

Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Januar 2018 Ausgabe 74

Schwerpunkt:

SENSIBLE KOMMUNIKATION

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

„man kann nicht nicht kommunizieren,“ Sie alle kennen diesen Satz von Paul Watzlawik. Nach seiner Überzeugung treten wir in Kommunikation, sobald wir ein Gegenüber haben – sei es über verbale oder aber körperliche Ausdrucksformen. Die Beiträge dieser Ausgabe des Hospizdialoges dazu sind recht unterschiedlich. So erfahren wir etwas zu der Kommunikation, die die Würde eines Menschen im Fokus hat. Darüber hinaus beschäftigt sie sich mit der in jeder Hinsicht kultursensiblen Kommunikation mit dementiell erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund. Auch die konfliktbehaftete Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patientinnen und Patienten wird nicht ausgespart. Hier wie generell in der Hospizarbeit ist Enttabuisierung notwendig, um langfristig konstruktive Lösungswege zu entwickeln. Und nicht zuletzt wird ein Blick auf die Kommunikation zwischen Hund und sterbendem Menschen geworfen: ein Kontakt, der auf der Basis einer verantwortungsvollen Vorbereitung besondere Dimensionen erreicht.

Sensibel zu bleiben für das Gegenüber ist elementar. Denn dann führt Kommunikation, so Rollo May, „zu Gemeinschaft, zu Verständnis, zu Vertrautheit und gegenseitiger Wertschätzung.“

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

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

Layout

Art Applied, Hafenweg 26, 48155 Münster

Druck

Buschmann, Münster

Auflage

2500

Die im Hospiz-Dialog NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen. Foto Seite 4 und 5 Andrea von Schmude; S. 7, S. 13 und S. 19 Grete Achtermann; S. 10 Mary Wottawa; S. 10/11 Irmgard Hewing; S. 21 und 22 Friederike Boissevain

INFORMATION

„Jeder Moment ist Leben“

Frank Gunzelmann 4

Jeden geht es an: Sterbebegleitung als gesellschaftliche Aufgabe

Heiner Melching 6

Weiter gemeinsam auf dem Weg Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Irmgard Hewing, Heidi Mertens-Bürger 9

SCHWERPUNKT

SENSIBLE KOMMUNIKATION

Würde wahren: Haltung in der hospizlich-palliativen Versorgung

Swantje Goebel 12

Kommunikationsprobleme und Konflikte in der Palliativpflege

Sara Marquard, Marcus Garthaus, Britta Wendelstein,
Hartmut Remmers, Andreas Kruse 14

Demenz in Familien mit Migrationshintergrund

Verena Rothe 17

Ein Strahlen geht über das Gesicht

Friederike Boissevain 20

Veranstaltungen

23



Frank Gunzelmann

Die ersten Hospiz- und Palliativtage NRW, die gemeinsam vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen und den ALPHA-Stellen NRW veranstaltet wurden, liegen nun einige Monate zurück. Mit diesem Artikel halten wir Rückschau auf diese drei ereignis- und erfolgreichen Tage.

Die Idee zu den Hospiz- und Palliativtagen entstand Ende 2015 im Gesundheitsministerium. Anlass hierzu waren

das 25-jährige Jubiläum der Stärkung und Förderung von Hospizarbeit und Palliativversorgung durch die Landesregierung und damit verbunden das 25-jährige Bestehen der ALPHA-Stellen in NRW. Die Vorbereitung der Tage erfolgte gemeinsam mit der Arbeitsgruppe Hospizbewegung/Sterbebegleitung des MAGS und der Interessengemeinschaft Hospiz, die alle wichtigen Verbände und Organisationen in der Palliativversorgung und Hospizarbeit des Landes bündelt.

Der Ablauf der Tage gliederte sich in zwei Teile:

13. Oktober 2017

Auftaktveranstaltung in der Rheinterrasse Düsseldorf unter Beteiligung des MAGS

13. - 15. Oktober 2017

Dezentrale Veranstaltungen zum Thema Hospizarbeit und Palliativversorgung, die von den Diensten und Institutionen im Land in Eigenregie durchgeführt wurden.

Die Auftaktveranstaltung

Die zentrale Auftaktveranstaltung orientierte sich an dem Motto der Hospiz- und Palliativtage „Jeder Moment ist Leben“. Der Titel wirkte auf manchen möglicherweise etwas irritierend, hat aber das Ziel erreicht, wach und neugierig für das Thema zu machen. Die Fachveranstaltung war insbesondere mit Blick auf folgende Teilnehmergruppen geplant:

- Menschen, die beruflich mit Schwerstkranken und Sterbenden zu tun haben, die aber mit dem

Thema bisher noch nicht viel Berührung hatten. Hier waren insbesondere Mitarbeitende aus Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege, der Eingliederungshilfe und aus Krankenhäusern angesprochen.

- Menschen, die beruflich dazu beitragen, die Ohnmacht und das Schweigen über die schwierigen und schmerzlichen Themen Sterben, Tod und Trauer zu brechen und diese wieder in die Mitte des Lebens bringen – hier vor allem Mitarbeitende aus den Bereichen Erziehung und Bildung.
- Haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende aus der Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Besonders erfreulich war, dass über 500 Menschen aus unterschiedlichen Berufen und Tätigkeitsfeldern die Auftaktveranstaltung besucht haben. Die zahlenmäßig größte Besuchergruppe war die der beruflich Pflegenden, dicht gefolgt von den ehrenamtlich Mitarbeitenden. Zudem waren Ärztinnen und Ärzte, therapeutisch Mitarbeitende sowie Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger, vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der Heimaufsicht sowie aus Schulen und Hochschulen der Einladung nach Düsseldorf gefolgt. Ziel der Hospiz- und Palliativtage war es, allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu vermitteln, dass das Lebensende, auch wenn es von Krankheit gezeichnet ist, mit einer guten Begleitung und Versorgung lebenswert sein kann. Mit der Auftaktveranstaltung wurden viele Menschen erreicht, die noch nicht so tiefe Einblicke und Erfahrung mit den



Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann eröffnete die Auftaktveranstaltung

Möglichkeiten der hospizlich-palliativen Versorgung haben. Insgesamt hat die Anzahl und Zusammensetzung der Teilnehmenden unsere Erwartungen erfüllt und an manchen Stellen sogar übertroffen.

Eröffnet wurde die Auftaktveranstaltung von Karl-Josef Laumann, dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, der seit Jahren die Hospizarbeit und Palliativversorgung in unterschiedlichen Positionen der Bundes- und Landespolitik unterstützt und fördert. Das zweite Grußwort hielt Ulrike Herwald, die erste Vorsitzende des Hospiz- und Palliativverbandes NRW, einem wichtigen Partner für die Arbeit der ALPHA-Stellen.

Die Reihe der Vorträge wurde am Vormittag begonnen von Dr. Gerlinde Dingerkus und Martina Kern, den beiden Leiterinnen der ALPHA-Stellen. Mit Hilfe einer Reisetrajectory – Züge fahren in unterschiedlichen Geschwindigkeiten auf einem sich mehr und mehr verdichtenden Schienennetz – blickten sie zurück auf den Aufbau, die Institutionalisierung und Ausdifferenzierung der Hospizarbeit und Palliativversorgung in NRW.

Am Nachmittag referierte Gerda Graf, die Ehrenvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes, zum Thema „Sorge um die helfenden Menschen“. Ihr Vortrag beschäftigte sich mit Aspekten der Selbst- und Fremdsorge bei Angehörigen sowie ehren- und hauptamtlich Tätigen im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen.

Prof. Dr. Traugott Roser, Lehrstuhlinhaber für Praktische Theologie an der Universität Münster, verneinte in seinem Vortrag die Frage, ob die Themen Sterben, Tod und Trauer heute immer noch tabu seien. Er machte aber deutlich, dass die Würde der Sterbenden, der Trauernden und auch der Toten des Tabus bedürften. Diese zu schützen, bleibe weiterhin eine elementare Aufgabe von Hospizarbeit und Palliative Care.

Heiner Melching, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, stellte in seinem Referat die Frage, wessen Aufgabe die hospizlich-palliative Versorgung und Begleitung von sterbenden Menschen sei. Er kam zu dem Schluss, dass dieser Auftrag idealerweise im kooperativen Zusammenspiel von professionell Tätigen und der Gesellschaft als sorgende Gemeinschaft erfüllt werden könne.

Ein besonders bewegender Programmpunkt war das Podiumsgespräch, bei dem Menschen zu Wort kamen, die hospizlich-palliative Hilfe erfahren



Prof. Traugott Roser betonte die Bedeutung der Würde am Lebensende

haben. Exemplarisch und aus der Perspektive von Betroffenen oder deren Angehörigen konnte so ein authentischer und berührender Einblick in die Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten von Hospizarbeit und Palliative Care gegeben werden.

Beendet wurde die Auftaktveranstaltung von Prof. Dr. Lukas Radbruch, Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin an der Universität Bonn und Dr. Birgit Weihrauch, Staatsrätin a. D., mit einem Blick auf kommende Herausforderungen. Die Redner führten aus, dass auch aktuelle Fragen wie nach dem Zugang aller Hilfebedürftigen zur Hospiz- und Palliativversorgung oder der Zukunft des Ehrenamtes nur gemeinsam durch alle Akteurinnen und Akteure beantwortet werden könnten. Verabschiedet wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Auftaktveranstaltung – ganz im Sinne der Charta zur Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in Deutschland – mit einem Aufruf zu weiterhin gemeinschaftlichem und vernetztem Engagement.

Umrahmt wurde die Auftaktveranstaltung sympathisch und professionell von der inklusiven Band „NIA extended version“. Die sechsköpfige Musikgruppe begeisterte die Besucher mit ihrer musikalischen Mischung aus Folk, Rock, Pop und Jazz.

Die regionalen Veranstaltungen



Im Rahmen der Hospiz- und Palliativtage fanden insgesamt über 150 regionale Veranstaltungen von

135 Veranstaltern statt. Das Angebot war inhaltlich vielfältig und abwechslungsreich. Neben Infoständen und Vorträgen, Tagen der offenen Tür und Gottesdiensten gab es auch viele Veranstaltungen aus dem kulturellen Bereich wie Lesungen, Vernissagen oder Film-, Lieder- und Theaterabende.

Insgesamt waren die Hospiz- und Palliativtage NRW aus der Sicht aller Beteiligten ein großer Erfolg. Über eine Fortführung in einigen Jahren wird derzeit nachgedacht.

Wir möchten uns an dieser Stelle ausdrücklich bei allen bedanken, die die Hospiz- und Palliativtage unterstützt haben. Neben den Mitgliedern der Vorbereitungsgruppe gilt unser Dank insbesondere allen, die die Auftaktveranstaltung vor, hinter und auf der Bühne sowie die regionalen Veranstaltungen mit ihren Angeboten unterstützt haben.

