



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

April 2009 Ausgabe 39

Schwerpunkt:

MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

Im Auftrag vom

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



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund ist eine generelle gesellschaftspolitische Aufgabe und ebenfalls ein relevantes Thema nicht nur in der allgemeinen Gesundheitsversorgung sondern auch in der spezifischen Hospiz- und Palliativversorgung. Es berührt die Institutionen sicherlich auf verschiedene Art und Weise, die städtischen anders als die ländlichen Einrichtungen, die stationären anders als die ambulanten Einrichtungen. Für alle bedarf es aber einer auf das eigene Feld hin reflektierten Auseinandersetzung, die sich unterschiedlich darstellt. So müssen sich z.B. einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ganz persönlich mit der Bedeutung des ‚Fremdseins‘ auseinandersetzen oder die Institutionen müssen sich damit auseinandersetzen, wie ihre Angebote auf die Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund vorbereitet sind sowohl hinsichtlich ihrer Kompetenzen als auch hinsichtlich ihrer Haltung. Nicht zuletzt sind aber auch die Menschen mit Zuwanderungsgeschichte gefordert, sich mit Abschied, Sterben und Tod in dem Land, in dem sie leben und mit den Versorgungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten auseinander zu setzen.

Ich hoffe, Sie finden in den Artikeln unserer Autorinnen und Autoren die mit diesem Thema verbundene Vielfalt wieder und damit gleichsam Anregungen für Ihre weitere Arbeit!

Ihre

G. Dingerkus

Gerlinde Dingerkus



INFORMATION

„Der Tod gibt zu denken“ – Philosophische Werkstatt zu Hospizarbeit und Lebenskunst Dr. Verena Begemann	4
Ambulantes Hospiz und Seniorenheim in enger Kooperation Judith Kohlstruck, Horst Ramm	6
Angehörige lernen Grundlagen von Palliative Care Ingrid-Ulrike Grom	8
Lasst uns eine Oase sein Barbara Andrzejewski	10

IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

Layout und Druck:

Art Applied, Druckvorstufe Hennes Wegmann
Hafenweg 26a, 48155 Münster

Auflage:

2500

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

SCHWERPUNKT

MENSCHEN MIT MIGRATIONS HinterGRUND

Das Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Nordrhein-Westfalen“ Heike Reinecke	13
Interkulturelle Sterbebegleitung – notwendige institutionelle Veränderungen Philip Anderson	15
Von der Theorie in die Praxis: „Der muslimische Patient“ als Thema in der medizinischen Ausbildung Michael Knipper, Esra Soylu	17
Yalniz Değilsiniz! – Du bist nicht allein! Bedia Torun	21
Hospiz- und Palliativarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund Daniela Grammatico	24
Veröffentlichungen	26
Termine	27

„Der Tod gibt zu denken“

– Philosophische Werkstatt zu Hospizarbeit und Lebenskunst

Dr. Verena Begemann

jeden persönlich, aber auch für die Hospiz-Bürgergesellschaft relevant sind:



Dr. Verena Begemann

EInleitung

Was verbindet Platon und die Hospizbewegung? Für Platon gehörte das Denken an den Tod „zum Geschäft“ eines freien, philosophierenden Menschen. Dieses galt als eine der wichtigsten Übungen im Alltag und war Bestandteil des guten Lebens. Hier sehe ich die Brücke zu Haupt- und Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit. Für sie ist der Tod Teil ihrer Lebenspraxis. Sie

sind praktisch und ganz konkret mit Fragen des würdevollen Sterbens konfrontiert. Dies bedeutet immer auch die Auseinandersetzung mit dem guten und gelingenden Leben. Wenn man das Leben einmal vom Ende her zu denken beginnt, liegt darin ein unglaublich schöpferisches Potenzial für das Hier und Jetzt. An den Tod mitten im Alltag zu denken ist eine der ältesten Übungen der Menschheit. Damit sorgten die Philosophen – Menschen, die intensiv über Leben und Tod nachdachten – gut für ihre Seele.

Gerade weil der Tod das „Alltagsgeschäft“ der Hospizarbeit ist, ist hier der Raum, um über Haltungen, Grundsätze, Werte und Ziele des Lebens nachzudenken. In Begegnungen, im Gespräch und im Schweigen arbeiten Haupt- und Ehrenamtliche an ihrer Lebensführungskompetenz. Eine ehrenamtliche Hospizmitarbeiterin sagte mir in einem Gespräch: „Zum Leben ‚Ja‘ sagen, weil ich ums Sterben weiß. Genau, da würde sonst ein Stück fehlen. Das ‚Ja‘ wäre nicht vollständig, wenn ich das nicht immer mit einbeziehe.“¹ Der Tod, der tagein, tagaus einfach dazu gehört, wird zum Wegweiser und Lehrer für existenzielle Themen an der Lebensgrenze.

Mit meinen Ausführungen will ich Anregungen geben, um über zwei Fragen nachzudenken, die für

„Was lehrt der Tod den Menschen für das Leben?“
„Welche Haltungen gehören zur Lebenskunst?“

Mit Gedanken der Philosophie der Lebenskunst will ich diese Fragen näher entfalten und den Begriff der Ethosbildung einführen. Die Philosophische Werkstatt kann eine Methode zur Annäherung an diese Fragen sein. Sie wurde erstmalig im Rahmen des Innovationsprojektes „Systemisch-familienpsychologische Hospizarbeit“ des Caritasverbandes für das Dekanat Borken durchgeführt und soll hier vorgestellt werden.

Philosophie der Lebenskunst

Eine Renaissance der Philosophie der Lebenskunst hat Wilhelm Schmid eingeleitet, der als freier Philosoph arbeitet und immer wieder als philosophischer Seelsorger in einem Zürcher Spital tätig ist. Er schreibt: „Es ist die Grenze des Todes, der die Freude am Leben zu verdanken ist. Philosophieren heißt, im Bewusstsein dieser Grenze leben zu lernen.“² Die Philosophie der Lebenskunst basiert auf der Tugendethik des Aristoteles und bietet vielfältige Anregungen, um über Haltungen ins Gespräch zu kommen. Sie fasziniert durch das Verständnis, das eigene Leben als Kunstwerk zu betrachten und zu bejahen. „Gestalte dein Leben so, dass es bejahenswert ist“, so lautet der existenzielle Imperativ, der ein Lebensmotto sein kann. Wenn wir mit unterschiedlichen Materialien, Farben, Formen unser einzigartiges Leben gestalten lernen sind wir erfüllt, sinn-erfüllt.

Dies ist eine herausfordernde und zugleich schöne Aufgabe, die nicht ohne Grenzerfahrungen bleiben wird. Vor allem in der Antike bei Platon, in der Schule der Stoa bei Seneca oder in der biblischen Weisheitsliteratur begegnen wir diesem kontemplativen Denken. Das „*meditatio mortis*“ verkörpert eine Haltung der Lebenskunst und ist Ausdruck des Menschseins. Zu allen Zeiten war der

¹ Begemann, Verena (2006): Hospiz – Lehr- und Lernort des Lebens. Stuttgart, 29

² Schmid, Wilhelm (2000): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt am Main, 89

Tod – die Kürze des Lebens – der eigentliche Beweggrund für Menschen ihr Leben gestalten zu lernen.

Der Hospizpionier Heinrich Pera (1938-2004) schreibt *„Lebenskunst und die Kunst endlich zu leben sind nicht möglich ohne Begegnung. Wo wir einander begegnen, sind wir Lebende und Hoffende.“*³ Es sind die Begegnungen zwischen Sterbenden und Begleitenden, zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen, die eine Brücke bauen. Eine Brücke zwischen Leben und Tod, Trauer und Lebensfreude, Schwerem und Schönerem, Glück und Leid. Diese gilt es immer wieder neu zu konstruieren, zu verändern, den Bedingungen und Gegebenheiten anzupassen. Dies ist Ausdruck der Lebenskunst und bedeutet, schöpferisch am Kunstwerk Leben tätig zu sein.

Sterbende blicken am Ende ihres Lebens nicht selten noch einmal zurück. Manche können das Werk offen vor sich hinlegen. Sie erkennen und spüren, in welchen Lebensphasen sie diesem nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt haben. Scheitern, Verletzungen und Unzufriedenheit werden auch im Rückblick wahrgenommen. Manches kann noch einmal neu angesehen werden. Dabei darf Aufmerksamkeit nicht mit Perfektionismus verwechselt werden. Es sind doch oft die Krisenzeiten, die, wenn sie mit durchlitten und erlebt werden, das Kunstwerk zu etwas Einzigartigem und Unverwechselbarem machen. Erst durch Erlebnisse, die uns in der Tiefe berühren und die uns nicht selten auch verwundet haben, gewinnt das Werk an Ausstrahlung, Beständigkeit und Wert. Das gelingende Leben beinhaltet nicht nur Leistung, Erfolg und Freude. Ein Gelingen davon abhängig zu machen, würde bedeuten, nicht das Ganze zu sehen. Auch Schweres und Leidvolles darf und muss Raum in diesem Kunstwerk einnehmen. Erst das Zusammenspiel von dunklen und leuchtenden Farben bildet das gesamte Spektrum eines intensiven Lebens ab. Schönes und Schweres kann durchaus miteinander harmonieren. Das Leben wird durch den Tod zu einem kostbaren und wertvollen Gut. Angesichts der Endlichkeit können Prioritäten, Werte, Haltungen und Einstellungen an Klarheit und Eindeutigkeit gewinnen.

Das Leben bildet

Haltungen werden vom Leben selbst gebildet, an dem Ort, an dem man lebt und arbeitet. Haltungen

bilden sich, wenn Denken und Gefühl sich miteinander verbinden und bestenfalls wechselseitig durchdringen können. Wenn wir ein Musikinstrument oder eine Sprache erlernen wollen, brauchen wir eine regelmäßige Übungszeit. Genauso verhält es sich mit Haltungen für unser Leben. Erst wenn wir uns Zeit nehmen, um Haltungen einzuüben, können wir sie als Teil unserer Persönlichkeit im Denken und Spüren, im Verstand und im Herzen kultivieren. Dieser Prozess wird Ethosbildung genannt, die ich definieren möchte als Aneignung und Entwicklung von klugen Haltungen, die den Verstand herausfordern, das Herz berühren und zum Handeln bewegen.

Albert Schweitzer, der vielen als *„Urwald-Arzt“* aber nicht als Philosoph und Begründer der *„Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben“* bekannt ist, hat diese gegenseitige Bereicherung von Wissen und Erleben auf anschauliche Art und Weise formuliert: *„Das Gefühl, das sich dem Denken entzieht, verfehlt seine Bestimmung. Das Denken, das meint, am Gefühl vorbeigehen zu können, kommt von dem Wege ab, der in die Tiefe führt. Wo das Gefühl in das Denken hinaufreicht und das Denken in das Gefühl hinabreicht, ist unser ganzes Wesen an dem Gestalten der Überzeugungen, die wir in uns tragen, beteiligt.“*⁴ Es ist eine gut nachvollziehbare Bewegung, die Schweitzer hier aufzeigt. Das Denken ist auf das Gefühl angewiesen, um eine gute Tiefenschärfe zu erreichen. Das Gefühl wiederum braucht das Denken als gute Leitlinie und orientierungsstiftenden Wegweiser. Erst wenn eine Begegnung stattfindet, in der sich Denken und Gefühl berühren, kann sinnvolles Handeln entstehen, das die Lebensführungskompetenz erweitert.

Die Philosophische Werkstatt

Die Philosophische Werkstatt ist eine Methode der praktischen Philosophie, die ich für Mitarbeitende in sozialen und pädagogischen Arbeitsfeldern entwickelt habe. Sie ist ein Denk-Raum zur Auseinandersetzung mit ethisch-anthropologischen Fragen für eine gelingende Lebensführung. Mit unterschiedlichen Materialien wird an der Verbindung von ethischen Haltungen und klugem Handeln gearbeitet. Dabei sollen theoretische und praktische Anteile möglichst ausgeglichen sein.

