



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2018 Ausgabe 76

Schwerpunkt:

**LEBENSWEGE UND
ABSCHIEDSGESTALTUNG**

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

für unseren Lebensweg wird zuweilen das Bild der Reise genutzt. Auf dieser Reise befinden wir uns auf unterschiedliche Weise – manchmal auf unbekanntem Terrain, auf dem wir uns, ob in der Kindheit oder im späteren Leben, herantasten und vieles lernen müssen.

Manchmal erleben wir gewohnten Trott, der uns vielleicht Eintönigkeit, aber auch Sicherheit und Routine beschert. Manchmal sind wir Unwägbarkeiten oder gar Traumata ausgesetzt. Alles, was uns begegnet oder auch nicht begegnet, wirkt sich auch auf unser Lebensende aus. In dieser Ausgabe des Hospiz-Dialogs werden einige dieser Facetten beschrieben bis hin zu den Auswirkungen auf die Gestaltung des Abschieds. Dies trägt nicht nur zur Enttabuisierung des Themas bei, sondern eröffnet einen positiven Blick auf das Leben.

Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre!

Ihre

G. Dingerkus

Dr. Gerlinde Dingerkus

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion

Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Sigrid Kießling
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48, Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de, www.alpha-nrw.de

Layout

Art Applied, Hafengeweg 26, 48155 Münster

Druck

Buschmann, Münster

Auflage

2500

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

INFORMATION

Gesundheitliche Versorgungsplanung – Wohin soll die Reise gehen?

Gerlinde Dingerkus, Felix Grützner 4

Spezialbericht zur Hospizarbeit und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen

Nicole Rosenkötter 6

„Pausentaste – Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe“

Ein Projekt des Bundesministeriums für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend 9

KOMMA – Kommunikation mit Angehörigen

Sabine Pleschberger, Gerda Graf, Christiane Kreyer 10

Mensch ist mehr als Diagnose, Prognose und Koma

Eine Replik auf das Schwerpunktthema Demenz
Franco Rest 12

SCHWERPUNKT LEBENSWEGE UND ABSCHIEDSGESTALTUNG

Traumatisierungen im Zweiten Weltkrieg und ihre Folgen

Gereon Heuft 14

Aus ganzem Herzen leben

Andrea Weilguni 17

Der Club der Säрге

Barbara Barkhausen 19

Lebenswelt postmortem

Von der Foto- zur Biografie

Thorsten Benkel, Matthias Meitzler 23

Veranstaltungen

27

GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGS- PLANUNG – WOHIN SOLL DIE REISE GEHEN?

GERLINDE DINGERKUS, FELIX GRÜTZNER

33 Seiten hat die Vereinbarung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nach §132g SGB V (inkl. Anlagen). Die Intention dieser Vereinbarung wurde 2015 im Hospiz- und Palliativgesetz formuliert. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat gemeinsam mit den Trägervertretern zum Ende des Jahres 2017 den dahinterstehenden Gedanken konkretisiert. Was steht auf diesen vielen Seiten und welche Bedeutung haben sie für die Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe?

„Vereinbarung nach §132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“

So lautet der Titel des Papiers. Mit ihm ist das Ziel verbunden, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Alten- und der Eingliederungshilfe jene pflegerischen, medizinischen, sozialen und spirituellen Angebote erhalten, die sie

sich für ihr Lebensende wünschen. Um dies vorzubereiten, können sie sich mit der Unterstützung eines sogenannten Beraters/einer Beraterin gedanklich auseinandersetzen: mit möglichen Veränderungen ihres gesundheitlichen Zustandes, mit Krankheitsverläufen und möglichen Komplikationen und mit den damit verbundenen möglichen medizinisch-pflegerischen Situationen.

Die Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen für diesen Prozess sind in der Vereinbarung festgeschrieben. Diese sind sehr differenziert und machen Aussagen über den Ablauf selbst, aber auch über die personellen und sachlichen Rahmenbedingungen.

Zu dem gesamten Prozess gehören

- die Beratungen
- die Fallbesprechungen (unter Beteiligung möglichst vieler Akteure)
- die Dokumentation (sowohl der Beratung als auch der Willensäußerungen)

Zu den Beratungsgesprächen selbst gehört die Klärung der Fragen

- Wer soll bei dem Gespräch dabei sein?
- Wie häufig sollen Gespräche stattfinden?
- Welche Aspekte sollen angesprochen werden: zu erwartende körperliche Zustände, Umgang mit Notfallszenarien, Möglichkeiten der Versorgung?
- Welche rechtlichen Vorsorgeinstrumente gibt es?
- Wer assistiert bei starken kognitiven Einschränkungen?

Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsorientiert statt. Die Bewohner/Bewohnerinnen müssen die Beratung nicht in Anspruch nehmen. Wenn sie es tun, können sie sie aber auch jederzeit beenden. Die sich ändernde Lebens- und Versorgungssituation kann dazu führen, dass das Beratungsangebot mehrfach in Anspruch genommen wird.

Vernetzung ist ein wesentliches Element

Die Vereinbarung sieht außerdem die interne und externe Vernetzung vor. Interne Vernetzung heißt, dass alle Mitarbeitenden einer Einrichtung über das Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung informiert sind und deren Umsetzung unterstützen. Auch wenn der Beratende eine federführende Funktion hat, ist das Mitdenken und die damit verbundene Haltung aller im Haus Tätigen ein wesentlicher Bestandteil.



Externe Vernetzung heißt, dass auch die außenstehenden Partner, wie der Rettungsdienst oder das Hospizteam in das Konzept so eingebunden sind, dass auch von ihrer Seite den Wünschen des Bewohners/der Bewohnerin Rechnung getragen wird.

Wer führt die Beratungsgespräche durch?

Die Vereinbarung sieht bestimmte qualifikatorische Voraussetzungen vor. Unter anderem wird davon ausgegangen, dass Personen aus pflegerischen, medizinischen und pädagogischen Berufen gute Voraussetzungen für diese Tätigkeit mitbringen. Diese müssen eine dreijährige Tätigkeit im Hospiz- und/oder Palliativbereich oder in Einrichtungen der Alten- oder der Eingliederungshilfe vorweisen. Darüber hinaus müssen sie sich theoretisch weiterqualifizieren und einen praxisorientierten Anteil absolvieren. Die Rahmenvereinbarung benennt detailliert die Lernfelder, zu erwerbende Kompetenzen und die Anzahl der Unterrichtseinheiten dieser für die Beraterinnen und Berater erforderlichen Zusatzqualifikation.

Die Umsetzung

Zu einer praktikablen Umsetzung gehört eine sachdienliche Finanzierung, die ebenfalls in der Vereinbarung festgeschrieben ist. Ob diese dem Aufwand entspricht, wird sich zeigen. Am wichtigsten ist jedoch, dass die Umsetzung in ein Gesamtkonzept eingebettet ist, das einhergeht mit einer gemeinsamen Identifizierung aller Beteiligten mit einer achtsamen hospizlichen und palliativen Haltung. Nur Rahmenbedingungen oder Verfahrensweisen umzusetzen, genügt nicht.

In diesem Jahr werden sich einige Einrichtungen auf den Weg machen und darum bemühen, ein Konzept gemäß dieser Vereinbarung für ihre Bewohnerinnen und Bewohner auf den Weg zu bringen. Es wird sich erst langfristig zeigen, ob und wie die Umsetzung gelingt und ob „das, was draufsteht, auch drin sein wird“. Auch wird sich erst im praktischen Tun zeigen, ob Aufwand und Ergebnis in einem ausgeglichenen Verhältnis zueinander stehen.

„Wer einen weiten Weg hat, läuft nicht.“

Da es aber nicht nur die Träger, die Leitung und die Mitarbeitenden der Einrichtungen, die Bewohner/ Bewohnerinnen oder die Angehörigen sind, die sich auf das besondere Vorhaben einlassen, sondern am Ende alle Beteiligten – vom ehrenamtlichen Mit-



Dr. Gerlinde Dingerkus, Dr. Felix Grützner

arbeiter bis zum Rettungsdienst –, ist anzunehmen, dass eine flächendeckende Umsetzung nicht „auf die Schnelle“ geschieht und auch nicht geschehen sollte. Wie Paula Modersohn-Becker sagt: Wer einen weiten Weg hat, läuft nicht. Es braucht viele Schritte, viel Kommunikation und Abstimmung. Die Einbettung darf nicht die Entscheidung Einzelner sein. Viele gehören schon im Vorfeld mit „an Bord“. Und: Es macht Sinn, sich mit anderen Kolleginnen und Kollegen auch über den eigenen Tellerrand hinaus auszutauschen.

Deswegen möchten wir, die ALPHA-Stellen, gemeinsam mit dem Hospiz- und Palliativverband NRW (HPV NRW) und der Landesgruppe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP NRW) ein Forum eröffnen und Sie über die Ziele und die Umsetzungsansätze dieser Vereinbarung miteinander ins Gespräch bringen: auf einer halbtägigen Veranstaltung am 24. Januar 2019 in Hagen. Der Diskurs soll dabei über die eigene Trägerschaft, ja über die eigenen regionalen Bezüge hinaus geführt werden. Bitte merken Sie sich diesen Termin schon jetzt vor, die Einladung ergeht zu

einem späteren Zeitpunkt und wird sich an alle Einrichtungen der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe, an die hospizlichen und palliativen Dienste und Einrichtungen, an Ärztinnen und Ärzte, an Betreuerinnen und Betreuer richten. Bis dahin wird es die ersten Ideen, Ansätze, Umsetzungsversuche geben, die eine gute Basis für den Austausch bieten und gleichzeitig den Blick eröffnen für die weiteren Stationen dieser Reise.

» *Das Ziel ist klar formuliert, die Umsetzungswege benötigen einen behutsamen Transfer in die Praxis.*

einem späteren Zeitpunkt und wird sich an alle Einrichtungen der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe, an die hospizlichen und palliativen Dienste und Einrichtungen, an Ärztinnen und Ärzte, an Betreuerinnen und Betreuer richten. Bis dahin wird es die ersten Ideen, Ansätze, Umsetzungsversuche geben, die eine gute Basis für den Austausch bieten und gleichzeitig den Blick eröffnen für die weiteren Stationen dieser Reise.