Gemeinsam haben wir es geschafft, mit Hilfe der Hospiz- und Palliativtage ein lebendiges und eindrucksvolles Bild der Möglichkeiten von Hospizarbeit und Palliative Care in unserem Land zu zeigen.

Frank Gunzelmann
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

Die Vorträge der Auftaktveranstaltung sind auf www.alpha-nrw.de zum Download veröffentlicht.

JEDEN GEHT „ES“ AN: STERBEBEGLEITUNG ALS GESELLSCHAFTLICHE AUFGABE

HEINER MELCHING



Heiner Melching

Ein einfacher Blick auf einige Zahlen macht bereits deutlich, wie banal die Aussage der Überschrift im Grunde genommen ist. Im Jahr 2015 verstarben in Deutschland ca. 925.200 Menschen, wobei in ca. 90% der Todesfälle eine Krankheit vorausgegangen ist. Demgegenüber stehen im selben Zeitraum ca. 150.000 Begleitungen durch Ehren- und Hauptamtliche aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung. Somit ergibt sich, dass in mehr als 80% aller Todesfälle die Begleitung Sterbender, gänzlich ohne hospizlich oder palliativ geschulter Unterstützer, eben durch Familienangehörige und Zugehörige sowie durch Leistungserbringer der Regelversorgung, wie bspw. Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte erfolgte.

Daraus ließe sich nun entweder ableiten, dass ein erheblicher Unterstützungsbedarf besteht, dem die Hospiz- und Palliativbewegung derzeit nicht gerecht werden kann, oder aber man interpretiert die Zahlen dahingehend, dass die allermeisten Menschen es ohne „professionelle“ Hilfe schaffen zu sterben. Beide Erklärungsversuche würden allerdings deutlich zu kurz greifen.

Cicely Saunders schrieb dazu bereits 1983: *„Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können ...“*

Auch wenn sich dieses Zitat auf den Bereich der „Versorgung“ konzentriert, gilt das Ansinnen, bestimmte Haltungen und Kenntnisse nicht nur für eine bestimmte Gruppe zu generieren, sondern in die Breite der Gesellschaft zu tragen, natürlich auch für den Bereich der Begleitung, welcher nicht zwingend an Strukturen gebunden ist.

» ***Brauchen Betroffene noch mehr hochqualifizierte Experten oder eher mitfühlende Mitmenschen?***

Hier stellt sich im Besonderen die Frage, wie eine

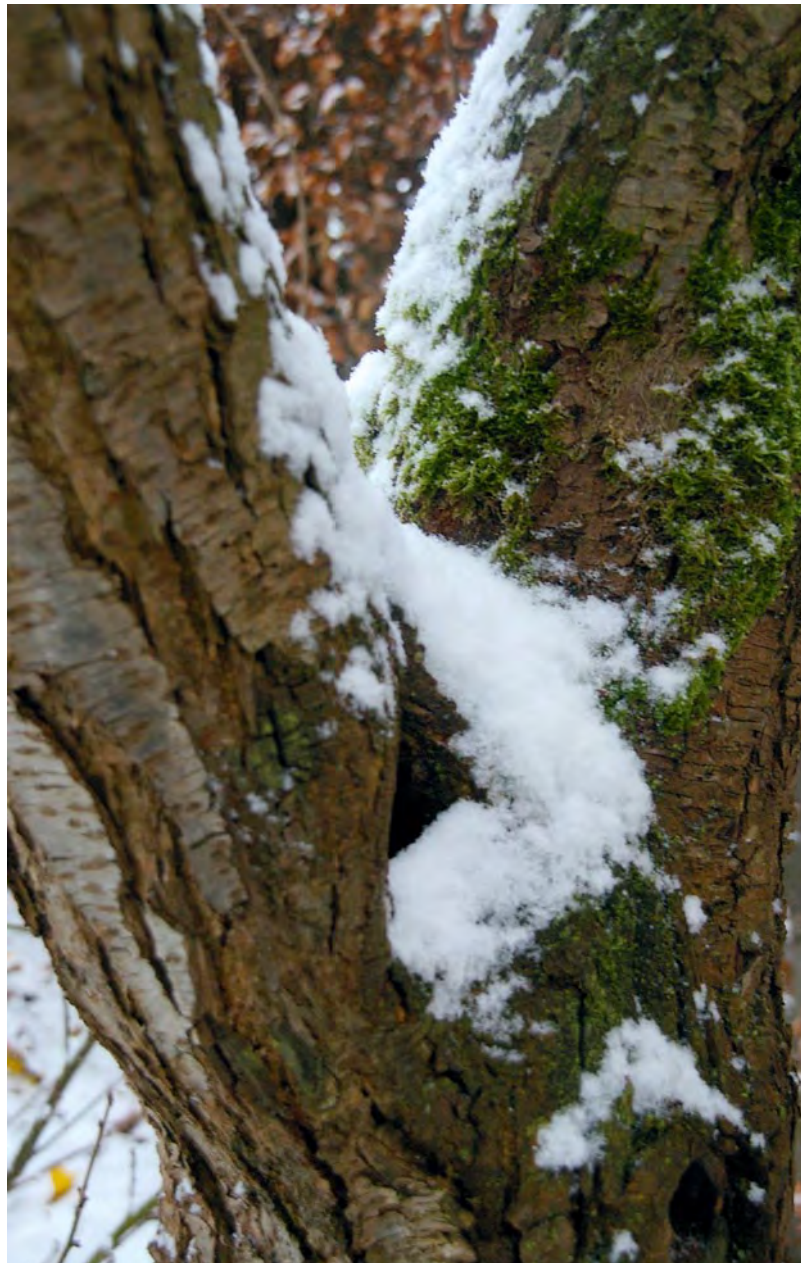
Gesellschaft befähigt oder ermutigt werden kann, sich den Herausforderungen einer Begleitung von Menschen in schweren Krisen zu stellen. Selbstverständlich geht aber auch der Bereich der Versorgung „jeden etwas an“ – denn es ist wichtig, dass in der Gesellschaft auf breiter Ebene Kenntnisse zu den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung existieren, und zwar sowohl um eine entsprechende Versorgung initiieren zu können, als auch um Fragen, Ängsten oder Sterbewünschen begegnen zu können. Wie eine aktuelle Umfrage des DHPV gerade gezeigt hat, bestehen insbesondere zum Begriff der Palliativversorgung in der Bevölkerung noch erhebliche Wissensdefizite.

Auf der anderen Seite möchte ich den Begriff der „Sterbe“-Begleitung deutlich ausweiten, da hierunter häufig nur die Begleitung in der allerletzten Lebensphase verstanden wird. Die Hospiz- und Palliativbewegung beschränkt sich aber längst nicht auf dieses kleine Zeitfenster. Von früher Integration, die mit Diagnosestellung beginnen kann, bis zur Trauerbegleitung für Angehörige, können Begleitungen über lange Zeiträume erfolgen. Darüber hinaus kommt der Hospizbewegung aber noch eine weitere, sehr bedeutsame Aufgabe zu. Als Bürgerbewegung kommt der Hospizbewegung ein gesellschaftlicher Auftrag mit gewissermaßen edukativem Charakter zu. Elisabeth Kübler-Ross hat es einmal als ihren größten Erfolg beschrieben, dass sie „das Sterben aus der Toilette geholt“ hat. Es geht also auch darum, eine Gesellschaft wieder handlungs- und vor allem sprachfähig in den Bereichen Sterben, Tod und Trauer zu machen.

Diesbezüglich hat die Hospiz- und Palliativbewegung in den letzten Jahrzehnten in Deutschland enorm viel erreicht. Aber auch Defizite sind weiterhin sichtbar. So war es doch etwas überraschend, dass es von allen Seiten als ausgesprochen mutig bezeichnet wurde, als die ARD für ihre jährliche Themenwoche für das Jahr 2012 das Thema „Leben mit dem Tod“ ausgewählt hat. Warum gilt das als besonders mutig und nicht als normal? ... zumal es auch in den anderen Wochen des Jahres kaum eine Chance gibt, durch das abendliche Fernsehprogramm zu kommen, ohne mit einer Vielzahl von Toten konfrontiert zu werden; sei es in Tagesschauen, Reportagen, Krimis oder Actionfilmen. Auch muss immer noch mühsam erklärt werden,

dass wir Kindern in Kindergarten, Schule und Familie mit der gleichen Selbstverständlichkeit, mit der wir mit ihnen darüber reden sollten, wie Menschen auf diese Welt kommen, mit ihnen darüber zu reden haben, wie wir diese Welt einmal verlassen. Und wie schwer tun sich viele Menschen nach wie vor damit, Trauernden zu begegnen?

Der aktuelle Zeitgeist, der von Leistungsoptimierung, ewiger Fitness und Anti-Aging geprägt ist, macht es einer Philosophie im Sinne von hospizlicher Haltung natürlich auch nicht gerade leicht. Dennoch muss sich auch die Hospizbewegung immer wieder die Frage stellen, ob sie noch im Sinne einer Bürgerbewegung unterwegs ist und sich in allen Bereichen der Gesellschaft, bis zu den Rändern, bewegt, oder ob man vielleicht sogar Gefahr läuft, es sich in der gutbürgerlichen Mitte der Gesellschaft, in der man gut angekommen und angenommen zu sein scheint, etwas zu gemütlich zu machen. Hier ist allerdings auch zu beobachten, dass insbesondere in den letzten Jahren zuneh-



mend Menschen, die sich eher am Rand der Gesellschaft befinden, in den Blick der hospizlichen Fürsorge genommen werden. Besonders zu nennen sind hier Migrantinnen und Migranten, Geflüchtete, Obdachlose sowie Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, wodurch eine positive (Weiter) Bewegung erkennbar ist.

Eine weitaus größere Gefahr für den beschriebenen gesellschaftlichen Auftrag könnte allerdings von der zunehmenden Institutionalisierung und Professionalisierung der Hospizbewegung ausgehen. Überall dort, wo Leistungen definiert, beschrieben und finanziert werden, bilden sich entsprechende Strukturen, die dann auch um Selbsterhalt oder Selbstoptimierung ringen. Somit entstehen auch Märkte, Konkurrenzen und gewisse Exklusivansprüche. Schon längst jubelt nicht mehr jedes stationäre Hospiz, wenn in einem überschaubaren Radius ein weiteres Hospiz geplant wird. Und nicht ohne Grund verbietet es die Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses sein kann. Aber auch in den Bereichen der ambulanten Hospizdienste, der Weiterbildungseinrichtungen, der Angebote für Trauernde usw. führt eine Zunahme von Angeboten nicht zwangsläufig zu einem guten Miteinander und einem gemeinsamen Vorgehen. Zunehmend bessere Finanzierungsmöglichkeiten von Hospizleistungen wecken unter Umständen eben auch Begehrlichkeiten und einen gewissen ökonomischen Ehrgeiz.

