



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

April 2015 Ausgabe 63

Schwerpunkt:

ALLEIN, EINSAM, VERLASSEN?

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

im letzten Alterssurvey finden wir folgenden Satz: „Während die (aktuell) alten Menschen vermutlich aufgrund ihrer guten sozialen Integration nur wenig unter Einsamkeit leiden, haben Personen im mittleren Erwachsenenalter möglicherweise aufgrund ihrer fragiler werdenden sozialen Netze aktuell ein höheres Einsamkeitsrisiko.“ Und weiter heißt es: „Der Wandel der Einsamkeit in der zweiten Lebenshälfte sollte dabei weiter beobachtet werden.“

Einsamkeit wird also ein Thema der Zukunft sein, mit dem wir rechnen und auf das wir eine Antwort finden müssen. Aber schon heute reagieren die Gesellschaft und die Politik darauf, mitunter sehr kreativ und mit großem Engagement. Hierzu finden Sie in diesem Hospiz-Dialog einige Beispiele. Dass dies auch durch sehr junge Menschen umgesetzt wird, ist besonders schön, da hier der so notwendige generationenübergreifende Perspektivwechsel vollzogen und in die Praxis umgesetzt wird. Auch finden Sie zwei Beiträge zu den Hintergründen von ‚Einsamkeit‘. Dass es sich bei Einsamkeit und Schmerz gleichsam um kommunizierende Elemente handelt, macht wieder einmal die Bedeutung psychischer Faktoren für das körperliche Empfinden deutlich, dem wir als Mitmenschen und als professionell Tätige Rechnung tragen können.

Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre

Ihre

G. Dingerkus
Gerlinde Dingerkus

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
Gerlinde Dingerkus, Sigrid Kießling, Mary Wottawa
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 26a, 48155 Münster

Druck

Buschmann, Münster

Auflage

2.500

Die im Hospiz-Dialog 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.
Fotonachweis:

S. 11: B. Dretzke (Porträt); S. 11, 12: G. Achtermann;
S. 17: B. Zellentin; S. 18: C. Rechard; S. 20: I. Krause;
S. 22 - 25: U. Treude

INFORMATION

Gemeinsam für die Kinder – SAPPV-Teams und Kinderhospizdienste im Schulterschluss

Marcel Globisch, Andreas Müller 4

Physiotherapie in der Hospiz- und Palliativversorgung

Gabriele Müller-Mundt, Kathrin Woitha, Andrea Wünsch, Stefanie Fimm, Nils Schneider 6

Private Krankenkassen fördern Hospizarbeit

HPV NRW 9

SCHWERPUNKT

ALLEIN, EINSAM, VERLASSEN?

Vereinsamung als gesellschaftliches Problem

Janosch Schobin 11

Schmerzhaftes Einsamkeit

Manfred Spitzer 14

Gegen Einsamkeit und Isolation im Alter

Porträt des Berliner Vereins

Freunde alter Menschen

Klaus-W. Pawletko 16

Begegnen, Besuchen, Begleiten, Beraten

Aufsuchende Altenarbeit-Hausbesuche in Bremen

Yvonne Finke, Heidi Petersen 20

Auf dem letzten Weg nicht allein

Würdige Bestattungen für mittellose Menschen

Ulrich Treude 22

Veranstaltungen

27

GEMEINSAM FÜR DIE KINDER

SAPPV-Teams und Kinderhospizdienste im Schulterschluss Handreichung zur Entwicklung einer kooperativen Zusammenarbeit

MARCEL GLOBISCH, ANDREAS MÜLLER

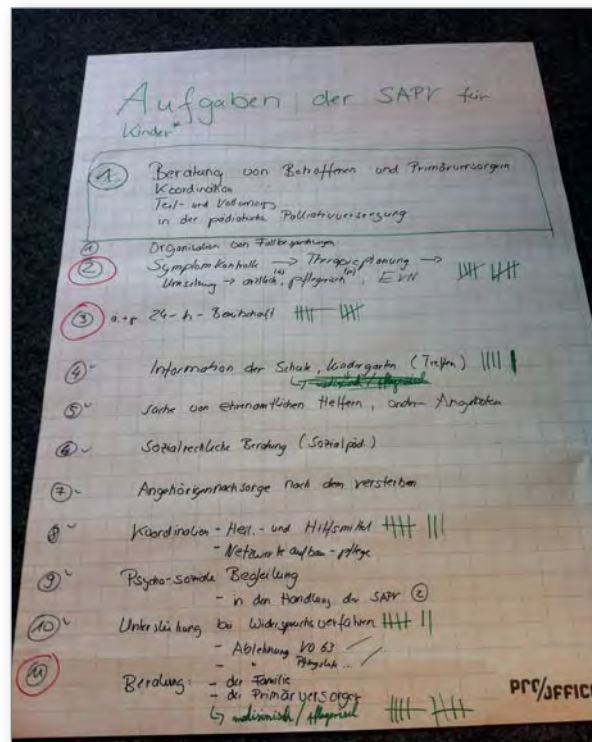
Die Zusammenarbeit zwischen den spezialisierten Ambulanten Palliativteams für Kinder und Jugendliche (SAPV) und den ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten (AKHD) beschäftigt die unterschiedlichen Akteure seit einigen Jahren. Bundesweit sind unterschiedliche Formen der Kooperation entstanden. In Nordrhein-Westfalen können wir auf eine besonders lange Zeit der Zusammenarbeit zurückblicken, deren Anfänge bereits 10 Jahre zurückliegen. Die Spannweite reicht in NRW von langjähriger, regelmäßiger und in Kooperationsvereinbarungen verankerter Zusammenarbeit bis hin zu einem Nebeneinander mit wenigen Berührungspunkten im Alltag. Die aufeinander abgestimmte Versorgung, die nicht zuletzt dem politischen Willen des Gesetzgebers entspricht¹, ist im Sinne der bestmöglichen Begleitung und Versorgung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Ziel.

Wie kann die Zusammenarbeit erfolgreich gestaltet werden? Vor diesem Hintergrund entstand eine gemeinsame Projektgruppe² der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V., zusammenge-

setzt aus Praktikern und Praktikerinnen der ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit und der SAPV für Kinder und Jugendliche sowie von zwei Eltern von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzender Erkrankung³. Das Ergebnis ist die Handreichung zur Entwicklung einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen Spezialisierten Ambulanten Palliativ-Teams (SAPV) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten (AKHD), die bei der Umsetzung hilfreich sein soll.

Die Erfahrungen zeigen, dass gegenseitiges Vertrauen die Basis für eine erfolgreiche Kooperation ist. Dies setzt persönliche Begegnungen und regelmäßige Formen des geregelten Austauschs voraus. Die Bedingungen sind regional sehr unterschiedlich, deshalb gibt es nicht *den Weg* zu einer gelingenden Zusammenarbeit. So stehen insbesondere in

NRW die SAPV-Teams im Einzugsgebiet von Ballungsräumen vor großen Herausforderungen. Das SAPV-Team für Kinder und Jugendliche mit Sitz in Datteln hat mehr als ein Dutzend ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste, die 100 km oder weniger von Datteln entfernt sind, zu berücksichtigen. Hier sind sicher andere Formen der Zusammenarbeit notwendig als beispielsweise für SAPV Teams,



1 vgl. dazu §§ 37b, 39a und 132d SGB V

2 Mitwirkende waren: Bernhard Bayer, Dörte Garske, Marcel Globisch, Margret Hartkopf, Thorsten Hillmann, Sonja Kuchel, Fanny Lanfermann, Susanne Lehn, Andreas Müller, Wilma Neuwirth, Stefan Schwalfenberg, Sabine Sebayang, Nina Stahl.

3 Soweit hier von „Kindern“ die Rede ist, sind jeweils Kinder und Jugendliche gemeint sowie ggf. junge Erwachsene, wenn die Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter aufgetreten ist und die Versorgung im Kinderhospiz von den jungen Erwachsenen gewünscht wird, im Einzelfall auch bei Auftreten der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter.

die nur vier ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste in ihrem unmittelbaren Versorgungsgebiet als Netzwerkpartner haben.

Dennoch kristallisieren sich Maßnahmen heraus, die aus Sicht der Projektgruppe ein nachhaltiges Zusammenwachsen begünstigen können. Stefan Schwalfenberg, Oberarzt im SAPV-Team „Der Weg nach Hause“ in Bielefeld: „Wir haben in unserem Netzwerk in Ostwestfalen seit längerem geplant, die bereits laufende Zusammenarbeit der regionalen ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste und unserem SAPV-Team zu betrachten. Wir denken, dass die Handreichung dafür sehr hilfreich sein wird, da wir nun die Grundzüge der Kooperation prägnant umschrieben vorliegen haben und so von den Erfahrungen anderer profitieren können.“

Wichtig war der Projektgruppe bereits in der Entstehung die Beteiligung der Sichtweisen der Familien. So ist es kein Zufall, dass wir die Erwartungen von Eltern an die Versorger an den Anfang der Handreichung gestellt haben. Sie sollen immer handlungsleitend sein.

Im Folgenden war für uns von Bedeutung, die wesentlichen Grundlagen gelingender Zusammenarbeit vor dem Hintergrund der ‚richtigen‘ Haltung und der Netzwerkarbeit zu beleuchten. Auf diese bauen die Leistungen der SAPV-Teams und der AKHDs auf, die im Anschluss ebenso beschrieben sind wie mögliche Regelungen zur Kooperation.

In der Erstellung der Handreichung war uns die praktische Anwendung ein besonderes Anliegen. Vor diesem Hintergrund haben wir am Ende eines jeden Gliederungspunktes Fragestellungen festgehalten, die den Praktikern und Praktikerinnen auf ihrem individuellen Weg eine Möglichkeit der Rückvergewisserung sein sollen.