³ Pera, Heinrich (2004): Da sein bis zuletzt. Freiburg i. Br., 15

⁴ Schweitzer, Albert (2000): Die Weltanschauung der Ehrfurcht vor dem Leben. Kulturphilosophie III, München, 28

Die Materialien:

1. *Theoretische Impulse* führen in das Thema ein und dienen dazu eine gemeinsame Wissensgrundlage zu schaffen. Mögliche Themen sind: Zeit, Begegnung, Tod, Liebe, Spiritualität, Gelassenheit.
2. *Ausgewählte Lektüre* dient der kritischen Auseinandersetzung mit Text und Autor. Sich in philosophisch-ethische Texte zu vertiefen, sich von Ideen, Gedanken und Argumenten ansprechen oder auch in Frage stellen zu lassen, bietet die Chance eine eigene Position zu erarbeiten.
3. *Gespräche* in Kleingruppen und im Plenum dienen dem reflexiven Austausch. Durch die Verbindung von Impulsfragen zum Text oder Referat mit Erfahrungen aus dem Alltag wird strukturiert am Theorie-Praxis-Transfer gearbeitet.

4. *Praktische Übungen* regen die sensible Wahrnehmung, das Spüren und Erleben an. Sie sorgen für den geschärften Blick nach Innen und dienen dazu, Gehörtes, Gelesenes und Diskutiertes auch im Spüren zu verankern.

Impulsreferate und Texte bieten andere Zugängen zu einer Thematik als Gespräch und Übungen. Inhalten, Nachdenken und Dialog bilden Haltungen, die dann Auswirkungen auf die Hospiz- und Lebenspraxis haben und eine Klugheit des Herzens wachsen und reifen lassen.

Dr. phil. Verena Begemann,

Dipl. Sozialpädagogin/-arbeiterin (FH)
Osterkamp 26, 49324 Melle
www.ethosbildung.de

Ambulantes Hospiz und Seniorenheim in enger Kooperation

Schwerpunkt Palliative Pflege im St. Marien-Seniorenheim in Ratingen

Judith Kohlstruck, Horst Ramm

Seit mehreren Jahren arbeitet die Hospizbewegung Ratingen e.V. als ambulanter Hospizdienst mit der St. Marien-Krankenhaus GmbH – ein Zusammenschluss von Allgemeinkrankenhaus und zwei Seniorenheimen – eng zusammen. Sterbende und schwerstkranke Menschen werden in den Einrichtungen der GmbH durch die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen der Hospizbewegung betreut. Bereits 2005 wurde ein Konzept zur Begleitung sterbender Bewohner in den Seniorenheimen gemeinsam entwickelt.

Beide Kooperationspartner suchten seit Jahren nach Möglichkeiten, zwei Tatbeständen Folge zu leisten: Zum einen zeigt sich seit Jahren, dass immer mehr Bewohner der Heime bei ihrem Einzug multiple Krankheitsbilder aufweisen und oft be-

reits palliativer Behandlung bedürfen. Zum anderen verfügt Ratingen nicht über ein stationäres Hospiz und Patienten, die nicht mehr ambulant versorgt werden können, müssen in Nachbarstädte verlegt werden.

Im Januar 2007 gründete sich daher die Projektgruppe „*palliative Pflege*“ mit dem Ziel, für den Wohnbereich „*Cromford*“ im St. Marien-Seniorenheim einen Schwerpunkt „*Palliative Pflege*“ zu entwickeln. Mitglieder dieser Projektgruppe waren neben den Leitungen der beiden Kooperationspartner, die Stationsleitung des Wohnbereichs Cromford, die Pflegedienstleitung des Hauses, der soziale Dienst und die Koordinatorin der Hospizbewegung. Moderiert wurde die Gruppe durch den Qualitätsbeauftragten der Einrichtung. In neun Treffen wurde eine Gesamtkonzeption für die Station erarbeitet, die bauliche Umgestaltung unter Miteinbeziehung der Hospizmitarbeiterinnen vorbereitet und weitere Kooperationspartner wie z.B. ortsansässige Palliativmediziner gesucht und gefunden.

Im Juni 2008 wurde die Station mit einer Pressekonferenz eröffnet. Im Pfl egeteam verfügen zwei Vollzeitkräfte über eine Palliativ-Care-Zusatzausbildung, zwei weitere werden in den kommenden Monaten diese Ausbildung machen. Zusätzlich berät eine erfahrene Hospizfachkraft das Pflegepersonal in seiner Arbeit.

Die Patienten werden in drei Einzelzimmern versorgt, außerdem wurde ein weiteres Bewohnerzimmer in ein Wohnzimmer mit Teeküche umgewandelt, um Angehörigen und Besuchern die Möglichkeit für ungestörte Gespräche oder Ruhephasen zu geben. Die wöchentliche interdisziplinäre „Fall“-besprechung unter Beteiligung der Pflegekräfte, der behandelnden Hausärzte, der Ernährungsberaterin des Hauses, der Hospizmitarbeiter und der Leitungen moderiert der soziale Dienst des Hauses. Diese Teambesprechung garantiert eine optimale, umfassende, zeitnah abgestimmte, medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung der Patienten.

Das Team der Hospizbewegung besteht aus sechs Mitarbeiterinnen mit langjähriger Erfahrung, die sich vierteljährlich zu einem eigenen Erfahrungsaustausch treffen. Um auch neben der aktuellen Begleitung für Angehörige, Besucher oder Pflegenden da zu sein, werden zweimal wöchentlich mehrstündige Präsenzzeiten durch die Mitarbeiterinnen angeboten.

Die ärztliche Versorgung der Bewohner erfolgt durch deren bisherige Hausärzte. Ist ein Wechsel des Arztes erwünscht, steht ein Internist in der Palliativausbildung in unmittelbarer Nähe zur Verfügung. Kooperationspartner ist außerdem eine nahe gelegene onkologische Praxis mit einem QPA. Wissenschaftlich begleitet wird der Prozess dieser neuen engen Kooperation von einer Absolventin der Sozialen Arbeit der Katholischen Hochschule in Köln.

Der Umbau der Räumlichkeiten und die Neueinrichtung wurden durch die Hospizbewegung bezahlt. Zusatzkosten im laufenden Betrieb teilen sich die beiden Kooperationspartner anteilig.

Alle beteiligten Kooperationspartner sind außerdem Mitglieder des palliativen Netzwerkes des Kreises Mettmann, das sich 2006 gründete.

Anfragen für die Station kommen größtenteils von Ratinger Bürgern und den Krankenhäusern der umliegenden Städte.

Alle Beteiligten beurteilen die bisherigen Erfahrungen als äußerst bereichernd, die Rückmeldungen der Bewohner und ihrer Angehörigen sind durchgehend positiv.

Ansprechpartner:

Judith Kohlstruck

Hospizbewegung Ratingen e.V.

Hospizkoordinatorin
Tel.: 0 21 02 - 2 38 47
E-Mail:
Hospizbewegung.
Ratingen@t-online.de
Internet: www.hospizbewegung-ratingen.de



Judith Kohlstruck

Horst Ramm

St. Marien-Krankenhaus GmbH

Hausleitung
Werdenerstr. 3
40878 Ratingen
Tel.: 02102-8516351
E-Mail:
H.Ramm@smkr.de
Internet: www.smkr.de



Horst Ramm

Dresdner Modell für Angehörigenedukation®: Angehörige lernen Grundlagen von Palliative Care¹

Dr. Ingrid-Ulrike Grom

Wenn ein Mensch schwer erkrankt, wird nicht nur sein Leben aus einem vertrauten Lebensgefüge, -rhythmus und -gefühl herausgerissen. Auch seine Angehörigen sind betroffen und werden fortan mit neuen Aufgaben konfrontiert. Ihr Lebensgefüge gerät in gleicher Weise ins Wanken durch Sorge um den 'Gesundheitszustand' des nahe stehenden Menschen, existentielle Fragen, Zuständigkeiten und Verantwortungen innerhalb des Familienverbandes.



Dr. Ingrid-Ulrike Grom

Angst um die berufliche und wirtschaftliche Zukunft und Unsicherheit gegenüber dem Freundeskreis sind weitere Facetten eines oft kaum erfassbaren Spektrums ungeklärter Gefühle, Befürchtungen und Konfrontationen im Alltag.

In der DEGAM-Leitlinie Nr. 6² werden die Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger systematisch erfasst und mit Handlungsoptionen unterlegt. Für den interessierten Leser empfiehlt sich diese Seite dahin gehend, da viele seiner Alltagserfahrungen bestätigt werden.

Gerade wenn Angehörige bereit sind, sich in der Pflege einzubringen, so beklagen sie häufig ihre Hilflosigkeit, ja Ohnmacht, den ihnen nahe stehenden Menschen nicht ausreichend unterstützen zu können. So gerne wollte man – gerade angesichts der noch verbleibenden Lebenszeit – etwas Gutes tun, „*aber man möchte auch nichts falsches machen*“, so lautet die häufige Aussage von betroffenen Angehörigen.

¹ Das Modell wurde im Jahr 2002 von der Autorin entwickelt und seit 2003 lehrplanmäßig an der Dresdner Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit unterrichtet.

² Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), Leitlinie Nr. 6 kann im Internet unter www.degam.de eingesehen und herunter geladen werden.

Immer mehr werden öffentliche Leistungen gekürzt und die Anforderungen an die häusliche Versorgung nehmen zu. Aber wer qualifiziert die „*Versorgenden*“ und gibt ihnen eine Unterstützung für kompetente pflegeunterstützende Maßnahmen daheim sowie die Möglichkeit, sich mit dieser menschlich enormen Herausforderung auseinander zu setzen?

Ein weiterer Punkt, der oft schwer fällt, offen an- und ausgesprochen zu werden, ist die Entscheidung, dass der pflegebedürftige Mensch in ein Altenpflegeheim geht. Dieser Schritt fällt selten leicht: weder dem Betroffenen noch seinen Angehörigen. Wenngleich es häufig die beste Wahl ist, so bleibt doch auch die Gewissheit, dass dies nun die letzte Stufe auf der Lebensleiter ist. Angehörige haben oft ein schlechtes Gewissen, den ihnen nahe stehenden Menschen in ein Altenpflegeheim zu geben, *„man will ihn ja nicht abschieben“*.

Gerne möchte man sich einbringen, die Betreuung und Begleitung im Altenpflegeheim sinnvoll unterstützen, aber auch hier ist die Angst, dass man etwas falsch machen könnte. Und „*man will den Mitarbeitern aus dem Heim ja nicht ins Handwerk pfuschen*.“

Was können Angehörige tun, um sich selbst gut und für alle Seiten zufriedenstellend in die Betreuung einzubringen?

Hier bietet das Dresdner Modell für Angehörigenedukation®:

„*Angehörige lernen Grundlagen von Palliative Care*“ eine sinnvolle Unterstützung. Es bietet ein integratives Lehrkonzept, das medizinische, pflegerische, psycho-soziale sowie ethische und juristische Inhalte umfasst. Des Weiteren werden in dem Kurs Grundlagen von Validation vermittelt, die es ermöglichen, auch den alten und verwirrten Menschen besser verstehen zu lernen und sich ihm leichter verständlich zu machen.

Der Kurs 'Angehörige lernen Grundlagen von Palliative Care' stellt eine Erweiterung der ganzheitlichen Begleitung von unheilbar kranken, sterbenden Menschen dar. Der Lehrplan wurde von der

Dresdner Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit entwickelt und seit 2003 als Pilotprojekt mit der Barmer Ersatzkasse Sachsen angeboten.

Bislang ist dieser Kurs einmalig in der Bundesrepublik und wird als Kooperationsprojekt seit 2005 auch von der Pflegekasse der AOK plus finanziell unterstützt. Durch die Förderung dieses Konzeptes sollen pflegende Angehörige Unterstützung für ihre wertvolle Arbeit erhalten. Ausgewählte, Praxis erfahrene Referenten vermitteln ein breites Spektrum an Wissen, fördern das Einüben in praktische Verrichtungen sowie den Austausch über Belastungen und Entlastendes. Es soll auch ein Zeichen für alle schwer kranken Patienten sein, dass ihre Angehörigen in ihrer Begleitung und Betreuung stark gemacht und sie fachlich, praktisch und psychisch für diese Aufgabe gefestigt werden. Angehörigenedukation ist eine optimale Form der Prävention und praktisch vermitteltes Empowerment.

