellt: in der Sexualfunktion, der ökonomischen Funktion oder der Kommunikationsfunktion etwa. Unser Jemand könnte also, ganz ohne Zusatzkosten, die Exklusivität der ehelichen Sexualität genießen, dazu deren ökonomische Vorteile (die durch eine gemeinsame Lebensweise entstehen) oder sich an der spezifischen familiären Kommunikation erfreuen. Wo allerdings Sexualität zu einem „enttabuisierten partnerschaftlichen Handlungsfeld“ (Hill 2006: 231) mutiert ist, wo die ökonomischen Vorteile der klassischen Versorgerehe dahin sind und familiäre Kommunikation durch andere Kommunikationsformen ersetzt und entwertet wurde, da bedarf es keiner Familiengründung mehr, um in den besonderen Genuss irgendwelcher familiären Funktionen zu gelangen. Warum bitteschön sollte jemand da also noch heiraten und Familie gründen? Aus Gründen des Erhalts der Gesellschaft vielleicht?

2. Ähnlich die *Systemtheorie*. Sie erklärt uns, dass alle sozialen Systeme – also auch die Familie – aus Kommunikationen, und zwar nur aus Kommunikationen, bestehen. Dies sei die grundlegende Operation, die auch Familie am Leben erhält. Erlischt Kommunikation, dann zerbricht die Familie. So weit, so gut. Nun verändern aber die jeweiligen familiären Umwelten auch die Kommunikationen im Innern der Familie. Sie produzieren Konflikte oder bringen familiäre Kommunikation gar ganz zum Erliegen. Diese Umwelten sind nämlich überhaupt nicht darauf erpicht, die ihnen fremden familiären Kommunikationsprozesse zu berücksichtigen (Luhmann 1990; Kieserling 1994). Und in der Familie selbst wiederum wird dieses kommunikative Misslingen ihren Mitgliedern (und nicht den Systemen drum herum) zugerechnet, was selbstredend zu einer neuerlichen Eskalation der kommunikativen Probleme führt. Die Folge: Familien lösen sich auf oder werden, in vorauseilendem Erahnen dessen, was einem da droht, gar nicht erst gegründet.

3. *Individualisierungstheorie*. Sie ist die prominenteste Theorie und steht im Zentrum einer Erklärung des familiären Wandels. Dabei erklärt sie nicht nur diesen, sondern den gesellschaftlichen Wandel insgesamt. Ihr noch immer prominentester Vertreter ist Ulrich Beck, der von einem historischen Dreischritt ausgeht, in dessen Verlauf die Menschen zunächst aus traditionellen Lebenszusammenhängen und sozialen Sicherheiten herausgelöst werden (Freisetzungsdimension), dann die damit verbundenen neuen Freiheiten erleben – diese aber bereits auch als Bedrohung (Entzauberungsdimension) und schließlich in etwas Neues, in neuartige Kontrollmechanismen nämlich, eingebunden bzw. re-integriert werden (Re-Integrationsdimension) (Beck 1986). Wer familiäre Veränderungen hier verortet, der folgt – ähnlich wie in den beiden anderen Theoriemodellen – ebenfalls dem Gedanken, dass eine komplette gesellschaftliche Lebensweise sich gerade rasant verändert, was natürlich gewisse Risiken zur Folge hat. Und diese Risiken betreffen eben auch die Familie. Veränderte Arbeits- und Berufswelten bringen nun einmal neue Zwänge hervor: geographische und soziale Mobilität etwa, das Verschwinden traditioneller Lebensweisen, die Zunahme von Zukunftsungewissheiten. Und die Familie bleibt von alldem nicht unberührt. Eine Rolle in diesem Theoriestrang spielt zudem die Bildungsexpansion ab etwa den 70er Jahren, von der vor allem Frauen profitierten. Bildung ermöglicht diesen nun mehr Eigenständigkeit und erhöht zudem die Ansprüche an einen potentiellen Lebenspartner. All dies war Frauen vorher in dieser Form nicht möglich.

Gemeinsam ist allen diesen Theoriemodellen, dass sie, jedes auf seine Weise, gesellschaftlichen Wandel als Grundlagen für den familiären Wandel voraussetzen. Gemeinsam ist ihnen aber auch, dass sie die Unumkehrbarkeit dieses gesellschaftlichen Wandels – und damit auch des familiären Wandels – annoncieren. Nimmt man also nur die drei hier skizzierten Theoriemodelle ernst (und wir sind gut beraten, dies zu tun), dann müssen wir konstatieren, dass sich die gesamte industriegesellschaftliche Welt (die die Kleinfamilie in der uns bekannten Form erst hatte entstehen lassen und für die umgekehrt diese Kleinfamilie die Bedingung ihrer Existenz war) vor unseren Augen gerade von der historischen Bühne verabschiedet. Auch politische Maßnahmen wie steuerliche Begünstigungen, Kopfprämien für Familiengründungen usw. werden diesen Prozess nicht aufhalten können. Und damit wiederum büßt die Familie notwendigerweise auch einige ihrer zentralen Funktionen ein –

etwa die Sexualfunktion, die ökonomische Funktion, die Kommunikationsfunktion, aber auch wechselseitige Leistungen im Generationenverhältnis wie etwa Erziehung oder Pflege.