Der eigene Erfolg kann also auch Tücken haben. Und so erscheint es z. B. auch irgendwie etwas widersprüchlich, wenn auf der einen Seite von Vertretern der Hospizbewegung vehement gefordert wird, dass Trauerbegleitung eine Leistung werden soll, die von den Krankenkassen zu finanzieren ist, auf der anderen Seite man aber zu Recht darum kämpft, dass Trauer nicht als Krankheit, sondern als normal zu verstehen ist. Auch die zumindest teilweise aus dieser Forderung entstandene Neuregelung für den ICD XI, der uns voraussichtlich im nächsten Jahr eine Diagnose „Anhaltende Trauerstörung“ (als F-Diagnose, die für eine psychische Störung steht) bescheren wird, stößt in weiten Teilen der Hospiz- und Palliativbewegung auf Ablehnung, wengleich hierüber nun eine Finanzierung durch die Kassen erfolgen wird.

**» Es bleibt bedeutsam,
die Hospizidee am
Leben zu erhalten**

Aber auch das wesentliche Merkmal der „Absichtslosigkeit“ könnte in Gefahr geraten, wenn alle Ehrenamtlichen immer mehr und mehr geschult und weiterqualifiziert werden. Eine bedingungslose Fokussierung auf die Betroffenenperspektive bedeutet auch, dass immer wieder gefragt werden muss, welche Form der Unterstützung gerade gefordert ist. Brauchen Betroffene tatsächlich noch mehr „Expertinnen und Experten“ und hochqualifizierte „Fachleute“ oder eher mitfühlende Mitmenschen, die in eigener Absichtslosigkeit kommen und Zuwendung, Verständnis und vor allem Zeit zu geben haben? Diese Frage ist in jedem Einzelfall zu klären – und wenn eine nichtgeschulte Nachbarin diese Zeit zu geben bereit ist, kann dies in einigen Fällen sinnvoller sein als ein „professioneller Ehrenamtler“.

Je höher qualifiziert und spezialisiert eine Person in einem Bereich ist, desto schwieriger wird es genau in diesem Bereich absichtslos zu agieren, wo doch viele Kenntnisse und Erfahrungen vorliegen, die einen bestimmten Weg oder ein bestimmtes Vorgehen nahelegen. Aber selbst, wenn dies gelingt, weil eben auch Selbstreflexion und Selbstzurücknahme Bestandteile von Qualifikationen sein können, besteht ein Risiko auf gesellschaftlicher Seite. Wir leben in einer Gesellschaft, die immer mehr dazu neigt, Verantwortung an andere zu übertragen und Aufgaben an „Profis“ zu delegieren. Und so kann auch ein immer dichteres Netz von „professionellen“ Angeboten der Hospizbegleitung dazu führen, dass Nachbarn, Freunde und Arbeitskollegen sich nicht mehr in erster Linie verantwortlich fühlen, und man letztlich höchstens noch den Flyer vom Hospizverein oder der Trauergruppe abgibt, um sich nicht selbst – mit aller Ratlosigkeit, die dazu gehört – anbieten zu müssen.

Die Hospizbewegung bleibt also herausgefordert, den Dialog mit der Gesellschaft zu führen und zu fördern, und nicht ausschließlich Leistungsangebote zu produzieren. Konzepte wie die der „Caring Communities“, also Sorgende Gemeinschaften oder Ideen wie die eines „Profi-Bürger-Mixes“, wie sie Klaus Dörner und Thomas Klie beschrieben haben, könnten eine gute Möglichkeit für die Hospizbewegung sein, ihre Ideen und Haltungen in die Gesellschaft weiter einfließen zu lassen. Auch die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland und die daraus

entstandene Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, die ja auch aus der Hospiz- und Palliativbewegung mit entstanden ist, bietet eine hervorragende Möglichkeit auf den verschiedensten gesellschaftlichen und politischen Ebenen aktiv zu werden.

Aber auch niedrigschwellige Angebote und Bewegungen, wie sie aus der Gesellschaft entstehen, sollten unterstützt und zumindest nicht als Konkurrenz verstanden werden. Hierzu gehören z. B. die sich zunehmend entwickelnden „Stammtische“ und Gesprächskreise, bei denen Menschen aus allen möglichen beruflichen Bereichen sich treffen, um über das Thema Tod im weitesten Sinne zu reden und zu philosophieren.

Es wird jedoch immer bedeutsam bleiben, die Hospizidee bzw. die Philosophie, die dahintersteht, am Leben zu halten und in die Gesellschaft zu tragen. Hierfür wird es aber erforderlich sein, dass die Themenbereiche der Philosophie, Ethik und Moral überhaupt wieder einen relevanten Stellenwert in unserer Gesellschaft bekommen. Solange wir bei der Erziehung und Ausbildung unserer Kinder, ebenso wie bei der Entwicklung von Formen des Zusammenlebens, alles dem Diktat der Ökonomie unterwerfen und alles ausschließlich daran ausrichten, was unsere Wirtschaft braucht und nicht daran, was eine humane Gesellschaft braucht, wird auch die Hospizidee von vielen als etwas „Nettes“ und „Gutes“ belächelt und nur von Wenigen als Notwendigkeit für eine humane Gesellschaft erkannt werden.

Heiner Melching
Geschäftsführer Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin
heiner.melching@palliativmedizin.de
Tel.: 030 - 30 10 10 00

Literatur

- Clark, S.** (2002). 242f. Zitiert in: Rösch, Alsheimer, Kittelberger (2017), PallExcellence© *Der Nachweis von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Einrichtungen*. Seite 10. Kohlhammer.
- Dörner, K.** (2012). *Leben und sterben, wo ich hingehöre*. Paranus Verlag, Neumünster.
- Klie, T.** (2015). *Caring Communities als Perspektive für Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens*. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): *Freiräume für die Zukunft. Plädoyer für einen Neuen Generationenvertrag*, Berlin. Heinrich-Böll-Stiftung (17), S. 31–44.
- Stellungnahme des DHPV gegen die Aufnahme der „anhaltenden Trauerstörung“ im ICD XI:** http://www.dhpv.de/stellungnahme_detail/items/stellungnahme-gegen-die-aufnahme-der-anhaltenden-trauerstoerung-als-eigenstaendige-psychische-stoerung-im-rahmen-der-ueberarbeit.html
- <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>
- <http://www.koordinierung-hospiz-palliativ.de/>
- <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html> Zugriff am 24.11.2017
- http://www.dhpv.de/presseerklaerung_detail/items/informationsdefizite-beheben-hospiz-und-palliativarbeitsstaerker-dhpv-legt-ergebnisse-einer-repraesentativen-bevoelkerungsbefrag.html Zugriff am: 24.11.217
- http://www.salzgeber.de/presse/pressehefte/ekr_ph.pdf Seite 3, Zugriff am: 24.11.2017

WEITER GEMEINSAM AUF DEM WEG

Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

IRMGARD HEWING, HEIDI MERTENS-BÜRGER

Sterben Menschen mit einer Behinderung anders als andere Menschen? Und braucht es andere Formen der Begleitung und Versorgung? Nein, die Menschen sterben nicht anders und: Nein, es braucht genau die gleiche Begleitung. Denn der Hospizgedanke sieht den Menschen und die ihm Nahestehenden im Mittelpunkt der Bemühungen und fragt nicht

zuerst danach, wer sich hinter der Person verbirgt. Dennoch: Es gibt, was den Ausdruck der Symptome betrifft, Besonderheiten und Emotionen, die es zu berücksichtigen gilt. Und die Begleitung muss sich dem individuellen Hilfebedarf anpassen und die kognitiven, emotionalen oder sozialen Einschränkungen berücksichtigen.

Dass dieses Thema – auch auf Grund unserer deutschen Geschichte – eine immer größere Bedeutung erhält, zeigte sich bereits in unserer Auftaktveranstaltung „Gemeinsam auf den Weg“ Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe in NRW in Hagen im November 2015: 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den unterschiedlichen Bereichen der Hospizarbeit, der Eingliederungshilfe, kommunaler Stellen und der Wohlfahrtsverbände nutzten die Chance, sich diesem Thema zu nähern oder sich intensiver damit auseinanderzusetzen.

Neben der großen Resonanz, den lebendigen Diskussionen und dem regen Austausch zur Vernetzung an den Ständen aus den verschiedenen Regierungsbezirken galt es für die Teams der ALPHA-Stellen am Ende der Veranstaltung, die Rückmeldungen auszuwerten. Darunter war auch der Wunsch nach vertiefenden und konkreteren Veranstaltungen in den Regionen.

Hospiz- und Palliativversorgung wurden gegangen, unter anderem eben in Form weiterer Veranstaltungen in den Regierungsbezirken Nordrhein-Westfalens. Neben einem theoretischen Input stand hier die Vorstellung von Praxisbeispielen im Vordergrund. Erfahrene Fachkräfte sowohl aus der Eingliederungshilfe wie auch aus der Hospizarbeit und der Palliativversorgung berichteten, wie sie bisher die Arbeit umgesetzt haben.

Die „Geschichten“ aus den mitunter schwierigen Situationen zeigten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, welche ersten Schritte nötig sind, um gemeinsam als Team, aber auch als einzelner Mitarbeiter einen guten Einstieg zu gestalten und eine Haltung und Werteentwicklung zu erfahren, und auf dieser Basis Sicherheit in der Begleitung zu gewinnen. Es wurde von erfolgreichen und beglückenden Erfahrungen berichtet. Aber auch das Scheitern wurde nicht verschwiegen, denn damit verbunden ist es, über Alternativen nachzudenken.



Austausch zwischen den Mitarbeitenden der verschiedenen Einrichtungen

Weiter gemeinsam auf den Weg

Die Veranstaltung war im besten Sinne ein „Auf-takt“, die Arbeit geht weiter: Die nächsten Schritte in Richtung Vernetzung und Implementierung der



Pausengespräche in Münster

„Wir dachten, wir schaffen es allein, hatten sogar überlegt, dass wir unsere eigenen ehrenamtlichen Mitarbeiter schulen und einsetzen, weil wir von einer anderen Einrichtung hörten, dass das für sie ein gutes Modell war. Das hat bei uns aber ganz und gar nicht geklappt. Heute haben wir eine wunderbare Kooperation mit dem Hospizdienst und auch das Palliativteam unterstützt uns, wenn wir es benötigen“, so der Leiter einer Einrichtung.