Das Konzept des Modells

In der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit begannen die Kurse zunächst mit einem Umfang von 8 Einheiten à 3 Stunden. Durch die Fragestellungen der Teilnehmer ist die Themenpalette des Lehrplans mittlerweile auf die doppelte Zahl von Stunden angewachsen, d.h. 16 Einheiten à drei Stunden.

Das Curriculum ist nach dem Modell ‚von der Peripherie zur Mitte‘ aufgebaut. Es orientiert sich an der Situation von Angehörigen, die ja in gleicher Weise Betroffene sind – gelähmt in ihren diffusen Gefühlen, ihrer Hilflosigkeit und Versagensangst. Sie brauchen zunächst einen Überblick, um so ihre Situation sukzessive selbst verorten zu können. Dann entwickeln sie auch ‚ihre Fragen‘.

Im Block I – ‚Medizin und Therapie‘ werden zunächst ausgewählte Krankheitsbilder erläutert, einschließlich Fragen zur Psychopathologie und Gerontopsychiatrie sowie zur Pharmakotherapie.

Im Block II – ‚Pflege‘ werden Informationen und praktische Übungen im Bereich Pflege vermittelt; Heil- und Hilfsmittel werden vorgestellt sowie Fragen zur Verordnung und Finanzierung beantwortet. Im Block III – ‚Menschen mit Demenz‘ folgt eine Einführung zur Biographiearbeit und Validation bei Menschen mit Demenz.

Im Block IV – ‚Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden‘ wird die Betreuungssituation vermehrt in den Blick genommen und gemeinsam Hil-

fe zur Klärung (die Bedürfnisse des Patienten - die Bedürfnisse der Angehörigen) entwickelt.

Im Block V – ‚Vorsorgende Verfügungen und sozialrechtliche Fragen‘ geht es um Pflegestufe, Möglichkeiten von Reha-Maßnahmen, Finanzierung von Heil- und Hilfsmittel einschließlich möglicher Umbaumaßnahmen. Des Weiteren stehen Fragen zum Testament, zur Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht und Vorsorgevollmacht im Mittelpunkt des Interesses.

Im Block VI steht der Bestatter den Teilnehmern Rede und Antwort zu Fragen der Versorgung des Leichnams, Aufbahrung, Formen der Bestattung und Kosten.

Die Kurse werden mit einem Einführungsgespräch eröffnet und mit einem Auswertungsgespräch abgeschlossen.

Die wissenschaftliche Auswertung dieser Kurse anhand von Evaluierungsbögen und eines Tagebuchprojektes durch das Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der TU Dresden zeigt eine deutliche Verbesserung der körperlichen und psychischen Stabilität der Teilnehmer – in der Mehrzahl Frauen im mittleren Lebensalter.³

Verbesserung des persönlichen Befindens und der Lebens- und Pflegesituation

Angehörigenedukation bietet Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch mit anderen pflegenden Angehörigen. Im Unterschied zu Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige ist die Legitimationsschwelle ‚gegenüber Zuhause‘ weit niedriger, im Gegenteil, der pflegebedürftige Mensch sieht, dass sich sein Angehöriger für ihn weiterbildet, damit die Lebens- und Pflegesituation Daheim optimiert werden kann. Es entstehen keine Misstrauensmomente (*bin ich Dir doch eine Last? Kannst Du mir denn nicht alles sagen? Darf ich etwas nicht wissen?*), sondern durch den Pflegekurs gibt es ein gemeinsames Profitieren durch Wissen und praktische Kompetenz.

Hinzu kommt, dass sich die Teilnehmer mit dem Besuch eines Kurses für Pflegenden Angehörige ein Stück persönlichen Freiraum zurückerobern. Je-

³ Siehe auch die Studie zu pflegenden Angehörigen von Prof. Dr. phil. Friedrich Balck, Leiter des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der TU Dresden

doch gilt hier zu beachten, dass sich gerade ältere Frauen schwer tun, die eigene Belastung zu erkennen und mitzuteilen. Die Sorge um den Partner, gepaart mit Schuldgefühlen, lässt bei ihnen nur wenig Raum, die eigene Überanstrengung zu spüren. Von daher gilt es, vor allem durch hausärztliche Betreuung und durch Mitarbeiter aus der ambulanten Pflege, auf diese Personengruppe ein besonderes Augenmerk zu haben.

Zusammenfassung

Angehörigenedukation wird eine zukunftsweisende Strategie in einem Gesundheits- und Sozialsystem, in dem institutionelle Infrastruktur, professionelle Kompetenzen und monetäre Ressourcen immer stärker spezialisiert und damit reduzierter zur Verfügung stehen werden.

Gerade für Pflegekräfte eröffnet sich hier ein großes Potential, pflegende Angehörige zu begleiten. Zum einen erleichtern ihnen gut geschulte Angehörige die Zusammenarbeit, zum anderen entsteht ein Dialog auf Augenhöhe, da sich Angehörige nicht mehr „im Nachteil durch Nichtwissen“ empfinden.

So wird der Angehörige für Pflegekräfte zum Partner und die Kontinuität der Zusammenarbeit wirkt sich positiv für alle im Betreuungs- und Pflegeprozess Engagierten aus.

Und für pflegende Angehörige gilt in gleicher Weise wie für Pflegende: Pflege kann es nur gut gehen, wenn es den Pflegenden gut geht.

Dr. phil. Ingrid-Ulrike Grom M.A.HC

Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit
Dresden gGmbH
Staatl. anerk. Weiterbildungsinstitut
für Palliativ- und Hospizpflege
Georg-Nerlich Str. 2
01307 Dresden
Tel.: 03 51 - 44 40 29 02
Fax: 03 51 - 44 40 29 99
www.palliativakademie-dresden.de
E-Mail: grom@palliativakademie-dresden.de

Lasst uns eine Oase sein ...

Barbara Andrzejewski

**... wo man begeistert ist vom Leben,
auch von jedem Leben,
auch von dem Leben,
das Mühe kostet.**



Schaumerfahrungen

Seit 1996 bietet die Kleine Oase Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen mit schweren Behinderungen ein „Zuhause auf Zeit“. In einer Gruppe von 12 Mitbewohnern erleben unsere Gäste hier eine Auszeit vom Alltag, das Gefühl der Gemeinschaft und Geborgenheit auch außerhalb ihres gewohnten Umfeldes und des Elternhauses.

Angefangen hat die Geschichte der Kleinen Oase Mitte der 80er Jahre. Die Ordens-Schwester Agnes Blüten arbeitete damals als Seelsorgerin in der Vestischen Kinder- und Jugendklinik in Datteln. Im Kontakt mit Eltern von Kindern mit Behinderungen erfuhr sie von der Problematik, mit der diese Familien täglich lebten.

Neben der ständigen Sorge um die Gesundheit ihrer Kinder waren die Eltern nicht selten selbst völlig am Ende ihrer Kräfte. So reifte in Schwester Agnes die Idee, ein Kurzzeitwohnheim zu gründen, wo Kinder mit schwersten Behinderungen eine zeitweise Betreuung zuteil werden konnte, um deren Eltern und Bezugspersonen zu entlasten. Mit der Unterstützung des Ordens der Schwestern von der Göttlichen Vorsehung und der Vestischen Caritas-Kliniken GmbH konnte sie schließlich ihren Traum verwirklichen.

In einem Wohngebiet in der Kleinstadt Datteln entstand in unmittelbarer Nähe zur Vestischen Kinder- und Jugendklinik ein modern ausgestattetes Wohnheim in Atriumbauweise mit einem behindertengerecht angelegten Innenhof. Die Einrichtung ist ganzjährig geöffnet und bietet 12 Gästen im Alter von 2-25 Jahren Platz. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt ca. 10-14 Tage, viele Kinder kommen mehrmals im Jahr.

Das Betreuerteam der Kleinen Oase setzt sich zusammen aus Heilerziehungspflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sowie einer Heilpädagogin. Unser Angebot umfasst im Wesentlichen

- die Übernahme, Mithilfe und Beaufsichtigung bei der Körperpflege
- medizinische Versorgung
- regelmäßige, den Tag gestaltende Freizeitangebote
- verschiedene Therapieangebote.

Durch einen strukturierten Tages- und Wochenplan können wir unseren Gästen Orientierung und Sicherheit vermitteln. Das sieht in der Praxis so aus, dass die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen werden und mit einem Tischlied beginnen. Die Gäste haben feste Tischplätze, dies dient der besseren Orientierung im Raum. Der Speiseraum hat eine offene Verbindung zur Küche, so dass schon die Vorbereitung der Mahlzeiten verfolgt und nicht selten hungrig erwartet werden kann.

Die Zeit zwischen den Mahlzeiten ist für Einzel- und Gruppenaktivitäten vorgesehen. Das können der morgendliche „Spielkreis“, in dem wochenweise zu einem Thema gearbeitet wird, ein entspannendes Sprudelbad, eine indische Aromamassage oder ein Spaziergang in die Stadt sein. An den Nachmittagen nach der Mittagsruhe kom-



Geburtstag

men Herr Haus, unser Musiktherapeut oder die Hundedame Emmi zu uns und sorgen für Stimmung. Auch ein Kochnachmittag ist fester Bestandteil der Wochenplanung. Im Abendkreis nach dem Abendessen geben wir unseren Gästen mit einem Lied oder einer Geschichte noch mal die Möglichkeit, den Tag ausklingen zu lassen und zur Ruhe zu kommen.



Schaumerfahrten

Auch eine Festkultur wird gepflegt, feiern wir doch gemeinsam die Jahresfeste, Geburtstage und auch Abschied von Kindern und Jugendlichen, die in eine Langzeiteinrichtung umziehen. Alljährlich im August findet im Familien- und Freundeskreis unser Sommerfest statt. Dann sind Eltern, Geschwister, Omas, Opas und alle Freunde herzlich bei uns eingeladen. Die Familien lernen sich kennen, haben die Gelegenheit zum Austausch und bei bisher immer strahlendem Sonnenschein und leiblichen Genüssen freuen wir uns auf diesen Tag immer besonders.

Im Laufe der Jahre seit Eröffnung der Einrichtung sind viele unserer Gäste zu Stammgästen geworden. Schon bei der Ankunft in der Kleinen Oase gibt es oft große Wiedersehensfreude und nach einigen Aufhaltenen können auch die meisten Eltern loslassen und sich auf die bevorstehende freie Zeit freuen, wissen sie doch ihr Kind in guten Händen. In unserer Arbeit sind wir an einem christlichen Menschenbild orientiert.

Den zu betreuenden Kindern und Jugendlichen bringen wir eine von Respekt und Akzeptanz geprägte Haltung entgegen. Auf der Basis verlässlicher und überschaubarer Beziehungen orientieren wir uns in unserem Handeln an den individuellen



Ostern

Bedürfnissen unserer Gäste. Sämtliche Pflegesituationen sind eingebettet in den pädagogisch/therapeutisch strukturierten Alltag und werden immer auch als Kommunikations- und Interaktionsmittel genutzt.

Die Kleine Oase als fester Baustein im Versorgungsnetzwerk der Region Westfalen-Lippe hat seit einigen Jahren eine durchschnittliche Belegungsauslastung von über 90% aufzuweisen. Engpässe bei der Platzvergabe gibt es immer noch bei den Ferienterminen, hier gibt es eine Nachrückliste.

Konnten wir in den Anfängen der Einrichtung noch Platz für Notaufnahmen bieten, so ist das heute kaum noch möglich, da Leerstände meist nur in den Monaten Januar und Februar bestehen, ab März beginnt die Hauptsaison in der Kleinen Oase, denn dann gibt es bis zum Ende des Jahres keine freien Plätze mehr. Und die Nachfrage ist weiterhin groß. Schon im März eines jeden Jahres findet die Terminplanung für das Folgejahr statt.