Dr. Gerlinde Dingerkus, Dr. Felix Grützner

Ansprechstellen im Land NRW
zur Palliativversorgung, Hospizarbeit
und Angehörigenbegleitung
www.alpha-nrw.de

SPEZIALBERICHT ZUR HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVVERSORGUNG IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Nicole Rosenkötter



Dr. Nicole Rosenkötter

Im Mai dieses Jahres ist der zweite Bericht zur „Hospizarbeit und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen“ erschienen. In diesem Artikel möchten wir Ihnen einige Inhalte des Berichts vorstellen und einen Einblick geben, wie aus einer anfangs überschaubar scheinenden Aufgabe ein vielschichtiges Projekt wurde.

Der erste nordrhein-westfälische Bericht zur Hospizarbeit und Palliativversorgung erschien Anfang 2007 (MAGS NRW, 2007). Etwa acht Jahre nach dessen Erscheinen entwickelte sich der Plan diesen Bericht neu aufzulegen und zu aktualisieren. Das für Gesundheit zuständige Ministerium des Landes Nordrhein-Westfalen beauftragte das Landeszentrum Gesundheit NRW (www.lzg.nrw.de), dieser Aufgabe in Zusammenarbeit mit ALPHA NRW (www.alpha-nrw.de) nachzukommen und die dargestellten Daten zur Versorgungssituation in NRW auf den neuesten Stand zu bringen.

Schnell zeigte sich jedoch, dass eine rein datenbasierte Aktualisierung der Versorgungslandschaft in NRW nicht mehr gerecht werden konnte. Die Rahmenbedingungen und die Strukturen der Hospizarbeit und Palliativversorgung hatten sich seit Erscheinen des ersten Berichts zu stark verändert und weiterentwickelt. Deshalb war es notwendig, den Bericht komplett neu zu konzipieren. Mit der Festlegung relevanter Kapitel für den neuen Bericht wurde die Basis für die Neuauflage geschaffen. Der vorliegende Bericht

- stellt die wichtigsten Entwicklungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung dar,
- erläutert die Rechtsgrundlagen für die Versorgung,
- stellt die nordrhein-westfälischen Angebote und Strukturen zur hospizlichen und palliativen Ver-

- sorgung im eigenen Wohnraum, in ambulanten und stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und spezialisierten Einrichtungen vor und
- bezieht dabei auch die hospizliche und palliative Versorgung von Kindern ein,
- beschreibt die an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure und deren Qualifizierungsmöglichkeiten und
- erläutert aktuelle Herausforderungen im Rahmen der Hospizarbeit und Palliativversorgung.

» Rahmenbedingungen und Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW haben sich in den vergangenen Jahren sehr verändert.

Beim Schreiben des Berichts traten jedoch einige Hürden auf, die es zu überwinden galt. Dies betraf vor allem die stark eingeschränkte Datenverfügbarkeit im Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung, aber auch die Rechtslage, die sich während der Berichterstellung durch die Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes im November 2015 verändert hatte.

Die Kunst des Zählens

Die Herausforderung, aussagekräftige und valide Datenquellen zu identifizieren, begann bereits mit der ersten Fragestellung: „Wo versterben die Menschen in NRW?“ Leider ist diese Information nicht Bestandteil der Statistik der Sterbefälle oder der Todesursachenstatistik. Die Statistiken führen Informationen zu den Sterbefällen nach Wohnort, Geschlecht und Alter (und Todesursache). Ob eine Person jedoch im Krankenhaus (auf einer normalen oder einer Palliativstation), im Hospiz, zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung verstorben ist, wird



auf der Todesbescheinigung zwar dokumentiert, aber nicht routinemäßig statistisch aufbereitet. Zur Beantwortung der Frage musste deshalb eine wissenschaftliche Untersuchung herangezogen werden, in der nachträglich die Sterbeorte für eine Stichprobe von Verstorbenen in Westfalen-Lippe zusammengetragen wurden. Gut die Hälfte der Verstorbenen ist demnach in 2011 in einem Krankenhaus verstorben (Dasch et al., 2015). Außerdem konnten Analysen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe zeigen, dass der Anteil an im Krankenhaus verstorbenen Personen etwa um ein Fünftel geringer ist, wenn die Verstorbenen aufgrund einer ärztlichen Verordnung eine palliative Versorgung in Anspruch nehmen konnten (Lux et al., 2016; Zimmermann, Merling, 2015).

Deutlich wurde auch, dass der Anteil der Verstorbenen in Hospizen und Palliativstationen sowie in Alten- oder Pflegeeinrichtungen zwischen 2001 und 2011 zugenommen hat (Dasch et al., 2015). Dieses Ergebnis unterstreicht die Relevanz der Weiterentwicklung der hospizlichen und palliativen Versorgung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen – ein Prozess, der in den vergangenen Jahren in NRW verstärkt angestoßen wurde und in dem Bericht näher erläutert wird.

Schwerpunktmäßig sollten in dem Bericht die Besonderheiten der Versorgungsstrukturen in NRW aufbereitet und die Datenbasis aktualisiert werden. Leider gibt es keine offiziell verbindliche Statistik über die Anzahl der Anbieter in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Um dennoch ein möglichst valides Bild der Versorgungslandschaft zu zeichnen, wurden Daten verschiedener Datenhalter zusammengetragen. Im Vergleich zu dem ersten Bericht zur Hospizarbeit und Palliativversorgung konnte in allen Versorgungsbereichen ein struktureller Ausbau verzeichnet werden, der sich stetig in Richtung einer flächendeckenden Versorgung weiterentwickelt.

Eine besondere Herausforderung stellte jedoch die Ermittlung des Versorgungsgrads durch Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) dar, da die Palliativmedizinischen Konsiliardienste in Westfalen-Lippe sowohl die allgemeine als auch die spezialisierte Versorgung vorhalten. Der Versorgungsgrad drückt in diesem Fall aus, wie viele SAPV-Teams auf eine Million Einwohnerinnen und Einwohner kommen. Werden die Palliativmedizinischen Konsiliardienste bei dieser Berechnung mitberücksichtigt, dann rangiert der Versorgungsgrad in NRW in etwa im Bundesdurchschnitt.

Auch zu den im Rahmen der hospizlichen und palliativen Versorgung versorgten Grunderkrankungen sowie den Bedürfnissen und Bedarfen unterschiedlicher Patientengruppen liegen routinemäßig nur wenige Daten vor. Die Anbieter der Hospizarbeit und Palliativversorgung führen zwar eine Dokumentation, die Daten werden jedoch nicht evaluiert und in einer Statistik zusammengeführt. Der Bericht fasst deshalb einige Ergebnisse aus wissenschaftlichen Untersuchungen zusammen, um verschiedene Aspekte der Versorgung zu beschreiben und beispielsweise Zugangsunterschiede für an Krebs und nicht an Krebs erkrankte Menschen darzustellen.

Zeiten der Veränderung und der Weiterentwicklung

Während der Berichterstellung wurde das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet (BMJV, 2015) und es wurden Ziele im Rahmen der „Nationale Strategie für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen“ definiert (DGP, DHPV, BÄK, 2016). Neben einer Stärkung des Versorgungsbereichs und Impulsen zur Weiterentwicklung, kam es dadurch auch zu Veränderungen, die bis zum Abschluss der Berichterstellung noch nicht vollständig abgeschlossen waren. In der Schlussbe-



Spezialbericht S. 19

trachtung des Berichts werden deshalb die Begleitung der Veränderungsprozesse (teilweise durch ALPHA NRW) und die Implementierung der neuen gesetzlichen Möglichkeiten als primäres zukünftiges Aufgabenfeld benannt. Arbeitsfelder von besonderem Interesse sind hierbei die Entwicklungen in der ambulanten Palliativversorgung, die Etablierung von Beratungsstrukturen zur Hospiz- und Palliativversorgung, die Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, die zunächst für Versicherte in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe vorgesehen ist, sowie die weitere Etablierung der Trauerbegleitung in NRW.

Außerdem kann der Bericht nun als Grundlage dienen, um einige Jahre nach der Umsetzung der neuen Gesetzgebung die Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft in NRW erneut prüfen zu können.

» Neben der Beschreibung der aktuellen Situation finden in dem Bericht auch die Zukunftsaufgaben Erwähnung.

Vielleicht haben wir mit diesem kurzen Artikel Ihr Interesse an dem Bericht wecken können, dessen Erstellung in besonderem Maße von den Fachkenntnissen und vielfältigen Bezügen zur Hospizarbeit

und Palliativversorgung von Frau Dr. Dingerkus, Frau Mertens-Bürger und Herrn Dr. Grützner (ALPHA NRW) profitiert hat.

Sie können den Bericht über den Broschürenservice des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales herunterladen oder als Printversion beziehen (www.mags.nrw/broschuerenservice).

Dr. Nicole Rosenkötter

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum

Tel.: 02 34 - 9 15 35-31 05

Nicole.Rosenkoetter@lzg.nrw.de

<http://www.lzg.nrw.de>

<http://www.lzg.nrw.de/gbe>

Literatur

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2015). Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). *Bundgesetzblatt*, Teil I, 48.

Dasch, B., Blum, K., Gude, P., Bausewein, C. (2015). Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts. Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. *Deutsches Ärzteblatt*, 112 (29-30).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer (DGP, DHPV, BÄK) (2016). *Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie*. Verfügbar unter: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/nationale-strategie_handlungsempfehlungen.html (Abruf Juni 2018).

Lux, E.A., Hofmeister, U., Bornemann, R. (2016). Ambulante Palliativversorgung in Westfalen-Lippe. Eine Follow-up-Erhebung fünf Jahre nach Einführung einer strukturierten Versorgung im häuslichen Umfeld. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2007). *Hospizarbeit und Palliativmedizin: Stand der Entwicklung*. Gesundheitsberichte NRW Spezial. Band 2. Düsseldorf: MAGS NRW.