„Wir hatten bei der Auftaktveranstaltung gemerkt, dass wir uns viel mehr mit dem Schmerzassessment beschäftigen müssen. Das haben wir getan. Wir sind zwar noch nicht perfekt, aber wir sind auf einem guten Weg.“ So die Leiterin einer anderen Einrichtung.

Die Qualitätsbeauftragte einer Einrichtung ergänzte um einen weiteren Aspekt. „Wir haben vor kurzem innerhalb sehr kurzer Zeit viele Sterbefälle bewältigen müssen. Das machte uns deutlich, wie wichtig es ist, sich gut auf solche Situationen vorzubereiten und uns gegenseitig zu unterstützen. Wir haben aber auch gelernt, dass jeder Todesfall anders ist und wir sensibel bleiben müssen für die individuellen Bedürfnisse.“

Es wurde erläutert, wie wichtig es ist, die Bewohnerinnen und Bewohner einzubinden; ein Trauerkoffer „für die letzte Reise“ wurde vorgestellt und vieles mehr.

Wissen teilen

Im zweiten Teil der Veranstaltung ging es darum, das Wissen zu teilen. In Kleingruppen erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zeit und Raum,



Vize-Regierungspräsident Gernot Berhahn hob die Bedeutung des Themas hervor

schen den Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe und der Hospiz- und Palliativarbeit. Auch wir ALPHAs haben „Hausaufgaben“ erhalten. Dazu gehörten unter anderem weitere Informations- und Veranstaltungsangebote. Auch gab es erste Terminierungen für Beratungsgespräche.



um miteinander ins Gespräch zu kommen, ihre Erfahrungen aus ihren eigenen Einrichtungen zu teilen und von den anderen Neues zu erfahren. Mit angeleiteten Fragestellungen hatten die Anwesenden die Gelegenheit, sich den aktuellen Stand in der Einrichtung zu vergegenwärtigen und gemeinsam im Gespräch neue bzw. nächste Schritte zu erarbeiten. In diesem lebendigen Austausch lernten sich die Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedenen Professionen näher kennen und knüpften erste Kontakte für eine mögliche Kooperation. Zum Ende des Fachtages beschäftigten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders die Fragen: Was benötigen wir von wem als Unterstützung? Wo sehen wir mögliche Hürden? Wie könnte für uns eine gelungene Kooperation aussehen? Hier kam es dann zu konkreten Verabredungen zwi-

Drei Veranstaltungen haben stattgefunden, die nächsten sind in Vorbereitung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestätigten uns darin, dass es sich lohnt, sich immer wieder „weiter gemeinsam auf den Weg zu machen“.

Irmgard Hewing, Heidi Mertens-Bürger

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

WÜRDE WAHREN: HALTUNG IN DER HOSPIZLICH-PALLIATIVEN VERSORGUNG

SWANTJE GOEBEL



Dr. Swantje Goebel

Ich möchte sehen, wie meine Kinder aufwachsen! Aber ich kenne die Statistik. Diese Ärzte, die reden immer nur von Überleben! Ein Jahr, zwei Jahre. Aber was nützt es mir, wenn ich dann

zu krank bin. Um zu arbeiten. Um von gutem Essen was zu haben. Um zu lieben! Ich möchte die Zeit, die mir noch bleibt, auf jeden Fall in meinem eigenen Haus leben! Ich möchte in meinem eigenen Bett schlafen. Ich möchte nicht Tag für Tag 30-40 Tabletten schlucken müssen und meine Haare verlieren. Und nur herumliegen. Weil ich zum Aufstehen zu schwach bin. Und weil mir so schwindelig ist, dass ich nicht mal meinen Kopf bewegen kann. Und meine Frau putzt dann hinter mir her? Hinter mir als einem toten Mann, den man irgendwie noch künstlich am Leben erhält? Und der nur noch seine Zeit absitzt? Nein! Nein. Aber so würde ich in Erinnerung behalten werden. Das wäre das Schlimmste daran...

Diese Worte sind Fiktion, entnommen aus der US-Serie Breaking Bad (2008, Ep. 4). Aber wir wissen: Die Worte des Familienvaters Walther angesichts seiner infausten Prognose Hirntumor sind keine Fiktion. So oder so ähnlich empfinden, denken, sorgen sich Menschen im Angesicht dessen, was sie erwarten kann. Und aller Statistik nach erwartet uns ein langwieriger Krankheitsverlauf, einhergehend mit einer komplexen Symptomlast. Vielleicht werden wir am Ende pflegebedürftig sein, auf Hilfe angewiesen? Und damit vielfältig herausgefordert, durch immer weitere Verluste und Einschränkungen. Wir sterben heute ein langes Sterben: ein schrittweises Verabschieden aus der Welt.

Würde ist ein zentrales Konstrukt am Lebensende, und wir fürchten uns, dass eine lange, todbringende Krankheit uns diese nehmen könnte. Würde ist

für uns eng verknüpft mit Selbstbestimmung. Eigene Entscheidungen treffen. Die Kontrolle behalten – jetzt erst recht! Würde provoziert die Frage nach dem Sinn. Wozu das alles aushalten? Was habe ich noch zu erwarten? Worauf darf ich hoffen? Im Angesicht der Krankheit ist der Sinn neu zu definieren. Und Würde besitzt eine soziale Komponente, sie impliziert einen ganz konkreten Auftrag. Nämlich einen Auftrag an die Menschen und Institutionen, die Schwerstkranke betreuen und Sterbende begleiten. Deshalb heißt es in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland: „Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. (...) Wir werden uns dafür einsetzen, ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen.“ (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de)

Würdige Bedingungen, hierbei handelt es sich um etwas, das vor allem individuell, von jeder und jedem selbst zu bestimmen ist. Wollen wir die Würde unseres Gegenübers achten und schützen, so müssen wir in Erfahrung bringen, wie sie sich für ihn ausgestaltet: Was sind die Wünsche, Wertvorstellungen, Bedürfnisse der uns anvertrauten Menschen?

Für Walther wäre es das Schlimmste, wenn seine Familie ihn lediglich als krank und hilfebedürftig erinnerte. Unwürdig, wenn die Zeit der Erkrankung das ist, was nachher von ihm in Erinnerung bleiben könnte. Die Würdezentrierte Therapie (WzT), eine vom kanadischen Psychiater Professor Harvey Max Chochinov forschungsbasiert entwickelte Kurzintervention für Palliativpatientinnen und -patienten, setzt deshalb genau hier an (Chochinov, 2017): Sie zielt darauf, das persönliche Würdeempfinden zu steigern, indem das Selbstwertgefühl und der Blickwinkel auf sich selbst gestärkt werden. Dahinter steht der Grundsatz, dass eine Besinnung auf die uns (allen) innewohnende Kraft befähigen kann, die mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen und Herausforderungen zu bestehen.

Ein Element der WzT ist die Erstellung eines schriftlichen Dokuments als Hinterlassenschaft für die

An-/Zugehörigen. Durch gezieltes Nachfragen und Aufschreiben der Erinnerungen, Wünsche und Anliegen des Patienten/der Patientin soll die Wertschätzung für das eigene Leben erhöht, die Sinnfindung unterstützt und die Bedeutung des eigenen Lebenswerks erkannt oder verstärkt werden. Das Gespräch wird aufgezeichnet, transkribiert, vorgelesen, ggf. überarbeitet und schließlich als gebundenes Dokument dem Patienten bzw. der Patientin übergeben.

Die Wirksamkeit der WzT gilt inzwischen als gut belegt (z. B. Chochinov et al., 2011; Fitchett et al., 2015; Juliao et al., 2017; Houmann et al., 2013; McClement et al., 2007; Montross et al., 2013). Das bestätigt auch die Erfahrung auf den Palliativstationen der Universitätskliniken Mainz und Würzburg sowie im Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. Ein beeindruckendes Beispiel aus der Praxis: Frau P., 78 Jahre. Sie hatte ich Anfang des Jahres zu Hause besucht. Als ich ihr die WzT am Telefon vorgeschlagen hatte, hatte sie sofort zugestimmt. Aber dann, bei meinem Besuch, war sie voller Zweifel: Ist mein Leben überhaupt erzählenswert? Es ist doch alles so dahingeplätschert, unser Haus, die zwei Kinder, mein Hausfrauendasein... Was habe ich schon mitzuteilen? Und überhaupt gehe ihr gerade vielmehr all das durch den Kopf, was nicht gut gelaufen ist, womit sie hadert. Also haben wir ausgemacht, dass wir unser Gespräch führen und nachher entscheiden, ob ein Dokument daraus werden soll.

Es wurde ein Dokument daraus: Frau P. kam in einen so schönen Erzählstrom, ihre Augen blitzten, wenn sie davon erzählte, dass sie als eine Frau unter Männern das Segeln erlernt hatte. Wie viel Selbstbestärkung ihr das gegeben hatte. Und welche glücklichen Erlebnisse sie damit verbindet. Wie wichtig es ihr gewesen ist, eine gute Ehefrau und Mutter zu sein. Und sie möchte ihren Kindern mitteilen, dass sie gut sind, wie sie sind. Und auch, dass sie sich bemüht hat, aber heute denkt, dass sie ihnen als Kinder zu wenig Zärtlichkeit gegeben

hat. Das sollen sie anders machen: Lebt und zeigt Zärtlichkeit! Das war ihr ganz wichtig.

Wir haben ein gutes, stimmiges Dokument daraus gemacht. Und vom SAPV-Team hörte ich später, dass sie seitdem so positiv und wieder kraftvoll war. Sie war sogar nach vielen Wochen im Bett wieder aufgestanden und verbrachte ihre Tage nun auf der Couch statt im Bett. Und ihre Kinder? Sie haben die liebevollen Worte ihrer Mutter jetzt in einem Dokument, das sie bewahren und immer wieder hervorholen können, wenn ihnen danach ist.

Die Intervention stärkt Schwerkranke in ihrem Würdeempfinden. Einer der Wirkfaktoren ist das Beziehungsgeschehen im Rahmen der WzT, schließlich findet Selbstvergewisserung hier über das Erzählen zu einem Gegenüber statt. Entsprechend bedeutsam ist die Grundhaltung und Präsenz der behandelnden Person. Denn würdige Bedingungen – sie beginnen mit der Haltung der Behandelnden.