Es gibt bereits nach zwei Monaten in der Anwendung erste gute Rückmeldungen was den praktischen Nutzen betrifft. So wurde die Handreichung als Unterstützung in der gerade entstehenden Kooperation des AKHD Gießen sowie dem SAPV-Team für Kinder und Jugendliche in Gießen herangezogen. „Beim ersten Kennenlernen der beiden Teams stellte sich heraus, dass viele der aufkommenden Fragen bereits in der Handreichung behandelt und

beantwortet wurden“, berichtet Dr. Susanne Egbert, Koordinationsfachkraft im AKHD Gießen. „Vertrauen in die Handreichung entsteht auch dadurch, dass beide Berufsgruppen an der Handreichung gleichberechtigt mitgewirkt haben“, so Egbert weiter. Dabei gefällt ihr insbesondere der Hinweis auf „offene Kommunikation und regelmäßige Teamtreffen – meiner Meinung nach die beste Herangehensweise, um den Kindern eine möglichst optimale Begleitung und Versorgung zu ermöglichen.“

Es gibt aber auch wertvolle Ergänzungen, wie die Handreichung noch verändert werden könnte. Uns Beteiligten war im Prozess immer klar, dass wir nicht den Anspruch erheben, eine vollumfängliche Beschreibung aller Leistungen der Anbieter in Deutschland darzulegen, auch nicht eine Handreichung, die alle Antworten für eine gelingende Kooperation geben kann. Entscheidend ist und bleibt der persönliche Kontakt der beteiligten Kooperationspartner, das Miteinander-Reden, diskutieren, hinterfragen und das gemeinsam mit den Menschen, die von den guten Angeboten profitieren sollen, den Kindern und ihren Familien selbst.

Wir hoffen daher, dass die Handreichung den Praktikern und Praktikerinnen Leitplanken liefert, entlang derer individuelle Wege beschritten werden können. Diese mögen unterschiedlich aussehen, aber sie müssen im Sinne einer bestmöglichen Begleitung und Versorgung begangen werden.

» Entscheidend ist der persönliche Kontakt der beteiligten Kooperationspartner.

Marcel Globisch

(Vorstandsmitglied DHPV e.V.)



Andreas Müller

(Vorstandsmitglied DGP e.V.)



PHYSIOTHERAPIE IN DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG – ERGEBNISSE EINES FORSCHUNGSPROJEKTS

GABRIELE MÜLLER-MUNDT¹, KATHRIN WOITHA¹, ANDREA WÜNSCH¹, STEFANIE FIMM², NILS SCHNEIDER¹



Gabriele Müller-Mundt

Bei Patientinnen und Patienten mit nicht (mehr) heilbaren progredienten Erkrankungen sind die Linderung belastender Symptome und der Erhalt von Mobilität und Partizipation zur Sicherung der Lebensqualität essenziell (WHO, 2002; DGP et al., 2010). Physiotherapeutische Interventionen setzen auf den Ebenen der Förderung und Wiederherstellung des Wohlbefindens, Körperwahrnehmung, Funktions- und Leistungsfähigkeit an. Ihr übergreifendes Ziel ist es, durch Mobilisierung und Stärkung von Ressourcen das Aktivitätsniveau und die Partizipation der Erkrankten zu fördern (Fiechter Lienert, 2014; Nieland et al., 2013). Die Physiotherapie kann daher einen wesentlichen Beitrag für den Erhalt eines größtmöglichen Maßes an Lebensqualität und sozialer Teilhabe schwerstkranker Menschen auch und gerade am Ende des Lebens leisten

(Cobbe & Kennedy, 2012; Goodhead, 2011).

Bislang liegen nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zur Rolle der Physiotherapie in der Hospiz- und Palliativversorgung vor (Woitha et al., 2013). Dies liegt u. a. daran, dass Prävention, Kuration und Rehabilitation die vorrangigen Handlungsfelder der Physiotherapie sind und dass

Palliative Care in Deutschland kein regelhafter Gegenstand physiotherapeutischer Ausbildungs- und Studiengänge ist. Allerdings existieren ein Palliative Care Basiscurriculum (Mehne et al., 2007) und spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote. Anliegen des vorliegenden Forschungsprojekts (Förderung: Jackstädt-Stiftung) war es daher, Entwicklungsstand und -erfordernisse der Physiotherapie in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen erstmals für Deutschland systematisch aufzuarbeiten, um darauf aufbauend Handlungsempfehlungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterentwicklung zu erarbeiten.

Methodisches Vorgehen

Das im Zeitraum von November 2012 bis März 2014 durchgeführte Forschungsprojekt gliederte sich in drei aufeinander aufbauende Teilstudien:

- Eine **qualitative Interviewstudie** zur Rolle der Physiotherapie in der Palliativversorgung. Für die qualitative Studie wurden im Frühjahr 2012 fünf Palliativstationen rekrutiert und jeweils mindestens ein Vertreter bzw. eine Vertreterin der Palliativmedizin, der Palliativpflege und der Physiotherapie interviewt (n=19). Ergänzend wurden drei Patienteninterviews durchgeführt.
- Ein **einrichtungsbezogener Survey** zur Physiotherapie in der Hospiz- und Palliativversorgung. Die schriftliche Befragung richtete sich an die 2013 in den Adresdatenbanken der Hospiz- und Palliativverbände nachgewiesenen 680 spezialisierten Einrichtungen (266 Palliativstationen, 221 SAPV-Dienste und 193 Hospize). An dem Survey beteiligten sich im Frühjahr 2013 insgesamt 269

Zu den Autoren:

- 1 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Hannover
- 2 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Physiotherapie und Physikalische Therapie, Kiel

Einrichtungen, was einem Rücklauf von 39,5 Prozent entspricht.

- Ein **Expertenworkshop**, um auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Physiotherapie in der Hospiz- und Palliativversorgung zu konkretisieren. An dem im Januar 2014 durchgeführten Workshop nahmen sieben Mitglieder der Sektion Physiotherapie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) teil.

Übersicht über die Projektergebnisse

Insgesamt zeichnet sich ab, dass die Physiotherapie als wichtiger Baustein palliativer und hospizlicher Versorgungskonzepte und wertvolle Erweiterung der Interventionsmöglichkeiten zur Sicherung eines bestmöglichen Maßes an Lebensqualität schwerstkranker und sterbender Patienten gesehen wird (Schneider, 2014; Wünsch et al., 2014).

Betont wird der Beitrag zur Symptomlinderung

Physiotherapeutische Interventionen werden vor allem bei Ödemen, Immobilität, Luftnot und Schmerz als hilfreich eingestuft. Insgesamt wird auf ein breites Spektrum physiotherapeutischer Interventionen zurückgegriffen, schwerpunktmäßig manuelle Lymphdrainage, Atemtherapie, Mobilisations- und Entspannungstechniken. Demgegenüber finden gezielt aktivierende Interventionen wie ein angepasstes Ausdauer- und Krafttraining eher selten Anwendung. Ein hoher Stellenwert wird der Hilfsmittelversorgung und der Beratung und Anleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zugeschrieben.

Auf Palliativstationen ist die Physiotherapie weitgehend etabliert

Physiotherapeutische Interventionen werden auf den Palliativstationen weitgehend als fester Bestandteil palliativer Therapiekonzepte betrachtet. Deutlich wird, dass die Einbeziehung der Physiotherapie in das Team berufsgruppenübergreifend als wertvoll angesehen wird. Dies erfordert die Bereitstellung ausreichender personeller Ressourcen.

Probleme der frühzeitigen Einbindung und Versorgungskontinuität

Wichtig sind die frühzeitige Einleitung physiotherapeutischer Maßnahmen und eine kontinuierliche therapeutische Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten. Unsere Ergebnisse zeigen aller-

dings, dass die frühzeitige Einleitung physiotherapeutischer Interventionen selbst auf den Palliativstationen nicht durchgängig sichergestellt ist und auch hier ein physiotherapeutisches Assessment eher selten erfolgt.

Zudem mangelt es an einem hinreichenden Schnittstellenmanagement. So gestaltet sich die nahtlose Überleitung in nachgeschaltete Versorgungsbereiche, insbesondere in die häusliche Versorgung, schwierig.

Strukturelle Hürden

Deutlich werden insbesondere in der SAPV aber auch in den Hospizen strukturelle Mängel und restriktive Finanzierungsbedingungen. Neben einem teils ungenügenden Bewusstsein für palliative physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten auf Seiten der niedergelassenen Fach- und Hausärzte stellen die Heilmittelrichtlinien im Versorgungsalltag bürokratische Hürden dar. Hinzu kommt, dass Hausbesuche von Physiotherapeuten kaum kostendeckend durchgeführt werden können. Auch ist die Anzahl von Physiotherapiepraxen mit einer ausgewiesenen Expertise in der Betreuung von schwerstkranken Hospiz- und Palliativpatienten nach Einschätzung der befragten professionellen Akteure sehr begrenzt.

Qualifikationserfordernisse

Die Versorgung von Hospiz- und Palliativpatienten bringt besondere Anforderungen mit sich, die eine Qualifikation der Physiotherapeuten in Palliative Care erfordern. Neben fachlichem Wissen und Fertigkeiten sind ein hohes Maß an sozialer und emotiona-



Andrea Wünsch



Stefanie Fimm



Nils Schneider

ler Kompetenz, Reflexionsfähigkeit sowie Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen im Kontext von schwerer Krankheit, Tod und Sterben unerlässlich.

Als nicht minder wichtig erweist sich die Etablierung der Physiotherapie als Gegenstand der Aus-, Fort- und Weiterbildung der übrigen Gesundheitsprofessionen (insbes. im Bereich der Palliativmedizin, Allgemeinmedizin und Pflege).