Blutsverwandtschaftliche Beziehungsmuster und Generationenverhältnisse

Was bedeutet das alles für künftige familiäre Generationenverhältnisse? Während noch in der klassischen Kleinfamilie die Familienbindungen einer über Generationen hinweg tradierten Funktionslogik folgten (bei der etwa die gemeinschaftlich erzogenen Kinder später die Pflege ihrer Eltern übernahmen), sehen solche wechselseitigen Hilfeleistungen unter den veränderten und sich weiter verändernden Bedingungen heute anders aus. Gerade weil Generationenbeziehungen und damit generative Verantwortlichkeiten nicht mehr lebenslänglich gelten, verlieren sie ihre normative Kraft. Biologische und soziale Reproduktionsaufgaben entkoppeln sich. Das betrifft Eltern-Kind-Verhältnisse in vielen Patchworkfamilien ebenso wie Generationenbeziehungen im Alter. Wer möchte schon Erziehungsarbeit in Kinder investieren, die nicht seine sind und die man nur ebenso temporär begleitet, wie den gerade angesagten Lebensabschnittspartner? Und wer möchte sich darüber hinaus mit der Pflege und Versorgung der inzwischen alt gewordenen eigenen Eltern (zu denen man seit Jahren nur noch telefonischen Kontakt hat), der Großeltern (die einem vollends aus dem Auge geraten sind) oder gar diverser Schwiegereltern (von denen man im Verlaufe der vielen Beziehungsgeschichten gleich mehrere angesammelt hat) befassen?

Was hier etwas überpointiert und ironisierend formuliert ist, wird immer häufiger zu einem realen Problem. Die zeitintensive Begleitung eines älteren Menschen etwa, der nicht lebenslang in ein funktionierendes Familiensystem nach traditionellem Muster eingebunden war, ist für viele bereits heute weder mach- noch vorstellbar. Zerreißt also der Generationenpakt? Einiges spricht dafür. Denn die Menschen werden einerseits immer älter, kränker und auch pflegebedürftiger, auf der anderen Seite sind sie gezwungen, genau darum auch immer länger in und mit diesen brüchiger werdenden Generationenbeziehungen zu leben. Dies gilt vor allem für den letzten Dienst im Verhältnis der Generationen untereinander, für die Sterbebegleitung. Hier sind Kontinuität, kommunikative Kompetenz und psychosoziale Stabilität vor dem Hintergrund wechselseitiger Vertrautheit gefragt. Und wo könnte dies besser zur Geltung gelangen als in der Familie? In einer Zeit allerdings, in der wir einerseits angehalten sind, uns zu Tode zu amüsieren (Postman 1986), wird andererseits der reale Tod selber aus genau diesem Erfahrungsraum zunehmend ausgeblendet. Was aber bedeutet all dies für die Hospizarbeit? Werden ehrenamtliche Expertinnen und Experten auf diesem Felde künftig noch dringender benötigt als heute bereits? Was sind mögliche Auswege aus dem Dilemma?

Das zentrale Problem besteht offenbar in der Fokussierung auf das, was Familiensoziologen blutsverwandtschaftliche Beziehungen nennen. Diese nämlich treten vor allem immer dann ins Relief, wenn es um zutiefst persönliche und aufopferungsvolle Tätigkeiten geht: pädagogische etwa oder pflegerische. Wenn aber nun die Bedeutung der mit Familie einhergehenden blutsverwandtschaftlichen Beziehungen weiter abnimmt, dann müssen neue Formen der Bewältigung ehemals „blutsverwandtschaftlicher Aufgaben“ gefunden werden – vor allem für jene Aufgaben, die eine große Bedeutung für jeden von uns haben – wie etwa die Sterbebegleitung. Als spezifische Form der pflegerischen Betreuung und Versorgung kommt der Hospizarbeit damit einerseits eine herausragende Stellung zu, auf der anderen Seite ist sie Bestandteil eines allgemeinen Wandels von Pflege und Betreuung jenseits der Familie. Auf diesem Felde kristallisieren sich derzeit drei Entwicklungen heraus, die drei zentrale Säulen markieren.

1. Das in jüngerer Zeit wieder an Ansehen gewinnende Ehrenamt. Obwohl ein abnehmendes familiäres Hilfepotenzial zu verzeichnen ist, lässt sich beobachten, dass Pflegebedürftige in erstaunlich hohem Maße auf Unterstützung aus außerfamiliären Personenkreisen rechnen können (Hoffmeister 2008).

2. Die Zunahme professioneller Helfer, die künftig das Ehrenamt ergänzen werden, denn: Sollten Frauen auch weiterhin die Speerspitze der hier skizzierten Bewegung darstellen, so ist kaum zu erwarten, dass sie dies auf Dauer ehrenamtlich zu tun bereit oder in der Lage sind. Weiterbildungsmaßnahmen und eine angemessene Entlohnung für diese per saldo stark belastenden Tätigkeiten könnte deren Attraktivität deutlich erhöhen.

3. Jene neuen Formen des Miteinanders, die seit einiger Zeit bereits landauf landab erprobt werden. Die Rede ist hier von Lebensgemeinschaften jenseits der klassischen bürgerlichen Kleinfamilie (Grundmann/Hoffmeister 2009). Damit verbunden ist das Bemühen darum, Abschied zu nehmen von der auf blutsverwandtschaftlichen Beziehungen beruhenden sozialen Nähe, grundlegende familiäre

Funktionen wie Erziehung, Pflege oder auch Sterbebegleitung also stärker zu vergemeinschaften. Gemeinschaftlich organisierte Wohn- und Lebensformen wie etwa Mehrgenerationenhäuser sind Bausteine solcher Alternativen.