Für die Eltern, die uns ihre Kinder anvertrauen, ist unsere Arbeit zu einem wichtigen Bestandteil bei der Bewältigung ihrer familiären Problematik durch die Behinderung geworden. Sie lernen loszulassen, können mal wieder durchatmen, sich für einige Zeit ihrem Partner oder den restlichen Kindern widmen oder erhalten auch Tipps und Anleitung z. B. bei Pflegeproblemen.

Für die Gäste ist die Kleine Oase ein Ort, wo sie willkommen und akzeptiert sind.

Und die Mitarbeiter? Sie ziehen ihre Freude an der Arbeit aus der Erfahrung, dass Beziehungen gelingen können, wenn wir uns einlassen auf die Andersartigkeit und die Einzigartigkeit unseres Gegenübers, wenn wir mit dem Herzen hören und die Sprache der Augen verstehen lernen.



Pizza backen

Barbara Andrzejewski

Kleine Oase

Hagemer Kirchweg 14

45711 Datteln

Tel.: 0 23 63 - 67 77

E-Mail: oase-leit@gmx.de

... für ein partnerschaftliches Miteinander! Das Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Nordrhein-Westfalen“

Heike Reinecke

Eine ethnische, kulturelle, religiöse und sprachliche Vielfalt bringt Herausforderungen für das Miteinander mit sich – sie ist aber auch eine wichtige Zukunftsressource. Wichtig ist mir deshalb, dass wir Menschen mit Zuwanderungsgeschichte auch als Bereicherung erfahren und ihre Potentiale stärker nutzen. „*Nordrhein-Westfalen – Land der neuen Integrationschancen*“ – so ist die Integrationspolitik des Landes überschrieben; ihr Ziel: eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe. Noch haben nicht alle Zugewanderte vollständig teil an den Möglichkeiten, die unsere Gesellschaft im sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und schulischen Bereich bietet. Und das gilt leider auch für die Inanspruchnahme von Leistungen und Angeboten des Gesundheitssystems.

Die Ursachen und Gründe dafür können vielfältig sein: Manchmal fehlt es schlicht an Informationen über unser Gesundheitssystem und seine Angebote – nur wie soll ich etwas in Anspruch nehmen, von dessen Existenz ich gar nichts weiß. Aber selbst wenn ich das System kenne, heißt es nicht zwangsläufig, dass ich es dann auch nutze – vielleicht komme ich aus einem Land, in dem ein solches Angebot fremd ist, weil dort in bestimmten Situationen andere Wege der Hilfe und Unterstützung üblich sind. Auch migrationsspezifische Lebenszusammenhänge und die vielleicht damit verbundene Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen kann die Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen hemmen.

Wir sprechen manchmal verkürzt von „den Ausländern“, „den Migranten“ oder „den Zugewanderten“. Diese Pauschalierung verkennt jedoch, dass die aufenthaltsrechtliche Situation der zugewanderten Menschen, ihre wirtschaftliche Lage, ihre Wohnsituation, ihre Sprache, ihre Kultur und ihre Religion sehr unterschiedlich sein können – und damit möglicherweise auch ihre jeweilige Chance auf Teilhabe.

Neben kulturellen sind es häufig vor allem die sprachlichen Barrieren, die eine Teilhabe erschweren. Sprache ist und bleibt der wesentliche Schlüssel zur Integration. Aber: Sprache allein ist nicht alles. Selbst wenn man etwas sprachlich versteht,

bedeutet es nicht unbedingt, dass man es auch inhaltlich versteht. Und wenn man es inhaltlich versteht, dann heißt das nicht, dass man es auch emotional nachvollzieht – und entsprechend handelt.

Die Kultur einer Gesellschaft beeinflusst das gesamte Denken und Handeln – und das gilt auch für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit Sterben und Tod. Wie nehmen wir das Entstehen und die Verbreitung einer Erkrankung wahr? Welche gesundheits- und krankheitsorientierten Verhaltensgewohnheiten sind wir gewohnt? Wie gehen wir mit einer Krankheit, aber auch mit Schmerzen und Gefühlen, mit Tod und Trauer um. Und ob wir aus einem eher individualorientierten oder aus einem stärker gruppenorientierten Gesellschaftssystem stammen, ist von Bedeutung für den Stellenwert, den unsere Familie hat. Diese Einflüsse wiederum sind nicht stereotyp, sondern abhängig vom jeweiligen kulturellen Raum, vom Grund der Migration und vom Grad der Integration.

Wie kann es nun gelingen, diese sprachlichen und kulturellen Zugangsbarrieren zu verringern? Die Antwort lautet: Interkulturelle Sensibilisierung und Öffnung – und zwar nicht nur als „Einbahnstraße“, sondern als Erwartung an die Strukturen und Beschäftigten im Gesundheitssystem und die Menschen mit Zuwanderungsgeschichte gleichermaßen. Interkulturelle Sensibilisierung heißt für mich einfach übersetzt: in Betracht ziehen, dass es auch andere Konzepte geben kann. Und dies bedeutet konsequenterweise, sich auch mehr Gedanken über die gewohnten Kommunikationsformen der zu erreichenden Zielgruppe machen.

Und das funktioniert am allerbesten, wenn man die Menschen mit Zuwanderungshintergrund selbst aktiv einbezieht. Das ist nicht allein ein wichtiger Schritt, um sprachliche und kulturelle Barrieren zu



Heike Reinecke

überwinden. Ihre Stärken und Kompetenzen zu nutzen heißt auch: „weniger passive Betreuung – mehr partnerschaftliches und aktives Miteinander“. Auf dieser Überzeugung beruht das Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Nordrhein-Westfalen.“

„MiMi“ bildet engagierte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu Gesundheitsmediatoren aus, die dann ihren Landsleuten mehrsprachig und kultursensibel Informationen über die Angebote des deutschen Gesundheitssystems und Kenntnisse zur Gesundheitsförderung und Prävention vermitteln. So tragen die Mediatorinnen und Mediatoren wesentlich dazu bei, die Eigenverantwortung von Menschen mit Zuwanderungshintergrund zu stärken.

So baut „MiMi“ Brücken zwischen dem Gesundheitssystem und den Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Es vermittelt Informationen über Gesundheit und Prävention und verringert damit Zugangsbarrieren. Dabei setzt das Konzept auf die in vielen Kulturen gewohnte mündliche Vermittlung der Information – und zwar durch Menschen, die einem vertrauter sind, weil sie aus dem gleichen Kulturkreis stammen und die gleiche Sprache sprechen.

Gemeinsam mit den Kooperationspartnern wollen wir möglichst viele Menschen mit Zuwanderungsgeschichte erreichen, sie mit unserem Gesundheitssystem vertraut machen, ihnen die Bedeutung der Gesundheitsförderung vermitteln – und wir wollen im Rahmen von „MiMi“ Netzwerke für Integration und interkulturelle Gesundheit aufbauen.

Ein mehrsprachiger (schriftlicher) Gesundheitswegweiser wird einen Überblick zum Thema „Gesundheit von Eltern und Kindern in Nordrhein-Westfalen“ geben; neben medizinischen Informationen sind Hinweise auf Strukturen und Anlaufstellen enthalten, die bei Fragen und Problemen unterstützen können.

Zusammen mit den im Rahmen eines bundesweiten Modellprojektes bereits aufgebauten Standorten gibt es in Nordrhein-Westfalen in 13 Städten und Kreisen Kooperationspartnerschaften: Bielefeld, Bochum, Düsseldorf, Duisburg, Essen, Ennepe-Ruhr-Kreis/Hagen, Gelsenkirchen, Kreis Gütersloh, Hamm, Köln, Leverkusen, Münster, Rhein-Sieg-Kreis. Gefördert wird das Projekt vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, vom BKK Bundesverband und vom BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen und ausgeführt durch das Ethno-Medizinische Zentrum e.V.

Wenn Sie mehr über das Konzept von „MiMi“, die Kooperationspartner und die Mediatorinnen und Mediatoren und an der einzelnen Standortorten wissen möchten: www.bkk-promig.de / E-Mail: ethno@onlinehome.de.

Heike Reinecke

Referat III C 3

Öffentlicher Gesundheitsdienst, gesundheitliche
Versorgung von Zugewanderten
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Fürstenwall 25

40219 Düsseldorf

Tel.: 02 11 - 8 55 34 65

Interkulturelle Sterbebegleitung – notwendige institutionelle Veränderungen¹

Philip Anderson

Hintergrund

Ich kam zu diesem Thema der interkulturellen Sterbebegleitung als Migrationsforscher. Im Jahre 2004 führte ich eine Studie über die Sterbebegleitung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe für die Arbeiterwohlfahrt (Bezirksverband Oberbayern) durch. In den Jahren 2005-2006 war ich dann mit einer weiteren Studie über ältere Menschen mit Migrationshintergrund in München im Auftrag des Sozialreferats der Landeshauptstadt München. Ich bin zwar kein ausgewiesener Experte zur interkulturellen Sterbebegleitung, baue aber die folgenden Anmerkungen auf die Erkenntnisse aus diesen Studien auf.

Konzepte, Migrationsprozesse und Zugehörigkeit – interkulturelle Ansätze, Hospizbewegung Konzepte

Zu dem konzeptionellem Rahmen für eine interkulturelle Sterbebegleitung (national und international) ist in der Forschung wenig zu finden. Ein Grund dafür besteht darin, dass bis jetzt die Initiative in diesem Bereich aus den ethnic communities selbst kommt. Es besteht ein Bedürfnis der Basis, auf diesem Gebiet, aktiv zu werden – ein Beispiel in München hierfür stellt die Arbeit der Israelitischen Kultusgemeinde, vor allem die Senioreneinrichtung in der Kaulbachstraße dar (Anderson 2008).

Andere Beispiele für die Selbsthilfe für ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind eher im europäischen Ausland zu finden, in London z.B. eine Selbsthilfeinitiative für ältere Menschen aus der Karibik mit psychischen Problemen. Diese Community hat den Bedarf nach einer kultursensiblen Psychiatrie und Begleitung in der letzten Lebensphase mit dieser Basisinitiative erkannt und darauf reagiert.

Besondere Bedingungen Migrationsprozesse und Zugehörigkeit – Einige Erkenntnisse

Der Migrationsprozess bringt einige Bedingungen mit sich, die wir kennen sollen, um die besondere Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in der letzten Lebensphase verstehen zu können.

- Das Älterwerden in der Fremde war ursprünglich meist nicht beabsichtigt. Daher besteht häufig eine große Ambivalenz bezüglich des Lebensabends in Deutschland.
- Menschen mit Migrationshintergrund haben Biographien mit Brüchen.
- Oft findet keine offene Auseinandersetzung mit den Themen Betreuung und Begleitung in der letzten Lebensphase in Migrantenfamilien statt: ein Familientabu.
- Auch die Überführungs- und Beerdigungsthematik ist kompliziert und mit der grundsätzlichen Identitätsfrage verbunden: Wo gehöre ich hin?
- Menschen mit Migrationshintergrund fehlt oft die notwendige „Institutionskunde“ über Möglichkeiten der ambulanten Pflege, Unterbringung, Betreuung und Begleitung.

Das Ergebnis aus dem Zusammenwirken dieser verschiedenen Faktoren: Es gibt bisher keine großen Forderungen hinsichtlich der interkulturellen Sterbebegleitung aus den Communities in Deutschland selbst. Vor diesem Hintergrund ist es zu verstehen, dass es in der empirischen Forschung so wenig Aussagen von älteren Migranten zu diesem Thema gibt.

Interkulturelle Ansätze im Heimbereich – nicht sehr stark ausgeprägt

Die interkulturelle Öffnung ist nicht sehr weit vorangeschritten. Dafür gibt es verschiedene Gründe:

- ➡ Als „Kunden“ und „Klienten“ sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund bisher nicht stark vorhanden, deswegen sind sie auch nicht präsent für Heimleitungen
- ➡ Die kultursensible Pflege ist – trotz bundesweiter Kampagnen – kein großes Thema in vielen Heimen
- ➡ Seitens vieler Menschen mit Migrationshintergrund besteht eine große Aversion gegen Heime als „Abschiebebahnhöfe“, die „nur für Deutsche“ seien.