Optimierungsbedarf und Handlungserfordernisse

Auch wenn die Ergebnisse dieser Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität haben, liefern sie wichtige Hinweise für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterentwicklung der Physiotherapie im Feld der Palliativ- und Hospizarbeit, darunter:

- Integration von Palliative Care in die physiotherapeutische Grundausbildung und Forcierung der Palliative Care Fort- und Weiterbildung für Physiotherapeuten
- Integration physiotherapeutischer Inhalte in das grundständige Medizinstudium und ergänzende Fort- und Weiterbildungsangebote für Palliativmediziner und Hausärzte
- Integration von Grundlagen der Physiotherapie in die Ausbildung der Pflegeberufe und der Ausbau qualifizierter Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich der therapeutischen Pflege
- Integration der Physiotherapie in das multiprofessionelle Behandlungsteam auf der Grundlage angemessener Planstellenkontingente
- Etablierung von Strukturen und Prozessen, die eine frühzeitige Einbeziehung der Physiotherapie gewährleisten (z. B. physiotherapeutische Erstbefundung und Konsile)
- Entwicklung interprofessioneller Therapiekonzepte von Physiotherapie und Pflege
- Etablierung eines physiotherapeutischen Überleitungsmanagements und Integration der Physiotherapie in palliative Versorgungsnetze
- Ausbau ambulanter Physiotherapieangebote für Hospiz- und Palliativpatientinnen/-patienten und ihre Integration in die Strukturen der SAPV

- Optimierung der Vergütungsstrukturen im Hospiz- und SAPV-Bereich unter hinreichender Berücksichtigung der Physiotherapie.

Dr. Gabriele Müller-Mundt

Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Allgemeinmedizin (OE 5440)
AG Palliativversorgung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
mueller-mundt.gabriele@mh-hannover.de

Literatur

- Cobbe, S., Kennedy, N.** (2012). Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: a profile of hospice physiotherapy. *Journal of Palliative Medicine*, 15, 760-767.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., Bundesärztekammer** (2010). *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. [<http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/index.html>, letzter Abruf: 25/11/2014].
- Fiechter Lienert, B.** (2014). Physiotherapie und Palliative Care. *Hospiz-Dialog NRW*, 58, 9-13.
- Goodhead, A.** (2011). Physiotherapy in palliative care: the interface between function and meaning. *European Journal of Palliative Care*, 18, 190-194.
- Mehne, S., Nieland, P., Simader, R.** (2007). *Basiscurriculum Physiotherapie in Palliative Care- Palliativmedizin und Hospizwesen*. Bonn: PalliaMed Verlag.
- Nieland, P., Simader, R., Taylor, J.** (2013). *Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende. Physiotherapie in der Palliative Care*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Schneider, N.** (2014). *Projekt Physiotherapie in der Palliativversorgung. – Rollenverständnis, Potenziale und Entwicklungsperspektiven*. Gefördert von der Dr. Werner Jackstädt Stiftung. Abschlussbericht. Hannover: Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover.
- World Health Organization** (2002). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Genf: WHO.
- Woitha, K., Wunsch, A., Müller-Mundt, G., Volsek, S., Schneider, N.** (2013). Entwicklung und Einsatz der Physiotherapie in der Palliativversorgung – Eine systematische Literaturanalyse. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 14, 210-219.
- Wunsch, A., Woitha, K., Volsek, S., Schneider, N., Müller-Mundt, G.** (2014). Physiotherapie in der Palliativversorgung: Rollenverständnis, Potenziale und Entwicklungsperspektiven. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 14, 224-231.



PKV-Informationsveranstaltung 30.01.2015

PRIVATE KRANKENKASSEN FÖRDERN HOSPIZARBEIT

HPV NRW

Im Januar konnten die Verhandlungen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) sowie mit dem Bundesinnenministerium (BMI) bezüglich der Einbeziehung der Unternehmen der PKV sowie der Beihilfestellen in Trägerschaft des Bundes zum Abschluss gebracht werden. Das Unterschriftenverfahren bezüglich des Vertrags mit dem PKV-Verband sowie bezogen auf die notwendige Ergänzungsvereinbarung zur Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 2 SGB V wurde durch den Deutschen Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) Ende Januar eingeleitet. Mit dem Erhalt der letzten unterzeichneten Verträge ist das Unterschriftenverfahren abgeschlossen und die Verträge treten in Kraft.

Der Vertrag zur Einbeziehung der Beihilfestellen in Trägerschaft des Bundes konnte ebenfalls konsentiert werden. Für das Inkrafttreten des Vertrags ist neben den Unterschriften noch eine Verordnung erforderlich, die laut BMI Ende des ersten Quartals oder zu Beginn des zweiten Quartals erlassen werden soll.

Vor dem Hintergrund dieser Neuerung hat der Hospiz- und PalliativVerband NRW die Koordinatoren und ehrenamtlichen Vorstände der ambulanten Hospizdienste zu einer Informationsveranstaltung „Fragen zur Förderung 2014 zum Stichtag 31. März 2015“ am 30. Januar in das Haus der Technik, Essen, eingeladen. 122 Personen sind der Einladung gefolgt. Diese Informationsveranstaltung fand in Absprache mit den Alpha-Stellen in NRW, vertreten durch Herrn Dr. Felix Grützner, statt und richtete sich auch an Dienste ohne HPV NRW Mitgliedschaft, denn Ziel der Veranstaltung war es, alle NRW Hospizdienste über die Neuerungen zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit durch die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfestellen in Trägerschaft des Bundes zu informieren und auf den gleichen Wissensstand zu bringen.

Ulrike Herwald, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des HPV NRW, eröffnete die Veranstaltung. Anschließend erörterte Erich Lange, DHPV, die Historie von § 39a Abs. 2 SGB V. Auf Grundlage dieses Paragraphen erhalten ambulante Hospizdienste, die

die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, seit dem Jahr 2002 eine Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Begleitungen ambulanter Hospizdienste für Personen mit privater Krankenversicherung konnten bisher nicht berücksichtigt werden.

Die Neuregelungen gelten für ambulante Hospizdienste, die die Voraussetzungen der Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 2 SGB V erfüllen, im laufenden Jahr eine Förderung gemäß § 39a Abs. 2 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen erhalten und in dem Jahr, das der Antragstellung vorausgeht, mindestens einen Privatversicherten begleitet haben. Für ambulante Hospizdienste, die keine Versicherten einer privaten Krankenkasse im

erforderlichen Zeitraum begleitet haben, ergeben sich keine Änderungen. Hier bleibt es bei den bisherigen Regelungen des Förderverfahrens.

Des Weiteren wurden die Teilnehmer der Veranstaltung darüber informiert, dass keine neuen oder andere Kosten (z. B. Verwaltungs- oder Fahrtkosten) in der Förderung berücksichtigt werden. Es bleibt bei den in der Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 2 SGB V beschriebenen förderfähigen Kosten und bei der ebenfalls dort beschriebenen Förderhöchstgrenze.

» Erstmals werden Privatversicherte bei der Förderung ambulanter Hospizdienste berücksichtigt.

Ein Antrag an den PKV-Verband kann erstmals im Jahr 2015 gestellt werden. Der Vertrag tritt rückwirkend zum 1. Januar 2014 in der Hinsicht in Kraft, dass die im letzten Jahr für Privatversicherte erbrachten Begleitungen im Rahmen des Förderverfahrens in diesem Jahr erstmals berücksichtigt werden.

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband hat vor dem Hintergrund der Neuregelungen eine Handreichung erarbeitet, die auf die zentralen Fragen bezüglich der Umsetzung der Verträge eingeht. Die Handreichung und die abgeschlossenen Verträge können in der Geschäftsstelle des Hospiz- und PalliativVerbands NRW angefordert werden.



Veranstalter der PKV-Infoveranstaltung
Von links: Dr. Felix Grützner (ALPHA Rheinland), Judith Kohlstruck (HPV NRW Vorstand), Erich Lange (DHPV Vorstand), Ulrike Herwald (HPV NRW Vorstand)

Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.

Im Nonnengarten 10
59227 Ahlen
Tel.: 0 23 82 - 7 60 07 65
info@hospiz-nrw.de

VEREINSAMUNG ALS GESELLSCHAFTLICHES PROBLEM

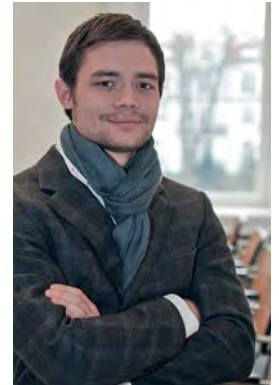
JANOSCH SCHOBIN

Vereinsamung gilt zu Unrecht als privates Schicksal. Der schrittweise, unumkehrbare Verlust wichtiger sozialer Bindungen ist in alternden, kinderarmen Gesellschaften ein systematisches Risiko, dem die Betroffenen mit eigenen Mitteln nur schwer entkommen können. Es ist daher an der Zeit, Vereinsamung als kollektiv erzeugtes Problem zu begreifen.

» *Vereinsamung ist als kollektiv erzeugtes Problem zu begreifen.*

stanz außer einem/einer Einzelnen anwesend ist. Etwa: Ich/Er/Sie lag alleine im Bett. ‚Al-

leine‘ in dieser letzten Bedeutung ist im Gegensatz zu ‚einsam‘ im Deutschen ein Wort, das bereits im 19. Jahrhundert in der Regel negativ konnotiert wurde: Von sich selbst zu sagen, man sei dauerhaft alleine (oft in den Verstärkungsformen mutterseele-nallein oder altersalleine), hieß keine Familie, Verwandte, Freunde, Gönner oder Vertraute mehr zu haben, die zu einem hielten und einen sozial unterstützen. Ende des 20. Jahrhunderts setzte sich jedoch mehr und mehr eine neutrale bis positive Ver-



Dr. Janosch Schobin

Begriffliches: Einsamkeit und Vereinsamung, Alleinsein und soziale Isolation

Vorab ist eine kleine Reflexion auf die Begriffe und ihre relevanten Unterschiede von Nöten. In der Forschung wird in der Regel zwischen den alltags-sprachlichen Begriffen Einsamkeit und Alleinsein auf der einen Seite und den eher technischen Begriffen soziale Isolation und Vereinsamung auf der anderen Seite unterschieden. Der komplizierteste und ambivalenteste Begriff ist dabei der der Einsamkeit. Das hat begriffsgeschichtliche Gründe: Das Wort ‚einsam‘ hat im Deutschen starke religiöse Konnotationen. Es bezeichnete in etwa ab Anfang des 17. Jahrhunderts die katholische Antwort auf die subjektivierten religiösen Praktiken des Protestantismus. Von der positiven, religiös konnotierten Verwendung des Wortes, die auch heute noch in bestimmten Milieus üblich ist, ist eine negative Verwendung zu unterscheiden. In Deutschland wird sie erst Ende der 1950er Jahre populär und kann als eine Übertragung der Semantik des englischen Gefühlsworts ‚lonely‘ ins Deutsche verstanden werden. ‚Einsamkeit‘ in diesem Sinn bezeichnet ein negatives Gefühl, das der Ausdruck eines Mangels an erfüllenden Nahbeziehungen ist.