Das Altern unserer Gesellschaft bei gleichzeitigem Hyperaktivismus der meisten ihrer Mitglieder löst bei Vielen Zweifel aus: Zweifel am richtigen Umgang mit der eigenen (Lebens)Zeit, am Verhältnis von Arbeit und Freizeit, an bestimmten Konsumformen oder an den Veränderungen zwischen den Generationen. Der Spagat zwischen Innehalten und Getriebensein ist also noch nicht eindeutig zugunsten des Getriebenseins entschieden. Gleichwohl wird sich der familiäre Wandel, einmal in Fahrt gekommen, so schnell nicht aufhalten lassen. Vermutlich bedarf es aber langfristig auch keiner Familiengründung im herkömmlichen Sinne mehr, um in den Genuss zentraler familiärer Leistungen und Funktionen – etwa einer angemessenen Sterbebegleitung – zu kommen. Sollte die hier skizzierte Entwicklung sich aber tatsächlich als unumkehrbar erweisen, dann würde gerade die Hospizarbeit als spezifische Form der professionalisierten Ehrenamtlichkeit künftig an Bedeutung noch gewinnen.

Prof. (apl.) Dr. Dieter Hoffmeister
Institut für Soziologie
Scharnhorststr. 121
48151 Münster
E-Mail: hofmed@online.de

Literatur

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt

Grundmann, M./Hoffmeister, D. (2009): Familie nach der Familie. Alternativen zur bürgerlichen Kleinfamilie, in: G. Burkart (Hrsg.), Zukunft der Familie. Prognosen und Szenarien, Zeitschrift für Familienforschung, Sonderheft 6, Opladen, S. 157-179

Hill, P. B./Kopp, J. (2006): Familiensoziologie – Grundlagen und theoretische Perspektiven, Wiesbaden

Hoffmeister, D. (2001): Mythos Familie. Zur soziologischen Theorie des familialen Wandels, Opladen

Hoffmeister, D. (2008): Generationensolidarität im Lichte familiensoziologischer Beobachtungen, in: Sternberg, Thomas/Kröger, Maria (Hrsg.), Generationen. Aspekte des demografischen Wandels, Münster, S. 48-69

Kieserling, A. (1994): Familien in systemtheoretischer Perspektive, in: Herlth, A. et al. Abschied von der Normalfamilie? Partnerschaft kontra Elternschaft, Heidelberg, S. 16-30

Luhmann, N. (1990): Sozialsystem Familie, in: Ders., Soziologische Aufklärung Bd. 5. Konstruktivistische Perspektiven, Opladen, S. 196-217

Nave-Herz, R. (2007): Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung, Darmstadt

Postman, N. (1988): Wir amüsieren uns zu Tode, Frankfurt

Von Menschen, die ausziehen Gemeinschaft zu lernen

Erfahrungen mit Abschied, Tod und Trauer im MehrgenerationenWohnprojekt am Beispiel der Amaryllis Genossenschaft in Bonn

Silke Gross

Lange schon träumte ich davon, anders zu wohnen, anders zu leben: Mit meiner Familie Teil einer größeren Gemeinschaft sein. Mit jungen und alten Menschen in vertrautem Alltagskontakt sein. Selbst alt werden in einem sozialen Netz. Schönes und Schweres miteinander (er)leben. Sich gegenseitig unterstützen, bereichern, inspirieren. Begegnung üben in wertschätzender Weise, auch wenn es mal knistert und kracht in den Fugen der Gemeinschaft. Neues wagen mit Gleichgesinnten; lernen, gemeinsam stark zu werden. In der Stärke der Gemeinschaft auch mit (meiner) Schwachheit Platz finden.

2005 wurde es konkret: Wir haben geplant, diskutiert, informiert, Entscheidungen getroffen, viele gewonnen, schlaflose Nächte gehabt, Verantwortung übernommen, gerechnet ... und gebaut.

Einzug Ende 2007.

Seitdem bauen wir unsere Gemeinschaft. Ende des Bauvorhabens: nicht absehbar.

Steckbrief Amaryllis eG:
3 Häuser, 30 Wohnungen, Gemeinschaftsräume, Gemeinschaftsgärten
47 Erwachsene, 20 Kinder

Die Häuser der Amaryllis-Genossenschft

die Jüngste: Frieda, 9 Monate
die Älteste: Ursula, 89 Jahre
dazwischen: Familien, Paare, Einzelne
unterwegs: viele zu Fuß und mit Rad, zwei im Rollstuhl, alle mit Bahn, in gemeinsam genutzten Autos, einige im Kinderwagen, wenige mit Rollator.
Wunsch von allen: gemeinschaftlich wohnen (lernen). Das tun wir nun seit fast vier Jahren.
Konkret heißt das: Entlastung erfahren in der Familienphase, Gebrauchtwerden im Alter, leicht Hilfe finden, sich einbringen mit Talenten und Tatkraft.
Allgemein heißt das: Eine neue, sozial verbindliche und ökologisch nachhaltige Lebensweise für die Gesellschaft von morgen ausgestalten. Alles ist drin.

Szenen von Abschied und Trauer aus unserem Alltag

Anna weint; Sternchen – die verwegene junge Katze, erst vor vier Wochen aus dem Tierheim geholt – hat sich die Pfote abgerissen, nachts beim Streunen. Seit gestern amputiert, ganz oben an der Schulter. Dreibeinig ist sie jetzt.
„Sie wird's schon lernen zu laufen" tröstet die Nachbarin, auf dem Flur, im Vorbeigehen. „Es gibt viele Tiere, die so leben". „Ja, aber sie erinnert mich an meinen gelähmten Vater, wie das für mich war, als Kind", erwidert Anna, „wie schwer". Erinnerungsarbeit, ausgelöst durch das Leid(en) einer Katze.

Anna ist 70.

Jacob wohnt mit seiner Mutter in der Wohnung unter Anna und ist 6. Jacob und Anna machen „cat sharing": Eine halbe Woche wohnt Sternchen oben, eine halbe Woche unten.