Zimmermann, H., Merling, A. (2015). *Fakten, Daten, Trends zur ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein*. Kongress Zehn Jahre ambulante Palliativversorgung in Nordrhein, 12.9.2015, Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.kvno.de/downloads/termine/palliativkongress/03_vortrag_zimmermann_merling.pdf (Abruf Dezember 2015).

„PAUSENTASTE – WER ANDEREN HILFT, BRAUCHT MANCHMAL SELBER HILFE“

Ein Projekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Nach einer repräsentativen Befragung im „Report Junge Pflegende des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP)“ pflegen und versorgen ca. 5% (= 230.000) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren regelmäßig Angehörige. 90% von ihnen helfen mehrmals in der Woche, 33% helfen täglich. Pflegende Kinder und Jugendliche machen sich oft viele

Das Angebot umfasst

- die Website www.pausentaste.de
- eine telefonische Beratung
- eine E-Mail-Beratung sowie perspektivisch
- ein Chat oder ein Forum (in Planung).

Die Website www.pausentaste.de beantwortet seit 01.01.2018 grundlegende Fragen rund um die Pflege und präsentiert Erfahrungsberichte, Interviews und Videos. Darüber hinaus weist sie auf Beratungsangebote vor Ort hin. Auch Informationen zu Erkrankungen und Leseempfehlungen werden zur Verfügung gestellt, alles optimiert für mobile Endgeräte. Ein Chat oder Forum ist geplant.

» *Pflegende Kinder und Jugendliche haben oft niemanden, mit dem sie über ihre Situation sprechen können.*

Die Betreuung der Telefon- und E-Mail-Beratung übernimmt der Verein „Nummer gegen Kummer“. Unter der Nummer 116 111 erreichen suchende Kinder und Jugendliche die Hotline von Montag bis Samstag jeweils von 14 bis 20 Uhr. Das Beratungsangebot ist kostenlos und auf Wunsch auch anonym. An Samstagen gibt es zudem eine „Peer-to-Peer“-Beratung durch ehrenamtliche Beraterinnen und Berater im Alter von 16 bis



Screenshot „Rike“

Quelle: www.pausentaste.de

Sorgen um ihre hilfe- und pflegebedürftigen Angehörigen, sie haben häufig zu wenig Freizeit, sind körperlich angestrengt und haben oft niemanden, um über ihre Situation zu reden. Sie kümmern sich wie selbstverständlich um Familienmitglieder und nehmen sich selbst oft nicht als pflegende Angehörige wahr. Von allen durch ZQP Befragten wünschen sich 30% einen Chat oder ein Forum im Internet; 24 % der pflegenden Jugendlichen haben sich für ein Sorgentelefon ausgesprochen.

Das Projekt „Pausentaste – Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe“ des BMFSFJ will junge Pflegende bundesweit durch ein niedrigschwelliges Beratungsangebot unterstützen. Die „Pausentaste“ soll jungen Pflegenden helfen, Pausen einzulegen, zu reflektieren und Hilfsangebote wahrzunehmen oder über die eigene Situation zu sprechen – auch anonym.



Screenshot „Hannah“

Quelle: www.pausentaste.de

21 Jahren. Per E-Mail gibt es über die Website www.nummergegenkummer.de rund um die Uhr Informationen und Beratung.

Das Angebot richtet sich in erster Linie an pflegende Kinder und Jugendliche. Aber auch Lehrkräfte, ambulante Pflegedienste, Sozialdienste an Schulen und Kliniken sowie Jugendorganisationen und die Öffentlichkeit sollen auf das Thema aufmerksam gemacht und für Fragen in diesem Zusammenhang sensibilisiert werden.

Ergänzend hat das BMFSFJ im Juli 2017 ein Netzwerk zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Pflegeverantwortung ins Leben gerufen. Bisher nehmen 20 Initiativen teil. Dem Netzwerk gehören zum Beispiel verschiedene Hilfetelefone und Interessenvertretungen pflegender Angehöriger an. Zukünftig wird sich das Netzwerk jährlich zu Fachfragen austauschen.

KOMMA – KOMMUNIKATION MIT ANGEHÖRIGEN

Ein Projekt zur Entwicklung der Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung

SABINE PLESCHBERGER, GERDA GRAF, CHRISTIANE KREYER



Dr. Sabine Pleschberger



Gerda Graf

Für die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen zu Hause sind An- und Zugehörige wichtige Partner im alltäglichen Leben. Ihre physischen, emotionalen und sozialen Belastungen sind durch viele Studien belegt. Unterschiedliche Maßnahmen der Unterstützung von Angehörigen werden von Hospiz- und Palliativdiensten angeboten. Diese „Angehörigenarbeit“ erfolgt noch wenig systematisch und ist stark von den individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen der jeweiligen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen abhängig, ebenso wie von den Rahmenbedingungen innerhalb der Hospiz- und Palliativdienste. Im Projekt KOMMA wird die Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung weiterentwickelt. Die Bedürfnisse von Angehörigen besser zu erfassen, ist ein erster wichtiger Schritt, um adäquate Unterstützung anbieten zu können.

Vor diesem Hintergrund wird seit März 2016 das Projekt KOMMA durchgeführt. Es wird durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, Initiative „Pflege inklusiv“ gefördert. Das transdisziplinäre Forschungsprojekt ist eine Kooperation der Hospizbewegung Düren – Jülich e. V. mit den Wissenschaftspartnern GÖ FP – Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH Wien (PD Dr. Sabine Pleschberger) und der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol (UMIT, Dr. Christiane Kreyer).

» Angehörige sind wichtige Partner in der Versorgung Schwerkranker und Sterbender.

Als Praxispartner aus der Hospiz- und Palliativversorgung NRW sind das Ambulante Hospiz- und Palliativzentrum Kreis

Düren, das SAPV- und das Hospizteam Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Rhein/Sieg sowie das Hospiz- und Palliativzentrum Dormagen mit dabei.

Ziele des Projektes sind

– Systematische Erfassung der Bedürfnisse von Angehörigen mittels Einsatz eines standardisierten Assessmentinstrumentes (KOMMA)

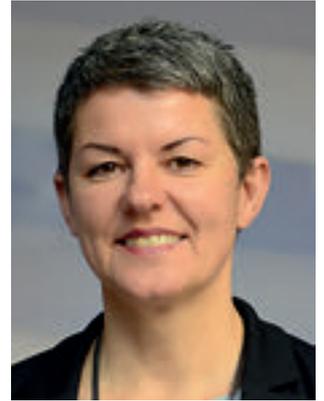
- Erkenntnisse über den Unterstützungsbedarf von Angehörigen
- Weiterentwicklung von Hospizkultur und palliativer Versorgung durch Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung von Angehörigenarbeit in unterschiedlichen Kontexten wie ambulanten Hospizdiensten und Palliativteams

Der in England entwickelte Ansatz CSNAT („Carer Support Needs Assessment Tool“) wurde auf wissenschaftlicher Basis übersetzt – er wird hierzulande KOMMA (Kommunikation mit Angehörigen) bezeichnet – und für den Einsatz im deutschsprachigen Raum angepasst.

Kernanliegen des KOMMA-Ansatzes ist es, mit Angehörigen in einem strukturierten Vorgehen über ihre Bedürfnisse zu sprechen und darauf basierend zielgerichtet Unterstützung anzubieten. Die Idee dabei ist, dass Angehörige mit einem Reflexionsbogen ihre vordringlichen Anliegen selbst benennen, und so auch mögliche Unterstützungen oder Entlastungen selbst entwickelt bzw. besser angenommen werden.

Die Heterogenität der Praxispartner in NRW stellt, den unterschiedlich strukturierten Palliativ- und Hospizdiensten entsprechend, für die Übertragbarkeit eine besondere Herausforderung dar. Dank des kontinuierlichen Dialogverfahrens zwischen Wissenschaft, Projektträger und Praxis konnte bisher der Ansatz so adaptiert werden, dass die Anwendung handlungsorientiert für alle Akteure Wege aufzeigt. Für Angehörige ist der KOMMA-Ansatz ein stabilisierender Faktor.

Im kommenden Herbst, am Mittwoch, den 07.11.2018 in Leverkusen (siehe Veranstaltungshinweise), ist eine Fachtagung geplant, bei der der KOMMA-Ansatz vorgestellt wird. Berichte über die Erfahrungen beim Einsatz in der Praxis und die Forschungsergebnisse werden einen guten Einblick in ein strukturiertes Vorgehen zur Unterstützung von Angehörigen bieten. Neben dem Forschungsteam und den Praxispartnern wird Prof. Dr. Andreas Kruse vortragen zum Thema „Angehörige und ihre Sorgen als Auftrag für Hospizarbeit und Palliative Care“.



Dr. Christiane Kreyer

Gerda Graf

Hospizbewegung Düren-Jülich e. V.
Roonstraße 30
52351 Düren
info@hospizbewegung-dueren.de

PD Dr. Sabine Pleschberger

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
A-1010 Wien
sabine.pleschberger@goeg.at

Dr. Christiane Kreyer

UMIT
Eduard Wallhöfer-Zentrum
A-6060 Hall in Tirol



MENSCH IST MEHR ALS DIAGNOSE, PROGNOSE UND KOMA

Eine Replik auf das Schwerpunktthema Demenz

FRANCO REST



Prof. Dr. Franco Rest

Vor mir liegt das Heft einer Zeitschrift, das sich mit „Demenz am Ende des Lebens“ befasst, mit dem Abschied vor dem Sterben, wobei der Abschied im Sterben unterschlagen wird, oder mit der Unterstützung für die Angehörigen, wobei die Wirkung unterschlagen wird, welche in der „Schweigezeit“ vom Sterbenden ausgeht.