¹ Dieser Aufsatz basiert auf einem Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Sterben in der zweiten Heimat“ des Sozialreferats der LHS München am 18.06.2008 in der Seidl Villa in München.

- ➔ Die Heimeinweisung eines/r Angehörigen ist für viele traditionell geprägte Familien (nicht nur ausländischer Herkunft) eine beschämende „Kapitulation“.

Interkulturelle Hospizbewegung – noch in den Anfängen

Analog zur Entwicklung der Hospizbewegung seit den Achtziger Jahren können die Institutionen (Krankenhäuser, die ambulante Pflege, Rehabilitation, der Heimbereich) von Basisinitiativen lernen. Allerdings agieren Migrantenselbstorganisationen aus einer Randposition heraus, nicht im Mainstream.

Inhaltliche Aspekte der interkulturellen Öffnung

Die Interkulturelle Öffnung der stationären Alteinrichtungen setzt eine Auseinandersetzung mit kultureller Differenz in Sterbebegleitung voraus – die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sollen als Ressource hierfür begriffen werden, die Bedürfnisse mit Empathie erfragen können.

Hier geht es um Ansätze wie:

Über Kommunikationsformen und -strategien nachdenken – was bedeutet kultursensibles Vorgehen? Zum Beispiel soll man über Direktheit auf der sprachlichen Ebene nachdenken (wann ist sie angemessen, wann nicht?). Die Sterbenden können in unterschiedlicher Weise (sprachlich und nonverbal) einbezogen werden.

Einstellungen bezüglich der Ernährung und Medikamenteneinnahme müssen thematisiert werden. Das Beispiel des unterschiedlichen Umgangs mit Alkohol wäre hier zu nennen oder eine „*fehlende Konsequenz*“ bei der Einnahme von Medikamenten – aufgrund einer anderen Einstellung hierzu.

Auch die Entscheidungsfindung in der letzten Lebensphase ist von kultursensibler Relevanz – welche Rolle spielt die Familie dabei? Einstellungen hierzu sind kulturspezifisch unterschiedlich.

Konzeptionelle Vorstellungen von Krankheit, Schmerzempfinden und -äußerung spielen ebenso eine wichtige Rolle wie der Umgang mit anderen Symptomen von Krankheit und die unterschiedlichen Vorstellungen von Tod und Sterben im Verhältnis zum Leben.

Schließlich sollten die wichtigen Rituale und Bräuche um das Sterben, den Tod, die Beerdigung oder Verbrennung sowie das Trauern zum Thema gemacht werden. Konkret bedeutet dies zum Beispiel in stationären Alteinrichtungen: Welche Symbole hat man auf der Station? Es soll ersichtlich wer-

den, dass das Spirituelle, die jeweilige Religion und die damit verbundenen Riten ihren respektierten Platz haben.

Themen und Thesen²

Die Faktoren ethnischer Hintergrund und gemeinsame Kultur zwischen Begleiter und Pflegenden sind zwar wichtig, werden allerdings von einem Teil der Forschung als weniger von Belang angesehen als individuelle Merkmale des Begleiters wie z.B. die Echtheit der Person, menschliche Wärme, Akzeptanz des Gegenübers, Empathie. Diese bauen aber auf die Bereitschaft des Begleiters, sich mit der Kultur, der sozialen Herkunft, und der Spiritualität der Sterbenden im Hinblick auf Einstellungen, Glauben, Werte und Traditionen um den Tod und das Sterben auseinanderzusetzen. Ist diese Bereitschaft vorhanden, lassen sich Vertrauen (auch kultureller Art), Glaubwürdigkeit, Kompetenz, professionelle Effektivität und auch Fertigkeiten/*skills* in der Interaktion aufbauen.

So betrachtet reicht eine kultursensible Sterbebegleitung tiefer als nur die Frage nach ethnischer und kultureller Differenz, um auf die Besonderheit des individuellen Patienten zu fokussieren.

Eine These, die sich aus diesen Überlegungen ableiten lässt, lautet: Es ist nicht unbedingt wichtig, „kulturell kongruente“ Sterbebegleiter zu haben, aber eine Begleitung, die sich mit kultureller Vielfalt selbstverständlich als Teil ihres Kompetenzprofils auseinandersetzt. Das Wissen von kulturkompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist nichtsdestotrotz eine wertvolle, zu aktivierende Ressource.

Abschließend einige Merkmale einer *kulturkompetenten Sterbebegleitung*:

- Kulturell stereotype Vorstellungen oder „*magische Rezepte*“ beiseite schieben. Die Auseinandersetzung mit dem Individuum ist unersetzlich.
- Sich des eigenen (multi-) kulturellen Erbes und der Identität bewusst sein sowie die kulturelle Eigenheit anderer Menschen wertschätzen und Differenz respektieren. Welche sind meine Werte und Vorstellungen hinsichtlich des Sterbens?
- Deswegen: die eigenen Vorlieben und Aversionen bewusst machen. Wie wirken sie sich im Umgang mit dem Sterbenden aus?

² Abgeleitet von Ronald Barrett: „*Recommendations for Culturally Competent End-of-Life Care*“

- d) Man fühlt sich mit kultureller Differenz und anderen Herangehensweisen in der Sterbegleitung und im Umgang mit dem Tod wohl. Interkulturelles Wissen kann die eigenen Fähigkeiten und auch Glaubwürdigkeit als Profi in der Sterbegleitung erweitern.
- e) Keine kulturelle Festlegung: Wichtiger als die „kulturelle Kongruenz“ zwischen Begleiterin und Sterbendem können Empathie, passender Stil in der persönlichen Interaktion und Glaubwürdigkeit sein. Ein Wechsel des Begleiters/der Begleiterin kann deswegen angesagt (und keine Schande) sein.
- f) Zur Kulturkompetenz gehört Bewusstsein über die Strukturen: Mangelhafter Versicherungsschutz, fehlende „Institutionskunde“, sozial-ökonomische Benachteiligung, kulturelles Misstrauen und eine tiefe Ambivalenz hinsichtlich der schweren Krankheit, des Sterbeprozesses und des Todes in Deutschland können alle Faktoren sein, welche die Wahlfreiheit und die

Haltung der Migranten in der letzten Lebensphase beeinflussen/ beeinträchtigen. Dieses Bewusstsein hilft, dem Opfer weniger die „Schuld“ für ein schwieriges Verhalten in manchen Situationen zu geben.

Dr. Philip Anderson

Professor für Soziale Arbeit
Hochschule Regensburg
Seybothstraße 2
93053 Regensburg
E-Mail: philip.anderson@
soz.fh-regensburg.de



Literatur

Anderson, Philip (2008): „Ein bisschen dort, ein bisschen hier“ – Konsequenzen der Landeshauptstadt München aus der Untersuchung von Dr. Philip Anderson zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München. Sozialreferat München.

Von der Theorie in die Praxis: „Der muslimische Patient“ als Thema in der medizinischen Ausbildung

Michael Knipper, Esra Soylu

Seit dem Sommersemester 2004 wird fortgeschrittenen Medizinstudierenden an der Justus-Liebig-Universität Gießen eine Lehrveranstaltung zum Thema „Migrantenmedizin“:

Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund angeboten. Ziel dieses in jedem Semester von ca. 10-15 Studierenden besuchten Wahlpflichtfachs ist, die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte auf die Zusammenarbeit mit Patienten mit einem für sie häufig „fremden“ sozialen, kulturellen, religiösen persönlichen „Hintergrund“ vorzubereiten. Insbesondere geht es darum, Denk- und Handlungsanregungen zu vermitteln, als Grundlage für eine interkulturelle Kooperation jenseits von Stereotypen über „Migranten“ allgemein oder über die Angehörigen einzelner Migrantengruppen.

Wie können diese Inhalte gelehrt und gelernt werden? Aufgrund der Komplexität der Thematik ist der Kurs interdisziplinär angelegt, das heißt mit klinisch-medizinischen Kurseinheiten (Innere Me-

dizin und Epidemiologie, Psychosomatik) und anderen, in denen ethnologische und soziologische Grundlagen behandelt werden. Außerdem erhalten die Studierenden Basisinformationen über Themen wie Ausländerrecht, den Islam und die Bedeutung islamischer Glaubensprinzipien im Krankheitsfall und über die Arbeit mit Dolmetschern. Einblicke in die reale Lebenswelt von Migranten vermittelt schließlich eindrucksvoll ein Besuch der Sozialarbeiterinnen im Migrationsdienst des lokalen Caritasverbandes. Auch die persönlichen Schilderungen der Studierenden, unter diesen manche mit eigenem Migrationshintergrund, bereichern den Kurs.

Eine zentrale Herausforderung ist stets, theoretische Einsichten auch auf konkrete Fragen aus der Praxis zu übertragen. Denn ein Blick zum Beispiel auf die

offizielle Definition des Begriffs „*Migrationshintergrund*“ durch das Statistische Bundesamt (2006) zeigt schnell, wie heterogen dieser etwa 19% der in Deutschland lebenden Menschen umfassende Bevölkerungsanteil ist, und dass die Grenze zwischen „*Migrant*“ und „*Nicht-Migrant*“ keineswegs eindeutig definiert ist.

Auch die Tatsache, dass das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen – Migrant oder Nicht-Migrant – nicht Zeit seines Lebens allein durch die vermeintlich übermächtige „*Kultur*“ seiner Herkunft „*geprägt*“ ist (gerade wenn eine Biographie sich über mehrere Länder erstreckt), erschließt sich über gut gewählte Kasuistiken und Hintergrundinformationen (Filme) relativ leicht. Auf der anderen Seite suggerieren konkrete Erlebnisse und Fallgeschichten aus dem Klinikalltag aber oft genau das Gegenteil: Schwer zugänglich erscheinende Patienten etwa mit türkisch-muslimischem Hintergrund, mit geringen Deutschkenntnissen und zahlreichen Angehörigen, die außerdem Verhaltensweisen zeigen, die für das medizinische Personal teilweise nur sehr schwer zu verstehen und zu akzeptieren sind.

Insbesondere ein Thema wird dabei immer wieder genannt: Die Verweigerung einer offenen und direkten Befundmitteilung an einen schwer kranken, vielleicht sogar sterbenskranken Menschen. Hat das etwas mit dem Islam zu tun oder mit „*Tradition*“? Spielen solche theoretischen Feinheiten in der Praxis überhaupt eine Rolle oder sind sie rein akademisch?

Jeder Dozent wünscht sich, klare und praktikable Antworten und Handlungsanregungen vermitteln zu können. In interkulturellen Konfliktsituationen ist das aber seriös meist nicht möglich – erst recht nicht in solch komplexen Angelegenheiten wie bei der Begleitung schwer kranker oder sterbender Menschen. Patentlösungen existieren nicht, und keine Checkliste über die „*Kultur*“ von Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern kann hier helfen. Denn die konkrete Situation eines individuellen Patienten, seine Wertvorstellungen, Wünsche und Ziele sind stets wesentlich vielschichtiger, selten eindeutig oder gar widerspruchsfrei und dem Einzelnen nie ganz bewusst. Jede Aktion, jedes Wort, jeder Wunsch und jede Verweigerung ist dabei stets auch eine Art Reaktion, unterlegt mit vielfältigen Erfahrungen (z.B. mit medizinischem Personal und/oder Angehörigen) und verbunden mit oftmals widerstreitenden Gefühlen, Hoffnungen und Äng-

sten. Wie kann der Umgang mit derart komplexen Situationen gelehrt und gelernt werden?