So wie auch Jacob gerade lernen muss, hälftig bei Mutter und Vater zu wohnen. Lernen muss, sich mit der Trennung seiner Eltern zurechtzuleben. Sein Papa ist vor ein paar Monaten ausgezogen. Die junge Katze sollte ihm helfen, mit diesem Wandel besser klar zu kommen. Und nun das mit der Pfote! Wie konnte das passieren – so plötzlich!

Die Freude wächst

Gabriele ist schwanger; das zweite Kind. Alle freuen sich mit der jungen Familie, die seit zwei Jahren in unserer Gemeinschaft wohnt. Wir freuen uns gemeinsam auf Nachwuchs; bald werden wir wieder das Begrüßungskörbchen füllen mit kleinen Geschenken für Baby, Eltern, Schwester.

Es kommt anders. Blutungen, Wehen, plötzlicher Aufbruch nachts. Eine wacht bei der schlafenden Zweijährigen, zwei fahren Gabriele ins Krankenhaus und bleiben bei ihr. Einer telefoniert in die Welt, um Gabrieles Mann zurückzuholen von der Dienstreise.

Silke Gross

In dieser Nacht begegnen sich Leben und Tod. Plötzlich, heftig. Dann zehn Tage zu Hause warten auf die Geburt des toten Kindes. Abschied nehmen.

Zeiten der An-teil-nahme der Gemeinschaft, Gespräche, kleine Gesten, praktische Unterstützung. Miteinander weinen, stumm sein, schweigen können. Füreinander Suppe kochen, einander stärken.
Einander Herberge sein. Teilnehmen auch am Leid. Je nach Intensität der nachbarschaftlichen Beziehung gelingt das leicht oder schwerer.

Manche von uns trauern sich nochmals durch eigene Verlusterfahrungen. Alte oder auch noch frische Trauer wird sichtbar, spürbar.

Später wird ein Bäumchen gepflanzt, drum herum ein kleiner Kreis Menschen, mit Worten und Gesang. Trost. Lernen, nicht mehr schwanger zu sein. Fragen nach dem Warum. Dem Sinn.

Aushalten, die Nachbarin schwanger zu sehen. Wenige Monate später ereignet sich wieder Geburt: „unsere" Zwillinge kommen zur Welt. Freude.

Ich habe keine Angst

Ada (88) sieht mich auf der Terrasse sitzen, winkt, kommt näher – darf ich? – und setzt sich zu mir. Ein Glas Wasser. Die Frühlingssonne wärmt, ah... wie gut für Körper und Seele. „Erzählen will ich dir was", sagt sie. „Ulla schafft es nicht mehr zum Grab ihres Mannes, jetzt, wo sie weit weg im Seniorenstift wohnt". Heute Morgen haben sie miteinander telefoniert. Ulla ist traurig, nicht mehr in unserer Amaryllis Gemeinschaft zu leben. Fast blind und zunehmend auf Hilfe angewiesen, hat sie sich schwer getan, noch mehr Unterstützung von der Gemeinschaft anzunehmen, „zu ertragen".

Dann lieber doch nicht zur Last fallen. „ Ja, fragen muss man schon nach Hilfe“, sagt Ada. „Und annehmen können. Sich abfinden lernen mit dem Alter und auch nach vorne schauen. Tun, was man kann“.

Jetzt schaut eben Ada nach dem Grab von Ullas Mann.

Schön ist es, eine Weile zusammenzusitzen. Wir sprechen über das Sterben. Wie ihre Mutter mit 106 Jahren im Altenheim starb. Jeden Tag war Ada dort, über Jahre, und auch beim Sterben, das kurz und leicht verlief. Und das Sterben ihres Mannes. Und das Sterben meines Vaters.

Erlebtes miteinander teilen. „Wie es bei mir wird, weiß ich nicht“, sagt Ada. „Ich habe keine Angst“.

In Gemeinschaft leben bedeutet auch: vieles mitbekommen von vielen Menschen. Näher dran sein am Leben der Nachbarinnen und Nachbarn. Manchmal kann das auch (zu) viel werden. Dennoch kommen wir einander nah, gehen miteinander tiefer. Vom Sterben und Tod so einiger Mütter und Väter, Ex-Ehepartner oder Freunde haben wir zuhörend erfahren, mit-gefühlt, im besten Falle etwas Unterstützung durch Da-Sein geben können. Bei-Stand eben.

Worüber wir immer wieder sprechen: Was ist, wenn eine/r von uns ernsthaft erkrankt, dauerhaft bettlägerig wird, rund um die Uhr Hilfe braucht. Was kann die Gemeinschaft leisten, wo sind unsere Grenzen. Wo sind unsere Möglichkeiten und Ressourcen. Wissen wir (genug) voneinander? Wovor fürchten wir uns, was wünschen wir uns, worauf vertrauen wir?

Worüber wir gerade sprechen: Welche praktische Unterstützung von außen können wir uns vorstellen? Die „Perle“ aus Polen, Südamerika oder doch aus Deutschland, die kocht, wäscht, am Bett sitzt oder das Bett bezieht? Immer da ist für den Fall, dass zwei oder drei von uns zeitgleich pflegebedürftig werden? Wollen und können wir eine unserer kleinen Wohnungen freihalten für eine gemeinsame Pflegekraft auf Zeit? Ist das realistisch? Finanzierbar?

Was wir immerhin schon haben: Einen Notfallordner mit persönlichen Angaben zu Erkrankungen, Medikamenteneinnahme, Haus- und Facharzt, Patientenverfügung, Adressen und Telefonnummern der Angehörigen. Für alle Fälle. Nicht alle von uns haben diese Angaben gemacht. Noch nicht.