Die Wortgeschichte des Begriffs ‚Alleinsein‘ ist ähnlich kompliziert. Das Wort ‚allein‘ tritt im Deutschen vor allem als Adverb auf und spezifiziert eine Handlung dahingehend, dass während ihr keine Sozialfigur des Dritten anwesend ist (also kein Fremder, kein Beobachter, kein Feind u. s. w.). Zwei Personen können in diesem Sinn etwa alleine spazieren gehen. Von dieser Verwendung ist der Sonderfall zu unterscheiden, der meint, dass keine soziale In-





wendung des Wortes – sichtbar etwa in der Formel „Alleine glücklich!“ – durch. Grob zusammengefasst ist die begriffliche Ausgangslage heute also in etwa folgende: Einsamkeit meint primär ein negatives Gefühl, das als Ausdruck eines Bindungsmangels verstanden werden kann, Alleinsein dagegen einen eher neutralen, manchmal aber auch positiven Zustand der Abwesenheit aller anderen.

In welchem Zusammenhang stehen diese Alltagsbegriffe mit den eher technischen Begriffen soziale Isolation und Vereinsamung? In den Sozialwissenschaften ist oft zu beobachten, dass theoretische Begriffe analog zu relevanten umgangssprachlichen Begriffen gewählt werden, weil bestimmte Selbstzuschreibungen der Subjekte als Anzeichen für das Vorliegen latenter theoretischer Größen verstanden werden. So auch in diesem Fall. Der Begriff der sozialen Isolation fungiert als theoriesprachliches Analogon langandauernden, intensiven Alleinseins: Sozial isoliert ist eine Person, deren Kontaktfrequenz zu relevanten Nahpersonen dauerhaft unter eine bestimmte Schwelle fällt. Salopp formuliert: Soziale Isolation liegt vor, wenn jemand über eine längere Zeitspanne alleine ist. Vereinsamung meint im Gegensatz zu sozialer Isolation, die episodisch, zyklisch oder dauerhaft sein kann, einen Prozess zunehmender, unumkehrbarer sozialer Isolation, an dessen Ende eine chronische negative affektive Reaktion auf die soziale Isolation steht. Als Kriterium für Vereinsamung (im Sinne des Endzustandes) wird empirisch in der Regel ein drückendes Einsamkeitsempfinden herangezogen. Salopp formuliert: Vereinsamt ist, wer sich ständig (negativ) einsam fühlt. Soweit, zugegeben etwas mühsam, die relevanten Begriffe und ihre Zusammenhänge. Aber wie hängen sie mit unserer Gegenwartsgesellschaft und ihren Entwicklungstendenzen zusammen?

Folgt aus der Zunahme der sozialen Isolation...

Eine erste Beobachtung ist, dass die Kontaktfrequenzen zu Nahpersonen in modernen Gesellschaften (besonders von Angesicht zu Angesicht) sinken. Das hat – neben technologischen und mobilitätsgeschichtlichen Gründen – vor allem demographische Ursachen: Netzwerkstudien zeigen, dass in modernen Gesellschaften die Anzahl der sogenannten ‚Solos‘ zunimmt. Gefasst werden darunter Personen, die weder Großeltern, Eltern, Kinder noch Enkel haben. Die Zunahme der ‚Solos‘ ist in Deutschland besonders ausgeprägt. Etwa 8% der 20- bis 79jährigen gehörten im Jahr 2004 nach Daten des Generations & Gender Surveys bereits in diese Gruppe (Puur, Sakkeus, Schenk, Pöldma, & Dykstra, 2010). ‚Solos‘ sind zudem statistisch oft partnerlos, weil Kinder ‚Konsequenzen‘ von Partnerschaften sind. Ferner nimmt die Verwandtschaftsdichte ab. Auch das hat demographische Gründe: Das Einzelkind zweier Einzelkinder hat nun mal keine Geschwister, keine Tanten, keine Onkel, keine Cousins und Cousinen.

» Die Häufigkeit von Kontakten zu Nahestenden nimmt in der modernen Gesellschaft ab.

Eine klare Konsequenz der demographischen Trends lautet: Das typische Familien- und Verwandtschaftsnetzwerk einer Person in einer alternenden, kinderarmen Gesellschaft hat wenig Redundanzen. Und hier lässt sich eine Schlüsseldynamik hinsichtlich der sozialen Isolation in modernen Industriegesellschaften erkennen: Kontaktfrequenzen zu Nahpersonen nehmen in praktisch allen OECD-Ländern mit dem Alter stark ab. Mit dem Alter der Einzelnen sterben Eltern, Freunde, Geschwister, Verwandte und manchmal auch Kinder weg. Gleichzeitig nimmt die räumliche Mobilität ab

» *Neue Beziehungen entstehen im fortgeschrittenen Alter seltener.*

und auch neue Beziehungen entstehen mit fortschreitendem Alter immer seltener. Todesfälle von Nahepersonen können daher oft nur noch schlecht ‚kompensiert‘ werden. Mit wem soll man trauern und enger zusammenschließen, wenn die Eltern sterben und man keine Kinder und keine Geschwister hat? Dann bleiben nur noch die Freunde: Falls sie noch leben und nah genug bei einem wohnen. Menschen in alternenden, kinderarmen Gesellschaften sind folglich auf Grund dieser der Sterblichkeit geschuldeten Dynamik immer öfter episodisch wie zyklisch sozial isoliert. Sie sind aber auch immer häufiger von dauerhafter sozialer Isolation bedroht.

... die Zunahme der Vereinsamung?

Folgt aus diesem Umstand sofort, dass die Vereinsamung drastisch zunimmt? Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten. Theoretisch sprechen drei Gründe gegen einen sprunghaften Anstieg der Vereinsamung: Erstens können Menschen ihre Bindungsbedürfnisse bis zu einem gewissen Grad nach unten regulieren und so längere Phasen sozialer Isolation besser ertragen. Eine Person, die absehen kann, dass sie im Alter oft und lange sozial isoliert sein wird, richtet sich mitunter schon vorher darauf ein.

Zweitens nehmen stark redundante Bindungsmöglichkeiten – etwa die Anzahl von Cousins und Cousinen – zuerst und am stärksten ab. Zuerst sind durch den demographischen Wandel also redundante ‚Bindungsreserven‘ betroffen, die eh nur eine vergleichsweise geringe Rolle spielen.

Drittens ist zu erwarten, dass sich eine geringere Anzahl von Bindungen und Bindungsmöglichkeiten zunächst in der Verbesserung der Qualität derselben äußert, etwa weil die Einzelnen stärker in die Beziehungen investieren oder weil sie auf Grund ihrer Knappheit höher geschätzt werden.

Empirisch kann eine Zunahme der Vereinsamung in modernen Industriegesellschaften zudem nur schwer nachgewiesen werden. Das liegt primär am Mangel international vergleichbarer, repräsentativer Längsschnittuntersuchungen in den letzten 20 bis 30 Jahren. Repräsentative internationale Untersuchungen aus den letzten 10 Jahren (allen voran das European Social

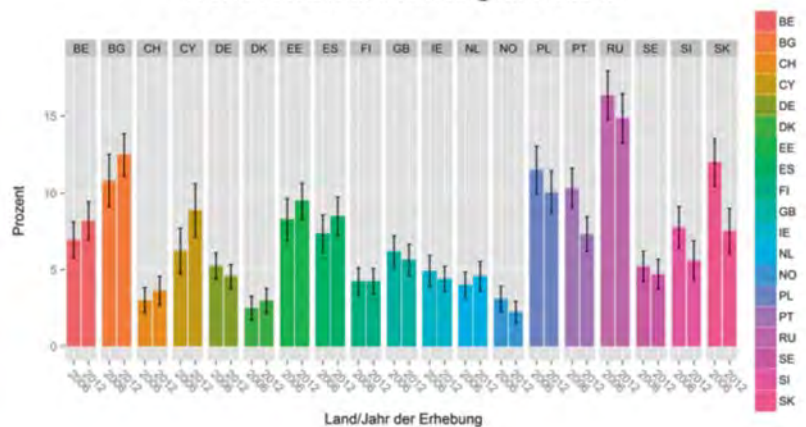
Survey) legen jedoch nahe, dass die Vereinsamung (gemessen an der Selbstzuschreibung anhaltender Einsamkeitsgefühle) weder dramatisch zu- noch abnimmt. Sie

hat sich allemal auf einem mittleren Niveau stabilisiert. Dessen ungeachtet ist Vereinsamung jedoch in nahezu allen europäischen Ländern ein soziales Problem relevanter Größenordnung: in den ehemaligen Ostblock Staaten etwas stärker als in Kontinental-, Nord- und Südeuropa (siehe Abbildung).

Hin zu einer Politik der Vereinsamungsvermeidung?!

Einerseits ist also festzuhalten, dass trotz der Zunahme der sozialen Isolation eine Vereinsamungskatastrophe ausgeblieben ist. Andererseits ist aber auch festzustellen, dass Vereinsamungserfahrungen bereits heute einen derart hohen Prozentsatz der Bevölkerung betreffen, dass sie ähnlich wie Arbeitslosigkeit und Armut als gesamtgesellschaftliches Problem begriffen werden müssen: Eine Reihe medizinischer Studien belegt, dass langfristige Vereinsamung sich negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirkt. Darüber hinaus ist gut belegt, dass Vereinsamung das subjektive Wohlbefinden empfindlich mindert. Ferner ist anzumerken, dass die Faktoren, die mutmaßlich verhindern, dass die Zunahme der sozialen Isolation in die Zunahme von Vereinsamungserfahrungen umschlägt, sich irgendwann erschöpfen. Das Bindungsbedürfnis der Einzelnen ist zwar flexibel, aber nicht beliebig flexibel. Aus der Reduktion redundanter Bindungen wird ab einem gewissen Punkt die Überlastung elementarer Bindungen werden.