„Bis dass der Tod...“
War Illusion
Ganz Andres wird uns scheiden
Es ist schon Abschied nur
Dein unentwegtes Schweigen

Dieses Gedicht schrieb ich nach drei Jahren, die ich mit meiner an fortschreitendem Parkinson erkrankten, inzwischen kommunikationslosen Ehefrau verbringen durfte, also in 24-stündigem, siebentäglichen-wöchentlichem Schweigen in dem gemeinsamen Zuhause, bevor weitere vier stille und doch unendlich intensive Jahre folgten.

Ja, man hatte „Demenz“ diagnostiziert; aber: Wie diagnostiziert man Demenz bei einem Menschen, der weder schreibt noch spricht? Man hatte die „Probleme“ wie Osteereier im Gehirn versteckt und fand sie dort mit Hilfe von MRT und CT wieder. Man schlich einem „Dopaminmangel“ nach, vermutete zerstörtes Hirngewebe, folgte den „Fallbewegungen“, Stürzen, behauptete Gedächtnislücken, verdächtigte die verschriebenen Medikamente der Auslösung von Halluzinationen, experimentierte nach den Methoden von „Trial and Error“, wobei der Error zur Triebfeder des Handelns wurde, weil man das Gehirn schuldig gesprochen hatte, obwohl es doch um den Menschen ging.

Glücklicherweise hatte man zu spät damit begonnen, meiner Frau durch eine detaillierte Patientenverfügung die angeblich bevorstehenden Dilemmata einzureden, mit denen sich dann ihre poetische Seele bis zur „erwünschten Verzweigung“ belastet hätte (ich denke an die Patientenverfügung von „Parkinson Schweiz und Stiftung Dialog Ethik“, Zürich, von 2017). Und glücklicherweise wollte auch niemand mir als dem pflegenden Ehemann „handfeste Unterstützungen“ zukommen lassen; dass sich vertraute Menschen von uns zurückzogen, steht auf einem anderen Blatt.

Stattdessen haben wir zahlreiche Reisen gemacht nach Athen, Prag, Dresden, Sylt, Rügen usw., jedes Jahr mindestens eine, weil wir immer gerne gereist sind; nie habe ich meine kranke Frau dabei versteckt. Oftmals habe ich für sie geweint (wohlgemerkt nicht mit ihr), habe meinen Tränen einen Dialog mit ihren Tränen erlaubt, von dem sie mir dann berichteten, habe ihr, die ihre letzten verbalisierten Jahre mit Poesie gefüllt hatte, meine neuesten Gedichte vorgelesen, habe ihr Leben – diesmal ausdrücklich mit ihr – fortgesetzt.

Unsere Ehe war nie eine „Beziehung zweier Gehirne“, sondern zweier Menschen. Wie hätte sich das aufgrund der Erkrankung eines Organs ändern sollen? Zugegeben, zweimal landete sie ohne mich in einem Krankenhaus, und ich bekam sie desolater zurück, als ich sie hatte gehen lassen müssen.

Die Diagnosen, Prognosen und endlich sogar das Koma hatten sicher etwas mit Realität, mit Wirklichkeit zu tun; aber unsere „Wahrheit“ hat sie eigentlich nie interessiert. Ja, auch wir hatten Ängste, die sicher auch Ursachen hatten; und es war gut, dass man diese Ursachen zu erkennen oder auch ihnen vorzubeugen suchte; meine Frau bekam schließlich Tavor und Midazolam, da sie ja mögliche Ängste nicht äußern konnte. Aber die Triebfeder Angst, welche unser Leben politisch, sozial, gedanklich und in der Liebe begleitet hatte, blieb



erhalten, auch als sie aus meinen Armen in ein anderes Zuhause hinüberwechselte. – Ja, die Bedarfsmedikation sah auch Schmerzmittel vor, obwohl sie – selbst bei einem Oberschenkelbruch – kein Schmerzempfinden äußerte. Aber wir transferierten unsere Energie „Leid“ in unsere Wahrheit hinüber, gerade als die „Leiden“ unwichtig geworden waren. – Und obwohl die Prognosen vielerlei Erwartungen weckten, die nur teilweise eintraten, aber vielfach unnötig dramatisch und tragisch geklungen hatten, gelang uns, an jener Hoffnung festzuhalten, die niemals enttäuscht und eben nichts „Schlimmes“ enthält.

Indem ich dies hier in aller Kürze aufschreibe, möchte ich bemutigen, Diagnosen und Prognosen zwar ihre Berechtigung zu lassen, sie jedoch auf das Minimum zu reduzieren, das ihnen gerade am Lebensende, selbst wenn sich dieses über sieben oder noch mehr Jahre hinzieht, zusteht. Es mag dramatische und traurige Episoden mit unserem Gehirn, aber auch mit dem Herzen, der Lunge, dem Nervensystem usw. geben; aber verglichen mit den spannenden Episoden des Lebens, zumal wenn die-

ses von Liebe, Akzeptanz, Begegnung, Mit-Sein, Poesie und Musik geprägt ist, sind sie „beiläufig“, jetzt-gebunden. Demut (Dien-Mut) gegenüber den großgeredeten Ereignissen verschafft uns Bereitschaft für den „Mutwillen“ zum Leben. Die Bereitschaft der Begleiterinnen und Begleiter während der Krankheit und dem Sterben meiner Frau, sich zurückzunehmen auf die kleinen, zweifellos trotzdem wichtigen Kompetenzen, die ich nicht hatte, ihre Nichteinmischung in die Wahrhaftigkeit unseres Lebens und Liebens, erfüllen mich mit mehr Dankbarkeit, als die Rezepte, Verordnung, Anwendungen, deren Zettel meine gesuchte Zukunft immer noch verunstaten.

Prof. Dr. Franco Rest

Giselanum

Zentrum für angewandte Poetik

Stortsweg 41 a

44227 Dortmund

Tel.: 02 31 - 75 27 09

rest@fh-dortmund.de

www.francoreset.de

TRAUMATISIERUNGEN IM ZWEITEN WELTKRIEG UND IHRE FOLGEN

GEREON HEUFT



Prof. Dr. Gereon Heuft

Ältere Menschen können – angestoßen auch durch politische Krisen – frühere Traumatisierungen, also lebensbedrohliche Erfahrungen, unter akuter Symptombildung reaktivieren (Heuft, 1993). Klinisch imponieren diese Trauma-Reaktivierungen entweder als Wiederbelebung von traumatisch empfundenen Sinesindrücken (Bilder, Geräusche: „Als wäre es gestern gewesen!“) oder als psychische (Ängste) bzw. psychosomatische Symptombildungen. Diese Körpersymptome können

in ihrer Ausgestaltung auch symbolhaft an den ursprünglichen Ablauf der traumatischen Erlebnisse erinnern (siehe das nachfolgende Fallbeispiel). Neben solchen äußeren Anlässen können auch eigene (lebens-)bedrohlich erlebte körperliche Krankheiten oder der real bevorstehende eigene Tod die Trauma-Erfahrung wiederbeleben.

Es gibt drei Faktoren, die eine Reaktivierung von Traumatisierungen im Alter fördern. Diese drei Faktoren stehen untereinander in einem sich gegenseitig begünstigenden Bezug:

1. Ältere Menschen sind befreit vom Druck direkter Lebensanforderungen durch Existenzaufbau, Beruf und Familie; sie haben „mehr Zeit“, bisher Unbewältigtes bei sich wahrzunehmen;
2. sie spüren zudem nicht selten auch den vorbe-wussten Druck, noch eine unerledigte Aufgabe zu haben, der sie sich stellen wollen und stellen müssen;
3. darüber hinaus kann der körperliche Alternprozess selbst (in seiner „lebensbedrohlichen“ somatischen Dimension) traumatische Inhalte reaktivieren.

» Eine Reaktivierung traumatischer Ereignisse kann durch verschiedene Faktoren begünstigt werden.

In der folgenden Fallgeschichte wird eine Verlust-erfahrung zum Motor der Trauma-Reaktivierung, die zunächst unbewusst bleibt und sich in einer Körpersymptomatik äußert.

Beispiel: Psychosomatische Symbolisierung bei Trauma-Reaktivierung

Der 63-jährige Patient litt seit drei Monaten unter einer schweren Dyspnoe, indem er stets wie gegen einen Widerstand mit lautem Seufzen ausatmete: „Ich muss so schnaufen.“ In zwei stationären internistischen Durchuntersuchungen war die Diagnose eines erstmals im Alter aufgetretenen Asthmas bronchiale gestellt und eine hochdosierte Asthma-Medikation für notwendig erachtet worden.

Auf Empfehlung seines Hausarztes kam der Patient in die Ambulanz. – Zunächst berichtete er von einem Beinahe-Unfall auf der Autobahn: Ein plötzlich ausscherender LKW hatte ihn auf der Überholspur geschnitten. Er hatte das Gefühl, nur seine schnelle Reaktion hatte Schlimmeres verhindert. Nach diesem Schrecken fuhr er auf den Standstreifen und rang „nach Luft“. Nach einigen Minuten bekam er ganz langsam noch das Auto nach Hause gesteuert. Von da an fuhr er selber nicht mehr und entwickelte die genannte Atemsymptomatik. Da er von Beruf Autoverkäufer war und am Stadtrand wohnte, war er von dieser Zeit an auch arbeitsunfähig. – Im zweiten Untersuchungsgespräch erwähnte er eher zufällig den plötzlichen Herztod seines besten Freundes 14 Tage vor dem Beinahe-Unfall auf der Autobahn. Beide Männer waren verheiratet, hatten aber auch viele gemeinsame Pläne, was sie nach der absehbaren Beren-

tung gemeinsam machen wollten. Dieser plötzliche Verlust sei für ihn so schlimm gewesen, dass er nicht einmal habe zur Beerdigung gehen können. Warum konnte dieser Mann, der sich in seinem Leben mit vielen belastenden Situationen konfrontiert und Schwellensituationen gemeistert hatte,



jetzt mit diesem Todesfall nicht adäquat trauernd umgehen? – Vor dem dritten diagnostischen Gespräch war dem Untersucher aufgefallen, dass innerhalb der biographischen Anamnese über die Jugendzeit noch kaum etwas bekannt war. Die Nachfrage zu diesem Lebensabschnitt brachte die folgende, vom Patienten zunächst fast rein berichtsmäßig geschilderte Geschichte zu Tage: Ausgangs des Zweiten Weltkrieges war der Patient als Jugendlicher zum sogenannten „letzten Aufgebot“ eingezogen worden. Er selber und seine Familie hatten glaubhaft wenig Identifikation mit der nationalsozialistischen Ideologie besessen. Für ihn als Jugendlichen sei es mehr ein „Räuber und Gendarm-Spiel“ gewesen, als sie aus einem Waldstück heraus heranrückende amerikanische Panzer beschossen hätten. Dabei sei ein Jeep in Brand geschossen worden. Daraufhin hätten die Panzer die Richtung geändert und seien in das Waldstück hineingefahren, in dem die Jugendlichen in Schützengraben lagen. Diese Gräben seien von den Kettenfahrzeugen dann „eingeebnet“ worden, wobei in einem der vorderen Schützengraben sein damaliger Schulfreund ums Leben kam. Der Patient äußerte unabhängig von der Realität, dass dieser