Was noch entsteht: Villa Emma eG, bei Amaryllis um die Ecke, ein weiteres gemeinschaftliches Wohnprojekt, aber etwas anders. Elf barrierefreie Wohnungen für ein bis zwei Personen, mit Gemeinschaftsräumen, Gästezimmer, Garten … und Raum für einen ambulanten Pflegedienst. Als Stützpunkt auch für das Quartier. Denn einziehen werden Ende 2011 junge und alte Menschen, die zum Teil Pflege-und Unterstützungsbedarf haben. Alle wollen selbstbestimmtes Wohnen in eigener Wohnung, eine unterstützende und nette Hausgemeinschaft und die Sicherheit einer professionellen pflegerischen Versorgung rund um die Uhr. Wenn nötig.

Viele Menschen sind auf der Suche nach Alternativen zum Wohnen in Einsamkeit oder zu Alten- oder Pflegeheimen. Die neuen Genossenschaften Amaryllis und Villa Emma in Bonn gehören dazu.
www.amaryllis-bonn.de
www.villa-emma-bonn.de

Silke Gross (56),Sozialarbeiterin
10 Jahre Koordinatorin eines ambulanten Hospizdienstes in St. Augustin, seit 5 Jahren selbstständige Projektentwicklerin für Neue Wohnformen
Dorothea-Erxleben-Weg 8, 53229 Bonn
silke-gross@t-online.de

Amaryllis: Gespräche auf der Terrasse

Wie gut, sich gegenseitig helfen zu können!

Interview mit Luise und Henning Scherf

Luise Scherf, geboren 1938, hat Musik studiert und 20 Jahre als Grundschullehrerin gearbeitet. Dann hat sie eine Zäsur gemacht, und ist für 1,5 Jahre nach Nicaragua gegangen, wo sie in Managua als Musiklehrerin gearbeitet hat. Zurück in Bremen hat sie sich dann ganz der Musik gewidmet und Musikunterricht für Kinder gegeben. In diesem Zusammenhang war ihre Maxime „Kindern das Zuhören nahe zu bringen". Sie hat in dieser Zeit Rundfunksendungen für Kinder geschrieben, war weiterhin mehrmals im Jahr in Nicaragua und hat dort Lehrerfortbildungen an staatlichen Grundschulen in Nicaragua organisiert und Multiplikatoren fortgebildet.

Henning Scherf, ebenfalls 1938 geboren, sollte Pastor werden, hat sich dann aber für ein Jurastudium und ein Studium der Sozialwissenschaften entschieden. Nach mehreren beruflichen Stationen als Studienleiter, Anwalt, Verwaltungsbeamter wurde er 1971 Abgeordneter. 1978 folgte dann das Amt als Senator für Finanzen, später für Sozialwesen, Gesundheit, Justiz und weitere. 1995 wurde er Regierungschef der großen Koalition in Bremen. 2005 ging Henning Scherf mit 67 Jahren in den Ruhestand. Seitdem schreibt er Bücher, hält Vorträge, ist u. a. Chorverbandspräsident, engagiert sich mit Hannelore Hoger für Help Age, eine weltweite Organisation, die ältere Menschen in die Entwicklungshilfe einbezieht.

Haus und Garten der „Hausgemeinschaft"

Luise und Henning Scherf haben sich in ihrer Funktion als Schulsprecher kennen gelernt und 1960 geheiratet. Bereits während des Studiums haben sie in Wohngemeinschaften gelebt. Sie haben zwei Töchter (50 und 45 Jahre) und einen Sohn (47 Jahre). Mit den Enkeln und Schwiegerkindern zählt die Familie 16 Familienmitglieder. Im Rahmen ihres gemeinsamen Engagements für die Organisation Pan y Arte, deren Vorsitz Henning Scherf von Dietmar Schönherr übernommen hat, reisen beide noch heute alle zwei Jahre nach Nicaragua.

Wann reifte der Gedanke, in die Hausgemeinschaft zu ziehen?

Luise Scherf: Der Gedanke kam schon einmal 1972 oder 1974 auf, aber da war die Idee und die Umsetzung noch nicht reif genug. Als die Kinder aus dem Haus waren, haben wir gedacht: Man fängt in seinem Leben alleine an, dann tut man sich zu zweit zusammen, bekommt Kinder, wird also als Familie immer größer bis dann wieder alles schrumpft und zuletzt einer übrig bleibt. Und um dieses „einer übrig" zu vermeiden, haben wir gesagt, es ist schöner mit anderen zusammen alt zu werden als allein. Wir haben dann Freunde gesucht und sind auch nach wie vor davon überzeugt, dass eine solche Planung mit Freunden ein sehr guter Ansatz ist.

Henning Scherf: Wir haben dann fünf Jahre nach einem Haus gesucht und sind mit Anfang Fünfzig mit acht Erwachsenen und zwei Jugendlichen eingezogen. Heute sind wir und unsere Mitbewohner zwischen 70 und 76 Jahre alt und leben zu sechst hier.

Luise Scherf: Es ist mir wichtig zu betonen, dass wir eine Hausgemeinschaft sind, keine Wohngemeinschaft! Jeder hat seine eigene Küche, jeder kann die Tür zu machen. Nur dadurch, dass diese Abgrenzung möglich ist, hat das Konzept funktioniert. Wir haben dann gleich von Anfang die schwersten Erfahrungen gemacht, die man machen kann, denke ich. Dass nämlich eine von den Freundinnen, die genauso alt war wie wir, an Krebs erkrankte. Sie war insgesamt zwei Jahre krank und wir haben sie dann hier im Haus bis zum Tode gepflegt und begleitet. Und sie ist auch hier gestorben. Zum Zeitpunkt ihres Todes war schon klar, dass der Sohn krank ist und auch er ist vier Jahre später hier gestorben.