Zwei Punkte werden in dem Lehrangebot an der Universität Gießen dazu betont: Zum einen die Reflexion über die eigenen Erwartungen und Vorstellungen (Vorurteile?) in Bezug auf Patienten, die als „*fremd*“ empfunden werden, sowie über die eigenen Denk- und „*üblichen*“ Handlungs- und Kommunikationsweisen zum Beispiel im Krankenhaus: Stress und Zeitmangel sind Fakt, aber sind die Grenzen tatsächlich so eng gesteckt, wie es oft wahrgenommen wird? Der zweite Punkt besteht in der emphatisch fragenden Annäherung an den persönlichen Hintergrund des Patienten, einschließlich der sozialen, kulturellen und religiösen Dimensionen. Der Hinweis auf Kultur und Religion wird dabei jedoch nie als schnell verfügbare Erklärung für ein als problematisch wahrgenommenes Verhalten angesehen, sondern als Frage. Als Anregung zum genaueren Hinsehen, behutsamen Nachfragen und Umschauen, letzteres vor allem im Hinblick auf weitere Gesprächspartner und Hilfe aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen. Das konkrete Ziel ist, die Fragen und Probleme mit Hilfe des im Kurs erlernten Wissens einerseits, und einer differenzierten Erfassung der individuellen Situation andererseits im ganz persönlichen Kontext des Patienten zu betrachten. Das Basiswissen informiert die Annäherung an das Individuum und regt zu geeigneten Fragen an, sowie zur Suche nach neuen Ansprechpartnern und Hilfe (Sozialarbeiter, Geistliche). Auch die Aussagen, Aktionen und Reaktionen eines Patienten oder von Angehörigen können vor einem breiteren Wissens- und schließlich auch Erfahrungshintergrund besser interpretiert werden.

Wichtig für Lehre, Fort- und Weiterbildung sowie für die interkulturelle Öffnung von Institutionen ist die Generierung von neuem Wissen. Tiefere Einsichten werden benötigt, etwa in die soziokulturellen Dimensionen von Leben, Krankheit und Tod im Zusammenhang mit Migration. Eine laufende Doktorarbeit zur „*Betreuung sterbenskranker türkischer Patienten*“, die durch das Wahlfach angeregt worden ist, hat dazu bereits interessante Hinweise erbracht. Im Folgenden sollen einige zentrale Punkte skizziert werden.

Im Rahmen des Dissertationsprojektes werden Mitarbeiterinnen von Hospizvereinen und Hospi-

zen, ärztliches Personal, Sozialarbeiterinnen und Seelsorger (islamische sowie katholische und evangelische Geistliche, in der Regel Krankenhausseelsorger), aber vor allem in Deutschland lebende, türkischstämmige Moslems befragt. In den Interviews zeigt sich zunächst sehr deutlich, wie heterogen die türkischstämmige Bevölkerung in Deutschland ist, und zwar weit über das Kriterium der Religiosität (mit den Extrempolen „*streng religiös*“ und „*laizistisch*“) hinaus. Jedes Individuum hat seine eigene Geschichte, Persönlichkeit und Weltanschauung. Gerade in religiösen Fragen ist es im Islam ja letztendlich der individuellen Entscheidung und dem Gewissen des Einzelnen überlassen, wie sie oder er sich in einer konkreten Situation entscheidet.

Wichtige religiöse Prinzipien des Islam, die bei Krankheit, Sterben und Tod eine Rolle spielen, sind folgende: Zunächst ist festzuhalten, dass nach islamischer Auffassung der Mensch seinen Körper von Gott als Gabe erhalten hat, „zur *Bewahrung und zum Nießbrauch*“ (Ilkilic 2002: 36). Der Mensch ist nicht alleiniger „*Herr*“ über seinen Körper, sondern verantwortlich gegenüber Allah. Im Krankheitsfall ist es daher nachgerade verpflichtend, ihn medizinischer Versorgung zuzuführen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ist die von Islamexperten oft betonte Grundregel zu verstehen, dass bei Konflikten zwischen religiösen Prinzipien auf der einen und medizinisch gebotenen Handlungen auf der anderen Seite „im Notfall das Verbotene erlaubt“ sei. Dies kann die Einnahme von alkoholhaltigen Medikamenten ebenso umfassen wie den Verzicht auf das Fasten im Ramadan. Soweit die – sicher sehr hilfreiche – Theorie. Manche Moslems möchten aber dennoch im Krankheitsfall fasten oder auf Medikamente mit alkoholischen oder anderen im Normalfall verbotenen Inhaltsstoffen verzichten. Weshalb?

Das zu den Grundsäulen des Islam gehörende Pflichtgebet verdeutlicht beispielhaft die Bedeutung religiöser Handlungen im Alltag. Es dient einem praktizierenden Muslim als Ruhepol und als Weg zur regelmäßigen Kommunikation mit Allah. Der Verzicht auf diesen, einen so hohen subjektiven Stellenwert besitzenden Lebensbestandteil wäre gerade in Zeiten gesteigerter Religiosität und Gottesdemut ein großer Verlust an Lebensqualität. Ähnliches gilt für das Fasten im Ramadan und andere religiöse Verpflichtungen.



Michael Knipper, Esra Soyulu

In dieselbe Kategorie fällt auch die Krankenbetreuung: Kranken und Sterbenden beizustehen und ihnen Trost zu spenden ist für Moslems ebenfalls eine religiös begründete und meist tief empfundene Pflicht. Dies erklärt zum einen die große Bedeutung des Krankenbesuchs für die Angehörigen selbst und damit indirekt ihre vergleichsweise große Zahl am Krankenbett. Zum zweiten rührt aus dem profunden Bedürfnis, dem Kranken oder Sterbenden weiteres Leid zu ersparen und Trost zu geben, die Zurückhaltung gegenüber einer offenen und direkten Aussprache einer schlimmen Diagnose oder infausten Prognose. Ein explizites Verbot einer Befundmitteilung existiert dagegen nicht.

Immer wieder stellt sich in der Praxis die Frage nach dem „*Ob*“, „*Wann*“ und vor allem „*Wie*“ einer Übermittlung von schwerwiegenden Diagnosen. Viele Angehörigen bitten bekanntlich die Ärzte, dem Kranken nicht die direkte Wahrheit über Ausmaß und Prognose der Krankheit zu erläutern. Die Interviews betätigten diese Tendenz, und die meisten Gesprächspartner gaben an, als Betroffene nicht die genaue Prognose erfahren zu wollen. Dies ist bei Menschen ohne türkisch-muslimischen Hintergrund allerdings oft kaum anders. Die Interviewpartner gaben außerdem an, dass sie es eher ablehnen würden, einem kranken oder sterbenden Verwandten seine Diagnose direkt mitzuteilen. Im Gegensatz dazu fordert die Religion jedoch durchaus eine vorsichtige, aber dennoch klare Aussprache, damit der Patient Angelegenheiten wie beispielsweise ein letztes Gespräch mit einer Vertrauensperson, das Verfassen des Testaments oder das Tilgen vorhandener Schulden organisieren kann. Wie kann von betreuender Seite mit dieser Situation umgegangen werden?

Ein türkischstämmiger Arzt wies darauf hin, das es nicht um eine schlichte „Ja/Nein“-Situation handelt, und zum Beispiel über die genauen Inhalte der Befundmitteilung große Handlungsspielräume eröffnet werden können. Er selbst versuche in den Fällen, wo nicht der explizite Wunsch zur genauen Aufklärung geäußert würde, dem Patienten eher indirekt die Tragweite der Situation deutlich zu machen. Er teile ihm mit, dass er an einer ernstesten Krankheit leide, versuche jedoch Worte wie „Krebs“ oder „Metastasen“ zu vermeiden. Ein anderer Arzt, ebenfalls türkischer Abstammung und seit mehr als 20 Jahren in Deutschland tätig, brachte seine Vorbehalte gegenüber einer klaren Befundmitteilung im Gespräch mit einem deutschen Kollegen folgendermaßen auf den Punkt: „Wir machen das nicht so wie Ihr“. Erläuternd fügt er hinzu, dass er die Befundmitteilung durch deutsche Ärzte oft als schroff und für die Patienten traumatisierend erlebt habe und dass dies abschreckend sei – für ihn wie für in Deutschland lebende Menschen mit türkischem Familienhintergrund allgemein.

In größeren Familienverbänden besteht außerdem oft die Möglichkeit, einen geeigneten Ansprechpartner zu finden, mit dem eine vertrauensvolle Kommunikationsebene aufgebaut werden kann. Als Handlungsoptionen im konkreten Einzelfall bietet es sich also an, sowohl im Hinblick auf die Wortwahl, als auch auf die Kommunikationspartner und mögliche Kommunikationsmittler, nach angepassten und möglicherweise indirekten Wegen zu suchen.

Wichtige Ansprechpartner für muslimische Patienten sind außerdem Geistliche. Gerade im Angesicht von Krankheit und Tod ändert sich das Verhältnis zu Religion und Spiritualität. Oft gewinnen sie an Gewicht, und auch das ist ein vom Migrationshintergrund oder dem konkreten Bekenntnis weitgehend unabhängiges Phänomen. Bei den Interviews mit islamischen Informanten zu ihren Wünschen und Bedürfnissen am Lebensende verfestigte sich dabei der Eindruck, dass sowohl bei religiösen als auch bei nicht sehr religiös geprägten Muslimen der dringende Wunsch nach Koran-Rezitationen besteht. Ferner besteht ein starkes Bedürfnis nach wiederholten Rezitationen des Glaubensbekenntnisses durch einen Imam, um auf die Reise ins Jenseits vorbereitet zu sein.

Wie sieht es nun generell mit der Betreuung durch Imame aus? Möchten türkisch-muslimische Patienten, dass ein Imam ähnlich einem Pfarrer oder einer Ordensschwester zu regelmäßigen Besuchen kommt? Überraschenderweise stellte sich bei vielen Gesprächen heraus, dass selbst sehr religiöse Patienten nicht möchten, dass ein Imam sie während der Krankheitsphase besucht. Der Grund ist offenbar, dass der Besuch des Imam mit der finalen Todesphase assoziiert wird. Der gut gemeinte Hinweis auf die Möglichkeit, einen Imam ans Krankenbett zu bitten, kann also durchaus als beängstigend empfunden werden, vor allem wenn noch deutliche Unklarheiten über Diagnose und Prognose im Raum stehen. Allerdings gibt es andere Patienten, die auf die Gutmütigkeit Allahs und ihre richtige Lebensweise im Diesseits vertrauen und keine Angst vor ihrem Ableben zu haben scheinen, und so auch die Betreuung durch einen Imam stets willkommen heißen.

Ein anderer, nicht religiös begründeter Gesichtspunkt ist das zum Teil sehr stark ausgeprägte Schamgefühl vor allem dem jeweils anderen Geschlecht gegenüber. Dabei ist selbst unter konservativ erscheinenden muslimischen Frauen eine starke Variationsbreite anzutreffen, von der älteren, traditioneller erzogenen Dame, die es Überwindung kostet, einem männlichen Arzt die Hand zu schütteln, bis hin zu ebenfalls bekenntend religiösen Frauen, die eher eine Unterlassung des Händedrucks als Beleidigung auffassen würden. Auch hier ist also ein behutsames, respektvolles und das Gegenüber als Individuum wahrnehmendes Vorgehen angebracht. Niemand ist in seinem Fühlen, Denken und Handeln allein und konstant durch seine religiöse Bekenntnis oder gar die Herkunft (oder die der Eltern und/oder Großeltern) determiniert – „Migranten“ ebenso wenig wie Menschen, denen nach den aktuell gängigen Maßstäben kein Migrationshintergrund zugeschrieben wird.

**Dr. med. Michael Knipper
cand. med. Esra Soyul**

Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen
Iheringstr. 6, 35392 Gießen

E-Mail:

Michael.Knipper@histor.med.uni-giessen.de

Die Autoren sind dankbar für Kommentare und Anregungen zu diesem Text und der Thematik!

Literaturempfehlungen

Dreißig, Verena (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: transkript

Ilklic, Ilhan (2002): Der muslimische Patient. Medizinische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. Münster: LIT.

Knecht, Michi (2008): Jenseits von Kultur: Sozialanthropologische Perspektiven auf Diversität, Handlungsfähigkeit und Ethik im Umgang mit Patientenverfügungen. In: Ethik in der Medizin 20(3), S. 169-180.