Junge damals vermutlich erdrückt wurde, die Phantasie, er sei erstickt. Er selber sei mit dem Leben davongekommen, weil er ganz hinten postiert gewesen sei. – Danach war der Krieg zu Ende und keiner interessierte sich für diese Erlebnisse. Es galt, das tägliche Überleben durch Beschaffung von Nahrungsmitteln zu sichern. Bald darauf begannen die Berufsausbildung und seine erfolgreiche Tätigkeit als Autoverkäufer, die Gründung der eigenen Familie, Bau eines Eigenheimes etc.

Durch den Tod seines jetzigen Freundes wurde plötzlich die eigene Endlichkeit und ein damit verbundenes, noch undeutliches Gefühl von Bedrohung bewusst. Der Beinahe-Unfall auf der Autobahn hatte dieses Bedrohungserleben zeitnah erneut aktualisiert und in Identifikation mit dem als Ersticken phantasierten Tod des Jugendfreundes zu der Dyspnoe-Symptomatik geführt.

Die Behandlung wurde als trauma-fokalisierende ambulante Psychotherapie mit einer Frequenz von einer Therapiesitzung pro Woche über ein halbes Jahr durchgeführt. Im Laufe der Behandlung konnten alle „Asthma“-Medikamente in Kooperation mit

» *Traumatische Erlebnisse sollten nicht bedingungslos aufgedeckt, aber in der therapeutischen oder pflegerischen Begleitung berücksichtigt werden.*

den Internisten abgesetzt werden und der Patient begann, selber wieder Auto zu fahren und zu arbeiten.

Das „Miterleben“ berichteter traumatischer Erfahrungen kann auch für Ärzte und Pflegekräfte belastend sein. So berichtete Ernst Federn, der in seiner Jugend Gefangener in einem Konzentrationslager der Nationalsozialisten war, als Psychoanalytiker im fortgeschrittenen Alter: „Was mich angeht, so hätte ich sehr gerne von meinen Erlebnissen erzählen wollen, aber es waren die Analytiker, die ausnahmslos einem Gespräch über meine Lagererlebnisse aus dem Wege gegangen sind [...]. Unter dem Vorwand, meine Gefühle schonen zu wollen, verbarg sich die Angst vor eigenen Konflikten, die durch die Berichte über die Schrecken des Lagerlebens ausgelöst werden konnten“ (1986, S. 465f; zit. n. Ehlers-Balzer, 1996, S. 292).

Selbstverständlich sind die Behandler und Pflegenden auch verpflichtet, den Patienten vor überschwemmenden, die Ich-Funktionen potentiell überfordernden traumatischen Erinnerungen und Affekten nach Möglichkeit zu schützen. Menschen in einer palliativen Situation haben oft nicht mehr die Kraft und die Zeit, ihre traumatischen Erfahrungen so durcharbeiten, wie es das obige Fallbeispiel zeigt. Aber für alle Seiten kann es schon hilfreich sein, wenn beispielsweise „gewusst“ wird, dass jemand aufgrund schwerwiegender Erfahrungen in manchen (Pflege-)Situationen emotional „schwierig“ reagiert. Zu denken ist dabei etwa an eine 78-Jährige, die erst dann auf das Pflegepersonal aggressiv reagierte, als sie voll gepflegt werden musste. Da bekannt war, dass sie ausgangs des Zweiten Weltkrieges ein Vergewaltigungstrauma erlitten hatte und seither nie wieder jemanden „so nahe“ an sich herangelassen hatte, ermöglichte dieses Wissen einen besonders reflektierten Pflegeablauf. So konnte die Patientin viel „stressfreier“ gewaschen werden.

Neben der Pathogenese direkt „traumatisch“ wirkbarer Situationen können auch Belastungen im weiteren Sinne noch im Alter bedeutsam sein. So ist das Risiko einer Depression bei Älteren, die als Kinder im Zweiten Weltkrieg „Vaterlos“ aufgewachsen sind, erhöht (Franz et al., 2007). – Es gibt

Menschen mit einer traumatischen Erfahrung als Lebensthema, die „nie über diese Zeit sprechen“ können oder sich immer wieder über diese Zeit z. B. „als Soldat in Russland“ mitteilen wollen. Manche dieser Mitteilenden verkehren ihre Erfahrungen ins Gegenteil, indem sie z. B. vor allem die Kameradschaft unter den Soldaten idealisierend betonen, verstehbar als inneres Gegengewicht zu den anbrandenden bedrohlichen Erinnerungen und Affekten. Dort, wo in der biographischen Anamnese Alternder „Lücken“ bemerkt werden, könnten bewusst oder unbewusst traumatische Erfahrungen zurückgehalten werden. Derartige „Lücken“ können z. B. bei einer heute 84-Jährigen (bei Kriegsende 1945 also 10 Jahre alt!) Flucht aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten im Winter 1944/45, an der Hand einer vergewaltigten Mutter, in Verantwortung für jüngere Geschwister und Erfahrungen von Tieffliegerbeschuss beinhalten. – Im Umgang mit über 60-Jährigen besteht immer auch die Notwendigkeit, zeitgeschichtlich zu denken (Radebold, 2004; 2005), d. h. solche Erfahrungen weder bei einem anamnestischen Gespräch auszusparen noch ihre Offenbarung zu forcieren.

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. theol. Gereon Heuft

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 22
48149 Münster
Tel.: 02 51 - 8 35 29 01
Fax: 02 51 - 8 35 29 03
heuftge@ukmuenster.de

Literatur

- Ehler-Balzer, M.** (1996). Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 21-324.
- Fooken, I., Heuft, G., (Hrsg.)** (2014). *Das späte Echo von Kriegskindheiten. Die Folgen des Zweiten Weltkrieges in Lebensverläufen und Zeitgeschichte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Franz, M., Hardt, J., Brähler, E.** (2007). Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im zweiten Weltkrieg. *Zeitschrift Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 53, 216-227.
- Heuft, G.** (1993). Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – Zur Genese und differentiellen Therapieintegration akuter funktioneller Somatisierungen im Alter. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 43, 46-54.
- Heuft, G.** (2018). *Psychodynamische Gerontopsychosomatik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Radebold, H.** (2004). *Kindheit im II. Weltkrieg und ihre Folgen* (2. Aufl.). psychosozial, Gießen.
- Radebold, H.** (2005). *Die langen Schatten unserer Vergangenheit. Zeitgeschichtlich denken in Beratung/Psychotherapie, allgemeiner ärztlicher und psychiatrischer Versorgung. Pflege und Seelsorge*. Stuttgart: Klett-Cotta.

AUS GANZEM HERZEN LEBEN

ANDREA WEILGUNI

Wer schaut schon gerne auf das, was man im Leben selber versäumt, nicht gewagt, letztlich nicht gelebt hat, sind damit doch oft Gefühle etwa von Reue, Bedauern, auch Schuld und Scham verbunden. Dieses Ungelebte ist aber Teil unseres Lebens. Es kann sich gerade in Zeiten des Wandels und Übergangs mit Vehemenz zu Wort melden.

In der Vorbereitung auf diesen Artikel spürte ich zuallererst und bis zuletzt Widerstand, denn Ungelebtes haben wir alle und es holt uns immer wieder ein. Der Blick darauf kann zuweilen ganz schön mühsam sein, denn das Ungelebte will Beachtung. Und dann ganz unerwartet stürzte ich schwer und fand mich mit einer betagten Dame gemeinsam in einer Rettung auf dem Weg ins Krankenhaus wieder. Sie war voller Altersweisheit, war fröhlich und gab mir ganz bodenständiges Wissen mit: „*Ich habe mein Leben genossen und habe das gemacht, was möglich war. Nur nicht nach etwas anderem Ausschau halten, das macht unglücklich. Zufrieden sein mit dem, was man hat, das ist wichtig*“. Es schien fast so, dass sie mit ihren 94 Jahren nichts zu bedauern hat und dass sie auf ein erfülltes Leben blickt. Aha, dachte ich, das Thema holt mich ein.

Grundsätzlich wird es jeder von uns kennen, dass manchmal im Leben etwas offenbleibt und es muss sich dabei nicht immer gleich um etwas Großes handeln. Ein unausgesprochener Dank. Eine Sympathiebekundung, die man aus Scheu nicht mitteilte. Jemandem sagen, wie sehr man ihn oder sie liebt. Ein nicht geschlossener Friede. Ein unerfüllter Wunsch. Eine verpasste Chance. Eine zurückbehaltenen Bitte um Vergebung. Etwas, das man vorenthalten hat. Oder blieb man sich selber gar etwas schuldig? Manches mag davon schwer wiegen. Letztlich sind es vielleicht auch Dinge, die wir nicht mehr erledigen können, weil es die Möglichkeit dazu nicht mehr gibt.