Dabei ist die WzT nur eine Möglichkeit, ein Baustein eines würdeorientierten Umgangs mit den Menschen, die sich uns anvertrauen. Die Forschungsgruppe um Chochinov hat es sich in Zusammenarbeit mit Forschern aus aller Welt zur Aufgabe gemacht, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen Anregungen und Werkzeuge anzubieten, um sich trotz Zeit- und Arbeitsdruck eine zugewandte, respektvolle und mitfühlende Haltung zu bewahren (mehr dazu: www.patientenwuerde.de). Ein Beispiel ist die „Patient Dignity Question“, die Chochinov jenen empfiehlt, die Schwerstkranke umsorgen und begleiten (2015): „Was sollte ich über Sie als Person wissen, um Sie bestmöglich zu versorgen?“ Diese Frage offenbart gleich mehrere würdewahrende Aspekte:

1. Das Einlassen auf ein Gegenüber auf Augenhöhe; ich begegne dir nicht allein als Träger einer Krankheit, sondern als unverwechselbare Persönlichkeit, mit Freundlichkeit und Respekt.
2. Die Bereitschaft zu Offenheit und Perspektivenübernahme; ich halte mich mit Mutmaßungen



- über dich und deine Situation zurück, lasse mich ein auf dein individuelles Erleben.
3. Die Anerkennung der eigenen Verletzlichkeit; „Ich weiß, ich bin du.“
 4. Der Anspruch an sich selbst, nicht fertig sein zu wollen, sondern das eigene berufliche Tun als stetigen Entwicklungsprozess zu verstehen.

Dies sind Grundelemente einer patientenorientierten Haltung, sie können Orientierung geben für einen würdevollen Umgang mit Schwerkranken. Denn gerade Menschen in Not sind darauf angewiesen, dass wir ihnen als Persönlichkeit begegnen. So gilt der Satz, den der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber 1923 formulierte, auch hier: „Der Mensch wird erst am Du zum Ich.“ (2008)

Dr. phil. Swantje Goebel
Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.
Wallstraße 11
55122 Mainz
www.patientenwuerde.de

Literatur

- Buber, M.** (2008). *Ich und Du*. (Erstausgabe 1923, Inselverlag).
- Chochinov, H.M.** (2017). *Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens*. V&R.
- Chochinov, H.M.; Kristjanson, L.J.; Breitbart, W.; McClement, S.; Hack, T.F.; Hassard, T.; Harlos, M.** (2011). Effect of Dignity Therapy on Distress and End-Of-Life Experience in Terminally Ill Patients: A Randomized Controlled Trial. *The Lancet Oncology*, 12(8), 753–762.
- Chochinov, H.M.; McClement, S.; Hack, T.; Thompson, G.; Dufault, B.; Harlos, M.** (2015). Eliciting Personhood Within Clinical Practice: Effects on Patients, Families, and Health Care Providers. *J Pain Symptom Management*, 49(6):974–80.
- Fitchett, G.; Emanuel, L.; Handzo, G.; Boyken, L.; Wilkie, D.J.** (2015). Care of the Human Spirit and the Role of Dignity Therapy: A Systematic Review of Dignity Therapy Research. *BMC Palliat. Care*. Mar 21; 14:8.
- Houmann, L.J.; Chochinov, H.M.; Kristianson, L.J.; Petersen, M.A.; Groenvold, M.** (2013). A Prospective Evaluation of Dignity Therapy in Advanced Cancer Patients Admitted to Palliative Care. *Palliative Medicine* 0(0): 1-11.
- Juliao, M.; Oliveira, F.; Nunes, B.; Carneiro, A.V.; Barbosa, A.** (2017). Effect of Dignity Therapy on End-Of-Life Psychological Distress in Terminally Ill Portuguese Patients: A Randomized Controlled Trial. *Palliat. Support Care*; Feb. 7:1-10.
- McClement, S.; Chochinov, H.M.; Hack, T.; Hassard, T.; Kristjanson, L.J.; Harlos, M.** (2007) Dignity Therapy: Family Member Perspectives. *J Palliat Med*; 10(5): 1076-1082.
- Montross, L.; Meier, E.A.; De Cervantes-Monteith, K.; Vashitha, V.; Irwin, S.A.** (2013). Hospice Staff Perspectives on Dignity Therapy. *J Palliat Med*; 16(9): 1118-20.

KOMMUNIKATIONSPROBLEME UND KONFLIKTE IN DER PALLIATIVPFLEGE

Die Sichtweise der Professionellen

SARA MARQUARD, MARCUS GARTHAUS, BRITTA WENDELSTEIN, HARTMUT REMMERS, ANDREAS KRUSE



Sara Marquard

Im Rahmen der Palliativversorgung befinden sich Pflegenden in der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen tagtäglich im Spannungsfeld pflegfachlicher, medizinischer, ethischer, sozialer und kultureller Aspekte ihrer Arbeit. Diese können jederzeit Auslöser verschiedenartiger Konflikte sein. Eine Li-

teraturrecherche ergab, dass nur vereinzelt wissenschaftliche Untersuchungen zu gelingender oder misslingender Kommunikation, insbesondere zu Konflikten zwischen Menschen in Palliativsituationen und Pflegenden, vorliegen (Walker & Breitsamer, 2013). Aus diesem Grunde wurden in einer qualitativen Studie an zwei Forschungsstandorten, der Universität Osnabrück (Institut für Gesundheitsforschung und Bildung, Abteilung Pflegewissenschaft) und der Universität Heidelberg (Institut für Gerontologie), die Konfliktfelder in verschiede-

nen ambulanten und stationären palliativen Versorgungssettings untersucht.

Das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanzierte Forschungsprojekt, welches im Zeitraum zwischen Januar 2015 und April 2017 durchgeführt wurde, gliederte sich in drei Teilprojekte:

1. Problemzentrierte Interviews mit Menschen in einer Palliativsituation: Palliativstation, Hospiz, Onkologie, stationäre Einrichtung der Altenhilfe, ambulante Versorgung (vgl. Garthaus et al., 2018; Marquard et al., 2018)
2. Problemzentrierte Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Einrichtungen der Behindertenhilfe
3. Fokusgruppen mit Pflegenden der fünf Versorgungssettings

Der vorliegende Beitrag widmet sich dem dritten Teilprojekt, den Erkenntnissen aus vier Fokusgruppendifkussionen mit Pflegenden, die von folgenden Fragestellungen geleitet waren:

- Wie gestaltet sich die Kommunikation zwischen Pflegenden und Menschen in einer Palliativsituation?
- Welches sind charakteristische Konflikte, die zwischen Pflegenden und ihnen anbefohlenen schwerkranken Menschen in palliativen Betreuungssituationen entstehen?
- Wie erleben und beurteilen andererseits Pflegende Konfliktsituationen mit schwerkranken und sterbenden Menschen und wie bewerten sie die jeweils erzielten Lösungen sowie an sie adressierten Bedürfnisse und Erwartungen?

» Pflegekräfte fühlen sich häufig als primäre Adressaten von Unmutsäußerungen.

Im Zeitraum von August bis November 2016 wurden an beiden Forschungsstandorten Osnabrück und Heidelberg jeweils zwei Fokusgruppen mit je sechs Pflegenden der beteiligten Institutionen durchgeführt. Das Ziel der Fokusgruppendifkussionen war

es, Teilergebnisse der beiden Interviewstudien zu präsentieren, mit Pflegenden aus der Praxis sowie der Leitungsebene zu diskutieren, zu bewerten und durch einen kontrastierenden Vergleich die Anhaltspunkte für mögliche Konfliktlösungsstrategien und zur Verbesserung der Kommunikation zu identifizieren. Zur inhaltlichen Einstimmung wurde eingangs ein Projektüberblick gegeben. Als Reflexions- und Diskussionsstimuli wurden ausgewählte Zitate und tongestützte Interviewsequenzen der Menschen in Palliativsituationen zu den Themenbereichen „Konflikte“ und „Kommunikation“ wie z. B. folgendes eingespielt: *„Ha ja, wie soll man da reagieren. Die [Gesundheits- und Krankenpflegerin] war ja auch dann zack, zack wieder raus aus dem Zimmer. Das hat die mir so hingeklatscht und, zack, zack war sie weg. Ich habe es nicht angesprochen, als ich die wieder/Ich habe gedacht, dich frage ich nichts mehr...“*

Die Konzeption der Fokusgruppen und die Auswahl des Materials erfolgte vorab konsensuell durch die Forschenden beider Untersuchungsstandorte. Moderiert wurden die Fokusgruppen von den jeweiligen Projektmitarbeiterinnen. Die besprochenen Inhalte wurden protokolliert und z. T. digital aufgezeichnet. Zur standortübergreifenden Auswertung wurde das Datenmaterial auf seine zentralen Diskussionsaspekte und Aussagen hin strukturiert und zusammengefasst (Ruddat, 2012).

Die wichtigsten Erkenntnisse der Interviews mit Menschen in einer Palliativsituation im Überblick: Die Mehrheit der Befragten ist in der Lage, konflikthafte Situationen im Pflegesetting zu benennen. Hierbei werden überwiegend institutionelle und personelle Rahmenbedingungen und das Verhalten der Pflegenden als konfliktursächlich beschrieben, die als



Marcus Garthaus



Dr. Britta Wendelstein



Prof. Dr. Hartmut Remmers



Prof. Dr. Andreas Kruse

» *Transparenz, Multiprofessionalität, Ehrlichkeit und Empathie tragen zu verbesserter Kommunikation bei.*

charakteristische Konflikte für das beforschte Palliativsetting identifiziert wurden. Im Bereich von Informationsasymmetrien zeigten sich Konflikte, die sich primär auf eine wechselseitige fehlende Offenheit, Ehrlichkeit und Transparenz beziehen.

Die auf deskriptive Datensätze gestützte Beschreibung erfuhr von den beteiligten Pflegenden überwiegend Zustimmung. Besonderheiten konnten ausgemacht werden hinsichtlich Herkunft, Art sowie Ausprägung konfliktbehafteter Situationen. Als „typische Konfliktsituationen“ werden von den Pflegepersonen u. a. Informationsasymmetrien genannt. Nachfolgende Zitate aus den Tonmitschnitten verdeutlichen dies: „[es] ist immer auch die unterschiedliche Informiertheit der Betroffenen und Angehörigen. Das ist eine klassische Konfliktsituation (...), dass da unterschiedliche Aufklärungsgrade bestehen“. Auch Kommunikationsprobleme werden als konfliktursächlich beschrieben. Hier sind es beispielhaft solche, die entstehen, wenn Menschen in einer Palliativsituation ihre tatsächlichen Wünsche, Sehnsüchte oder noch Unverarbeitetes nicht oder nur unzureichend verbalisieren können oder wollen. Deutlich wird dies anhand folgender Aussage „[E]motionale(n) Wünsche, (...) die er nicht ausspricht“, „wo emotionale Wünsche hintendran stehen, die ja selten wirklich genau definiert und ausgesprochen werden“; „er möchte es eigentlich, er möchte diese Nähe, (.) aber er kann es überhaupt nicht ausdrücken“. Zudem wird auf settingspezifische Rahmenbedingungen verwiesen, wengleich nicht immer zwingend ein bestimmtes Setting adressiert wird: „Das Setting ist ein Grundproblem, (.) egal ob Altenheim oder sonst irgendwas (.)“. Der Faktor Zeit wird hier besonders häufig als Ursache benannt und steht einer an individuellen Bedürfnissen ausgerichteten Pflege entgegen. Bezogen auf das rigide Zeitregime heißt es beispielsweise: „Es, es gibt Bedingungen vor (.) und es (.) steht Individualisierung entgegen ein Stück weit“.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Pflegenden aufgrund ihrer besonderen Nähe zu den Menschen in Palliativsituationen als primäre Adressaten von Unmutsäußerungen fühlen. Übergriffiges Verhalten nehmen sie als besondere Belastungsquelle wahr.