Befragte, die sich in der letzten Woche die ganze oder die meiste Zeit einsam gefühlt haben



Datenquelle: European Social Survey 2006 und 2012

14 SCHWERPUNKT

» *Langfristige Vereinsamung wirkt sich auf die Gesundheit aus.*

Es herrscht also Handlungsbedarf, wenn auch unklar ist, wie genau eine Politik aussehen könnte, die Vereinsamung vorbeugt oder gar eine Organisation, die die Anliegen Vereinsamter vertritt. Und das ist vermutlich das zentrale Problem an der Sache: Während eine Politik der Armutsbekämpfung auf Umverteilung beruht und eine Politik der Arbeitslosigkeitsreduktion durch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Ähnliches betrieben werden kann, ist vollkommen unklar, wie eine Politik der

Vereinsamungsvermeidung beschaffen sein soll: Bindungen kann man nicht umverteilen und Bindungsbeschaffungsmaßnahmen sind undenkbar. Sie lassen sich nicht staatlich schaffen oder verordnen. Hier sind folglich andere als staatliche Akteure gefragt – aber welche gibt es unter der Hand bereits und wie sollen sie agieren?

Dr. Janosch Schobin
jschobin@hotmail.com

SCHMERZHAFTE EINSAMKEIT

MANFRED SPITZER



Manfred Spitzer

Bereits im Jahr 2003 wurde in der wissenschaftlichen Fachzeitschrift *Science* eine Arbeit publiziert, in der nachgewiesen wurde, dass soziale Ablehnung und damit Einsamkeit einen Bereich im Gehirn des Menschen aktiviert, der auch bei Schmerzen aktiv ist: der anteriore Gyrus cinguli. Naomi Eisenberger und Mitarbeiter (2003) konnten erstmals zeigen, dass ein (virtuelles) Ballspiel zu dritt, bei dem zwei Spieler nach einer gewissen Zeit dem dritten den Ball nicht mehr zuwerfen, bei diesem zu einer Aktivierung im Bereich des anterioren Gyrus cinguli führt (Abb.), von dem man schon Jahre zuvor gezeigt hatte, dass er auch durch Schmerzen aktiviert wird (Rainville et al., 1997). Diese Aktivierung korrelierte sogar mit der Schmerzstärke: Bei wenig Schmerzen war der ACC gering aktiv, bei starken Schmerzen dagegen sehr aktiv. Weil bei Schmerzen beispielsweise an der Hand auch der die Hand repräsentierende sensorische Kortex aktiviert ist,

» *Depressive Syndrome stehen mit sozialem Rückzug, dem Erleben von Einsamkeit und Schmerzen in Zusammenhang.*

dessen Aktivierung jedoch nicht mit der Stärke der Schmerzen korreliert ist, kann man folgern, dass dieser den Ort der Schmerzen anzeigt, der anteriore Gyrus cinguli hingegen deren Stärke. Beide zusammen gehören zu dem, was man mittlerweile das Schmerznetzwerk nennt.

Warum ist das gleiche Stückchen Gehirnrinde, das für das Ausmaß der Schmerzstärke zuständig ist, auch für Einsamkeit zuständig? Aus evolutionärer Sicht lässt sich zunächst sagen, dass Schmerzen eine überlebenswichtige Funktion haben: Sie sichern unsere körperliche Unversehrtheit. Menschen leben in Gruppen und brauchen zum Überleben daher nicht nur einen unversehrten Körper, sondern auch eine funktionierende Gemeinschaft. Dass daher beim Menschen das gleiche Stückchen Gehirn für körperliche *und* soziale Integrität zuständig ist, wundert nicht, verfährt doch die Evolution bekanntermaßen als eine Art Klempner, der aus bereits vorhandenem Material (einem Gehirnareal zur Registrierung von Verletzungen der körperlichen Integrität) etwas Neues (ein Areal zur Registrierung von Verletzungen der sozialen Inte-

grität) macht. Aus klinischer Sicht lassen sich durch den Befund von Eisenberger und Mitarbeitern eine ganze Reihe bekannter Phänomene erklären: Depressive Syndrome gehen mit sozialem Rückzug bzw. dem Erleben von Einsamkeit einher – und mit Schmerzen verschiedenster Art. Entsprechend besteht bei chronisch depressiven Menschen oft auch ein Schmerzmittelmissbrauch. Wer an chronischen Schmerzen leidet und zu allem Überfluss dann auch noch vom Partner verlassen wird, braucht oft eine intensivere Schmerztherapie. Umgekehrt kennt jeder Kliniker Fälle, bei denen man sich wundert, was der Patient oder die Patientin so alles aushält und wo zugleich das unmittelbare soziale Netzwerk stimmt.

Der Volksmund weiß schon lange um den Zusammenhang von Einsamkeit und Schmerzen, wie die Weisheit der Sprache zeigt, die von ‚Abschiedsschmerz‘ spricht und Liebeskummer auch Herzscherzen nennt. Bis zum Jahr 2003 konnte man diese Redewendungen jedoch als reine Metaphorik begreifen, wohingegen seither klar ist, dass die Sprache hier einem genuin phänomenalen Aspekt des Erlebens Ausdruck verleiht. Wenn dasselbe Gehirnmodul Einsamkeit und Schmerzen meldet, dann muss es zu entsprechenden Überschneidungen kommen, ähnlich den Überschneidungen beispielsweise bei den Rezeptoren auf der Zunge: Dort ist beispielsweise der gleiche Rezeptor für ‚heiß‘ und ‚scharf‘ zuständig, und so wundert weder, dass wir zu scharfen Speisen gerne etwas Kühles trinken noch, dass die Engländer scharfes Essen als ‚heißes‘ Essen (hot food) bezeichnen.

Dass sowohl Schmerzen als auch Einsamkeit das gleiche Gehirnareal aktivieren, erklärt nicht nur zwanglos eine ganze Reihe bekannter Erfahrungen. Jede gute wissenschaftliche Einsicht erklärt jedoch nicht nur bereits Bekanntes, sondern führt auch zu neuen Fragen, auf die man ohne sie gar nicht gekommen wäre. In Anlehnung an den alten Griechen, der eine Einsicht hatte und nackt „Heureka“ („ich hab’s“) rufend durch die Stadt rannte, spricht man vom heuristischen Wert einer wissenschaftlichen Erkenntnis.

Wenn Schmerzen und Einsamkeit vom gleichen Modul registriert werden, dann sollten Gedanken an soziale Einbettung/Unterstützung somatische Schmerzen lindern. Um dies nachzuweisen, zeigten Master und Mitarbeiter (2009) ihren Versuchspersonen entweder Bilder von deren jeweiligem Partner oder fremder Person oder von Objekten, während ihnen zugleich experimentell Schmerzen



Aktivierung des anterioren Gyrus cinguli in der Studie von Eisenberger et al. 2003

zugefügt wurden, deren Stärke jeweils einzuschätzen war. Das Bild des Partners verringerte dabei die Schmerzen deutlich, während Bilder von anderen Personen oder Objekten die Schmerzwahrnehmung unverändert ließen. Eine Studie von Younger und Mitarbeitern (2010) konnte zudem mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) nachweisen, dass der Anblick eines geliebten Menschen nicht nur experimentell induzierte Schmerzen reduziert, sondern auch die Aktivität des anterioren Gyrus cinguli. Haben Sie sich auch schon darüber gewundert, wie häufig ein Bild des Partners oder der ganzen Familie bei Krankenhaus-Patienten auf dem Nachttischchen steht? Im Lichte der hier dargestellten Erkenntnisse leuchtet diese unmittelbar ein: Die Patienten reduzieren ihre Schmerzen!

Die Wechselwirkungen zwischen körperlichen und seelischen Schmerzen beschränken sich keineswegs auf psychologische Effekte auf somatische Schmerzen, auch umgekehrt gibt es somatische Effekte auf psychologische Schmerzen. So wirkt beispielsweise das Schmerzmittel Paracetamol auch gegen Einsamkeit, wie im Rahmen zweier randomisierter Placebo-kontrollierter Doppelblindstudien nachgewiesen wurde (DeWall et al., 2010).

Neueste Befunde aus der Entwicklungsneurobiologie zeigen zudem, dass dieses ‚Messinstrument‘ in unseren Köpfen für Schmerzen und Einsamkeit einer interessanten Entwicklung unterliegt: Im Laufe des Heranwachsenden werden Beziehungen zu Gleichaltrigen immer bedeutender, entsprechend reagieren Jugendliche mit zunehmendem Alter verstärkt auf sozialen Ausschluss – im Verhalten und auch

» Zeit mit Freunden zu verbringen, hat eine protektive Wirkung.

was die Aktivierung ihres anterioren Gyrus cinguli angeht. Dies ergab eine Studie an 7- bis 17-Jährigen (Bolling et al., 2011). Altersabhängige Effekte konnten auch bei Erwachsenen gezeigt werden. Hier zeigte sich bei experimenteller sozialer Ausgrenzung im oben beschriebenen Ballspiel ein stärkeres Gefühl der Einsamkeit bei jüngeren (18-25 Jahre) als bei älteren Erwachsenen (26-50 bzw. 51-86 Jahre) (Hawkley et al., 2010). Aus diesen Ergebnissen kann also die Hypothese gebildet werden, dass es eine Zeit besonderer Empfindlichkeit gegenüber sozialem Ausschluss gibt: die Adoleszenz.