Knipper, Michael und Ahmet Akinci (2005): Wahlfach „Migrantenmedizin“ – Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema „Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt“ in Deutschland. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 22(4) (Doc215).

Wunn, Ina (2006): Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionspezifischer Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.

Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Gelsenkirchen-Bottrop im Internationalen Migrantenzentrum bietet mit ihrem Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte einen landesweit einzigartigen Service.

Dementiell erkrankte Migranten – eine bisher vernachlässigte Gruppe

Viele kamen als Gastarbeiter ab den 1960er Jahren nach Deutschland. Ihr Ziel war es, in der Fremde Geld zu verdienen, um sich ein besseres Leben in der Heimat aufzubauen. Nur wenige wollten für immer in Deutschland bleiben.

Ihre Kinder und Enkelkinder fühlen sich hier zu Hause. Gesundheitsversorgung ist in deren Heimatländern nicht so gegeben wie in Deutschland. Ca. 80% der älteren Arbeitsmigranten werden ihren dritten Lebensabschnitt in Deutschland verbringen bzw. zwischen Herkunftsland und Deutschland hin und her pendeln.

Im Jahr 2005 lebten fast 7 Millionen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Deutschland. Viele von ihnen haben inzwischen bereits das siebzigste Lebensjahr erreicht. Demnach ist eine große Gruppe von ihnen ebenso von Demenz-Erkrankungen betroffen, wie deutsche Einheimische im gleichen Alter.

Anmerkung: Unter Migranten verstehen wir männliche und weibliche Menschen mit Zuwanderungsgeschichte.

Yalniz Değilsiniz! – Du bist nicht allein!

Bedia Torun



Bisher fehlten in Deutschland Infrastrukturen zur Aufklärung und Beratung dieser Gruppe. Solche fehlen meist auch im Herkunftsland, so dass man auch deshalb kaum auf vorhandene Erfahrungen und Materialien zurückgreifen kann.

Die betroffenen Familien sind oftmals hin und her gerissen, hier in Deutschland nach Notlösungen zu suchen oder die erkrankte Person doch in die Heimat zurück zu bringen.

Zu folgendes Beispiel der Tochter einer dementiell erkrankten, 54 Jahre alten türkischen Frau, die nach einer Odyssee durch mehrere Krankenhäuser und verschiedene Psychiatrien in Wuppertal untergebracht ist.

„...die Krankheit schreitet bei meiner Mutter sehr schnell fort. Die Ärzte sagen, sie befindet sich im mittleren Stadium einer Demenz und braucht rund um die Uhr Betreuung. Sie ist sehr gewalttätig und aggressiv geworden. Deswegen wurde sie zuletzt aus einem Krankenhaus in die psychiatrische Abteilung eines anderen Krankenhauses verlegt. Als man dort merkte, dass meine Mutter auch hier fehlplatziert war, habe ich einen Platz in einem Altenheim gesucht. Ich werde am 24.03. in die Türkei fliegen und mir in Mersin schon mal die Heime ansehen. Ich weiß, dass ich sie auf keinen Fall zurückholen werde. Ich habe einen Beitrag im Internet gelesen, der hieß

„Lieber eine Knoblauchsuppe in der Heimat als ein Kaninchen in einem deutschen Altenheim“

Ich wusste nicht ob ich lachen oder weinen sollte. Meine Schmerzgrenze ist erreicht. Es wird in der Türkei nicht besser und nicht schlechter sein. Machen Sie sich keine Sorgen um mich. Ich werde das jetzt durchhalten, auch wenn ich immer verbitterter werde – diese Phase wird vorüber gehen. Vielleicht bin ich ja sogar froh, dass ich nie wissen werde, was meine Mutter mitbekommt, fühlt und denkt. Ich werde es nie wissen. Alles andere können wir am Donnerstag im Büro besprechen. Selamlar“

Dieser erschütternder Fall erreichte die Fachstelle im März 2004 und die darin geschilderte Situation stellt leider keinen Einzelfall dar.

Wir stießen zum Beispiel oft auf das Vorurteil, Demenz sei eine ansteckende und erbliche Krankheit, so dass man diese Menschen verstecken und sich für sie schämen müsse. Oder aber es wird verbreitet, diesen Menschen sei nicht zu helfen, weil sie von Gott oder Allah mit der Krankheit gestraft worden seien. Wir erfahren, wie sehr der Rollenverlust des von der Erkrankung Betroffenen und Schamgefühle den Zugang zu Familien erschweren.

Die Fachstelle Demenz & Migration stellt sich dieser Herausforderung mit drei Hauptthemenbereichen und versucht dem Bedarf dieser vernachlässigten Gruppe gerecht zu werden.

Anlauf-, Clearing-, Informations- und Vermittlungsstelle

Wir beraten Institutionen und Einrichtungen insbesondere der gesundheitlichen Versorgung. Ratsuchende Betroffene und ihre Familienangehörigen werden nach Bedarf an geeignete Stellen wie Therapeuten, Ärzte oder z.B. Wohnberatungsstellen vermittelt.

Wir entwickeln fortlaufend Informations- und Aufklärungsmaterialien sowie Materialien zur Beschäftigung und Therapie erkrankter Menschen mit Zuwanderungsgeschichte.

Sensibilisierung der Akteure in Gesundheitswesen und Altenhilfe

Des Weiteren setzt sich die Fachstelle Demenz und Migration das Ziel, Mitarbeiter von Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe für die kulturellen, religiösen und sozialen Besonderheiten der betroffenen Migranten zu

sensibilisieren und ihnen interkulturelle Orientierung zu vermitteln.

In Informations- und Aufklärungsveranstaltungen, die wir in unterschiedlichen Sprachen in Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen in Moscheen, Vereinen und an anderen Orten durchführen, stellen wir diese Materialien vor bzw. weisen in deren Gebrauch ein.

Produktentwicklung

Die Fachstelle hat bisher folgende Produkte zur Information, Beschäftigung und Therapie entwickelt:

Faltblatt zur Vorstellung des Projekts

mit Informationen über die Fachstelle in Türkisch, Serbokroatisch, Polnisch und Russisch und über erste Warnzeichen zur Früherkennung von Demenz.



Positionen zu Testverfahren bei dementiellen Erkrankungen von Migrantinnen und Migranten

Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass Testverfahren, die zur Diagnostik von Demenzerkrankungen bei deutschen Patienten entwickelt wurden,

nicht ohne Weiteres durch bloße Übersetzung auf Migranten zu übertragen sind. In einer umfangreichen Stellungnahme zu diesem Thema regen wir die kulturadäquate Modifikation entsprechender Testverfahren an.



DVD „Du bist nicht allein“

Die Filme informieren Betroffene bzw. Fachkreise und andere Interessierte über die Alzheimer-Krankheit, deren Symptome und die Möglichkeiten der Behandlung. Außerdem wollen sie zur Selbsthilfe und zur Organisation in Selbsthilfegruppen ermutigen. Sie sind in türkischsprachig mit deutschen Untertiteln.



Der Ratgeber „Yaslılık El Kitabı“ (Handbuch Altern)

informiert in türkischer Sprache und angepasst an die Lebenssituation aus der Türkei stammender Migranten hier über das Altwerden, über Er-

krankungen des Alters, über Pflege- und Versorgungsmöglichkeiten in- und außerhalb der Familie, über Leistungsansprüche usw.



Die Broschüre „Plötzlich hat mein Vater mich nicht mehr erkannt“ informiert unter Berücksichtigung der besonderen Lebenssituation betroffener Migranten über erste Anzeichen und weitere Aspekte von Demenzerkrankungen. Er enthält außerdem Tipps zum Umgang

mit Demenzkranken, zu Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten und Hinweise zu Leistungsansprüchen.



Sogenannte *Erinnerungskarten* dienen dem Gedächtnisstraining bei Demenzkranken, indem unvollständige Sprichwörter erinnert und vervollständigt werden sollen.

Erinnerungskarten sind bisher in Türkisch, Russisch und Polnisch mit deutscher Übersetzung verfügbar.



Musik-CD „Bir Demet Türkü“ (Ein Strauß Volkslieder)

Das „musikalische Gedächtnis“ ist häufig länger erhalten als das Faktengedächtnis; das Anhören der CD ermöglicht das Wieder-

erkennen und weckt Freude. Es regt an zum Mitsingen und eröffnet Gesprächsansätze.

Bedia Torun

Internationales Migrantenzentrum

Paulstr. 4

45889 Gelsenkirchen

Tel.: 02 09 - 6 04 83 20

Bedia.torun@imz-gelsenkirchen.de

Alle Veröffentlichungen sind gegen Gebühr über folgende Adresse zu beziehen:

AWO Bezirk westliches Westfalen e.V.

Kronenstr.63, 44139 Dortmund

Telefon: 02 31 - 5 48 32 14

soziales@awo-ww.de

Hospiz- und Palliativarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund

Daniela Grammatico



Daniela Grammatico

Aufgrund der Tatsache, dass im Bundesland Nordrhein-Westfalen ca. ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner einen Migrationshintergrund in ihrer Biografie aufweisen, war es aus unserer Sicht eine interessante Frage, ob der Bedarf dieser Bevölkerungsgruppe an Unterstützung im hospizlich palliativen Bereich dem der Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund entspricht und ob der Zugang dieser Menschen zu den

hospizlich palliativen Versorgungsleistungen gewährleistet ist.

In NRW leben ca. zwei Millionen Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. Dies entspricht einem Ausländeranteil von etwa 11% an der Gesamtbevölkerung in NRW. Jedoch ist es in diesem Zusammenhang nicht ausreichend, ausschließlich den anhand der Staatsbürgerschaft erfassbaren Ausländeranteil in die Überlegungen der Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen mit einzubeziehen. So bliebe damit die Gruppe der Spätaussiedler, die auch von migrationspezifischen Problemlagen betroffen ist, sowie die durch Einbürgerung nicht mehr in ausländerstatistischen Daten geführte Gruppe „*eingebürgerter Ausländer*“ völlig unberücksichtigt. Um dem entgegenzuwirken und da der ausländerrechtliche Status nicht als alleiniger Faktor der Inanspruchnahme von medizinisch pflegerischen bzw. hospizlich palliativen Dienstleistungen angesehen wird, schauten wir in den zwei entwickelten Projekten auf die Menschen, die einen Migrationshintergrund aufweisen bzw. biografisch eine Zuwanderungsgeschichte vorweisen, was in NRW ca. einem Drittel der Gesamtbevölkerung entspricht.

Mit dem demographischen Wandel, der die Gruppe der älteren Menschen in Deutschland stark anwachsen lässt, ändern sich auch wesentliche Faktoren der Lebenszusammenhänge und damit auch der Situationen, in denen die Menschen sterben. Dies gilt für alle Bevölkerungsgruppen gleicher-

maßen, jedoch stellt sich die Situation der Migrantinnen und Migranten folgendermaßen dar: Das Durchschnittsalter dieser Gruppe ist niedriger als das der Einheimischen. Aber es ist auch

hier ein deutliches Ansteigen des Durchschnittsalters in den nächsten Jahren erkennbar, was das Thema der hospizlichen Versorgung am Lebensende auch dieser Bevölkerungsgruppe in den Vordergrund treten lässt. Des Weiteren scheinen die familialen Versorgungsstrukturen hier noch in einem hohen Maß als tragender Baustein für eine ambulante Versorgung der betroffenen Menschen zu Hause vorhanden zu sein. Allerdings ist auch hier davon auszugehen, dass – aufgrund der stetig steigenden Erwerbstätigkeit der Frauen sowie der mit dem Arbeitsleben verbundenen oft notwendigen Mobilität – diese Bevölkerungsgruppe ebenfalls durch einen steigenden Unterstützungsbedarf in den nächsten Jahren vor allem in der ambulanten Versorgung gekennzeichnet ist.