Als konfliktlösende Strategien werden von den beteiligten Pflegepersonen u. a. kollegiale Austauschmöglichkeiten, Eigenreflexion oder frühzeitige, klärende Gespräche mit den Betroffenen beschrieben. Zahlreicher hingegen werden allerdings (präventiv) konfliktvermeidende Ansätze benannt. Diese sind sowohl organisatorisch-struktureller, fachlicher Natur (u. a. verbesserter Informationsfluss, Transparenz, Multiprofessionalität, gezielte Schulungsmaßnahmen, Zeit) als auch auf eine personale, individuelle Ebene (u. a. Ehrlichkeit, Empathie) bezogen.

Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf Konflikte und Lösungsstrategien gestaltet sich sowohl für Menschen in einer Palliativsituation als auch für Pflegepersonen sehr individuell. Bei Menschen in einer Palliativsituation spielt zusätzlich die Sozialisation und Biografie eine zentrale Rolle. Pflegepersonen profitierten in konfliktträchtigen Situationen oftmals von beruflichen Erfahrungswerten.

Sara Marquard, MScN

Universität Osnabrück

Institut für Gesundheitsforschung und Bildung

Fachgebiet Pflegewissenschaft

Barbarastraße 22c/Gebäude 93

49069 Osnabrück

Tel.: 05 41 - 9 69 23 66

sara.marquard@uos.de

www.igb.uni-osnabrueck.de

Literatur

- Garthaus, M., Marquard, S., Wendelstein, B., Kruse, A., Remmers, H.** (2018). *Kommunikation am Lebensende. Erfahrungen aus Sicht schwerkranker und sterbender Menschen*. In: Kreutzer, S., Oetting-Roß, C., Schwermann, M. (Hrsg.). *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive*. Verlag Beltz Juventa (eingereicht).
- Marquard, S., Garthaus, M., Wendelstein, B., Kruse, A., Remmers, H.** (2018b). Konflikte in der Palliativpflege – Erfahrungen in Pflegebeziehungen aus Sicht schwerkranker und sterbender Menschen. *Zeitschrift für Palliativmedizin (eingereicht)*.
- Ruddat, M.** (2012). *Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte*. In Schulz M. / Mack, B. / Renn, O. (Hg.). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft – Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 195-206.
- Walker, A., Breitsameter, C.** (2013). *Conflicts and Conflict Regulation in Hospices: Nurses' Perspectives. Results of a Qualitative Study in Three German Hospices*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16:709–718.

DEMENZ IN FAMILIEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

VERENA ROTHE

17 Millionen Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Nie zuvor war ihr Anteil an der deutschen Gesamtbevölkerung größer, und ihre Zahl wird in den kommenden Jahren zunehmen. Menschen mit Migrationshintergrund werden in Deutschland älter, und auch in ihren Familien gibt es Demenz. Aber bisher ist wenig darüber bekannt. Deshalb führte die bundesweite Initiative Aktion Demenz e.V. mit Unterstützung des Instituts für Soziologie der Universität Gießen und gefördert von der Robert Bosch Stiftung eine Studie zum Thema durch. Das Forschungsteam, bestehend aus Professor Reimer Gronemeyer, Jonas Metzger, Verena Rothe und Oliver Schultz, führte 22 Gespräche mit Angehörigen in Deutschland und in der Türkei sowie vier mit Experten.

Hier einen kleinen Einblick in die thematischen Schwerpunkte und Herausforderungen:

- Mangelnde Sprachkenntnisse und fehlende Kenntnis im Umgang mit Dienstleistungsangeboten erschweren Wahrnehmung der Ansprüche.
- In der Mehrzahl der Fälle wird die Sorge für Betroffene (noch) von Familienangehörigen wahrgenommen.
- Pflege wird meistens von Frauen übernommen.
- Unterstützung wird durchaus angenommen, ein größeres Miteinander ist wünschenswert.
- Auf Demenz ausgerichtete Prävention spielt nur eine geringe Rolle.
- Fragen nach einem guten Leben und Sterben mit Demenz sind oft mit Überlegungen zur Religiosität verknüpft.
- Teils herrschen Spannungen zu modernen Vorstellungen vom selbstbestimmten Leben.
- Demenz wird sich bereits häufig in Anlehnung an das biomedizinische Modell der modernen westlichen Medizin erklärt – andere Deutungsversuche scheinen jedoch durch und sind für den Alltag

» Es kann kein vorgefertigtes, für jede ethnische Gruppe angepasstes Angebot geben.

und für die innere Haltung von großer Bedeutung.

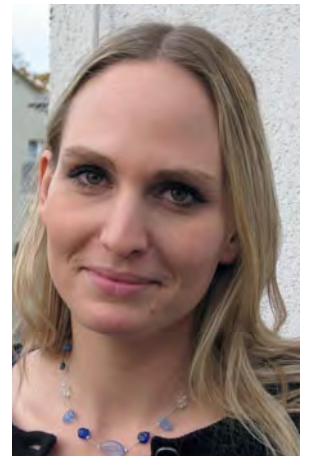
Wenig überraschend, aber es muss nochmal betont werden: Es gibt nicht die Familie mit Migrationshintergrund. Wenn wir von Familien sprechen, ist auch bei Menschen mit Migrationshintergrund bei Wei-

tem nicht immer die vorurteilsbehaftete Idee der Großfamilie unter einem Dach Realität. Inzwischen gibt es vielseitige Familienkonstellationen und auch Alleinstehende und eben nicht die stereotypische russische, türkische oder sonstige Familie. Trotz gewisser Ähnlichkeiten lässt das erahnen, dass es nicht ein vorgefertigtes, passendes Angebot für jede Minderheit geben kann. Dieser Umstand ist gleichzeitig eine Chance, allgemeine Herausforderungen und einen Anspruch auf weitergehende Kultursensibilität hervorzuheben und diese als Querschnittsthema mitzudenken.

„Die Lebenswelten und -lagen sind sehr unterschiedlich, nicht nur unter den verschiedenen ethnonationalen Minderheiten der Migranten, sondern auch innerhalb ein und derselben Community. Zu den aus Ursprungskontext und Sozialisation mitgebrachten Unterschieden addieren sich die Differenzen aus den im Laufe der Migrationsbiographie gemachten Erfahrungen.“ Interview MD 3-6

„Mein Mann kommt z. B. aus Oberbayern. Da hat er viel Wintersport gemacht. Da reden wir heute noch von, er erzählt gerne davon. Bei uns in der Nähe gibt es ein bayrisches Lokal auf einem Berg, das haben wir öfter aufgesucht. Dann hörte er auch mal die Sprache, der Chef ist aus Bayern. (...) Abends waren wir in einem bayrischen Gasthaus, damit der Vater so ein bisschen heimatische Gefühle bekommt, vom Essen und der Musik her. Es war wunderschön, er hat sich so gefreut. Das, denke ich, ist auch wichtig. Vergessen hat er im Moment noch nicht, wo er herkommt.“ Interview MD 1-1

Gegenwärtig spielt Familie noch eine wichtige Rolle und wird als Basis des Sich-Kümmerns deutlich. Aber Menschen mit Migrationshintergrund folgen in unserer Gesellschaft den Wegen der Menschen,



Verena Rothe

die sich bereits im Hinblick auf das Modell der Familie neu orientiert haben. Zusammenhalt und Selbstverständlichkeiten der Sorge innerhalb der Familie werden brüchig, Lebenssituationen variabler. Ganz ähnlich der hohen Zahl alleinlebender Älterer dürften diese Tendenzen rasant um sich greifen. Es ist anzunehmen, und dies zeigen auch die Interviews, dass ein grundlegender Wandel begonnen hat. Jüngere Angehörige haben teils abweichende Vorstellungen. Die Bereitschaft, professionelle Dienste zu nutzen oder sogar eine stationäre Unterbringung in Erwägung zu ziehen, wird vermutlich mit jeder Generation steigen. Bereits heute wird versucht, in diese Richtung auf die Eltern oder Großeltern einzuwirken und das mangelnde Verständnis, das diese dafür aufbringen, bedauert.

„Y.: Also, wenn ich mal alt bin, ich geh sofort ins Altenheim. Ich will von niemandem gepflegt werden und so. Ich geh sofort da hin. Da bekommt man dreimal täglich essen, wenn man die Sprache kann, kann man sich unterhalten und so Spiele mittags spielen. Das habe ich gesehen.

B.: Die sehen im Altenheim einfach nur Abschiebung. Die sehen nicht, wie gut die Pflege ist. Die sehen nicht, dass man in jeder Hinsicht eigentlich gut versorgt ist, dass die sich bemühen, dass die Leute auch ein bisschen geistig fit bleiben.“

» Lassen sich aus den Erfahrungen des Kümmerns in der eigenen Familie nicht auch Perspektiven für die ganze Gesellschaft ableiten?

„Auch wenn die zuhause sind. Fremde Leute pflegen. ‚Wo ist meine Familie. Ich habe Euch großgezogen und Ihr seid nicht da.‘ Wir verstehen das. Aber die neue Generation wird sagen ‚Du, das ist dein Problem.‘“ Interview MD 2-1

Dieser Wandel geht einher mit einer Veränderung der Lebens- und Werteformen, welche die Basis für die selbstverständliche Pflege bilden. So zeichnet sich in den Gesprächen ab, dass der hohe Stellenwert von Religion, kultureller Verpflichtung zum Respekt vor dem Alter und der Familie als geschlossenes System mit klaren Rollen zunehmend sinkt. Er wird wohl einer an der Medizin orientierten, auf „Lebensqualität“ und individuelle Verwirklichung ausgerichteten Haltung weichen.