Die Gründe, warum manches im Leben offenbleibt sind vielfältig. Vielleicht verfügte man damals nicht

über ausreichend Courage und den nötigen Glauben an sich. Möglicherweise hörte man zu sehr auf andere und nicht auf sich selbst. Vielleicht hatten wir aber auch schlichtweg einfach die zur Lösung nötigen Ressourcen (noch) nicht parat. Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, auch Verbitterung mögen ein Resultat sein.

Darauf zu blicken, braucht Mut, denn es führt uns unsere eigene Fehlbarkeit, Begrenztheit vor Augen. Wir sehen, dass wir in manchem scheiterten, an unsere Grenzen kamen. Wir enttäuschten vielleicht andere und wir enttäuschten

uns vielleicht selber. Es rührt oft schmerzhaft an Kummer, Stolz, Trauer, Kränkung, Scham, Reue und Schuld. Wozu hat man es im Leben gebracht? Was hat man erreicht? Stimmt die Bilanz, die man zieht? Ein Resümé im Leben

ziehen wir besonders dann, wenn sich Dinge im Leben wenden. Veränderung, Wandlung und Übergang, Abschiede werden davon gerne begleitet. Und je näher unser eigener Tod rückt, desto dringlicher wird diese Auseinandersetzung mit dem Ungelebten. Dabei gibt es eine Verknüpfung zwischen dem Ungelebten und dem Tod.

Irvin D. Yalom schreibt in seinen Memoiren: „... je größer das Gefühl von ungelebtem Leben, desto größer die Angst vor dem Tod.“ (Yalom, 2017, S. 382). Wer also Ungelebtes in sich trägt, und das tun wir schließlich alle, und sich damit aber nicht auseinandersetzt, befeuert diese Angst und tut sich letztlich schwer, es gut sein zu lassen. Aber zuweilen beharren wir regelrecht darauf und lassen Ungelebtes nicht gehen (vgl. Bahr u. Kast, 1990, S.66f) und das kann es schwer machen.

Wenn man sich mit Ungelebtem auseinandersetzt, wird sprachlich gerne der Konjunktiv herangezogen. Kennen Sie das? *Hätte* ich doch mehr auf meine innere Stimme gehört. *Wäre* ich doch damals



Andrea Weilguni

» *Wir alle tragen Ungelebtes in uns; nun kommt es darauf an, wie wir damit umgehen.*



mutiger gewesen. Könnte ich das doch rückgängig machen. Es gibt vor allem darüber Auskunft, dass man hadert, dass da noch etwas im Vergangenen hält und offen ist. Dieses Grübeln oder Ruminieren ist mühsam und quälend. Es hält uns und schwächt unserer Resilienz. Um eine konstruktive Auseinandersetzung zu vermeiden, wird dieser innere Konflikt gerne nach außen verschoben oder er kann wiederum, von Schuldgefühlen und Verbitterung

» Ein Leben lässt sich selten nach Plan leben, es tun sich aber immer wieder neue Chancen auf.

begleitet, verdrängt zu einer depressiven Grundstimmung führen. Ruminieren hört erst dann auf: „... wenn Menschen sich von einem unerreichbaren Ziel verabschiedet haben ...“ (Filipp u. Aymanns, 2010, S. 161). Weiterschreiten und Dinge lassen, die man nicht leben konnte, die einem versagt blieben, ist wichtig, weil es andernfalls Entwicklung behindert.

Um sich selbst und dem Anderen verzeihen, sich aussöhnen zu können, braucht es die Kompetenz des Ein- und Mitfühlens in sich und andere. Ebenso braucht es die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Es ermöglicht eine Neubewertung. Empathie und Perspektivenwechsel stellen den Schlüssel dar und eröffnen den Weg zur Aussöhnung.

Sich zu versöhnen und zu verzeihen, löst Belastendes und Negatives auf und trennt uns von Misslichem. Es hilft, Gefühle wie Verbitterung, Enttäuschung, den Wunsch nach Rache, empfundenen Hass etc. loszulassen. Es hilft, mit Unveränderbarem, Unwiederbringlichem abschiedlich zu leben.

Der Blick auf das Ganze birgt dabei etwas Tröstliches in sich. Das erreichte, gelungene, geglückte Leben stärkt. Es kann Traurigkeit, Wut, Reue etc. über das Ungelebte etwas abmildern helfen, mag Verbitterung abwenden. In keinem Leben gelingt alles. So manche Wünsche und Sehnsüchte müssen vielleicht auch unerfüllt bleiben. „Mensch sein heißt, sich einzuüben in seiner Begrenztheit“ (Fun-

ke, 2015) und der Umgang damit bedeutet wiederum persönliche Reifung. Aber auch das bedarf einer Trauer. Dann wird Konjunktiv zur Vergangenheit. Ich handelte so und nicht anders und damals mit den Möglichkeiten, die mir zu Verfügung standen. Das klingt doch anders als: „Hätte ich doch ...“. Dieser Abschied befreit, bringt Entlastung und eine Neuausrichtung kann beginnen. Und die eigene Endlichkeit hilft uns dabei zu spüren, was wichtig ist und wonach es uns sehnt.

Diese Lebensbilanz wartet auf uns alle und jeder hat dabei seinen eigenen Weg. So wie wir uns von Ungelebtem nicht nur verabschieden müssen, sondern auch dürfen, können wir diese Erfahrungen weitergeben und natürlich auch jene des gelungenen Lebens – das gibt Hoffnung. Zumal mit dem Vergeben und Verzeihen das eigene Wohlbefinden steigt und die Hoffnung, die daraus erwächst, ein wesentlicher Sinnstifter im Hier und Jetzt ist. Hoffnung entsteht auch dann, wenn wir das wahrnehmen und annehmen, was ist, was war, und offen sind für das, was sein wird.

Tröstlich mag auch sein, dass sich ein Leben selten ganz nach Plan leben lässt und dass sich aber immer wieder neue Chancen und Optionen auftun, für die es gilt, offen zu sein, für die es gilt, sich wieder mutig aufzumachen. Und vermutlich gibt es sogar mehr Chancen und Optionen, als die, die wir in

diesem Lebensmoment zu erkennen vermögen. So erweitert sich der Blick vom ungelebten Leben auf das noch zu lebende Leben.

Dazu müssen wir Milde, Güte, Dankbarkeit und auch Vertrauen entwickeln. Sie helfen uns zu verzeihen und zu vergeben. Letztlich geht es darum, sich mit sich und dem eigenen Leben, so wie es war, auszusöhnen, um es aktiv zu gestalten, damit wir unserer Vorstellung von einem erfüllten Leben möglichst nahekommen, um das heraus zu leben, um das zu werden, was wir in uns tragen.

Andrea Weilguni

Klin., Gesundheits-, Arbeits-, Notfallpsychologin,
Diplompsychogerontologin
anwemago@gmx.at

Literatur

Bahr, H.-E., Kast, V. (1990). *Lieben – Loslassen und sich verbinden*. Kreuz Verlag, Stuttgart.

Filipp, S.-H., Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse uns Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Kohlhammer, Stuttgart.

Funke, G. (2015). „Lass mal gut sein“ befreit vom ständigen Erfolgsdruck; *Salzburger Nachrichten* vom 12.05.2015, <https://www.pressreader.com/austria/salzburger-nachrichten/20150512/282071980473918>.

Yalom, Irvin D. (2017). *Wie man wird, was man ist. Memoiren eines Psychotherapeuten*. Verlagsgruppe Random House GmbH, München.

DER CLUB DER SÄRGE

BARBARA BARKHAUSEN

Jedes Land hat seine eigene Bestattungskultur und seine eigene Art, mit dem Thema Tod umzugehen. In der westlichen Welt kann eine Beerdigung leicht in die Tausende Euro gehen. Eine Gruppe älterer Leute in Neuseeland bietet dem „Geschäft mit dem Tod“ die Stirn. In sogenannten „Coffin Clubs“ bauen und dekorieren die Senioren ihre Särge selbst. Viele ältere Leute finden dabei nicht nur Anschluss, sondern setzen sich auch zum ersten Mal auf positive Weise mit dem Ende ihres Lebens auseinander.

Zwei Särge lehnen senkrecht an der Wand des Wohnzimmers. Sie stützen ein Regal – in der Mitte steht eine große Musikanlage, die Lautsprecher

thronen eine Etage tiefer, Weinflaschen zieren das oberste Regalbrett. Makaber? Nein, sagt Katie Williams, die 2010 den ersten „Club der Särge“ in Neuseeland gegründet hat. Für sie gehört der Tod zum Leben dazu. Und irgendwo müssen die älteren Leute ja ihre Särge aufheben, sagt sie. „Manche nutzen sie eben als Buchregale, andere als Kaffeetische und manche sogar als eine Art Sofa.“



Barbara Barkhausen



Colin auf seinem mit Zeitungen gestalteten Sarg

© Katie Williams

Katie Williams lebt in Rotorua auf der Nordinsel Neuseelands. Ihre grauen Haare stehen struppig vom Kopf ab, sie lassen sich ebenso wenig bändigen wie die 79-Jährige, die es mit ihrer Initiative mit einer ganzen Industrie aufgenommen hat. Denn im Beerdigungsgeschäft steckt eine Menge Geld. Am Anfang waren die Profi-Bestatter deswegen auch alles andere als glücklich über Katies Konkurrenz, doch nach acht Jahren Hartnäckigkeit von Katies Seite hat man sich angenähert. Jetzt würden die Bestatter sogar ab und zu mal einen Sarg von ihr kaufen, sagt sie.

Katie ist eindeutig eine Frohnatur: So frisch und frei sie über Rotorua und seine Einwohner spricht, genauso locker plaudert sie auch über den Tod.

Dass die Neuseeländerin so leger über das Ende des Lebens sprechen kann, das liegt sicher auch an ihrer eigenen Vergangenheit. Denn als palliative Krankenschwester war der Tod auch früher schon ihr ständiger Begleiter. Als sie selbst in Rente ging, schien es ihr deswegen kein irrwitziger Vorschlag zu sein, ein „Sargprojekt“ zu starten. Als ihr die Idee vor etwa acht Jahren in den Kopf schoss, saß sie gerade mit einer Gruppe älterer Leute zusammen, die sich einmal im Monat trafen, um über Gott

und die Welt zu sprechen – über Fotografie, Wissenschaft, Bücher, Philosophie... „Und dabei kam die Idee irgendwie auf.“ Zunächst sei die Reaktion aber verhalten gewesen. „Aber dann dachten die Leute ein wenig darüber nach und schließlich fingen wir an, uns bei mir zu Hause zu treffen.“

Die Idee schlug international ein

Die Idee schlug immer mehr ein und aus anfangs 20 Clubmitgliedern wurden 200, von denen im Durchschnitt 50 bis 60 jeden Mittwoch auftauchen.

Seit einigen Jahren greift dem Club auch eine lokale Firma mit einem Workshop unter die Arme. „Als wir das Angebot bekamen, schwebten wir im siebten Himmel“, scherzt die Neuseeländerin. Inzwischen sind Williams und ihre Freunde auch nicht mehr die Einzigen. Schon bald fanden sich Nachahmer und inzwischen gibt

es in Neuseeland über zehn „Coffin Clubs“.

Die Idee hat selbst im Nachbarland Australien eingeschlagen. Ein erster Club hat sich auf der Insel Tasmanien zusammengefunden, aber auch an etlichen anderen Orten hat die Idee Anhänger gefunden. „Nachdem eine neuseeländische Produktionsfirma ein Musical mit uns gedreht hat und das Millionen Hits im Internet bekam, erhielten wir Anfragen von überall auf der Welt“, sagt Katie Williams.

» *Anschluss finden und sich mit dem Ende des Lebens auseinandersetzen: Das bieten die Coffin Clubs.*

Auch die Wirtschaft ist in Teilen auf den „Do it yourself“-Beerdigungstrend aufgesprungen. So bietet die Supermarktkette Costco in Melbourne und Sydney inzwischen beispielsweise 14 verschiedene Sargmodelle, die zwischen 360 und 3800 australische Dollar kosten. Und selbst wenn es manchem seltsam anmuten mag, auf der Einkaufsliste neben Milch und Brot auch einen Sarg zu haben, so hilft der neue, irgendwie selbstverständlichere Umgang mit dem Tod vielen älteren Leuten dabei, das Thema auf positive Art und Weise zu verarbeiten. „Es hat sich eine Menge getan“, sagt Katie Williams. Heute würden sich viele sofort kremieren lassen und sich für danach eine Lebensfeier wünschen, bei der Familie und Freunde zusammenkommen. „Das Ganze ist jetzt deutlich leichter, mehr eine Feier des Lebens und dessen, was der Verstorbene erreicht hat – früher war es dagegen eine rein traurige Angelegenheit.“

» *Früher war es eine traurige Angelegenheit, heute ist es eine Feier des Lebens.*

Sanft gebettet zwischen Elvis, Doktor Who und Hühnern

Dadurch, dass die älteren Leute ihre eigenen Säрге bauen und dekorieren, bekommen viele eine sehr

individuelle Note: Elvis-Fans wollen sich umgeben vom König des Rock'n' Rolls zu Grabe tragen lassen, andere in der Tardis von Doktor Who ruhen und wieder andere zwischen gemalten Blümchen, Hühnern oder in einem Go-Kart bestattet werden. Auch Katie Williams hat natürlich längst ihren eigenen Sarg gebaut. Er ist mit Tapete beklebt, doch inzwischen gefällt ihr eigentlich Graffiti besser. „Vielleicht spende ich meinen und bastele einen neuen“, sagt sie. Darüber denkt sie bereits seit ein paar Jahren nach. „Doch bisher ist noch nichts daraus geworden.“



Jans Coffin zwischengelagert als Bett

© Katie Williams



Geraldines Sarg ist ein Kunstwerk

© Katie Williams

Katie Williams ist ein wenig wie Mutter, guter Samariter und Chef in einem für die Mitglieder des „Coffin Clubs“. Die Männer, die beim Sägen und Zusammenbasteln der Säрге helfen, nennt sie ihre „Darlings“, ihre „Lieblinge“. Die Frauen, die in der Küche für die 50 bis 60 Mitglieder Essen zubereiten oder beim Bemalen und Dekorieren helfen, sind ihre „Göttinnen“.



Einige Mitglieder des Coffin Clubs

© Katie Williams

Makaber ist das Sargbasteln also keineswegs, das möchte Williams nochmal betonen. Eher sei es eine Menge Spaß, sagt sie. „In erster Linie geht es um die Sozialisierung.“ Viele ältere Menschen seien einsam. Sie hätten wenig Ansprache und Liebe und die Umarmung, die sie beim „Coffin Club“ jeden Mittwoch erhalte, sei oft das einzige Mal in der Woche, dass sie liebevoll angefasst würden. „Außerdem geht es darum, Kontrolle bis zum Ende zu behalten, den Sarg so zu dekorieren, wie man gelebt hat, mit dem, was man geliebt hat.“

Plötzlich spricht man über den Tod – positiv

Für viele ist das Sarg-Basteln auch ein Anstoß, das Thema Tod mit den eigenen Kindern und Enkeln anzusprechen und dabei eigene Wünsche zu besprechen. „Ansonsten kommt dann die Familie in letzter Minute und sagt, aber Mama sollte den Mahagoni-Sarg mit Goldbeschlagen haben, obwohl das der Mama so etwas von egal gewesen wäre“, sagt die Neuseeländerin. Solch ein Standardsarg kostet in Neuseeland fast 4000 neuseeländische Dollar, während die Materialien für den selbst gebastelten beim „Coffin Club“ auf gerade mal 250 Dollar kommen.



Jim, Bruce, Katie mit einem Gokart Coffin

© Katie Williams

Vor allem die Maori-Bevölkerung in Neuseeland, die aufgrund großer Familien oftmals besonders unter den hohen Beerdigungskosten leidet, hat die Idee dankbar aufgenommen. Denn der „Coffin Club“ hilft inzwischen nicht nur mit der Sargherstellung, sondern auch mit der Organisation der Feier. „Normal kostet eine Beerdigung in Neuseeland 10-14.000 Dollar, wir können das inzwischen auf 1000 Dollar inklusive der Kremierung drücken“, sagt Williams. Ihr Club arbeitet inzwischen

auch auf Bestellung und unterstützt zum Beispiel das lokale Krankenhaus mit Kindersärgen für Frühgeburten oder stillgeborene Babys.

Mehrere hundert Särge haben die Clubmitglieder alleine in Rotorua inzwischen gebaut und etliche sind auch schon zum Einsatz gekommen. „Bei den Beerdigungen feiern wir dann gemeinsam das Leben des Verstorbenen“, sagt Katie Williams. Einen 93-jährigen Trambahnfahrer hätten sie extra einen

Hügel runtergefahren, um ihm quasi eine letzte Trambahnfahrt zu gewähren. „Und bei einem Beatles-Fan haben wir alle zusammen *Yellow Submarine* gesungen.“

www.coffinclubs.co.nz

Link zum Musical:
<http://loadingdocs.net/thecoffinclub/>

LEBENSWEIT POSTMORTEM VON DER FOTO- ZUR BIOGRAFIE

THORSTEN BENKEL, MATTHIAS MEITZLER

Seit etwa 25 Jahren zeichnet sich in der deutschsprachigen Bestattungskultur ein auffälliger Wandel ab. Traditionelle Darstellungsformen werden allmählich seltener, während individuelle, ja gezielt einzigartig gestaltete Grabstätten und Trauerfeiern immer prominenter vertreten sind. Was steckt hinter dieser Entwicklung? Um dieser Frage nachzugehen, bedarf es einer sozialwissenschaftlichen Nachforschung.

Auf der Suche nach Erklärungen für gesellschaftliche Umbrüche müssen Soziologen manchmal ungewöhnliche Wege gehen. Als wir, die Autoren dieses Beitrags, um das Jahr 2010 herum die Individualisierung als soziales Phänomen betrachteten, stellten wir fest, dass dieser scheinbar ganz und gar auf das moderne Leben bezogene Trend sich auf vielschichtige, geradezu überraschende Weise auch im Bereich der Sepulkralkultur auffinden lässt. Und nicht nur das: Wie eine nähere Recherche offenbarte, tauchen Individualisierungstendenzen überall dort auf, wo es um Sterben, Tod und Trauer geht – im Hospiz, bei der Bestattungsvorsorge, in Online-Trauerforen, im palliativmedizinischen Kontext und an vielen weiteren Orten. Wir entschieden uns, diese bemerkenswerte Parallelität in einem Forschungsprojekt zu untersuchen.

Zunächst widmeten wir uns dem „Wandel der Bestattungskultur“. Mit einem historischen Blick, der ungefähr mit der Reformationszeit beginnt, als Startpunkt, versuchten wir zu rekonstruieren,

welche Relevanz das Verhältnis von Tod und Gesellschaft hatte und nach wie vor hat (Benkel; Meitzler, 2013). In einem Anschlussprojekt zur „Autonomie der Trauer“ sprachen wir mit Menschen, die sich für die (in Deutschland noch illegale) Praxis entschieden haben, die Asche ihrer Verstorbenen zuhause aufzubewahren oder an bestimmten Orten zu verstreuen (Benkel; Meitzler; Preuß, 2018). Und aktuell arbeiten wir zur „Pluralisierung des Sepulkralen“ und analysieren dabei zeitgenössische Formen des Trauerns, insbesondere angesichts der Expansion des Internets.

Insbesondere der Friedhof eignet sich, um die Essenz unserer Forschung zu verdeutlichen. Menschen, die sich eher selten auf dem Totenacker



Matthias Meitzler, Dr. Thorsten Benkel © Benkel/Meitzler



© Benkel/Meitzler

Fortschritt gemacht hatte, der sie wesentlich vereinfachte, entstand die Profession der Fotografen – damit auch das kommerzielle Interesse an entsprechenden Abbildungen. Es ist daher keine Überraschung, dass bei Todesfällen damals die aufwändig erstellten Fotografien ihren Weg an die Grabstätte fanden. Auf alten Friedhöfen, die Gräber mit sogenannter „Ewigkeitsgarantie“ aufweisen (wie etwa der Zentralfriedhof Wien), lassen sich solche antiquierten Bilder hier und da noch entdecken. Verschiedene

aufhalten, dürfte nicht bewusst sein, dass Friedhöfe mittlerweile als Indikatoren des sozialen Wandels verstanden werden können (Benkel, 2012). Lange Zeit wurde im Bereich der Bestattungskultur scharf unterschieden zwischen den Lebensmilieus der Verstorbenen; die soziale Ungleichheit, die im Leben vorherrschte, wurde auf diese Weise reproduziert und postmortem festgeschrieben. Alte Friedhöfe geben häufig noch Zeugnis ab von dieser Mentalität: Die Familiengruft und das Prunkgrab sind mitunter noch heute erhalten, doch sie signalisieren nicht mehr, wer zur Oberschicht einer Kommune gehörte, sondern gelten oft nur mehr als ästhetische Monumente einer längst vergangenen Zeit. Welche Persönlichkeit hinter den verblichenen Namen steckte, spielt meist keine Rolle mehr.

Große Umbrüche lassen sich im 19. und 20. Jahrhundert verzeichnen. Aus heutiger Sicht aufschlussreich ist beispielsweise die Installation der ersten Fotos an Grabstätten in der Zeit um 1840. Kaum dass die Fotografie einen technischen

Veränderungen, etwa auch politische Umwälzungen wie in der Zeit des Dritten Reiches, sorgten dafür, dass die entstandene Bildtradition wieder abbrach. Individuelle Personendarstellungen vertrugen sich nicht mit der Idee einer kollektiven Volksgemeinschaft. Südeuropäische Regionen wurden von dieser unheilvollen Doktrin nicht eingeholt und können daher auf eine ungebrochene Fotohistorie auf den

» *Mit Beginn der professionellen Fotografie zeigten sich die ersten Abbildungen auf den Grabsteinen.*



© Benkel/Meitzler

Friedhöfen zurückblicken, wie jedem Urlauber in Italien, Spanien, Griechenland und anderswo bekannt sein dürfte.

Nach dem Zweiten Weltkrieg blieb das Grabsteinfoto in Deutschland zunächst verboten. Kritiker bezeichnen die dominierende Sepulkralkultur der ersten Nachkriegsjahrzehnte rückblickend als den Sieg der „Reihenhausoptik“. Es dauerte bis in die 1980er Jahre, um zaghaft Bilder auf Grabsteinen wieder zu etablieren. Insbesondere

bei Kindergräbern wurde nun häufiger ein Auge zugeedrückt, um den Eltern, die mit ihrem Sohn oder ihrer Tochter ohnehin nur wenig gemeinsame Lebenszeit verbringen konnten, zumindest an der Ruhestätte einen „letzten Anblick“ zu ermöglichen. In den 1990er Jahren setzen sich die Grabsteinfotografien nach und nach für alle Grabformen durch; wie bei vielen Innovationen, waren hier die Großstadtfriedhöfe in der Vorreiterstellung.

Heute ist die Bildervielfalt in der Nekropole kaum mehr überblickbar (Benkel; Meitzler, 2014; 2016). Unser Bildarchiv mit Aufnahmen außertraditioneller Grabgestaltungen, die auf nahezu 1.100 Friedhöfen entstanden sind, umfasst bereits über 61.000 Fotos. Diese Bilder werden von uns kategorisiert, interpretiert und nach wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet.

Nicht jedes posttraditionale Grab zeigt tatsächlich Fotografien; dennoch geht die Entwicklung eindeutig hin zur „Bebilderung“ des Friedhofs. Aus unsrer Sicht entstehen auf diese Weise zwei Körper der Toten: Just dort, wo der „erste Körper“, die Leiche, begraben und dadurch un-



© Benkel/Meitzler

sichtbar gemacht wird, zeigt sich innerhalb des Bildrahmens der „zweite Körper“ – d. h. die Person zeigt sich hier so, wie sie erinnert wird, als lebendiger Sozialpartner.

Eine zentrale Komponente vieler dieser Aufnahmen sind Einblicke in die private Lebenswelt der abgebildeten Personen. Wiewohl häufig noch in die klassische Ovalform gepresst, zeigen Abbildungen an der Ruhestätte mittlerweile eine Vielfalt von Alltagsszenarien. Man sieht die Verstorbenen hier zu Lebzeiten auf der Kegelbahn agieren, im Getränkemarkt, beim Fernsehen und Telefonieren, während der Weihnachtsfeier, auf dem Golfplatz und am Strand, und überhaupt in beinahe nahezu jeder erdenklichen Variante der Freizeitbeschäftigung. Ein genauerer Blick zeigt, dass auf diese Weise auch biografische Informationen übermittelt werden. Kein Bild steht für sich alleine; jede Fotografie hat einen Kontext, der mittransportiert wird.

» *Die Lebenswelten der Verstorbenen spiegeln sich in der Grabgestaltung wider.*

Ein häufiges Motiv ist die Einbeziehung von Fahrzeugen, insbesondere von Motorrädern. Solche Bilder inszenieren die verstorbene Person bzw. legen eine Rolle fest. Es darf davon ausgegangen werden, dass die Hinterbliebenen, die hier „Regie führen“, diese Rollenzuschreibung im



© Benkel/Meitzler

Einklang mit dem Selbstbild der verstorbenen Person vornehmen. Man wird also sinnbildlich so festgeschrieben, wie man sich selbst gerne gesehen und erlebt hat. Weitere Lebensaspekte, die es natürlich auch gegeben hat, werden zwangsläufig unterschlagen. (Wir stellen indes eine leichte Tendenz hin zu Collagen fest, die in einem Bilder-

reigen sehr viele Fotografien nebeneinanderstellen und damit eine Pluralität an Lebensweltbezügen aufzeigen.)

Was die Grabsteinfotos offenbaren, ist letztlich nicht weniger als die Eroberung des Totenackers durch die lebensweltliche Biografie. Individualität ist auf dem Friedhof Trumpf – und das bedeutet, dass die Einzigartigkeit von Lebensverläufen immer häufiger in eine Einzigartigkeit von Grabgestaltungen mündet. Die Entwicklungslinien, die sich hier abzeichnen, sind vielfältig. Für die Zukunft des Friedhofs lässt sich prognostizieren, dass er bunter und facettenreicher wird; genau wie die Gesellschaft.

friedhofssoziologie@live.de
www.friedhofssoziologie.de

Literatur

- Benkel, T.** (2012). *Die Verwaltung des Todes. Annäherungen an eine Soziologie des Friedhofs*. Berlin: Logos.
- Benkel, T., Meitzler, M.** (2013). *Sinnbilder und Abschiedsgesten. Soziale Elemente der Bestattungskultur*. Hamburg: Kovac.
- Benkel, T., Meitzler, M.** (2014). *Gestatten Sie, dass ich liegen bleibe. Ungewöhnliche Grabsteine*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Benkel, T., Meitzler, M.** (2016). *Game over. Neue ungewöhnliche Grabsteine*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Benkel, T., Meitzler, M., Preuß, D.** (2018). *Autonomie der Trauer. Zur Ambivalenz des sozialen Wandels*. Leverkusen: Budrich.

Veranstaltungen

31.08. - 02.09.2018 **Engelskirchen**

Führen in Konfliktsituationen.
Konfliktmanagement für ehrenamtliche
Führungskräfte
Malteser Akademie
Tel.: 02 21 - 9 82 20
Fax: 02 21 - 98 22 14 99
malteser@malteser.org
www.malteser.de

05. - 08.09.2018 **Bremen**

12. Kongress der Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin
Tel.: 0 30 - 3 01 01 00 14
Fax: 0 30 - 3 01 01 00 16
veranstaltungen@palliativmedizin.de
www.palliativmedizin.de

10. - 12.09.2018 **Datteln**

Basale Stimulation in der Pädiatrischen
Palliativversorgung
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Tel.: 0 23 63 - 97 57 66
Fax: 0 23 63 - 97 57 69
www.deutscheskinderschmerzzentrum.de
m.kasprzak@kinderklinik-datteln.de

01.10.2018 **Freiburg**

Masterstudiengang Palliative Care
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Tel: 07 61 - 27 09 59 30
Fax: 07 61 - 27 09 59 50
master-palliativecare@uniklinik-freiburg.de
www.palliativecare.uni-freiburg.de

01. - 02.10.2018 **Leichlingen**

Hospizliche Begleitung und Unterstützung
von Menschen mit geistigen Behinderun-
gen in der Behindertenhilfe
Palliativakademie Rheinland
Tel.: 0 28 04 - 18 12 82
Fax: 0 28 04 - 18 12 81
info@palliativakademie-rheinland.de
www.palliativakademie-rheinland.de

12.10.2018 **Berlin**

13. Fachtagung Palliative Geriatrie
Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.
Tel.: 0 30 - 42 26 58 38
Fax: 0 30 - 42 26 58 35
fachtagung@palliative-geriatrie.de
www.palliative-geriatrie.de

18. - 20.10.2018 **Weimar**

„Demenz – Gemeinsam Zukunft gestalten“
10. Kongress der Deutschen Alzheimer
Gesellschaft
Tel.: 0 36 43 - 2 46 80
Fax: 0 36 43 - 24 68 31
info@kukm.de
www.deutsche-alzheimer.de

07.11.2018 **Leverkusen**

Kommunikation mit Angehörigen
Projekt zur Entwicklung der
Angehörigenarbeit in der häuslichen
Hospiz- und Palliativversorgung
Hospizbewegung Düren-Jülich
Tel.: 0 24 21 - 39 32 20
info@hospizbewegung-dueren.de
www.komma.online

28. - 30.11.2018 **Warendorf**

Befähigungskurse – konzipieren,
moderieren, leiten (1. Teil)
ALPHA-Westfalen
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de



ALPHA-Rheinland

Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen

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

Gefördert vom

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