Somit entstanden zwei aufeinander folgende Projekte, die sich mit dem Thema der hospizlich palliativen Versorgung der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund befassten. Im Rahmen der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung gibt es klare Anhaltspunkte, die deutlich erkennen lassen, dass der Zugang der MigrantInnen zu den vorhandenen medizinischen Versorgungsstrukturen sehr viel schwieriger ist als bei der einheimischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. So berichten Ärzte in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und verschiedenen medizinischen Bereichen immer wieder von sprachlichen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten. Wobei die Verständigung häufig nicht einmal in erster Linie an der Sprache scheitert. Vielmehr scheint zum einen das nur schwer erkennbare und schwer zugängliche Gesundheitswissen der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und zum anderen die Erwartung an das ärztliche Handeln als Grund für die schwierig zu gestaltende Verständigung ausschlaggebend zu sein (Brucks; Wahl 2003). Hier kam die Frage auf, inwiefern sich diese Erkenntnisse auf den Bereich der hospizlich palliativen Versorgung übertragen lassen.

So entstand zunächst ein Projekt zu der Fragestellung, welche Bedeutung bzw. welchen Stellenplatz Menschen, die biographisch einen Migrationshintergrund aufweisen, in der hospizlich palliativen Versorgungslandschaft einnehmen.

Hierzu wurden Interviews geführt und anschließend ausgewertet, die sich zum einen mit der Fragestellung der Inanspruchnahme befassen und zum anderen mit dem Bedarf dieser Bevölkerungsgruppe. Zunächst gilt es in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass es weder ethnisch noch Nationalitäten spezifische homogene Bevölkerungsgruppen gibt. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Migrantinnen und Migranten liegen eher in der Zugehörigkeit zu den differenzierten sozialen Milieus als in ihrer ethnischen Herkunft. Bei einer näheren Betrachtung ergibt sich somit das Bild einer sehr heterogenen Zusammensetzung der Migranten und dies nicht nur zwischen den einzelnen Gruppen, sondern auch innerhalb der Migrantengruppen. Dies stellt eine Studie aus dem Jahr 2007 durchgeführt vom Heidelberger Politik- und Marktforschungsinstitut Sinus Sociovision zum Thema „*Migranten-Milieus*“ detailliert dar.

Ein wichtiges Ergebnis des ersten Projektes ließ einen deutlichen Unterschied zwischen der relativ hohen Inanspruchnahme der hospizlich und palliativen Unterstützungsleistungen der verschiedenen Versorgungsstrukturen für Kinder (ambulant und stationär) und der sehr geringen bis Nicht-Inanspruchnahme palliativer aber vor allem hospizlicher Hilfen für Erwachsene erkennen. Am geringsten ist die Inanspruchnahme hospizlicher psychosozialer Unterstützungsleistungen für Erwachsene mit Migrationshintergrund. Daraus ließ sich die Hypothese ableiten, dass es für diese Bevölkerungsgruppe keinen Bedarf an ambulanter hospizlicher Unterstützung gibt. Mit der Durchführung weiterer Interviews mit betroffenen Angehörigen wurde erkennbar, dass – hingegen der allgemeinen Annahmen – doch auch für diese Gruppe ein Bedarf an hospizlicher Versorgung besteht, dieser jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht gedeckt wird.

Zum Einen haben die Betroffenen nur geringe Kenntnisse über diesbezügliche vorhandene Angebote und Strukturen und sind im Allgemeinen eher zurückhaltend bei der Inanspruchnahme institutioneller Unterstützung. Zum anderen sind es Sprach-

probleme, die vor allem Migrantinnen und Migranten der ersten Generation betreffen, und eine häufig anzutreffende eher schlechte sozio-ökonomische Situation, die die Inanspruchnahme hospizlich palliativer Versorgungsdienste für Erwachsene durch Migrantinnen und Migranten beeinflussen.

Einen weiteren wichtigen Aspekt stellt der Umstand dar, dass es innerhalb einzelner Migrantengruppen kaum Nachahmungsbeispiele gibt, denen man in ähnlich gelagerten Situationen eventuell folgen könnte.

Dies führte zu unserem zweiten Projekt, das sich mit dem Thema der interkulturellen Orientierung innerhalb der hospizlich palliativen Versorgungsstrukturen befasste. Das Ziel muss es sein, den Zugang zu den vorhandenen Versorgungsleistungen für die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund in der Form zu erleichtern, dass diesem Bedarf in adäquater Weise begegnet werden kann. Dem entsprechend wurde in diesem zweiten Projekt ein Leitfaden entwickelt, der den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der hospizlich palliativen Dienste eine Hilfe geben soll, um eine „Interkulturelle Orientierung“ in ihren Organisationen und Diensten einleiten zu können. Es gibt bereits viele sogenannte „Checklisten“ über die einzelnen unterschiedlichen religiösen Hintergründe. Es ist aus unserer Sicht jedoch nicht ausreichend, sich nur mit diesen zu beschäftigen, sondern es muss – um den Prozess der Interkulturellen Öffnung erfolgreich gestalten zu können – eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Fremdheitsgefühl und den damit verbundenen Auswirkungen auf das methodische und organisatorische Vorgehen statt finden.

Daniela Grammatico

Büchnerstraße 20

40721 Hilden

E-Mail: daniela.grammatico@web.de

Veröffentlichungen



Kumbier, Dagmar; Schulz von Thun, Friedemann
Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele
 Rowohlt Verlag 2006
 € 9,95

Das Wissen um die Existenz kultureller Unterschiede und die damit verbundenen Konflikte sind wichtige Faktoren für das Gelingen menschlicher Kommunikation. In dem Buch von Dagmar Kumbier und Friedemann Schulz von Thun wird anhand von Beiträgen und Beispielen aus unterschiedlichen Praxisfeldern gezeigt, wie Schwierigkeiten der interkulturellen Kommunikation analysiert und gelöst werden können. Multikulturelle Vielfalt kann eine große Bereicherung sein, wenn es gelingt, sie in das eigene Selbstkonzept zu integrieren.



Radice von Wogau, Janine; Eimermacher, Hanna; Lanfranchi, Andrea (Hrsg.)
Therapie und Beratung von Migranten.
 Systemisch-interkulturell denken und handeln
 Beltz PVU 2004
 € 24,95

Das vorliegende Buch ist an all jene gerichtet, die haupt- oder ehrenamtlich im therapeutischen, medizinischen oder sozialen Bereich mit Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten. Im Zentrum steht eine Synthese von systemischem Denken und interkulturellem Handlungsansatz. Der erste Teil beschäftigt sich mit Überlegungen und Grundsatzfragen zu Migration, Kultur und Perspektiven auf das, was systemisch hilfreich sein könnte bei der Konzeptualisierung von Arbeit mit Migrantinnen und Migranten. Der zweite Teil widmet sich der Praxis. Beiträge verschiedener Autoren geben Einblick in deren therapeutische, medizinische und sozialtherapeutische Arbeit. Viele methodisch-didaktische Hinweise und Beispiele sollen motivieren, sich der Thematik zu öffnen und in die eigene Arbeit zu integrieren.

Zimmermann, Emil
Kulturelle Missverständnisse in der Medizin
 Ausländische Patienten besser versorgen
 Verlag Hans Huber 2000
 € 19,95



Die unterschiedlichen Vorstellungen von Krankheitsursachen, den Wirkungen und Therapien von Krankheiten sowie das unterschiedliche Krankheitserleben und -äußern führen immer wieder zu Missverständnissen in der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Die Verhaltensdiskrepanzen müssen nicht zwangsläufig zu Konflikten führen, wenn man die soziokulturellen Hintergründe kennt, die diese Verhaltensweisen bedingen. Die Kenntnis der Konfliktpotenziale und die Darstellung von Vermeidungsstrategien sollen zu einem besseren gegenseitigen Verständnis und zur besseren Kooperation beitragen. Ebenso möchte der Autor zur Überprüfung der eigenen Einstellungen zu Krankheiten und Kranksein und somit auch zu Behandlung und Pflege anregen.

Grammatico, Daniela
Hospiz- und Palliativarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund
 Hrsg. ALPHA-Westfalen 2008
 kostenfrei zu beziehen unter:
alpha@muenster.de



Es zeigt sich immer wieder, dass palliative und hospizliche Angebote von Menschen mit Migrationshintergrund wenig wahr- und in Anspruch genommen werden. Eine genauere Betrachtung der Hintergründe macht deutlich, dass die Auseinandersetzung mit diesem Thema von beiden Seiten erfolgen muss. Mit dieser Broschüre sollen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen palliativer und hospizlicher Einrichtungen motiviert werden, sich mit diesem Thema zu beschäftigen und damit eine weitere gegenseitige Annäherung zu ermöglichen.

Veranstaltungen

28.-29.04.2009

Bielefeld

Mit Abschieden leben -
Unterstützung für Menschen mit geistiger
Behinderung

Bildung & Beratung Bethel

Tel.: 05 21 - 1 44 57 70

E-Mail: bildung-beratung@bethel.de

www.bildung-beratung-bethel.de

01.-03.05.2009

Oer- Erkerschwick

Basiskurs Klangmassage I

APPH Ruhrgebiet

Tel.: 0 23 23 - 4 98 26 01

E-Mail: apph@apph-ruhrgebiet.de

www.apph-ruhrgebiet.de

07.-10.05.2009 11.

Wien

Kongress der European Association for
Palliative Care

EAPC European Association for Palliative
Care

Tel.: 0 89 - 54 82 34 48

E-Mail: eapc2009@interplan.de

www.eapcnet.org/Vienna2009

08.-09.05.2008

Gütersloh

Einführung in die Palliative Geriatrie. Ele-
mente einer Abschiedskultur im Altenheim
Bildungswerk Hospiz- & Palliativ-medicin
am Städt. Krankenhaus

Tel.: 0 52 41 - 90 59 84

www.hospiz-und-palliativmedizin.de

11.-12.05.2009

Petershagen

Demenziell erkrankte Menschen begleiten

HVHS Alte Molkerei Frille

Tel.: 0 57 02 - 97 71

E-Mail: info@hvhs-frille.de

www.hvhs-frille.de

15.-16.05.2009 5.

Berlin

Bundesweite Fachtagung Palliative Care –
Mensch Macht Maschine

Wannsee-Akademie

Tel.: 0 30 - 80 68 60 20

www.wannseeakademie.de

06.-07.06.2009

Wuppertal

Hospizlichkeit in der Hebammenpraxis und
Geburtshilfe

Akademie für Gesundheitsberufe

Dietrich-Oppenber-Akademie

Tel.: 02 02 - 2 99 37 11

E-Mail: info@afg-wuppertal.de

www.afg-wuppertal.de

18.-19.06.2009

Gütersloh

Wenn du kannst, hilf mir aus deiner Fülle;
wenn nicht, schone dich

Bildungswerk Hospiz- & Palliativmedizin
am Städt. Krankenhaus

Tel.: 0 52 41 - 90 59 84

www.hospiz-und-palliativmedizin.de

19.-21.06.2009

Bingen

Sternenkinder – Ein anderer Umgang mit
Sterben, Tod und Trauer bei Fehlgeburt, Tot-
geburt und Neugeborenentod

IGSL Hospiz Bildungswerk

Tel.: 0 67 21 - 1 03 18

www.igsl.de

Vorankündigung:

„Ist der Hospizgedanke in der palliativen Versorgung angekommen?“

Fachtagung der Wohlfahrtsverbände NRW, des Hospiz- und Palliativverbandes NRW
und der ALPHA-Stellen

21.10.2009, Dortmund – Westfalenhallen

Alle hospizlich und palliativ aktiven und interessierten Einrichtungen in NRW erhalten
vor den Sommerferien Einladungen und nähere Informationen.



ALPHA-Westfalen

Friedrich-Ebert-Straße 157 - 159

48153 Münster

Tel.: 02 51 - 23 08 48

Fax: 02 51 - 23 65 76

E-Mail: alpha@muenster.de

Internet: www.alpha-nrw.de

ALPHA-Rheinland

Von-Hompesch-Straße 1

53123 Bonn

Tel.: 02 28 - 74 65 47

Fax: 02 28 - 64 18 41

E-Mail: rheinland@alpha-nrw.de

Internet: www.alpha-nrw.de