Die Pflege wird übergreifend vorrangig als Aufgabe der Frauen angesehen. Während die Bereitschaft

zur Übernahme der Pflegeverantwortung bei Frauen immer noch als selbstverständlich vorausgesetzt wird, wird dies von Männern meist gar nicht erwartet. Dies kann auch zu belastenden Drucksituationen führen. Neben der Reflexion des bisherigen Rollenverständnisses und des gelebten Alltags müssen gesellschaftliche Rückhalte für beide Geschlechter geschaffen werden, die es eher ermöglichen, „Sorge“ zu übernehmen. Dies kann und muss auf ganz unterschiedlichen Ebenen geschehen, damit Pflege auch in der Umsetzung und nicht nur im Wort auf mehrere Schultern und auf beide Geschlechter verteilt werden kann.

Es reicht nicht, die gegenwärtige Situation im Bereich der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund durch vereinzelte „Spezial“-Angebote vermeintlich zu verbessern. Es ist notwendig, weiterzudenken und den gesellschaftlichen und generationellen Wandel miteinzubeziehen. Wird, wie es sich andeutet, langfristig auch im Migrationsbereich die Erwartungshaltung an professionelle und staatliche Unterstützung, Finanzierung oder Informationen steigen? Zugleich die Bereitschaft, selbst etwas zu tun oder auszuhalten, sinken? Wohin wird das führen? Zum Pflegenotstand, da wenige junge Menschen Lust verspüren, in den als eher unattraktiv bewerteten Pflegebereich zu gehen? Oder aber, ließen sich aus den Erfahrungen des Kümmerns in der eigenen Familie mit Migrationshintergrund nicht auch Perspektiven für die ganze Gesellschaft ableiten? Welches Potential würde sich für eine kultursensible Pflege auftun, wenn die Angehörigen stärker einbezogen werden würden?

Die Kunst wird es sein, die in der traditionellen familiären Sorge enthaltenen positiven und lebendigen Aspekte nicht zu „professionalisieren“ und aufzuheben. Es gilt vielmehr, sie im Sinne einer Demenzfreundlichen Kommune für andere Lebenszusammenhänge leb- und nutzbar zu machen. Ein Zusammenhang zwischen einer Förderung der Angebote und dem Rückgang der Hilfsbereitschaft und gemeinsamen Sorge liegt auf der Hand.

„Also die Kinder ja, aber die Jüngeren nicht mehr. Die sind nicht mehr so. Also wir sind so, wenn irgendwas ist, wir springen und unterstützen uns.

M.: Das Danebenstehen reicht manchmal schon.

B.: Ja, die sagen, da gibt es doch jemand im Krankenhaus, der sich kümmert.

Y.: Die sagen: Was willst du denn da? Aber es geht nicht um helfende Hände, es geht darum, dass man für den anderen da ist.“ Interview MD 2-1



Die Suche nach Demenzfreundlichen Kommunen und nach neuen postmodernen, freundschaftlichen Lebenswelten wird so langfristig an Bedeutung gewinnen. Deswegen wird es darum gehen Orte zu schaffen, an denen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im Leben bleiben können – statt nur am Leben. Unabhängig davon ob sie einen Migrationshintergrund aufweisen oder nicht. Die Aktion Demenz hat diesbezügliche Erfahrungen von 78 lokalen Projekten aus ganz Deutschland im Buch „Im Leben bleiben – Unterwegs zu Demenzfreundlichen Kommunen“ gebündelt. 2017 ist es auch auf Englisch erschienen, um die vielfältigen Ideen und Erfahrungen einem erweiterten Sprachkreis zugänglich zu machen.

Ansonsten gilt der bekannte Hinweis – kennst du einen Menschen mit Demenz, kennst du einen – wohl ebenso für Menschen mit einer anderen ethnischen Zugehörigkeit und trotz sich ähnelnder Problemstellungen. Die Betrachtung oder Begegnung mit der einzelnen Person, mit ihren Wünschen, Erfahrungen und Eigenheiten und eben auch ihrem kulturellen Hintergrund sollte im Vordergrund stehen – und nicht ein vorurteilbehaftetes „Sortieren“ nach scheinbar kultursensiblen „Schubladen“ mit den passenden „Werkzeugen“ praktiziert werden. Dies gilt sowohl für die Angehörigen als auch für die Menschen mit Demenz selbst. Offenes Zuhören und Interesse am Gegenüber trotz möglicher Verständigungsschwierigkeiten und Kommunikationswege jenseits der sprachlichen Ebene sowie ein empathisches Begegnen können dafür sehr hilfreich sein.

Zudem sollte ein gegenseitiger Austausch von Erfahrungen und Einstellungen in den Fokus rücken und nicht nur einseitig gedacht werden. Was können die Menschen ohne Migrationshintergrund und haupt- oder auch ehrenamtliche „Profis“ von Betroffenen mit Migrationshintergrund lernen? Was ist neben pflegerischen Aspekten bei der Sorge um Menschen mit Demenz wichtig? Näher hinschauen und zu hören, warum Unterstützungsangebote in der vorliegenden Form nicht angenommen werden – oder sogar nicht angenommen werden können. Und danach fragen, welche Vorstellungen und Umgangsweisen zur Demenz vorhanden sind – und nicht sofort die „richtigen“ gegen die „falschen“ Antworten hervorholen. Kurz gesagt, „Anderssein“ auch als gegenseitige Entwicklungschance ansehen.

„Die fremde Seele ist ein dunkler Wald“ – so hat ein Gesprächspartner russischer Herkunft seine Demenzerfahrungen resümiert und uns damit den

Weg angedeutet: „Es geht nicht darum, den dunklen Wald zu lichten, sondern alle Sinne für die fremde Seele empfindsam zu machen.“

Die ausführlichen Studienergebnisse sind im Oktober 2017 unter dem Titel „Die fremde Seele ist ein dunkler Wald – Über den Umgang mit Demenz in Familien mit Migrationshintergrund“ beim Psychosozial Verlag erschienen.

Verena Rothe

Aktion Demenz e.V.
Karl-Glöckner-Str. 21 E
35394 Gießen
Tel.: 06 41 - 99 23 2-06
info@aktion-demenz.de
www.aktion-demenz.de
www.demenzfreundliche-kommunen.de

Literatur

- Celik, A.** (2010). Es gibt nicht den Türken! Pflegeberatung und Tagespflege als Einstieg in die Pflege bei Migranten. In: *pflügen: Demenz*, 14 /2010.
- Dibelius, O., Feldhaus-Pilmin, E., Piechotta-Henze, G.** (Hrsg.) (2015). *Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrungen und Demenz*. Bern.
- Gronemeyer, R., Metzger, J., Rothe, V., Schultz, O.** (2017). *Die fremde Seele ist ein dunkler Wald. Über den Umgang mit Demenz in Familien mit Migrationshintergrund*. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Rothe, V., Kreutzner, G., Gronemeyer, R.** (2015). *Im Leben bleiben – Unterwegs zu Demenzfreundlichen Kommunen*. Bielefeld (transcript).
- Rothe, V., Kreutzner, G., Gronemeyer, R.** (2017). *Staying in Life: Paving the Way to Dementia-Friendly Communities*. Bielefeld (transcript).
- Statistisches Bundesamt** (2012). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014*. Fachserie 1, Reihe 2.2.
- Statistisches Bundesamt** (2016). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf Rekordniveau*. Pressemitteilung vom 16. September 2016–327/16.

EIN STRAHLEN GEHT ÜBER DAS GESICHT

„Sanfte Pfoten“ – ein Projekt des Hospizvereins Dänischer Wohld e.V.

FRIEDERIKE BOISSEVAIN



Dr. Friederike Boissevain

ewig gleichen Rhythmus des Waschens, Ruhens, besucht und verstöpselt Werdens, eingestreut die zaghaften Versuche ihrer Umgebung, ihrem schwindenden Körper etwas Appetitanregendes anzubieten.

Sie kann seit Wochen kaum noch sprechen. Der Tumor hat ihren Brustkorb erobert und ist zu den Stimmritzen vorgedrungen. An manchen Tagen bedeutet sie ihrer Familie, bald wieder zu gehen. Musik mag sie auch nicht; zu schmerzhaft die Erinnerungen an Zeiten, zu denen Geige und Klavier ihre liebsten Freundinnen waren.

Es ist nicht leicht, in diesem Zwischenland zu weilen. Weder für das Team, noch für ihre Familie und natürlich am allerwenigsten für sie selbst.

Sula trabt munter, mit wipender Kenndecke, neben uns her. Unsere langen Gänge findet sie gut, das wissen wir inzwischen. Es ist ihr Showroom. Geduldig bis gnädig lässt sie Besucher, Patienten sowie Mitarbeiter gleichermaßen über ihr samtiges Fell gleiten. Als wir auf der Station angekommen sind, wird sie verhaltener.

Man sieht sie kaum. Selbst das Bett ist ihr zu groß geworden. Nur die Nasenspitze lugt unter der Decke hervor. Der Eindruck des Verschwindens wird verstärkt durch die weiße Mütze, welche ihren zu groß wirkenden Kopf bedeckt. Sie verleiht ihrem Antlitz etwas Altes. Zwischen Spitzweg und dem 21. Jahrhundert, das durch die Schmerzpumpe an ihrer Seite vertreten ist, verklingen ihre Tage im

Der Essenswagen klappert, das Telefon in der Zentrale läutet, jemand ruft. Es riecht nach Mittagessen, Desinfektionsmittel und Exkrementen. Sie bleibt ganz ruhig, legt jedoch ihre Ohren an. Die Spannung in ihrem Körper steigt. Fragend blickt sie ihren Besitzer an.

Leise öffnen wir die Türe. Frau M. wendet sich uns zu. In ihr Gesicht, eben noch von ausdrucksloser Transparenz, ist Bewegung gekommen. Fast unmerklich schiebt sich ihre fragile Hand in die Außenwelt. Sula hat ihren Kopf gesenkt. Sie verharrt ganz still, bis die Hand, Zentimeter um Zentimeter, ihren Kopf erreicht hat.