Henning Scherf: Dabei wir haben natürlich gleich erfahren, wie gut das ist, sich gegenseitig helfen zu können.

Was waren die Beweggründe für diese Wohnform? Haben Sie bereits über schwere Krankheit und Hilfsbedürftigkeit nachgedacht oder daran die Kinder, den Partner/die Partnerin zu entlasten?

Luise Scherf: Ja, aber eher formal. Wir waren Ende 40, da denkt man nicht daran, dass man irgendwann einmal alt und gebrechlich werden kann. Aber ein Beweggrund liegt sicherlich in den Erfahrungen mit unseren Eltern. Ich habe am eigenen Leib erfahren, wie das ist, wenn sich die Eltern keine Gedanken darüber machen, was passiert, wenn sie älter und vielleicht krank werden. Mein Vater war zweieinhalb Jahre ein Pflegefall, wir Kinder mussten organisieren und helfen, obwohl es oft sehr schwierig war.

Henning Scherf: Meine Mutter wäre gern mit uns alt geworden, das war aber zu dem Zeitpunkt nicht möglich. Sie starb allein. Ich wäre gern bei ihr gewesen, das beschäftigt mich heute noch. Wenn ich öffentlich rede, sage ich immer, ich glaube, wir entlasten unsere Kinder dadurch, dass wir hier so selbständig leben und auf Gegenseitigkeit ausgerichtet sind. Sie müssen nicht ständig anrufen und fragen „Wie geht es euch…?“, „Hat euch jemand besucht?“ Das sind nicht die Ängste unserer Kinder, auch nicht die Ängste der Kinder der anderen hier im Haus. Stattdessen haben sie das Gefühl, es ist gut, dass wir uns so eine Struktur gesucht haben, in der wir selbständig altern können. Nicht nur finanziell, sondern auch emotional.

Luise Scherf: Wir glauben auch, dass die Situation nicht nur unsere Kinder entlastet, sondern auch uns selbst gegenüber den Kindern.

Haben Sie Situationen erlebt, die Sie so nicht noch einmal oder so für sich erleben möchten?

Luise Scherf: Ja, ich habe eine solche Situation erlebt! Ich habe damals einen Nicaragua-Aufenthalt unterbrechen müssen, um meine Eltern beim Organisieren dieses Alterslebens zu unterstützen. Als ich in das Heim kam, in dem mein Vater lag, fand ich ein kahles Zimmer vor und meinen Vater – ganz allein – ein trauriger Greis, der in einer Sackgasse war. Die Situation eines Menschen, der im Bett liegt und kaum noch reden kann, ist einfach schwer und man erleichtert sie ihm nicht, wenn er alleine in einem Zimmer liegt. Ich finde, das alltägliche Leben eines alten Menschen, der sich vielleicht nicht mehr artikulieren kann, muss anders organisiert sein. Es gibt hier in Bremen eine Einrichtung für Pflegebedürftige „Die Woge“. In deren Satzung steht, dass die Angehörigen 20 Stunden pro Woche da sein und mitarbeiten müssen. Wenn sie das nicht können oder wollen, müssen sie praktisch Lohn zahlen für diejenigen, die ihre Arbeiten übernehmen. So fühlen sich die Angehörigen auf eine ganz besondere Weise mitverantwortlich für die Einrichtung.

Henning Scherf: Das ist ein Verein von Angehörigen. Dieser hat so gute Erfahrungen mit diesem Konzept gemacht, dass er nun nach 8 Jahren die zweite Einrichtung plant. Hier werden auch die alten Menschen ganz anders in den Alltag eingebunden, dies würde ich mir für alle älteren Menschen wünschen.

Was ist Ihr aktuelles Projekt?

Henning Scherf: Ich schreibe zur Zeit ein Buch über Pflegewohngemeinschaften. Hier leben Demenz-Erkrankte in kleinen Gruppen. Ich war für einige Tage ihr Mitbewohner. Es ist faszinierend zu sehen, wie viele dieser Menschen, deren Fähigkeiten immer geringer werden, aufleben und glücklich sind, wenn sie in überschaubaren Gruppen zusammen leben.

Luise Scherf: Es gibt so viele Möglichkeiten, alte Menschen mehr einzubinden ...

Henning Scherf: Backen, Gartenarbeit machen, Spiele machen und Singen, das sind alles Dinge, die man bis ins hohe Alter ersehnt, die einen lebendig halten. Das geht nur, wenn man zusammen ist. Singen ist ein Beispiel dafür: die Demenzkranken können zum Teil nicht mehr richtig sprechen, aber singen können sie noch. Man muss natürlich Lieder singen, die sie kennen. Sie holen aus ihrer Reserve, aus ihrem Lebensgedächtnis trotz ihrer Demenz, ihrer großen Vergesslichkeit die alten Dinge wieder hoch. Das geht aber nur, wenn man etwas gemeinsam macht. Diese einsamen alten Menschen, die allein vorm Fernseher sitzen und niemanden haben, tun mir so leid, sie fühlen sich allein gelassen.

Luise Scherf: Das hat aber natürlich auch etwas mit dem vorhergegangenen Leben dieser Menschen, jedes einzelnen Menschen, zu tun. Wenn ich darauf bestehe, dass ich alleine und selbständig bin und niemanden brauche und vielleicht auch einsam bin und keine Freundinnen und Freunde habe, wird dann im Alter auch kein Wunder passieren. Man muss selber aktiv werden, und das bevor man siebzig Jahre oder älter ist.