Eine protektive Wirkung auf eine erhöhte Sensitivität für sozialen Schmerz scheint die Zeit zu haben, die Jugendliche mit ihren Freunden verbringen (Masten et al., 2010). Die verbrachte Zeit mit Freunden korrelierte negativ mit der Aktivierung des anterioren Gyrus cinguli während einer Ausschlusssituation zwei Jahre später. Insgesamt mehren sich die Befunde dazu, dass soziale Unterstützung und Gruppenzugehörigkeit die neuronalen und psychologischen Auswirkungen von sozialem Schmerz (Eisenberger et al., 2007; Onoda et al., 2009; Krill & Platek, 2009; Bernstein et al., 2010), aber auch

die von physischem Schmerz mindern (Brown et al., 2003; Master et al., 2009). Entsprechend findet man nicht nur Fotos der Familie, sondern gelegentlich auch des Lieblingsfußballvereins auf den Nachttischen der Patienten. Sie wissen schon selbst am besten, was gut für sie ist. Und wer hätte gedacht, dass sich unsere chronisch einsamen älteren subdepressiven Menschen mit Schmerzmittelabusus nicht einfach ‚betäuben‘ oder einem völlig inadäquaten Verhalten anheim gefallen sind, sondern sich effektiv selbst behandeln? Entsprechend lautet die klinische Konsequenz in diesen Fällen unter Umständen nicht: „Alles absetzen, bringt sowieso gar nichts!“, sondern vielmehr: Antidepressiva zuerst aufdosieren und erst dann die Schmerzmittel ausschleichen. Es ist schön, dass die Neurobiologie gelegentlich die Weisheit der Sprache wie auch die Weisheit unserer Patienten bestätigt. Sie mahnt uns, dass die Welt komplexer ist, als wir das zuweilen gerne wahrhaben wollen. Und sie zeigt, dass das beste Mittel gegen ein zu einfaches wissenschaftliches Weltbild in genauem Hinsehen und damit in mehr und besserer Wissenschaft besteht.

Literatur beim Verfasser

Manfred Spitzer
Universitätsklinikum Ulm

GEGEN EINSAMKEIT UND ISOLATION IM ALTER

Porträt über den Berliner Verein Freunde alter Menschen

KLAUS-W. PAWLETKO



Klaus-W. Pawletko

N iemand möchte im Alter allein und isoliert leben. Das ist aber für hochbetagte Menschen – besonders dann, wenn sie in ihrer Mobilität eingeschränkt sind – oft traurige Realität.

Immer mehr Menschen wollen dort alt werden, wo sie wohnen. Obwohl wünschenswert und nachvollziehbar, birgt der Wunsch, im ver-

trauten Wohnquartier alt zu werden, eine Reihe von Risiken. Bereits heute erhält ein großer Teil der Älteren keine Unterstützungsleistungen mehr von Familie, Freunden oder nachbarschaftlichem Umfeld – ein Trend, der zunimmt. Durch den Ausbau ambulanter Pflegedienste konnte zwar die Zeit zu Hause erheblich verlängert werden, bei komplexen Problemlagen oder einer als schmerzvoll empfundenen Isolation bleibt jedoch oft als scheinbar einzige Möglichkeit die Übersiedlung in ein Pflegeheim. Die Ursachen für diesen vermeintlichen Automatismus liegen auf vielen Ebenen: Wohnungen, die nicht



Isabelle besucht Anita (96) regelmäßig

mehr bedarfsgerecht sind, ein ausgedünntes Dienstleistungsangebot und eine zunehmend anonyme Nachbarschaftsstruktur verstärken Tendenzen zur Abhängigkeit von professionellen Hilfesystemen bei gleichzeitigem Verlust eines selbstbestimmten Lebens. Der betroffene alte Mensch und sein Umfeld sehen unter diesen Umständen häufig keine andere Lösung als den Umzug in ein Pflegeheim. Gewollt ist dieser Umzug in den meisten Fällen nicht. Nachbarschaftliche und familiäre Hilfe in Kombination mit einem verlässlichen professionellen Hintergrundsystem sind die tragenden Säulen für ein selbstbestimmtes Wohnen und Leben im Alter.

» **Nachbarschaft, Familie und professionelle Begleitung sind tragende Säulen.**

Dort, wo keine Familienmitglieder (mehr) vorhanden sind, gewinnen nachbarschaftliche und freundschaftliche Kontakte noch größere Bedeutung.

Bei der Zielgruppe des Vereins handelt es sich häufig um ‚Übriggebliebene‘, das heißt Menschen, denen ihr vertrautes soziales Umfeld weggebrochen ist. Freunde und Verwandte sind verstorben; Kinder – wenn überhaupt vorhanden – wohnen nicht in räumlicher Nähe.

Der Verein Freunde alter Menschen hat sich zur Aufgabe gemacht, hochbetagte Menschen vor Einsamkeit und Isolation zu bewahren. Das Engagement dabei ist vielfältig:

Im Mittelpunkt stehen Besuchspartnerschaften zwischen Jung und Alt, bei denen ein Ehrenamtlicher einen alten Menschen besucht. Diese ‚Besuchspartnerschaften‘ werden von einer professionellen Koordinatorin sorgfältig vorbereitet. Nach einem sogenannten Erstbesuch bei einem alten Menschen wird ein potentiell passender Ehrenamtlicher gesucht, der dem alten Menschen dann in einem zweiten Besuch – wiederum begleitet von der Koordinatorin – vorgestellt wird.

Danach können beide Seiten in Ruhe überlegen, ob sie sich auf diese neue Partnerschaft einlassen wollen. Sind sich beide Seiten einig, es miteinander versuchen zu wollen, organisieren sie fortan die Frequenz und den Inhalt Ihrer Treffen autonom. In regelmäßigen Abständen werden beide Besuchspartner von der Koordinatorin befragt, wie der Stand der Beziehung ist und ob Interventionsbedarf besteht.

Aus Besuchspartnerschaften werden Freundschaften

Die besondere Qualität dieser Beziehungen besteht zum einen darin, dass es sich nicht um eine bezahlte Dienstleistung handelt, sondern dass der Ehrenamtliche seine Besuche macht, weil er selbst Freude daran hat. Zugleich haben beide Seiten die Möglichkeit, Intensität und Häufigkeit der Kontakte miteinander auszuhandeln und somit die Besuchspartnerschaft so auszubalancieren, dass sie für beide Seiten als befriedigend erlebt wird. Das Gefühl

» *Manchmal entwickelt sich eine Beziehung auf Augenhöhe, oft wird daraus eine Freundschaft.*

von Einsamkeit resultiert ja nicht aus Kontaktmangel als solchem, sondern aus dem Fehlen von ‚relevanten Anderen‘, Menschen also, denen man etwas bedeutet und die einem selbst wichtig sind.

Aus den Besuchspartnerschaften entwickelt sich im Idealfall eine Beziehung ‚auf Augenhöhe‘, bei der beide Partner einander zu ‚relevanten Anderen‘ werden. Oft wird daraus eine Freundschaft, die bis zum Lebensende des alten Menschen andauert und aus alten Menschen werden Alte Freunde.

Inter- und intragenerationelle Kontakte in den Treffpunkten

Alte Menschen brauchen aber auch den Kontakt zu Gleichaltrigen! In den Treffpunkten des Vereins finden regelmäßig zahlreiche Veranstaltungen, wie zum Beispiel Erzählcafés sowie gemeinsame Koch- und Spielrunden statt. Bei allen Aktivitäten gilt stets das Prinzip eines freundschaftlichen Kontakts auf Augenhöhe. Dabei wird auf eine gute Mischung von (jungen) Ehrenamtlichen und *Alten Freunden* geachtet. Bei regelmäßigen Veranstaltungen ist das Verhältnis 1:3, manchmal auch 1:2; bei besonderen Anlässen, wie zum Beispiel Heiligabend, ist das Verhältnis zwischen Jung und Alt auch 1:1!

Die Veranstaltungen haben eine besondere Bedeutung für die *Alten Freunde*: Sie bieten Gelegenheit, die eigene Wohnung zu verlassen. Denn das ist oftmals ohne fremde Hilfe nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich. Sie haben des Weiteren einen ‚Highlight‘-Charakter im oftmals monotonen Alltag unserer *Alten Freunde*. Und sie bieten – was nicht zu unterschätzen ist – auch die Gelegenheit mit Gleichaltrigen ins Gespräch zu kommen. Möglich ist all dies durch die Kooperation mit einem privaten Transportdienst, der die *Alten Freunde* von der Haustüre abholt und sie auch dorthin wieder zu-



Jung und Alt haben Spaß miteinander

rückbringt. Finanziert wird das alles im Wesentlichen durch Spenden.

Um die Zielgruppe besser erreichen zu können, baut der Verein auch auf Kooperationen mit der Wohnungswirtschaft. Die Kooperation mit verschiedenen Wohnungsbaugenossenschaften bietet eine hervorragende Möglichkeit, mit alten, von Isolation und Einsamkeit betroffenen oder bedrohten Menschen in Kontakt zu kommen. Durch die genossenschaftlichen Strukturen haben sich in deren Wohnungsbeständen Ansprechpartner und ‚Frühwarnsysteme‘ (zum Beispiel festangestellte Hauswarte, die ihre Mieter seit Jahren kennen!) entwickelt, die es dem Verein erleichtern, seine Angebote vorzustellen und eventuelle Schwellenängste zu überwinden.

Fazit

Durch die mittlerweile über 20-jährige Tätigkeit in Berlin hat der Verein das Wesen und die Erscheinungsformen von „Einsamkeit im Alter“ in all seinen Dimensionen erfahren können. Dabei ist eine Grundproblematik dieses Phänomens auch vom Verein nur sehr schwer aufzubrechen: Isoliert lebende und sich einsam fühlende alte Menschen tun sich – verständlicherweise – schwer damit, ihre Situation zu veröffentlichen. Einsamkeit wird häufig als (selbstverschuldeter) Makel empfunden, den man nicht gerne nach außen trägt. Hinzu kommt, dass isoliert lebende Menschen objektiv sehr schwer zu erreichen sind.

Nach umfangreichen Öffentlichkeitskampagnen, Zeitungsartikeln oder Fernsehberichten über die Arbeit der Freunde alter Menschen kommt es zwar in letzter Zeit häufiger vor, dass sich alte Menschen direkt an den Verein wenden, in den meisten Fällen aber ist man auf Netzwerkpartner (Multiplikatoren) angewiesen, die darauf hinweisen, wo sich eventuell bedürftige alte Menschen befinden und wie Kontakt zu Ihnen aufgenommen werden kann.