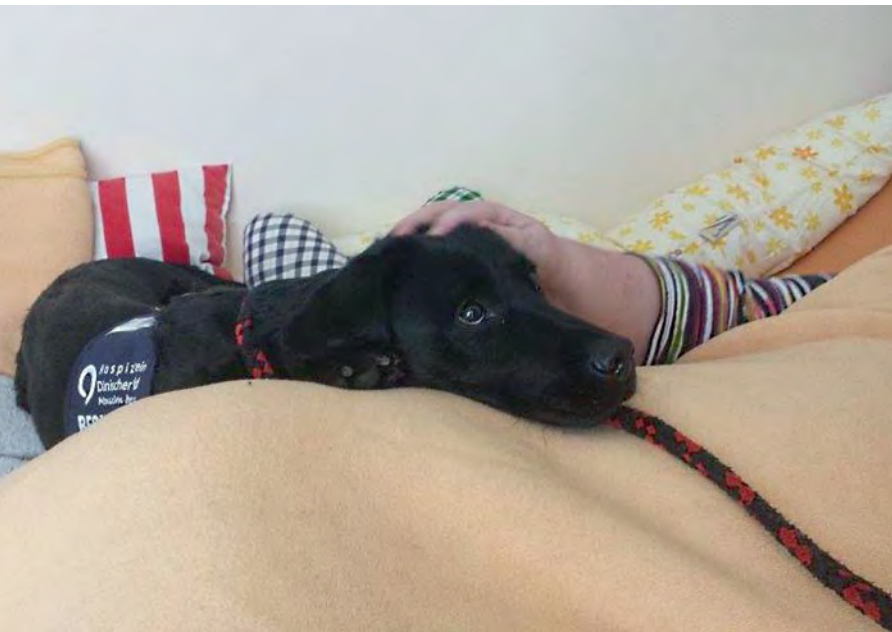
Wenig später ruht Sula neben Frau M. Sie hat ihren Kopf auf den kleinen menschlichen Torso gesenkt. Fast könnte man denken, der Hund schläft. Nur die Ohren verraten ihre gespitzte Aufmerksamkeit. Frau M. hält ebenfalls die Augen geschlossen. Ruhig liegt sie auf ihrem Kopfkissen, die Bettdecke leicht hinuntergeschoben. Draußen winken die ersten Kastanienblätter im Mittagslicht. Es ist plötzlich ganz still. Später, an der Türe, blicken wir uns nochmals um. Frau M. schenkt uns ihr strahlendstes Lächeln.

Vor drei Jahren begannen wir, im dritten Jahr unseres ländlich geprägten Vereins, mit der Ausbildung hospizlicher Besuchshunde. Diese umfasst zwei Teile:

Im Rahmen der Hundeausbildung durchlaufen die Tiere zunächst eine Schulung, welche alle Aspekte des Besuchshundetrainings umfasst. Dann werden sie nochmals intensiv in Einzelkontakten auf das Zusammensein mit schwerkranken Menschen vorbereitet. Hierbei legen wir ein besonderes Augenmerk auf die Ausbildung einer

hohen Stresstoleranz. Das strikte Desinteresse an etwaigen Verheißungen des Fußbodens (bunte Pillen!) spielt genauso eine Rolle wie das Training des Hundehalters in puncto Aufmerksamkeit für die Gesamtsituation und Achtsamkeit gegenüber den Kapazitäten ihrer Vierbeiner. Dem Training, das

» Nach einem Eingangstest durchlaufen die Hunde und ihre Halter ein sehr umfangreiches Training.



Pia im Bett einer Patientin

zwischen acht und zehn Wochenenden mit Theorie- und Praxiseinheiten umfasst, geht ein Eingangstest der Hunde voraus.

Inzwischen haben wir etwa 20 Teams ausgebildet. Ungleich mehr jedoch haben sich für unsere Arbeit interessiert. Es hat sich gezeigt, bei aller Begrenztheit unseres bisherigen Erfahrungszeitraumes, dass etwa 70% der Hunde unseren Eingangstest nicht bestehen. Dieser beinhaltet unter anderem das regungslose Aushalten spontaner Bewegungen, zum Beispiel eines scheppernden Napfes, eines schnell heranfahrenden Rollstuhls oder eines aus dem Nichts schwingenden Gehstockes, aber auch die Toleranz, in einem engen Fahrstuhl samt Rollstuhl und einigen besonders lebhaften Bewohnern mehrfach vom Erdgeschoss in die oberste Etage befördert zu werden. Bedingungsloses Vertrauen in den Hundehalter ist obligat, ebenso wie ein guter Grundgehorsam.

Der zweite Teil der Ausbildung besteht in der Weiterbildung der Hundehalter. Zunächst finden ein bis zwei Einzelgespräche mit ihnen statt. Hierbei geht es neben den möglichen Motiven auch um unsere praktischen Rahmenbedingungen und bisherigen Erfahrungen sowie um ein Einschätzen, ob der Hundehalter für die hospizliche Arbeit auch geeignet ist – ähnlich den Interviews mit den allgemeinen Hospizbegleitern. Danach durchlaufen die Hundehalter ein „kleines, dichtes“ Hospizbegleiterprogramm, das ca. 20 Stunden beinhaltet. Hierbei werden, abgesehen von der Geschichte der Hospizbewegung und den Grundzügen von Palliative Care, vor

allem die wesentlichen Krankheitsbilder der aktuellen Hospizlandschaft als auch der Umgang mit möglichen Krisensituationen schwerkranker Menschen thematisiert. Darüber hinaus wird der Umgang mit Trauer, dem sozialen Umfeld der Patienten sowie mit an Demenz erkrankten Menschen berücksichtigt. Nach erfolgreicher Abschlussprüfung werden die Teams noch für etwa sechs Monate von der Hundetrainerin begleitet. Regelmäßige Gruppenabende extra für die „Sanften Pfoten“, die Betreuung durch die Koordinatoren des Vereins sowie das Angebot zur Supervision als auch die Möglichkeit, an allen Weiterbildungstreffen der Hospizbegleiter teilzunehmen, runden das Ehrenamt ab.

Seit nunmehr zweieinhalb Jahren sind zwischen 10 und 15 Teams im Einsatz. Sie besuchen wöchentlich die Alten- und Pflegeeinrichtungen unserer schönen Heimat. Die Resonanz ist überwiegend positiv. Vor dem Einsatz der Hunde in einem neuen Heim erläutern wir das Projekt sowie einige Verhaltensregeln in Bezug auf den Umgang mit den Vierbeinern im Haus.

Der Einsatz im Krankenhaus ist seit September 2016 möglich. Dort wurde uns gestattet, mit den Hunden zwei ausgewählte Stationen der Inneren Medizin des Städtischen Krankenhauses Kiel zu besuchen.

Dem voraus ging eine gewisse Vorlaufphase durch die Institution Krankenhaus.



Murrel beobachtet aufmerksam

22 SCHWERPUNKT

Wir setzen dort nur Hunde ein, die zuvor mindestens ein Jahr lang für uns in Pflegeeinrichtungen aktiv gewesen sind. Darüber hinaus kommen hier nur erfahrene Hospizbegleiter als Hundehalter in Frage. Ihre Ausbildungsdauer beträgt in unserem Verein ca. 170 Stunden sowie danach regelmäßige Weiterbildungen. Das gesamte Projekt ist spendenfinanziert. Wir kalkulieren pro Team aktuell einen Betrag von 1000 €.

Der Einsatz von Hunden auf zwei Akutstationen eines kommunalen Hauses der Schwerpunktversorgung ist sicherlich ungewöhnlich. Auch hier rufen die Tiere meistens, bei Angehörigen wie Angestellten gleichermaßen, zumindest ein freudiges Lächeln hervor.

Manche der Besuchten haben den ganzen Tag lang auf diesen Moment gewartet. Ein Strahlen geht über das Gesicht, sobald Hund und Halter den Raum betreten – Mimik, Schultern, die gesamte Körperhaltung entspannt sich. Die Hunde bewerten nicht, ob ihr Gegenüber körperliche oder seelische Defizite hat, ob man schlecht riecht oder weniger

hübsch aussieht. Sie bedenken jeden, den sie besuchen, mit der ihnen eigenen, schier grenzenlosen Sympathie – einfach, weil da ein anderes Wesen vor ihnen sitzt oder liegt. Sie schenken großzügig Zeit zum Streicheln, sie halten still und übertragen mit ihrer Entspannung diesen Frieden auf den gesamten Raum.

So bringen sie in oft dichten, nicht selten tragischen und leider auch manchmal nicht ganz konfliktfreien Situationen am Lebensende den gesamten Raum zum Strahlen und lassen für einen Moment vergessen, wer krank ist oder gesund, wie Zeit fließt und wer gehen muss oder noch bleiben darf.

Hospizverein Dänischer Wohld

Menschen begleiten e.V.

Kieler Chaussee 2

24214 Gettorf

Tel.: 0 43 46 - 6 02 64 48

hospiz.im.wohld@gmail.com

www.hospiz-im-wohld.de



Murmels Pfote spendet Trost

Veranstaltungen

02.02 - 03.02.2018

Stolberg

107. Aachener Hospizgespräch
Vom Wegschauen zum Hinschauen –
Caring Community – die sorgende
Gemeinde
Bildungswerk Aachen - Servicestelle
Hospiz für die StädteRegion Aachen
Tel: 02 41 - 5 15 34 90
info@servicestellehospizarbeit.de
www.servicestellehospizarbeit.de

06.02.2018

Münster

Förderung ambulanter Hospizdienste
in Westfalen-Lippe
Domplatz 36, Freiherr-vom Stein Saal,
Münster
ALPHA-Westfalen
Tel.: 02 51 - 23 08 48
alpha@muenster.de

06. 02. 2018

Essen

Förderung ambulanter Hospizdienste
im Rheinland
Haus der Technik, Essen
Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.
Tel.: 0 23 82 - 7 60 07 65
info@hospiz-nrw.de
www.hospiz-nrw.de

26.02.2018

Bochum

Informationsveranstaltung der
Berufsgenossenschaft
BGW – Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.
Tel.: 0 23 82 - 7 60 07 65
info@hospiz-nrw.de
www.hospiz-nrw.de

23.02. - 25.02.2018

Lehning

Der schwierige Angehörige
Kongress Management König & May
Tel.: 03 31 - 20 05 65 20
info@km-potsdam.de
www.km-potsdam.de

01.03 - 03.03. 2018

Mainz

Workshop zur
Würdezentrierten Therapie
Deutsche Gesellschaft für
Patientenwürde e.V.
www.patientenwuerde.de

26.02.2018

Essen

Digitale Medien in der Palliativarbeit,
wichtig oder nichtig?
So profitiert die Palliative Versorgung
von Digitalen Medien
Fortbildungszentrum im Caritasverband
für das Bistum Essen e.V.
Tel.: 02 01 - 81 02 81 51
kirsten.werner@caritas-essen.de
/www.caritas-essen.de/berufe/fortbil-
dung/agb/

13.03. - 14.03.2018

Köln

12. Gesundheitskongress des Westens
Das Gesundheitswesen muss
zusammenwachsen!
Tel.: 0 22 34 - 9 53 22 51
info@gesundheitskongress-des-
westens.de
www.gesundheitskongress-des-westens.de

19.03. - 23.03.2018

Bonn

Koordinatorensseminar
Akademie für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
palliativmedizin.bonn@malteser.org
www.malteser-palliativakademie.de

**ALPHA-Rheinland**

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

ALPHA-Westfalen

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

Gefördert vom

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