Henning Scherf: Es hoffen ja viele der älteren Menschen, dass irgendjemand kommt und hilft und etwas für sie oder mit ihnen macht. Sie trauen sich selber nicht, jemanden zu fragen oder sich anderen anzuschließen. Diese Menschen werden oft altersdepressiv, verbittert oder zornig. Viele wollen dann nicht mehr essen, wollen dann nicht mehr leben. Letztendlich steckt dahinter die Wahrnehmung: Ich bin allein, allein gelassen worden

Luise Scherf: Eigentlich möchte sich jeder Mensch wohlfühlen. Und wenn man dann im Alter so ganz alleine ist, dann fühlt man sich eben nicht wohl. Die Menschen machen sich ja die ganzen Gedanken um die verschiedenen Formen des Älterwerdens und um neue Wohnprojekte, um anderen zu helfen, es besser zu haben in einer Gemeinschaft oder in einer Gruppe.

Henning Scherf: Und damit das nicht an Finanzierungsschwierigkeiten scheitert, gibt es mittlerweile immer mehr Wohnungsbaugesellschaften, die an der Entwicklung von solchen Projekten beteiligt sind oder sie selbst initiieren, ... Projekte, in denen dafür Sorge getragen wird, dass die Menschen in einer Gemeinschaft leben und alt werden können.

Gab es bei Ihnen schon mal Berührungen zu Hospizdiensten oder stationären Hospizen?

Luise Scherf: Nein, wir haben ja sozusagen unser eigenes Hospiz hier gehabt.

Henning Scherf: Wir kennen natürlich Leute, die hier die Hospizbewegung mittragen. Das ist so etwas wie eine ursprüngliche Bürgerbewegung. Aber es gibt auch einige größere Träger, z. B. die Bremer Heimstiftung, das ist die kommunale Stiftung, oder die Caritas, die Diakonie oder die Arbeiterwohlfahrt, die sich des Themas hier in Bremen angenommen und eine gute Hospizarbeit aufgebaut haben. Es ist hier ein richtiges Netzwerk entstanden. Aber auch die Kliniken gehen immer mehr dazu über, Sterbebegleitung zu integrieren. Es gibt eine gute Entwicklung in diesem Bereich. Dabei gehen stationäre und ambulante Hospizarbeit Hand in Hand

Als Ihre beiden Mitbewohner gestorben sind, haben Sie sich bei der Pflege Hilfe geholt?

Luise Scherf: Ja, morgens ist ein Pflegedienst gekommen. Alles andere haben das Freundesnetz und eben wir hier gemacht. Unsere Mitbewohner sind in dieser Phase nie alleine gewesen. Es gab eine Liste, wer wann im Hause ist und die Türen standen immer offen. Freunde sind gekommen und haben geholfen und mit begleitet.

Das haben wir bei anderen auch erlebt. Ein Freund von uns wohnte ebenfalls mit Freunden im Hause und auch sie waren immer bei ihm und haben ihn begleitet, bis er starb.

v.l.: L. Scherf, H. Scherf, S. Kiessling (Interview)

Henning Scherf: Zu diesem Freund gibt es eine schöne Geschichte: Kurz bevor er krank wurde, wünschte er sich, einmal eine Nacht lang allein im Ratskeller eingeschlossen zu sein und sich dort – wie der Dichter Wilhelm Hauff – mit auserlesenen Weinen zu betrinken. Zu seinem 50. Geburtstag habe ich ihm diese Nacht geschenkt. Er ist dann tatsächlich im Ratskeller eingeschlossen worden und hat dort – so ähnlich wie Hauff – seine Phantasiegeschichten erlebt und diese dann hinterher aufgeschrieben.

Drei Tage vor seinem Tod habe ich ihn noch besucht und er hat uns das Manuskript gegeben. Er hat dabei so gestrahlt, dass er noch geschafft hatte, es fertig zu stellen. Das hat mich sehr, sehr berührt. Es ist gedruckt worden und als Buch unter dem Titel „Bene tibi“ erschienen.

Wenn Sie an Ihr eigenes Lebensende denken, was wünschen Sie sich?

Luise Scherf: Ich wünsche mir, dass ich nicht alleine bin. Der Mensch kommt nicht alleine auf die Welt, er sollte sie auch nicht alleine verlassen.

Henning Scherf: Es gibt Plan A und B. Plan A bedeutet: Wir bleiben hier bis an unser Lebensende und unterstützen uns alle gegenseitig.

Luise Scherf: Plan B heißt: Wir bleiben hier im Haus, aber kaufen uns Hilfe von außen ein.

Henning Scherf: Für mich gibt es auch noch C. Das würde bedeuten, dass wir uns sozusagen an einen hiesigen Träger andocken. Aber das muss noch gründlich bedacht und diskutiert werden.

Was würden Sie aus Ihren Erfahrungen Menschen mit auf den Weg geben?

Henning Scherf: Kurz und knapp: Gemeinsam statt einsam!

Luise Scherf: Wir sind keine Einzelwesen. Wir mögen gern mit anderen zusammen sein und uns austauschen. Wir sind bereit zu helfen und so kann man auch Hilfe annehmen. Das möchte ich in meinem Leben, das möchte ich auch im Alter!