Insbesondere die Kooperation mit den Wohnungsbaugenossenschaften scheint dabei ein erfolgversprechender Weg zu sein, im Rahmen von nachbarschaftlichen Strukturen aus alten vereinsamten Menschen neue *Alte Freunde* zu machen! An Helfern mangelt es dabei nicht; in 2014 haben über 200 – meist junge – Menschen ihre ehrenamtliche Mitarbeit angeboten. Offensichtlich scheint die Idee, einen alten Menschen als *Alten Freund* zu gewinnen, auf fruchtbaren Boden zu fallen!

Allgemeine Daten und Fakten

Armand Marquiset gründete 1946 in Paris unter dem Namen „Les petits frères des Pauvres“ (die kleinen Brüder der Armen) den Verein. Heute ist er als internationale Freiwilligenorganisation tätig. Neben Frankreich und Deutschland ist er auch in Spanien, Irland, Polen, Schweiz, Mexiko, den USA und Kanada aktiv. Alle Organisationen sind in einer Internationalen Föderation zusammengeschlossen. Die Mitglieder eint der Kampf gegen Einsamkeit und Isolation im Alter. Oberstes Prinzip dabei ist stets, alte Menschen nicht als Hilfeempfänger zu sehen, sondern ihnen freundschaftlich und auf Augenhöhe zu begegnen. Das Motto des Vereins lautet *Alte Freunde sind die besten!*

» *Die Kooperation mit der Wohnungswirtschaft ist ein wichtiges Element.*

Der deutsche Ableger wurde 1991 in Berlin gegründet. Er hat derzeit drei Standorte in Berlin, einen in Köln und einen in Hamburg. Insgesamt sind sechs hauptamtliche Mitarbeiter und über dreihundert Ehrenamtliche aktiv. Sie begleiten über 250 alte Menschen in ihren eigenen Wohnungen, Pflegeeinrichtungen und Demenz-Wohngemeinschaften.

Freunde alter Menschen e.V.

Geschäftsführer
Klaus-W. Pawletko
Tieckstraße 9
10115 Berlin
Tel.: 0 30 - 13 89 57 90
kapawletko@famev.de
www.famev.de



Freunde alter Menschen e.V.
les petits frères des Pauvres

BEGEGNEN, BESUCHEN, BEGLEITEN, BERATEN

Aufsuchende Altenarbeit-Hausbesuche in Bremen

YVONNE FINKE, HEIDI PETERSEN

Niemand soll im Alter in seinen vier Wänden zuhause vereinsamen, sagt Sozialsenatorin Anja Stahmann, schon gar nicht, wenn man über Jahrzehnte in seiner Nachbarschaft verwurzelt ist. Immer mehr ältere Menschen drohen in die Einsamkeit und Isolation zu geraten.

Die Stadt Bremen hat das erkannt. Mit einem Modellprojekt „Aufsuchende Altenarbeit-Hausbesuche“ hat sie im Jahr 2008 zunächst in zwei Stadtteilen auf diese Situation reagiert. Gröpelingen ist erst 2013 und Blumenthal 2015 dazu gekommen. Diese begann mit einer fünfjährigen Modellphase und mündete in einem besonderen Konzept: So gibt es seit April 2013 Hausbesuche – als Regelangebot der ambulanten Altenhilfe – inzwischen in vier Stadtteilen. Realisiert wird dieses niedrigschwellige Angebot von Trägernetzwerken der jeweiligen Stadtgebiete. Dies sind z. B. im Stadtteil Obervieland, bestehend aus den Ortsteilen: Kattenturm, Kattenesch, Arsten und Habenhausen, die Evangelische Thomas-Gemeinde Bremen und die

Evangelische St. Markus-Gemeinde in Kooperation mit der Paulus-Gemeinde in Habenhausen, den Stadtteilhäusern der Bremer Heimstiftung Kattenturm und Kattenesch sowie der Wohnungsbaugesellschaft BREBAU.

Die „Aufsuchende Altenarbeit-Hausbesuche“ hat in ihrem jeweiligen Ortsteil einen eigenen kostenlosen Besuchsdienst eingerichtet. Diese präventiven Hausbesuche haben zum Ziel, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wieder zu aktivieren und einer drohenden Kontaktarmut entgegenzuwirken.

Der Ablauf gestaltet sich in allen Fällen vergleichbar: Der erste Hausbesuch erfolgt durch die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen, die sogenannten Freiwilligenkoordinatoreninnen. Dieser dient der ersten Kontaktaufnahme. Was sich aus dem ersten Gespräch ergibt, hängt von den Personen und ihren individuellen Bedürfnissen ab. So könnten z. B. weitere Hausbesuche durch freiwillige Besucher und Besucherinnen hilfreich sein oder nur eine Begleitung zum Spaziergang. Des Weiteren werden die Senioren von den Freiwilligen über die Angebote im Stadtteil in-





formiert, Unterstützung vermittelt oder die Teilnahme an Veranstaltungen organisiert. Die Freiwilligenkoordinatorinnen in den Stadtteilen sind für die Organisation, Koordination und fachliche Begleitung der Hausbesuche verantwortlich.

Ein übergreifendes Ziel ist es, die Lebensqualität für ältere Menschen im Stadtteil unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger sowie der Akteure vor Ort zu verbessern. Selbsthilfe und gegenseitige nachbarschaftliche Hilfen sollen gestärkt werden.

» *Die individuellen Bedürfnisse stehen im Vordergrund.*

Aber auch das Freiwilligen Engagement ist ein wichtiger Punkt in der Arbeit der „Aufsuchenden Altenarbeit-Hausbesuche“, ohne das es nicht funktionieren würde. Im Rahmen von bürgerschaftlichem Engagement sprechen die Freiwilligenkoordinatorinnen interessierte jüngere und ältere Menschen an. Dadurch, dass es sich dabei um Personen han-

delt, die im selben Stadtteil wohnen, ist es möglich, sich gemeinsam für eine tatsächlich ‚gelebte Nachbarschaft‘ einzusetzen.

Die Arbeit der Freiwilligen bezieht sich in der Regel auf Einzelpersonen und umfasst etwa einen wöchentlichen Hausbesuch. Es gibt keine Zielvorgaben bzgl. der Kontakthäufigkeiten und auch keine Zeitvorgaben. Die Besucherinnen und Besucher verstehen sich in erster Linie als Kontaktpersonen. Sie bieten Unterhaltung und begleiten zu Veranstaltungen oder Kontaktstellen im näheren Umfeld. Auf Wunsch können sie zum Einkaufen oder bei Arztbesuchen begleiten.

Was aus einem solchen Kontakt entstehen kann, ist sehr unterschiedlich. So kann sich bei einem Menschen ein Besuchsdienst von mehreren Monaten ergeben, bei einem anderen entstehen mit der Unterstützung der ehrenamtlichen Mitarbeiterin schneller neue Kontakte im sozialen Umfeld. Im Vordergrund steht dabei, das Gefühl der Zugehörigkeit und Teilhabe wiederherzustellen.



Yvonne Finke

Über verschiedene Formen und Wege der Ansprache werden ältere Menschen erreicht, um ihnen Informationen über Hilfsangebote vor Ort zu geben. Mit dieser ‚Bring-Struktur‘ können vorhandene Schwellen für ältere Menschen überwunden werden. Dafür stehen die vier B.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite:

www.Aufsuchende-Altenarbeit.de



Heidi Petersen



Jährliche Lichterandacht an dem Grabfeld

AUF DEM LETZTEN WEG NICHT ALLEIN

Würdige Bestattungen für mittellose Menschen – Friedhofsgruppe Minden

ULRICH TREUDE



Ulrich Treude

stände schon zu Lebzeiten die ‚schwarzen Schafe‘ ihrer Familien oder wurden dazu gemacht. Sie lebten dementsprechend schon lange alleine. Natürlich fiel

Die Idee zu dieser Initiative entstand vor ca. 12-13 Jahren im sogenannten „City Center“, unserer damaligen Suppenküche der Diakonie in Minden, für die ich als Sozialarbeiter verantwortlich war. Die meisten unserer Gäste kamen nicht nur wegen der günstigen Mittagsmahlzeit, sondern hauptsächlich wegen der Gemeinschaft, die viele von ihnen sehr schätzten. Viele waren durch verschiedene Um-

stände schon zu Lebzeiten die ‚schwarzen Schafe‘ ihrer Familien oder wurden dazu gemacht. Sie lebten dementsprechend schon lange alleine. Natürlich fiel uns auf, dass Gäste, die ansonsten fast täglich zum Mittagessen kamen, plötzlich mehrere Tage fehlten. Da keiner so recht wusste, was mit ihnen los war, forschten wir nach und erfuhren auch einige Male, dass sie verstorben waren oder tot in ihrer Wohnung aufgefunden wurden.

» Für uns gilt die Menschenwürde über den Tod hinaus

Später hörten wir, dass die meisten von ihnen durch eine sogenannte „Ersatz-Bestattung“, die vom Ordnungsamt nach einem Landesgesetz geregelt ist, beigesetzt wurden. Diese werden normalerweise auch nicht bekannt gemacht und finden fast immer ohne Trauerfeier und einen Pfarrer statt. Meist wurden und werden sie ohne weitere Beteiligung als anonyme

Urnenbestattung durchgeführt und auch nicht immer an dem Ort, wo die oder der Verstorbene zuletzt gelebt hat, sondern irgendwo, wo es möglicherweise ‚kostengünstiger‘ ist.

Dies wollten wir, das heißt einige Gäste und ich, als damals Verantwortlicher für diese Einrichtung, nicht so einfach hinnehmen, da – nach unserer Überzeugung – jeder Mensch ein Recht auf einen guten Abschied und eine würdige Bestattung hat. Wenn jemand kein Geld hat und selbst keine Vorsorge für seine eigene Beerdigung treffen kann, wenn er zudem weiß oder annehmen kann, dass sich später niemand um seine Beisetzung kümmern wird, steht ihm unserer Meinung nach gerade deshalb eine würdige Bestattung und Grabpflege zu. Für uns gilt die Menschenwürde über den Tod hinaus.

In der Folgezeit begannen wir dann mit der Recherche, wer von unseren ehemaligen Gästen wann und wo verstorben war und wo sie bestattet wurden. Es war eine relativ große Anzahl. Nur bei sieben von ih-



Gegen das Vergessen – Verwaehrte Grabstelle

nen, die vor dem Jahre 2003 verstorben waren, fanden wir die Orte ihrer Beisetzungen auf zwei städtischen Friedhöfen in Minden wieder. Ihre Grabstätten waren aber als solche nicht mehr zu erkennen.

So begann mit einem ersten tatkräftigen Einsatz zur Errichtung der Einzelgrabstellen vor 10 Jahren die Arbeit unserer ‚Friedhofsgruppe‘, die damals aus einigen Gästen unserer Suppenküche, zwei

weiteren Ehrenamtlichen und mir bestand.

Wir suchten zuerst die verwilderten Grabstellen, markierten sie mit kleinen Holzkreuzen, auf die wir als Orientierungshilfe die Namen der Verstorbenen schrieben, und trugen zunächst die verkrustete Oberfläche ab. Dann legten wir die Gräber an, bepflanzen sie und pflegen diese auch weiterhin. Später legten wir bei jeder Einzel-



Gedenkstelen für früher anonym bestattete Gäste



Monatliche Pflege des Grabfeldes

grabstätte noch eine Umrandung aus Natursteinen an und ließen uns durch einen Fachmann, den wir dann auch für unsere Gruppe gewinnen konnten, jeweils eine Namenstafel aus Granit fertigen und anbringen.

Als wir noch überlegten, wie wir unseren Gästen bereits schon zu Lebzeiten ein Angebot für einen guten Abschied und eine würdige Bestattung machen könnten, kam uns der Zufall zur Hilfe. Mitarbeiter und Freunde aus einer Suppenküche in Dortmund hatten dort ein Grabfeld auf einem städtischen Friedhof angelegt, auf dem sie ihre Gäste, meist wohnungslose Menschen der Stadt, im Rahmen einer kleinen Trauerfeier beisetzen konnten. Mit unserer Friedhofsgruppe und einigen Mitarbei-

tern des Herforder Mittagstisches und der Gütersloher Tafel haben wir uns dann vor Ort erkundigt, wie die Entwicklung dort zustande kam.

» Etwas für Menschen zu tun, auch wenn man ihnen im Leben nie begegnet ist, kann eine bereichernde Aufgabe sein.

Im Jahre 2007 haben wir dann, mit städtischer Hilfe und viel privater, öffentlicher und kirchlicher Unterstützung, aber auch durch den tatkräftigen Einsatz eines jedes Einzelnen aus unserer Gruppe, in Minden ein eigenes „Grabfeld der Erinnerung“ auf dem Nordfriedhof an der Marienstraße anlegen können. Hier war nun ein schön gestalteter Ort für etwa 60-80 namentliche Urnenbestattungen und ca. 10-20 Erdbeisetzungen geschaffen worden. Gleichzeitig konnten wir hier drei Gedenkstelen aufstellen, auf denen wir 12 Namen von ehemaligen Gästen angebracht haben, die vor dieser Zeit gestorben und an uns unbekanntem Orten beigesetzt wurden. Die ökumenische Einweihung fand im September des gleichen Jahres statt.

Inzwischen haben wir unser Angebot auf alleinstehende mittellose Personen ohne bestattungspflichtige Angehörige im gesamten Kirchenkreis Minden erweitert. In den nächsten Wochen werden wir auf unserem „Grabfeld der Erinnerung“ die 50. Beisetzung mit einer vorherigen Trauerfeier in der Kapelle durchführen. Jeder Verstorbene erhält eine eigene Tafel mit seinem Namen, seinem Geburts- und Ster-

bedatum. Betroffene Personen, die heute schon wissen, dass es keine verpflichteten Angehörigen gibt oder jemand, der sich um ihre Beerdigung kümmert, können als Vorsorge für ihre eigene Beisetzung auf unserem Grabfeld eine von uns vorbereitete „Verfügung für den Todesfall“ ausfüllen oder erstellen. Der dadurch geäußerte und bekannte Wille des Verstorbenen wurde von den Ämtern bis heute immer berücksichtigt. Durch unsere Verfügungen versuchen wir armen und alleinstehenden Menschen eine Sorge für ihr Lebensende zu nehmen. Zurzeit haben wir etwa 20 solcher Verfügungen, die wir dann zeitnah an das jeweilige Ordnungsamt weitergeben.

Jede Beerdigung wird in unserer Tageszeitung durch eine Traueranzeige veröffentlicht und zu den Beerdigungen und Trauerfeiern mit dem Textzusatz „Jeder ist eingeladen!“ bekannt gemacht. Zu diesen Beisetzungen, bei denen immer ein Pfarrer anwesend ist, waren bisher durchschnittlich 20-25 Trauergäste, ehemalige Nachbarn, Arbeitskollegen, Freunde, Kumpel oder andere Bekannte in der Ka-

pelle anwesend. Nach der Trauerfeier, auf dem Weg zum Grabfeld, leuchten wir dem Verstorbenen heim, indem wir ihm oder ihr eine kleine Laterne mit einer brennenden Kerze voraustragen.

» *Jeder ist eingeladen!*

Inzwischen lädt unser schön gestaltetes und gepflegtes Grabfeld auch zum Verweilen ein und wird gerne von anderen Friedhofsbesuchern aufgesucht. Sie empfinden das Ambiente dort als wohltuend und entspannend.

Wir sind eine ehrenamtlich tätige Gruppe von z. Zt. 12 Aktiven unter dem Dach der Diakonie Stiftung Salem in Minden und treffen uns regelmäßig ein- bis zweimal im Monat, um das Grabfeld und die Einzelgräber zu pflegen und nach Möglichkeit auch an Beisetzungen teilzunehmen. Wir machen durch öffentliche Beiträge in den Medien, durch Referate in sozialen Einrichtungen, Kirchengemeinden und interessierten Gruppen auf unsere Arbeit aufmerk-

Friedhofsgruppe Minden



26 SCHWERPUNKT

sam. Durch diese öffentlichen Auftritte werden Spenden eingeworben, die die Grundlage unserer Finanzierung sind.

Die Motivation der Mitglieder unserer Friedhofsgruppe ist unterschiedlich ebenso der kulturelle Hintergrund. Für das gemeinsame Wirken an unserer Sache ist uns deshalb die Gemeinschaftspflege ein großes Anliegen. Nicht zuletzt auch, um uns untereinander zu vertrauen, zu verstehen und zu tolerieren. Einige Ehrenamtliche sind schon seit Beginn dabei. Gerne begrüßen wir aber auch Interessierte in unserer Mitte, die sich vorstellen können für Menschen etwas zu tun, denen sie im Leben

persönlich vermutlich nie begegnet sind. Es kann eine bereichernde Aufgabe werden.

Für mich war und ist sie das immer gewesen. In diesem Jahr werde ich mich jedoch zurückziehen und die Verantwortung in jüngere Hände geben. Es geht weiter... und das ist auch gut so!

Ulrich Treude

Dipl. Sozialarbeiter und Gestalttherapeut i. R.
Initiator und Koordinator
der Friedhofsgruppe Minden
Tel.: 05 71 – 8 29 28 69
friedhofsgruppe@diakonie-stiftung-salem.de

Veranstaltungen

09. 04. 2015

Wien

Buntes Leben von ehrenamtlichen HospizmitarbeiterInnen in Europa
2. Symposium, Hospiz Österreich und European Association for Palliative Care
Tel.: +43 (0) 18 03 98 68
dachverband@hospiz.at
www.hospiz.at/symposium_volunteering_2015

20.04. - 24.04.2015

Engelskirchen

Seminar zur Führungskompetenz (§ 39a SGB V)
Malteser Hilfsdienst e.V.
Tel.: 0 22 63 - 9 23 00
malteser.akademie@malteser.org
www.malteser-akademie.de

27.05. - 29.05.2015

Bonn

Trauergruppen aufbauen, leiten, begleiten
Zentrum für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
www.malteser-krankenhaus-bonn.de

22.04. - 24.04.2015

Köln

Die Rolle der Helfer im familiären Geflecht
Handlungskompetenz im Spannungsfeld Familie
Dr. Mildred Scheel Akademie
Tel.: 02 21 - 9 44 04 90
www.mildred-scheel-akademie.de

28.05. - 31.05.2015

Bielefeld

Seminar End-of-Life: Jewish Perspectives
Klinikum Bielefeld und Jüdisches Gemeindezentrum Beit Tikwa Bielefeld
Tel.: 05 21 - 5 81 - 36 01
stephan.probst@klinikumbielefeld.de
www.klinikumbielefeld.de

11.05. - 12.05.2015

Würzburg

Palliative Geriatrie – Herausforderung der Zukunft
Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit
Stiftung Juliusspital Würzburg
Tel.: 09 31 - 3 93 22 81
palliativakademie@juliusspital.de
www.palliativakademie.de

29.05. - 31.05.2015

Berlin

Kleine Basis-Qualifizierung Trauerbegleitung
Tel.: 0 30 - 4 95 57 47
team@tabea-ev.de
www.tabea-ev.de

15.05. - 17.05.2015

Köln

Sterben helfen? Sterben dürfen?
In Gottes und der Menschen Hand
Pro und Contra aus ethischer, medizinischer, rechtlicher und theologischer Sicht in offenen Diskussionen und mit Vertretern aus den Wissenschaften, den großen Kirchen und der Politik
Gemeinschaft Katholischer Männer und Frauen (KMF) u. a.
Tel.: 02 21 - 94 20 18 50
merzmartin@t-online.de
www.kmf-net.de/veranstaltungen/tagung-2015-sterben-duerfen-sterben-helfen/

09.06. - 10.06.2015

Herne

Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen
APPH Ruhrgebiet – Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit
Ruhrgebiet
Tel.: 0 23 23 - 4 98 26 00
info@apph-ruhrgebiet.de
www.apph-ruhrgebiet.de

12.06. - 14.06.2015

Coesfeld

Trauer und Trauma treffen zusammen – Was tun?
Kolping-Bildungsstätte Coesfeld
Tel.: 0 25 41 - 8 03 03
info@bildungsstaette.kolping-ms.de
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.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 Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**