Veröffentlichungen

Bundesministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (Hg.) 2010
Neue Wohnprojekte für ältere Menschen.
Gemeinschaftliches Wohnen in Nordrhein-Westfalen-
Kostenfrei zu beziehen unter:
www.mgepa.nrw.de/publikationen

Angesichts der demographischen Entwicklung gewinnen neue gemeinschaftliche Wohnformen im Alter immer mehr an Bedeutung. Viele ältere Menschen wünschen sich ein Leben außerhalb der stationären Einrichtungen. In dieser Broschüre werden die Entwicklungstendenzen des gemeinschaftlichen Wohnens beschrieben sowie zahlreiche unterschiedliche Wohnprojekte in NRW wie z. B. altersübergreifende Hausgemeinschaften, Hausgemeinschaften mit Pflege-WG, Siedlungsprojekte etc. vorgestellt. Im Anhang findet man eine Liste fertiggestellter als auch geplanter Projekte und eine Literaturliste zum Thema „Neue Wohnformen im Alter“.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010
Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform
Kostenfrei zu beziehen unter:
www.bmfsfj.de
publikationen@bundesregierung.de

Viele Menschen werden von Krankheit und Pflegebedürftigkeit überrascht und sind dann oftmals nicht mehr in der Lage in Ruhe, frei und selbstbestimmt über die gewünschte Wohn- und Betreuungsform zu entscheiden. Die vorliegende Broschüre soll eine Orientierungshilfe sein für Hilfs- und Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Suche nach der geeigneten Wohnform. Verschiedene Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen werden vorgestellt, Wege aufgezeigt, wo und wie man kompetente und konkrete Beratung erhalten kann. Es werden Checklisten an die Hand gegeben, mit deren Hilfe man die verschiedenen Angebote vergleichen kann und so vielleicht die individuelle Entscheidungsfindung erleichtert wird. Eine Erläuterung wichtiger Begriffe findet man im Glossar.

Thomas Sternberg und Maria Kröger
Generationen – Aspekte des demografischen Wandels
Dialogverlag 2008
€ 14,80

Diese Veröffentlichung entstand im Rahmen einer Forenreihe des Franz-Hitze-Hauses in Münster, in denen der demografische Wandel unter Aspekten der Wirtschaft, Soziologie, Literaturwissenschaft, Theologie, Medizin und Gerontologie beleuchtet wurde. Viele der bekannten Folgeerscheinungen der demografischen Entwicklung sind hier beschrieben. Deutlich wird dabei, dass es gesellschaftlicher und politischer Veränderungen bedarf. Denn nicht nur die Umkehrung der Alterspyramide spielt hier eine Rolle sondern auch die veränderten Familienstrukturen wie auch wirtschaftliche Bedingungen, die innerfamiliäre Hilfe teilweise unmöglich machen. All dies führt zu einer neuen Diskussion über z. B. Psychotherapie im Alter (Gereon Heuft) oder auch Pflege („Noch pflegen Töchter und leiden unter der Last“ Klaus Dörner).

Henning Scherf
Grau ist bunt
Was im Alter möglich ist
Herder Verlag, 2009
€ 9,95

Das vorliegende Buch ist ein Appell an unsere Gesellschaft zu einem veränderten Umgang mit älteren Menschen und gleichzeitig ein Appell an die Älteren, weiter aktiv am Leben teilzunehmen und das Wort „Ruhestand“ nicht wörtlich zu nehmen. Henning Scherf zeigt, wie man positiv und dynamisch mit dem Altern umgehen und sich engagiert in die Gesellschaft einbringen kann. Er beschreibt und plädiert für alternative Wohnformen im Alter und vermittelt am eigenen Beispiel, welchen Wert diese Lebensform bietet. „Es ist wunderschön, mit dem Gefühl leben zu können, von Menschen umgeben zu sein, die einem nahe sind, die mitdenken und denen man selbst auch wiederum beistehen kann, wenn es schwierig wird.“

Veranstaltungen

18.-21.07.2011 **Bonn**
Palliative Care plus
Interdisziplinäres Kommunikationstraining
Zentrum für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
www.malteser-krankenhaus-bonn.de

02.09.2011 **Engelskirchen**
Märchen in der Hospizarbeit
Malteser Hospizarbeit & Palliativmedizin
Tel.: 0 22 63 - 80 00
malteser.akademie@maltanet.de

09.-10.09.2011 **Saarbrücken**
Palliativtag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) e.V.
„Gemeinsam in der Vielfalt –
Der Mensch im Mittelpunkt“
Kongress und Kulturmanagement GmbH
Tel.: 0 36 43 - 2 46 80

15.-16.09.2011 **Bielefeld**
Palliative Care Auffrischtage
Wissen vertiefen, Neues lernen,
Erfahrungen austauschen
Bildung & Beratung Bethel
Tel.: 05 21 - 1 44 57 70/61 10
www.bildung-beratung-bethel.de

05.-06.10.2011 **Geseke**
Basale Stimulation in der letzten Lebensphase
Gesundheitsakademie SMMP,
Bildungswerk Geseke
Tel.: 0 29 42 - 59 51 41
www.smmp.de

05.-06.10.2011 **Coesfeld**
Abschiedsrituale in der Sterbebegleitung
Kolping-Bildungsstätte Coesfeld
Tel.: 0 25 41 - 8 03 03
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.de

05.-07.10.2011 **Köln**
Leben angesichts der Endlichkeit –
Märchen zur Sinnfindung
Dr. Mildred Scheel Akademie
Tel.: 02 21 - 94 40 49-0
msa@krebshilfe.de

10.-14.10.2011 **Münster**
Interdisziplinärer Aufbaukurs Palliative Care, Teil I
Akademie am Johannes-Hospiz
Tel.: 02 51 - 37 40 92 78
www.johannes-hospiz.de

Die Gewähr für die Inhalte, Qualität und Konzeption der Veranstaltungen liegt ausschließlich bei den Veranstaltern.

ALPHA-Rheinland
Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen
Friedrich-Ebert-Straße 157 - 159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de

gefördert vom: **Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen**