ChrisCare

MAGAZIN FÜR SPIRITUALITÄT UND GESUNDHEIT

3/2021

Behindert mich nicht

KOMPETENT

Wann bin ich behindert? Das neue Bundesteilhabegesetz
S. 9

INSPIRIEREND

Stellen Sie sich eine Welt vor, in der jeder willkommen ist!
S. 16

PRAXISNAH

Wie Patientenbeziehung heilsamer werden kann
S. 26

August 2021 // (D) € 5,80 // (A) € 6,00 // (CH) SFr. 10.30 // **www.chriscare.info** // ISSN 1869-9944 // ZKZ 18 381

INHALT

EINLEITUNG

3 **Editorial & Gedanken zum Titelbild**

ERFAHRUNG

4 **Bei mir ist es so**
5 Leserinnen und Leser von ChrisCare schildern, wie ihr eigenes Handicap ihre Patientenbeziehung beeinflusst

TITELTHEMA

9 **Wann bin ich behindert?**
In Deutschland hat das neue Teilhabegesetz vieles auf den Kopf gestellt. Bettina Gundlach muss als Amtsärztin damit umgehen.

12 **Familien, die besonderes leisten**
Erika Schiffner begleitet als Ergotherapeutin Familien in besonderen Lebenslagen. Hier schildert sie die Herausforderungen von Kindern mit einem Fetalem Alkohol Syndrom

16 **Stellen Sie sich eine Welt vor, in der jeder willkommen ist**
Ein Verleger mit Vision. David Neufeld über sein Unternehmen und dessen Philosphie

22 **Wir Behinderten**
Hans-Arved Willberg nimmt die Leser mit auf eine Entdeckungsreise in die Bibel und ihren Blick auf Behinderung und Leid.

26 **Wie die Patientenbeziehung heilsamer werden kann**
Frauke Bielefeldt schildert fünf typische Fallen, die eine Patientenbeziehung belasten können.

30 **Zwang und Gewalt**
kommen bei der Betreuung, Pflege und Behandlung alter (und behinderter) Menschen immer wieder vor. Bettina Gundlach berichtet aus der aktuellen Fachdiskussion.

REPORTAGE

14 **Wir wollen einen Weg aus der Verzweiflung aufzeigen**
Mit dem Ende der Flucht aus Krieg und Terror ist noch längst nicht alles gut. Eine neue Initiative will Geflüchteten therapeutisch zur Seite stehen.

18 **Demenzinitiative Berlin**
Was ein Leierkasten für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung bedeuten kann, schildern Pfarrerin Geertje-Froken Bolle und Dipl. Sozialpädagogin (FH) Katrin Albroscheit aus Berlin

24 **Leise ist es nicht**
Clara Plochberger erinnert sich an ihre Erfahrungen in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen

INTERVIEW

6 **Der Traum vom JA in den Spuren Gottes**
Als Seelsorger hat Markus Müller vielen Menschen geholfen, ihren Lebensweg zu bejahen.

FÜR SIE GELESEN

33 **- Alles außer Planmäßig**
- Ich schenk dir etwas Zeit+

NACHRICHTEN

34 **- Sozialer Kontakt stärkt das Wohlbefinden**
- Kein „Recht auf Abbruch“

PERSÖNLICH FÜR SIE

36 **Persönlich für Sie**
Pastor Frank Fornaçon rät Eltern nach der Geburt eines Kinder mit einem Handicap, frühzeitig Selbsthilfegruppen zu kontaktieren

Redaktionskreis: Friedhilde Bartels (Hamburg), Pflegedienstleitung i. R., Referentin und Autorin für Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie; Pastor Frank Fornaçon (Ahnatal), Redaktion ChrisCare; Bettina Gundlach (Aumühle), Ärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Vorstand Christen im Gesundheitswesen (CiG); Günther Gundlach (Aumühle), Geschäftsführer CiG; Clara Plochberger, Jugendbildungsreferentin im Erzbistum Hamburg, (M.A. Prävention und Gesundheitsförderung), Hamburg; Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali, Professorin Pflegewissenschaft, OTH Regensburg; Andreas Rieck (Stuttgart), Referent im Bereich Weiterbildung und Spiritualität, Marienhospital Stuttgart; Dr. med. Georg Schiffner (Aumühle), Chefarzt Geriatriezentrum Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, Hamburg, Vorsitzender CiG; Pastoralreferent Bruno Schrage (Köln), Dipl. Theologe, Dipl. Caritas-wissenschaftler, Referent für Caritaspastoral im Erzbistum Köln; Dr. phil. Hans-Arved Willberg Sozial- und Verhaltenswissenschaftler, Theologe, Philosoph und Pastoraltherapeut (Kalrsruhe), Dr. med. Monika Windsor (Augsburg), Anästhesistin, palliative care, Karlsruhe

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

„Welche Behinderungen prägen uns selbst?“ Die Frage diskutierten wir im Redaktionskreis bei der Planung dieser Ausgabe. Hat nicht jeder ein (manchmal verborgenes) Handicap mit dem er fertig werden muss? Keine hat einen perfekten Körper, keiner eine völlig ungebrochene Biographie. Sollten wir darüber schreiben? Am Ende einer längeren Debatte meinten wir: „Nein, das wäre unfair gegenüber jenen, die eine weit dramatischere Einschränkung erleben, weil sie nicht in allem der Norm entsprechen.“ Und so geht es in dieser Ausgabe um die deutlich wahrnehmbaren Behinderungen.

Wir freuen uns, dass sich auf den folgenden Seiten Autorinnen und Autoren mit eigenem Handicap zu Wort melden. Wir sind uns bewusst, dass es eine strikte Trennung von Behinderten und Nichtbehinderten gar nicht gibt und dass es oft um ein „behindert werden“, statt um ein „behindert sein“ geht. Jeder Mensch lebt mit Beschränkungen seiner Möglichkeiten und muss damit umgehen. Der Unterschied besteht nur in der Schwere der Einschränkungen. So hat der eine engere und der andere weitere Grenzen. In der Diskussion kam auch immer wieder die Rede auf Ulrich Bach (1931-2009). Als Theologe, der selbst auf einen Rollstuhl angewiesen war, hat er die Entwicklung einer diakonischen Theologie wesentlich vorangebracht. „Ohne die Schwächsten ist die Kirche nicht ganz“ ist der Titel eines seiner Bücher. Es lohnt sich, sich mit seinem Werk zu beschäftigen (http://ulrich-bach.de). Handicaps sind eine Herausforderung nicht nur für die unmittelbar Betroffenen, sondern immer auch für die Gemeinschaft. Nicht nur die Familie, die Freunde oder die Kirchengemeinde ist herausgefordert, sondern die gesamte Gesellschaft. Es muss unser gemeinsames Anliegen sein, dass Menschen trotz aller Grenzen frei sein können. Der Glaube an einen Gott, der alle (wirklich alle!) Menschen liebt, ist dabei Ansporn und Ermutigung.

OFFENE REDAKTIONSKONFERENZ MIT IHNEN

Die Redaktion von ChrisCare freut sich über Leser, die aktiv an der Diskussion der Heftinhalte mitwirken. Die nächste "Offene Redaktionssitzung" findet am Montag, den 04. Oktober um 18:30 Uhr statt.

Interessenten melden sich unter info@cig-online.de an und bekommen kurzfristig den Zugangslink geschickt.

Ihrle Georg Schiffner und Annette Meussling-Sentpali

Dr. med. Georg Schiffner
Chefarzt, Geriatriezentrum & Palliativbereich Wilhelmburger Krankenhaus, Groß Sand, Hamburg, Vorsitzender Christen im Gesundheitswesen e.V.

Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali
Professorin Pflegewissenschaft, OTH Regensburg

GEDANKEN ZUM TITELBILD

„Platz da, jetzt komme ich!“ rufen Kinder, wenn sie das erste Mal aufs Rad gestiegen sind und nun kräftig in die Pedale treten. Lächelnd machen Erwachsene Platz. Sie gönnen den Kleinen die Freiheit. Und sie trauen den Kindern zu, dass sie ihren Weg machen. Auf dem Titelbild ruft das sympathische Mädchen „Behindert mich nicht!“. Beim näherem Hinsehen sieht man, dass sie Gehhilfen nutzt, um voran zu kommen. Was mag sie behindern? Sie hat Mühe, zu gehen, aber sie meint wohl noch mehr: Ihre Mitmenschen legen ihr Hindernisse in den Weg, wenn sie ihr zu wenig zutrauen, wenn sie ihr Hilfe verweigern, wenn sie sie links liegen lassen. Die Behinderung eines Menschen ist immer auch eine Herausforderung nicht nur für die Familie, sondern auch darüber hinaus. Niemand sollte mit den Achseln zucken und sagen „Was kann man schon tun? Was geht es mich an?“ Wer nichts tut, um dem Mädchen den Weg zu bahnen, der wird selber zum Hindernis.

Frank Fornaçon

BEI MIR IST ES SO

Wir fragten einige Leserinnen und Leser, wie ihr eigenes Handicap ihre Beziehung zu den Patienten prägt. Ergeben sich durch die eigene Behinderung besondere Chancen?

"BEHINDERT BEHINDERT" ODER: ANDERSSEIN DARF ANDERS SEIN

Selbstverständlich komme ich täglich an meine eigenen Grenzen. Durch eine Contergan-Schädigung kam ich mit sehr kurzen Armen zur Welt. Dieses Handicap begleitet mich nun seit 61 Jahren. Höhen und Tiefen durchlebte ich viele – privat wie auch beruflich.
„Die täglichen Grenzen begrenzen", darum geht es, denn diese graben sich als Kränkung und Verletzung in unser Innerstes. Als selbstständiger systemischer Therapeut bin auch ich nicht frei von solchen Verletzungen. Bis zu meiner Pensionierung durfte ich an mir selbst sowie auch bei meinen Patienten erleben, wie wertvoll und wichtig ehrliche Selbstreflexion ist.
Ein Schwerpunkt meiner Tätigkeit lag gerade auch in der therapeutischen Begleitung von Patienten mit einem körperlichen Handicap. Viele meiner Klienten kamen anfänglich „nur" zu mir, weil sie sich durch meine sichtbare Körperbehinderung eine höhere Empathie erhofften.
Im therapeutischen Setting diente meine Körperbehinderung manchen Patienten als Schlüssel zum heilsamen Paradigmenwechsel und öffnete neue Horizonte, um Schritte behutsamer Heilung gehen zu können.
Vorsichtig formuliert könnte man sagen, dass sich das Manko einer Körperbehinderung zu einer individuellen Stärke verändern kann. Diese Veränderung setzt neue Kräfte frei, auch in mir.
Peter Braun, *systemischer Therapeut/Sozialpädagoge im Ruhestand, Kaufering*

ICH HABE MICH NICHT BEHINDERN LASSEN

Schon als Kind habe ich einige Hilfsangebote durchlaufen. Ich sollte und wollte nicht ständig hängen bleiben mitten im Satz, an bestimmten Buchstaben. Aber ich habe diese Schwierigkeit mit ins Erwachsenenleben genommen, habe sie akzeptiert und auch immer wieder darüber getrauert, dass ich nicht so einfach schnell mal einen Satz "raushauen" konnte, einen schnellen Witz, eine rasche Pointe. Oft blieb ich stumm und ich hätte doch etwas zu sagen gehabt. In Situationen mit viel Druck, wo man ja besonders stark aussehen soll/will, ging manchmal gar nichts. Das ist dann besonders beschämend – gewesen. Ja, gewesen, denn über die Jahre ist diese Schwierigkeit zunehmend in den Hintergrund getreten– Wieso? Ich bin immer meinen Weg gegangen, habe mich nicht behindern lassen von meiner Behinderung.
Schließlich habe ich doch vieles andere in die Waagschale des Lebens zu werfen. Wir haben auch einen erwachsenen Sohn mit einer geistigen Behinderung und als Neurologe und Altersmediziner sehe ich täglich, wie wir am Ende unseres Lebens immer hilfsbedürftiger werden. Meine persönliche Auseinandersetzung mit Behinderung hilft da, Patienten eine lebenswerte Perspektive aufzuzeigen.
Die größte Behinderung aber, die ich erlebe, ist die, wenn Menschen einem anderen Steine in den Weg legen, sie erniedrigen, verängstigen, klein halten. Wie kann man so sein Potential unbehindert entwickeln? Auch Behinderte müssen ihr Potential unbehindert ausschöpfen dürfen. Sind da nicht die „Nicht-Behinderten" immer wieder die größten Behinderer? Dieser Ansatz leitet mein Handeln heute mehr als meine Beeinträchtigung.
Dr. Bernd Meyjohann, *Neurologe, Internist und Geriater in eigener Praxis, Ravensburg*

Die Freundin hat völlig Recht

Seit meinem 29igsten Lebensjahr (bin jetzt 61 J.) lebe ich mit 1 1/2 Armen. Mir wurde der rechte Oberarm amputiert. Seitdem gelte ich als schwerbehindert und habe mich ca. ein Jahr lang auch so gefühlt, weil ich meine neue Situation nicht annehmen wollte.
Nachdem ich danach beruflich nochmal durchgestartet bin, Fachhochschulreife, Studium Sozialpädagogik mit Diplom, unzählige Fortbildungen, 4 Jahre Psychodrama und letztendlich eine vierjährige Weiterbildung in systemischer Paar- und Familientherapie bin ich endlich, nach 14 Jahren Arbeit, im psychosozialen Bereich angekommen. In meinem Traumjob in einer kommunalen Familienberatungsstelle. Mit intensiver professioneller Hilfe in den unterschiedlichsten Ausrichtungen, der Wegbegleitung von Freunden sowie deren Glaube und Förderung in meiner Liebe zum Segeln, ist es mir gelungen, meine Situation anzunehmen. Christin bin ich erst sehr viel später geworden. Durch mein Handicap fühle ich mich in keinster Weise von meinen Klienten beeinflusst. In meiner Arbeit erfahre ich im Grunde ausschließlich positives Feedback, weil mir Klienten rückmelden, mich erfahren, fachlich kompetent, authentisch und emphatisch zu erleben. Manchmal nehme ich – auch noch nach 32 Jahren – bei mir ein Gefühl von Trauer und Verletzlichkeit war, wenn mir meine äußere Unvollständigkeit bewusst wird. Das sind jedoch äußerst seltene Momente. Ich finde es eher hinderlich im privaten, wenn Menschen mir – so einfach – helfen wollen. Und damit meine ich keine freundlichen Hilfestellungen von sensiblen, lieben Freunden. Eine alte Freundin sagte einmal zu mir: „Bettina du wirkst jetzt vollständiger als mit zwei Armen.“ Ich gebe ihr völlig Recht.
***Bettina Kuon**, Diplom Sozialpädagogin mit systemisch integrativer Paar- und Familientherapeutischer Weiterbildung, Hamburg*

Seit mehr als 31 Jahren bin ich an Multipler Sklerose erkrankt.

1. Durch meine eigene erkrankungsbedingte Begrenztheit kann ich besser nachvollziehen und mich hineinversetzen, was es heißt, mit Krankheit und Behinderung zu leben und wie viele Lebensbereiche davon betroffen sind.
2. Wenn ich authentisch mit meiner eigenen Begrenztheit umgehe, erlebe ich, wie andere sich eher öffnen können und sich nicht so fühlen, als würde ich „von oben herab“ oder nur aus der Theorie heraus mit ihnen reden.
3. Ich habe erlebt, wie missverständlich und verletzend Worte sein können – gerade in Krisensituationen.

So kann die Frage nach dem Leidensdruck, die medizinisch gesehen berechtigt ist und hilfreich sein kann, um das weitere Vorgehen zu planen, dazu führen, dass andere sich nicht ernstgenommen, sondern als Hypochonder abgestempelt fühlen. Daraus lerne ich, achtsam die Worte zu wählen, um nicht niederzureißen, sondern aufzubauen. Mittlerweile bin ich gesundheitlich bedingt nicht mehr in meinem Beruf tätig, habe aber durch meinen Freundeskreis und die Gemeinde weiterhin mit vielen Menschen in Krankheitssituationen zu tun und erlebe auch da, dass ich durch meine eigenen Erfahrungen authentischer und sensibler sein kann.
***Cornelia Weber,** Krankenschwester i.R., Wiesbaden*

Wir begegnen uns auf einer Ebene

Ich bin chronisch erwerbsunfähig, leite aber ehrenamtlich eine Austauschgruppe für chronisch Kranke (eine Art Selbsthilfegruppe) und dort ist es so, dass es sogar hilfreich ist, dass ich selbst chronisch krank bin. Wir begegnen uns auf der selben Ebene und sind auf dem selben Weg, haben teilweise mit den selben Schwierigkeiten zu kämpfen und können uns gegenseitig ermutigen, weil wir wissen, was uns geholfen hat. Für die Teilnehmer komme ich nicht von oben herab oder von außen, sondern gehöre dazu und bin auch Teilnehmer, der auf dem Weg ist, sein Handicap zu akzeptieren und mit ihm positiv zu leben, es einzusetzen und es zu einem Gewinn werden zu lassen. Dennoch ist jedes Handicap anders. Aber man bekommt ein Gefühl für seine eigenen Grenzen, erlebt die selbe Ohnmacht gegen Symptome der Erkrankung, hat genauso mit Vorurteilen zu kämpfen und muss sich genauso mit medizinischem Personal auseinandersetzen.
***Rika Stückrath,** Sozialpädagogin, Gesundheitsberaterin, Schermbeck*

Der Traum vom JA in den Spuren Gottes

» EIN JA-MENSCH WERDEN «

Dr. Markus Müller veröffentlichte vor kurzem im SCM-Verlag das Buch „Der Traum vom Ja in den Spuren Gottes – Ein Ja-Mensch werden." Markus Müller hat Behindertenpädagogik studiert und war in mehreren christlichen Werken tätig. Seit 2012 arbeitet er als Heimpfarrer im Zentrum Rämismühle in der Nähe von Winterthur mit alten, sehr alten und sterbenden Menschen. In seinem Buch entwickelt er eine Vision. ChrisCare wollte mehr erfahren.

Frank Fornaçon: Herr Dr. Müller, Sie haben einen Traum, den Sie gegen Ende Ihres Buches beschreiben. Wie kommt es dazu?

Markus Müller: „I have a dream". So beginnt die „Traumrede" von Martin Luther King am 28. August 1963 vor 250000 Menschen. Die gesellschaftliche Situation war hoch explosiv. King hält zuerst während zehn Minuten seine Rede getreu dem Manuskript. Der Funke springt nicht über. Darauf löst sich King von der geschriebenen Rede und beginnt, seinen legendären Traum einer anderen Gesellschaft zu erzählen. Der Funke springt. Ich glaube, dass unsere westliche Gesellschaft, einschließlich der Christenheit mit und ohne Pandemie, sich heute nach einem vergleichbaren Traum sehnt. Ganz speziell glaube ich, dass wir ganz neu einen Traum in einem manchmal starren, menschlich ausgetrockneten Gesundheits-, aber auch Bildungs-, Wirtschafts- und Kirchensystem benötigen. Wir drohen, traumlos und deshalb müde und mutlos zu werden.

FF: Erzählen Sie uns doch diesen Traum!

MM: I have a dream – in der Tat. Ich habe einen Traum, und zwar aus urpersönlicher Betroffenheit im Unterwegssein mit Menschen, die sich altersunabhängig nach nichts so sehr sehnen wie nach Zukunft, nach Hoffnung und nach einem voraussetzungslosen, ungeteilten, herzhaften, ganzen Ja, einem Ja zu sich selber, zum Nächsten, zu Gott, zur kommenden Zeit. Ich habe den Traum vom Ja in dieser Welt. Ich habe den Traum, dass eines Tages die Christen in der Öffentlichkeit nicht mehr als die von gestern gelten, sondern als die von morgen. Ich habe den Traum, dass man uns nicht mehr als Menschen des Neins, sondern als Menschen des Ja kennt und wahrnimmt. Ich habe den Traum, dass wir zuerst wissen und davon reden, wofür wir sind und nicht wogegen wir sind. Ich habe den Traum, dass in 90 Prozent unserer Gespräche das Ja aufleuchtet – so hell, dass das Nein bloß wie eine Erscheinung am Rande dasteht. Ich träume davon, dass Menschen von ganzem Herzen zu ihren Grenzen stehen und stehen dürfen. Ich träume davon, dass sie in und mit diesen Grenzen, in und mit ihren Schwächen, ihren Brüchen, ihrer Ohnmacht, ihrem Scheitern, ihren Niederlagen, ihren Krankheiten, ihrem Leid, ihrem Schmerz und ihren Verletzlichkeiten in der Mitte der Kirche zuhause sind. Ich träume davon, dass bei keinem Menschen auch nur eine Sekunde der Gedanke aufkommt, er hätte in der Kirche keinen Platz.

Ich habe einen Traum vom ganzen Ja des Menschen zum ungeteilten Ja Gottes. Ich habe einen Traum von einem ehrlichen, wahren, wahrhaftigen, nicht gemachten, nicht vordergründigen, nicht bloß scheinbaren Ja von uns Menschen zu Gott. Ich habe einen Traum, in dem sich Menschen helfen, nicht in erster Linie Not- und Leidvolles zu beseitigen, sondern Gott zu lieben, in seinem Ja zum gebrochenen, zerbrechlichen, gescheiterten, ohnmächtigen, schwachen Leben – mit ganzem Herzen, mit ganzer Seele, mit ganzem Verstand und mit aller Kraft. Ich träume davon, uns gegenseitig so zu bejahen, wie wir sind – in

> ICH TRÄUME DAVON, UNS GEGENSEITIG SO ZU BEJAHEN, WIE WIR SIND – IN ALLER UNVOLLKOMMENHEIT UND GEBRECHLICHKEIT.

aller Unvollkommenheit und Gebrechlichkeit. Ich träume davon, dass niemand etwas sein muss, was er nicht ist. Ich träume davon, dass wir die Kostbarkeit eines jeden Menschen, nicht bloß sein Äußeres, sehen. Ich träume davon, dass jede Meinung, jede Anschauung, jeder Blickwinkel Raum bekommt, gesehen und gehört zu werden. Ich träume davon, dass wir Vorreiter in der Meinungsfreiheit sind – in der Familie, in der Gemeinde, in der Arbeitswelt und in der Welt des Politischen. Ich träume davon, dass wir als Freunde keinen gemeinsamen Feind benötigen. Ich träume vom verbindlichen und ganzen Ja zueinander, auch wenn meine Erwartungen an den andern nicht erfüllt werden. Ich träume vom sich verschenkenden Ja in einer Welt des Neins. Ich habe den Traum vom verlässlichen, ungeteilten, getrosten Ja zum nicht verfügbaren, unendlichen liebenden Gott, vom Ja zu uns selber, vom Ja zu unserem Miteinander in einer vom Kontrollwahn diktierten, manchmal in den Abgrund starrenden Welt. Ich habe den Traum vom Ja zu unserer ureigenen Unvollkommenheit und zu unserer Unfähigkeit, diese Welt in den Griff zu bekommen. Ich habe den Traum von einem unzerbrechlichen Vertrauen, dass Gott nichts entgleitet, dass wir Menschen bei ihm nie zu kurz kommen und er durch seine Liebe alles zum guten Ziel führt. Ich habe den Traum, dass wir uns in der anlaufenden und nicht der ablaufenden Geschichte zuhause wissen. Darin lieben wir das Leben – weit mehr als das Erlebte.

FF: Glauben Sie an das, wovon Sie hier träumen?

Markus Müller: Ich frage zurück: Was eigentlich hindert uns, diesen Traum zu träumen? Es war ein Jahrhundert-Traum, den Martin Luther King im Sommer 1963 mit der Welt teilte. Schritt für Schritt erfüllten sich Teile seines Traumes. Einiges steht aus. Was hindert uns, Träumende zu sein?
Wovon ich überzeugt bin: Es darf uns nicht genügen, nur das Gelingen des heutigen Tages, nur die Steigerung des Wohlbefindens in der Zeit nach Corona, nur für das Wohlergehen der Gleichdenkenden und der gleich Empfindenden zu erhoffen. Was hindert uns, Träumende zu sein für ein Jahrhundert, in dem der Mensch zwar sich zu zerstören vermag, in dem er sich aber auch als Eingeladener wissen darf, geliebter Liebhaber des Lebens zu sein, sich als bejahter Liebhaber des Kommenden zu verstehen, ein JA-Mensch zu werden?

FF: Herr Müller, in Ihrem Alltag als Seelsorger haben Sie mit Menschen zu tun, deren Lebensmöglichkeiten auf vielfältige Weise begrenzt sind: Lebensbedrohlich kranke, alte und sterbende Menschen. „Das ist doch kein Leben" sagen manche in dieser Situation. Was antworten Sie?

MM: Zunächst antworte ich gar nicht, sondern höre in ein Leben hinein und lerne dieses Leben in Höhen und Tiefen kennen. Ich frage nach der Art, wie dieser Mensch in der Vergangenheit mit Chancen und Begrenzungen, eigenen Stärken und eigenen Schwächen umgegangen ist. Ich ringe mit einem Menschen um das Ja, weil er unbegreiflicherweise ein BeJahter ist, und weil der BeJahende, Gott selber, gute Gedanken der Zukunft und Hoffnung für diesen Menschen hat.

FF: Im Studium haben Sie sich mit Behindertenpädagogik befasst. Aber es ist ein Unterschied, ob man die Situation behinderter Menschen studiert oder mit eigenen Grenzen konfrontiert wird. Welche Erfahrungen haben Sie geprägt? Gab es Punkte, an denen ihnen ein Licht aufgegangen ist?

MM: Mein Vorrecht war, dass ich seit meinem Studium immer wieder mit Menschen in Begrenzungen arbeiten und leben durfte. Persönlich war dann das Besondere, dass ich mir im Alter von 24 ein mehrtägiges Alleinsein mit Gott erlaubte und ab jenem Moment – bis heute – wusste, dass Hoffnung Kernmerkmal meiner Grundhaltung sein darf und soll, was immer ich tue und nicht tue. Ich wusste: Die Welt von heute braucht Hoffnung. Und ich wusste: Diese Hoffnung ist stets wichtiger ist als alle einleuchtenden Analysen und die Beantwortung der Warum-Frage. Ab jenem Moment wollte ich selber, durch dick und dünn, ein Mensch der Hoffnung und ein Mensch des Ja sein.

FF: Während viele mit AntiAging-Programmen vor dem Alter fliehen (wollen), haben Sie den umgekehrten Weg beschritten und die „Initiative ProAging" ins Leben gerufen. Worum geht es?

MM: Genau dies ist auch das Thema des Ja-Buches, keineswegs nur im Zusammenhang mit dem Alter. Gott hat ein Ja – ein Ja zu jeder Lebensphase, ein Ja zum Unperfekten, ein Ja zu Verletzlichkeit, Schwäche, Scheitern und Ohnmacht. Er ist ein Gott des „Für" und nicht des „Dagegen", kein „Anti-Gott", sondern ein „Pro-Gott", wenn ich das so zuspitzen darf. Ich glaube, von diesem leidenschaftlichen Ja Gottes dürfen wir uns anstecken lassen, besonders wenn unsere menschlichen Begrenzungen, etwa im Alter, offensichtlicher werden. Alter ist Königsklasse. Alter ist das Beste,

> **Wer einen gepflegten, starken inneren Menschen hat, kann wesentlich besser mit äußerer Gebrochenheit umgehen.**

was uns passieren kann. Wir dürfen lernen, gerade auch im Notvollen, das wir nicht verschweigen, Lebensliebhaber zu sein – eben wie Gott, der das Leben gerade in seiner Gebrochenheit grenzenlos liebt. Näheres siehe www.initiative-pro-aging.ch.

FF: Bringt Leben mit Handicap, mit Behinderung oder chronischer Erkrankung nicht nur Einschränkungen, sondern auch Sensibilität für besondere Erfahrungen mit sich?

MM: Der Apostel Paulus unterscheidet in seinem wohl lebensnahesten Brief den äußeren und den inneren Menschen (1. Kor. 4,16). Der äußere Mensch kommt früher oder später unter die Räder, der innere Mensch allerdings wird, so Paulus, „von Tag zu Tag erneuert". Ich glaube, dass unsere auch christliche Welt die Dimension des inneren Menschen entweder vernachlässigt oder lediglich oberflächlich bedenkt oder – noch schlimmer – mit billigen Worte abspeist. Ja, Menschen mit spezifischen Begrenzungen haben oftmals eine hohe Empfindsamkeit für menschliche und geistliche, eben innere Zusammenhänge. Umso mehr finde ich eine mündige Pflege des inneren Menschen elementar. Dazu mache ich Mut, wo immer ich kann. Wer einen gepflegten, starken inneren Menschen hat, kann wesentlich besser mit äußerer Gebrochenheit umgehen. Ich verstehe mich gelegentlich als „Trainer des inneren Menschen" und erfahre, wie sehr sich die Erfahrungswelt, die Sensibilität eines Menschen für besondere Erfahrungen, wie Sie sagen, erweitert.

FF: In Ihrem Buch „Ein Ja-Mensch werden" geht es um das Ja Gottes zu Gebrochenheit, Scheitern, Ohnmacht und Endlichkeit. Wie wirkt sich das im Leben von Menschen mit einem Handicape aus?

MM: Meines Erachtens verbieten sich Pauschalaussagen. Für mich ist es immer wieder ein Fest, wenn ich miterleben darf, wie Menschen, die in spezifischen Begrenzungen leben, etwas von diesem Ja Gottes zu Gebrochenem erleben. Wir haben einen Schatz in irdenen Gefäßen. Leider trainierten wir als Gesellschaft in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten in erster Linie die Sorge um das Gefäß und verloren den kostbaren Schatz in diesem Gefäß oftmals aus den Augen. Ich wünsche mir, dass wir in den kommenden Jahren und Jahrzehnten eine vergleichbare Leidenschaft für die Schatzsuche und Schatzsorge entdecken und entfalten.

FF: In machen christlichen Kreisen ist Heilung eines der beliebtesten Themen, eine Provokation für alle, deren Einschränkungen irreversibel scheinen. Lässt sich auf den Punkt bringen, welche Haltung Kirchengemeinden gegenüber chronisch Kranken und Behinderten einnehmen sollten?

MM: Ich kenne einen barmherzigen Gott, der kann, der aber nicht muss. Es ist meines Erachtens fatal, wenn wir den Zeitgeist auf das Christliche übertragen und meinen, alles Notvolle müsste einfach und sofort ausgeräumt und weggeputzt werden. Aus dem liebenden Ja heraus nimmt sich Gott das Recht heraus, da und dort, völlig souverän, ein gewaltiges Wunder zu vollbringen. Das Geheimnis besteht darin, dass wir Gott erlauben, so sein und so handeln zu dürfen, wie er es möchte. Ein Ja-Mensch sagt zu Gott: Du darfst. Du darfst so sein und handeln wie du möchtest, du darfst mir mit einem Wunder beistehen, und Du darfst mich auf Deine originale Art in meinem Gebrechen so begleiten, wie Du es am besten findest. Ich meine, Menschen, die in dieser Art unterwegs sind, sind Menschen der Reife, ansteckende Menschen und Menschen der Zukunft in einer gebrochenen Welt.

Dr. Markus Müller
Heimpfarrer im Zentrum Rämismühle in der Nähe von Winterthur

WANN BIN ICH BEHINDERT?

DAS NEUE BUNDESTEILHABEGESETZ BTHG, DIE ICF UND EINE NEUE DEFINITION VON BEHINDERUNG

KRANK ODER BEHINDERT?

In meiner beruflichen Tätigkeit als Amtsärztin im Fachdienst Eingliederungs- und Gesundheitshilfe bin ich täglich von Menschen mit Behinderungen umgeben und soll begutachten, welche Teilhabeeinschränkungen am Leben in der Gesellschaft aus medizinischer Sicht vorliegen. Das stellt mich immer wieder neu vor die Frage, was das Wort Behinderung eigentlich bedeutet und was der Begriff bzw. die Zuschreibung für den einzelnen Menschen bedeutet, der zu mir kommt. Lange habe ich in meinen Begutachtungen und Untersuchungsgesprächen vorsichtig gefragt, an welchen Einschränkungen der Mensch leidet oder welche er bei sich wahrnimmt im täglichen Leben. Den Begriff Behinderung auszusprechen, fiel mir schwer, lieber umschrieb ich ihn mit „Besonderheiten“ oder „Einschränkungen“..., bis ein Betroffener ziemlich unwirsch und verärgert zu mir meinte: „Nein, das Wort passt und beschreibt genau die Realität! Ich bin nicht besonders, sondern behindert, denn meine Behinderung/Erkrankung behindert mich sehr, sie hindert mich an vielem!“

Schwierig fand ich bis vor einiger Zeit auch die Unterscheidung, ob bei einer Person nur eine „Behinderung“ vorlag oder gar eine „wesentliche Behinderung“, die zum Recht auf Gewährung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe führten, sowie die Abgrenzung und Abwägung, welche Art der Behinderung bei ihr im Vordergrund der Teilhabeeinschränkung lag: die körperliche Behinderung, die geistige Behinderung oder die seelische Behinderung? Können wir Menschen sozusagen aufteilen in seine verschiedenen Anteile wie es früher die Griechen taten? Auf dem Hintergrund des biblisch-christlichen Menschenbildes, das den Menschen als ungeteiltes Wesen aus Körper, Seele und Geist mit unterschiedlichen Beziehungsaspekten versteht, fiel mir diese Beurteilung besonders schwer!

STÄRKUNG DER TEILHABE VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

Hier hat das deutsche Bundesteilhabegesetz BTHG, das im Januar 2020 in Kraft getreten ist, zu deutlichen Verbesserungen geführt. Nichtsdestotrotz beinhaltet es neue Herausforderungen für die Gesellschaft und die Hilfeplanung bzw. Eingliederungshilfe der Kreise und Länder.

Einige Hilfen zum Verständnis, worum es geht: Das BTHG bezeichnet das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Die Kernaussage des BTHG kann in einfachen Worten wiedergegeben werden: „Mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung“. Ziel des BTHG ist es, die Möglichkeiten einer den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu stärken und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln.

Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, an der Gesellschaft teilzuhaben (wesentliche Behinderung) oder die von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Bei der Prüfung, ob eine Behinderung wesentlich ist, gilt: Es kommt für die Beurteilung nicht entscheidend auf den Umfang der Beeinträchtigung an, sondern darauf, wie sich die Beeinträchtigung auf die Teilhabe auswirkt.

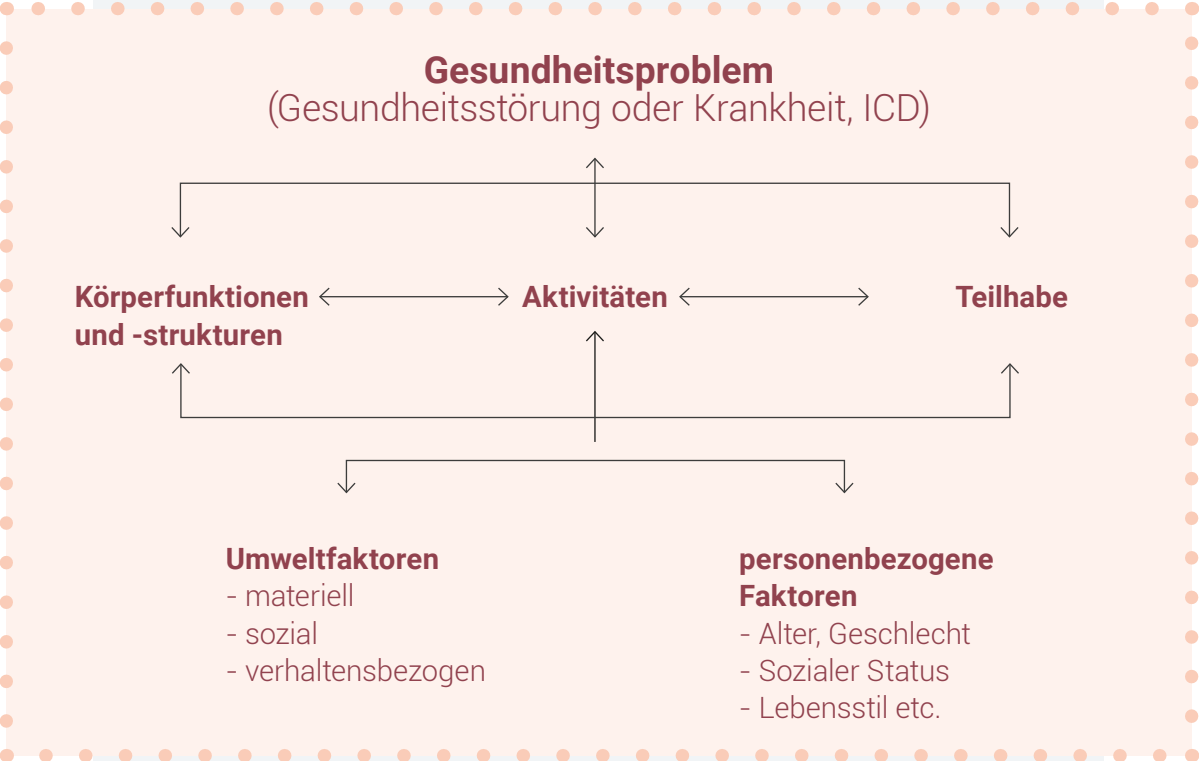
Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind sehr vielfältig und umfassen viele Hilfen, konkret z.B. Betreuungsleistungen (z.B. ambulant und teilstationär betreutes Wohnen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen), Sachleistungen (z.B. behinderungsgerechten Umbau), Geldleistungen (z.B. Beförderungspauschalen für die Mobilität), ein persönliches Budget etc... Bisher waren die Regelungen in verschiedenen Gesetzen zu finden, seit dem 1. Januar 2020 sind sie nun in Teil 2 des Sozialgesetzbuches IX zusammengefasst und in Leistungsgruppen aufgeteilt: Medizinische Reha, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung und Soziale Teilhabe.

WAS BRAUCHT UNSER MITEINANDER?

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) = Interna-

tional Classification of Functioning, Disability and Health, wurde schon 2001 durch die World Health Assembly verabschiedet. ‚Functioning' bedeutet übersetzt Funktionsfähigkeit und funktionale Gesundheit. Sie ist ein Konstrukt aus a) körperlicher, seelischer und geistiger Integrität, b) angemessenen Aktivitäten und c) Einbezogen sein (Teilhabe) in relevante Lebensbereiche. Die ICF hat folgende „Funktionen", sie ist eine Konzeption/ Philosophie und sie ist ein Schema zur Klassifikation. Die ICF und ICD ergänzen sich. Die eine Klassifikation kann jedoch die andere nicht ersetzen. Der ICD-Code ist ein weltweit anerkanntes System, mit dem medizinische Diagnosen einheitlich benannt werden. (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.)
Die ICF hat im neuen BTHG eine große Bedeutung und viele Einsatzmöglichkeiten in der Eingliederungshilfe beim Fallmanagement und in der Hilfeplanung als ein interdisziplinäres Geschehen. Früher begutachteten die Amtsärzte nach dem ICD und eigener Einschätzung, ob bereits eine wesentliche Behinderung vorlag oder eine Behinderung drohte, wesentlich zu werden, wodurch ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Maßnahme der Eingliederungshilfe bestand. Heute birgt das neue BTHG u.a. durch die Einbeziehung der ICF neben den Verbesserungen für die Betroffenen aber auch neue Herausforderungen und vergrößert den Umfang der Hilfeplanung in den Behörden enorm. Für den Betroffenen und auch die Leistungserbringer (Einrichtungen) entstand ein hoher Mehraufwand im Verstehen und Ausfüllen der zahlenmäßig größer gewordenen vielen Formulare. Nicht selten werden hierfür nun zusätzlich die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung bzw. die Unterstützung durch einen rechtlichen Betreuer benötigt und bei den zuständigen Gerichten beantragt.

BIO–PSYCHO–SOZIALES MODELL DER ICF



Das Bio-psycho-soziale Modell der ICF (Abbildung) zeigt das Zusammenspiel verschiedener Voraussetzungen und Faktoren auf, anhand derer in der Hilfeplanung der Eingliederungshilfe der jeweils individuelle persönliche Bedarf und passgenaue Hilfen ermittelt werden: Voraussetzung ist das Vorliegen eines „Gesundheitsproblems“ als Oberbegriff für (akute oder chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata. Gesundheitsprobleme werden nach ICD-10 kodiert. Dieses Gesundheitsproblem wirkt sich dann aus in Einschränkungen in Körperfunktionen und -strukturen, physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen). Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
In der Mitte stehen die Aktivitäten und die Partizipation (=Teilhabe), was bedeutet, dass es erstens um die Aktivität geht, die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person. Sie repräsentiert die individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit (sprechen, etwas heben, essen, sich pflegen). Zweitens steht die Partizipation (=Teilhabe) im Zentrum der Hilfeplanung und dessen, was der/die Betroffene benötigt, das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit (Haushalt führen, Konzert besuchen, Dienstleistung in Anspruch nehmen). Einschränkungen der Teilhabe sind daher Probleme, die eine Person bezüglich ihres Einbezogenseins in Lebenssituation bzw. Lebensbereiche erlebt.
Auf diese Aktivitäten nehmen dann außerdem Personbezogene Faktoren Einfluss, die sich in Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, sozialer Status und Lebenserfahrung darstellen, sowie Umweltfaktoren, die die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt bilden, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Somit bezieht sich die Behinderungsdefinition in der ICF nicht mehr allein auf das zugrundeliegende Gesundheitsproblem, die Erkrankung und/oder die Behinderung gem. ICD, sondern auf die negative Wechselwirkung zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem, ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit (Behinderung allgemein), sowie auf ihre Teilhabe an einem Lebensbereich (Behinderung speziell).
Mit diesem umfassenden Behinderungsbegriff des ICF ergeben sich Verbesserungen in der gerechteren Unterstützung von Menschen mit Behinderungen, denn der Mensch wird nicht mehr nur auf seine medizinischen Einschränkungen reduziert, sondern mit allen anderen Kontextfaktoren wahrgenommen. So kann es nun beides berücksichtigt werden, dass bei einem Menschen trotz vorliegender starker Einschränkungen in seinen körperlichen Funktionen und Strukturen nur wenig oder gar keine Einschränkungen in seiner Teilhabe am Leben der Gemeinschaft vorliegen, als auch, dass bei einem Menschen mit nur geringen oder keinen Einschränkungen in seinen Körperfunktionen und -strukturen in anderen Lebensbereichen und Kontextfaktoren hohe Teilhabeeinschränkungen vorliegen mit Hilfebedarf.

Ich bin dankbar für die vielfältigen Möglichkeiten an Unterstützung durch Staat und Gesellschaft in Deutschland. Und ich kann darin die Liebe und Fürsorge Gottes für uns Menschen erkennen, auch wenn unsere menschlichen Möglichkeiten natürlich weit hinter Gottes Möglichkeiten mit seiner Liebe, Nähe, Trost und Ermutigung zurückbleiben!

Bettina Gundlach, *Amtsärztin im Fachdienst Eingliederungs- und Gesundheitshilfe, Mitglied CiG-Vorstand, Aumühle*

Anzeige

EIN PFLEGEKIND MIT FASD

FAMILIEN – DIE BESONDERES LEISTEN

In unserer ergotherapeutischen Praxis betreuen wir immer wieder Kinder mit Fetalem Alkohol Syndrom (FASD), meistens sind es Pflegekinder. Die Familien dieser Kinder leisten Großartiges, denn die Herausforderungen im Alltag sind enorm und man sieht es den Kindern oft nicht an. Trotz der Häufigkeit dieser Behinderung ist sie nicht sehr bekannt. Es ist oft schwer in unseren sozialen Systemen eine angemessene Unterstützung zu finden. Das FASD-Fachzentrum Hamburg engagiert sich in dieser Thematik und bietet sehr gute Informationen für Fachkräfte und Betroffene (https://fasd-fachzentrum.hamburg/ueber-fasd-fetale-alkoholspektrumstoerung). Hieraus folgende Basisinformation:

FASD steht für Fetal Alcohol Spectrum Disorders (Fetale Alkoholspektrumstörungen) und ist die am wenigsten erkannte geistige und körperliche Behinderung. Sie tritt auf, wenn Frauen während der Schwangerschaft Alkohol trinken. Es gibt dabei keine sichere Menge. Auch das vermeintlich den Kreislauf anregende Gläschen Sekt kann schon schädlich sein. Der toxische Alkohol gelangt über die Nabelschnur zum Ungeborenen und kann die Organbildung, aber vor allem die Entwicklung des zentralen Nervensystems schädigen. Das äußert sich in angeborenen organischen Fehlbildungen, Dysmorphyen des Gesichts, geistigen Behinderungen, Entwicklungs- und Wachstumsstörungen und kognitiven Defiziten. Außerdem in einer Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten, die oft mit anderen Störungen verwechselt werden: beispielsweise dissoziales Verhalten, ADHS oder autistischen Züge.

Die oft normale Intelligenz steht nicht selten im Widerspruch zu Problemen der Betroffenen bezüglich der alltäglichen Lebensführung. Als typische Symptome sind hier vor allem Labilität, Antriebsarmut und Desinteresse sowie distanzloses oder enthemmtes Verhalten in sozialen Situationen zu nennen. Probleme liegen in den Bereichen der schulischen Ausbildung, der Arbeits- sowie Wohnsituation, der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der exekutiven Funktionen, des Sexualverhaltens und der psychischen Gesundheit.

> HABT KEINE ANGST, DIESE KINDER VON GANZEM HERZEN ZU LIEBEN!

Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts ist FASD in Deutschland mit im Durchschnitt einem betroffenen Kind bei 350 Geburten die häufigste Ursache für geistige Behinderung. Tragisch ist, dass FASD zu 100% vermeidbar wäre. Die meisten Betroffenen sind ein Leben lang auf Hilfe angewiesen, wobei die größten Probleme in der Bewältigung des Alltags liegen.

Eine Kollegin in unserer Ergotherapie-Praxis berichtete wiederholt von der Behandlung eines Mädchens mit FASD, von den Herausforderungen und lustigen Situationen durch ihr unüberlegtes spontanes Handeln, von ihren sozialen und schulischen Schwierigkeiten. Meine Kollegin war beeindruckt, wie die Pflegefamilie mit viel Liebe, Gelassenheit und sehr klaren Alltagsstrukturen diesem Mädchen ein Zuhause gab und eine gute Entwicklung ermöglichte. "Sie nehmen sie, so wie sie ist." Sie erwähnte auch, dass der christliche Glaube und die Zugehörigkeit zu einer Gemeinde in dieser Familie eine wichtige Rolle spielen. So entstand die Idee zu fragen, ob die Mutter bereit wäre, für ChrisCare ihre und Renas (Name v.d.Red. geändert) Geschichte zu erzählen.

Wie kamen sie dazu Pflegekinder aufzunehmen?

Nachdem unsere leiblichen Kinder aus dem Haus waren, erschien mir das Haus so leer. Der Gedanke wurde zur Frage an Gott: Was soll damit werden? Monate später kam in unsere Gemeinde ein junges Paar. Sie suchten Kontakt, hatten Interesse am Glauben und vertrauten nach einiger Zeit ihr Leben Gott an. Ihr noch sehr junges Baby war in eine Bereitschaftspflege-Familie gegeben worden. Sie wollten darum kämpfen, es zurück zubekommen, was mit unserer Unterstützung auch gelang.

Trotz viel Unterstützung durch eine Familienhelferin und einen Tagespflegeplatz für die kleine Rena kam es zu einer Krise, in der das Jugendamt erneut für eine Pflegefamilie für Rena plädierte. In Zusammenarbeit mit dem Jugendamt nahmen mein Mann und ich Mutter und Kind bei uns auf. In den nächsten Monaten wurde deutlich, dass die Mutter nicht in der Lage war, eine stabile Bindung und Beziehung zu ihrer Tochter zu leben. Nach den notwendigen offiziellen Anträgen und Schulungen wurden wir Pflegeeltern von Rena, was wir bis heute sind. Wir waren vorbereitet mit offenen Herzen, gewachsener Beziehung und Liebe zu Rena. In all dem erkannten wir Gottes Führung. Gut zwei Jahre später wurde uns noch ein Pflegesohn anvertraut. Bei ihm war ein erhöhter Förderbedarf von Anfang an ersichtlich.

Wo sehen sie besondere Stärken bei ihrer Tochter? Wo hat sie besonderen Förderbedarf?

Gott hat sie begabt! Rena liebt Tiere und kann sehr gut mit ihnen umgehen. Sie ist kreativ und hat Freude am Malen und Gestalten. Sie liest gerne und viel. Sie ist sportlich und spielt Fußball im Verein. Wenn ihr etwas wichtig ist, kann sie sehr hartnäckig und ausdauernd sein, manchmal auch stur. Sie ist nicht nachtragend, sondern schnell vergebungsbereit. Ich habe den Eindruck, dass verbale Verletzungen nicht so tief in sie hineingehen. Das ist ein Schutz, es hilft ihr, Beziehungen zu bauen. Sie ist ehrgeizig, aber ihre Frustrationstoleranz ist leider gering. Mit ihrer Impulsivität eckt sie häufig an. Ihre Ergotherapeutin, die direkt in der Schule mit ihr arbeitet, trainiert mit ihr Konzentration im Unterricht, Impulskontrolle, Bei-der-Aufgabe-bleiben. Sie macht immer wieder Fortschritte. Es hat sich gelohnt, früh mit den Therapien zu beginnen.

Wo sind sie als Pflegefamilie besonders herausgefordert?

Unseren beiden Pflegekindern geht es gut, wenn wir klare Strukturen in unserem Alltag einhalten und Veränderungen frühzeitig ankündigen. Als Eltern ist es unsere Aufgabe unsere Kinder vor zu vielen Einflüssen und Reizen von außen zu schützen, sonst geraten sie aus dem Gleichgewicht und unser Zusammenleben wird schwierig. Immer wieder neu müssen wir Eltern uns auf unsere Kinder einstellen und unser Leben nach ihnen richten, damit es uns allen miteinander gut geht.

Wer unterstützt sie? Haben sie ein Unterstützer-Netzwerk?

Wir haben, Gott sei Dank, überwiegend positive Erfahrungen mit dem Jugendamt und dem Pflegschafts-Vormund. Hier wurden wir fachlich und menschlich gut unterstützt. Rena bekam Frühförderung und schon im Kindergarten Ergotherapie. Für die Schule wurde ihr eine wunderbare Schulbegleitung zur Seite gestellt, die auch auf die weiterführende Schule mit hinüber wechselt. Im Pflegeeltern-Verein haben wir Kontakte zu anderen Pflegeeltern geschlossen und viele hilfreiche Tipps bekommen. Wir haben eine junge Frau gefunden, die unsere Kinder gut betreut, wenn wir als Ehepaar mal ein paar kinderfreie Stunden brauchen.

Was bedeutet Gemeindezugehörigkeit für ihre Familie?

"We are family" ist das Motto unserer Gemeinde. Und so erleben wir es auch. Wir haben dort gute Freunde und gehören zu einem Hauskreis. In unserer Gemeinde werden wir als Familie und jeder einzeln so angenommen, wie wir sind. Wir erfahren praktische Unterstützung und wissen und spüren, dass für uns gebetet wird. Es gibt in unserer Gemeinde mehrere Pflegefamilien und auch die verschiedenen Kindergruppen sind es gewöhnt, Pflegekinder, die häufig einen erhöhten Förderbedarf haben, zu integrieren. Durch das Nachfragen einer erfahrenen Pflegemutter gingen wir schon früh dem Verdacht eines FASD nach und die Diagnose konnte bereits im Alter von 2 Jahren gestellt werden.

Was gibt ihnen Kraft?

Die Beziehung zu Gott. Besonders berührt hat mich der Eindruck, dass Gott uns sagt: "Habt keine Angst, diese Kinder von ganzem Herzen zu lieben!" und später "Ich bin mit euch, wohin ihr auch geht. Ich bin eure Kraft und eure Stärke."

Vielen Dank für das Gespräch!

Erika Schiffner
Ergotherapeutin, Psychomotorikerin, Systemische Beratung i.W., Aumühle

WIR WOLLEN EINEN WEG **AUS DER VERZWEIFLUNG** AUFZEIGEN.

Traumahilfe für Flüchtlinge: Initiative aus Hannover und Hildesheim startet internationales Hilfsprojekt – „Leylaprojekt“ will Mütter und Kinder im Libanon und in Jordanien stärken.

Sie sind mit ihren Familien vor Krieg und Terror geflohen und haben Schreckliches erlebt: Mehr als eine Million Kinder leben nach UNHCR-Angaben seit Jahren in Flüchtlingslagern und anderen Provisorien in Jordanien und Libanon. Mehr als die Hälfte der Bewohner dieser Camps ist minderjährig, viele von ihnen sind durch Kriegserlebnisse schwer traumatisiert. Ihre dramatische Lage erhält nicht zuletzt durch die weltweite Pandemie seit Monaten kaum noch Aufmerksamkeit.

Eine neue Initiative aus der Region Hannover hat es sich zur Aufgabe gemacht, ganz konkret etwas für diese Kinder zu tun: das Leylaprojekt, ein Zusammenschluss von Forschern, Therapeuten und engagierten Privatpersonen unter anderem aus Hannover und Hildesheim. Das Besondere: Das Leylaprojekt will den traumatisierten Kindern helfen, indem Fachleute vor Ort deren Mütter unterstützen. Diese Vorgehensweise ist den Initiatoren zufolge bereits erfolgreich erprobt und wissenschaftlich belegt.

Insgesamt 16 ehrenamtliche Frauen sollen innerhalb eines Jahres im Libanon und in Jordanien zu Traumabegleiterinnen ausgebildet werden. Die fachlich fundierten Schulungen und Praxisphasen werden organisiert und durchgeführt von der christlich geprägten Hilfsorganisation Ithraa, dem lokalen Partner des Leylaprojekts.

Dr. Ann-Katrin Bockmann, Psychologin an der Uni Hildesheim, hatte 2020 ein Flüchtlingslager in Jordanien besucht und war erschüttert vom Ausmaß des Elends: „Die Kinder und Eltern in diesen Camps haben zum Teil hochgradig traumatisierende Dinge erleiden müssen, darunter Folter, Bombenangriffe, Vergewaltigungen und Massaker. Die Enge, Trostlosigkeit und das Fehlen von Perspektiven führt zu Gewalt, Angst, Wut und Hoffnungslosigkeit innerhalb der Familien.“ Als Bockmann auf einem Fachkongress von den Forschungsergebnissen einer syrischen Psychologin hörte, wurde sie aufmerksam. Diese hatte herausgefunden, dass von einer Traumabegleitung der Mütter direkt auch deren Kinder profitieren – der Schlüssel zur Heilung ganzer Familien. Die Forscherin aus Hildesheim leitet als approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin zusammen mit Prof. Dr. Claudia Mähler die dortige Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche (KiM – Kind im Mittelpunkt). Zurück in Deutschland begann sie, ihr Netzwerk zu aktivieren: „Die Begegnungen in den Lagern haben mich so sehr bewegt, dass ich unbedingt die Frauen als Mütter stärken und so den Kindern eine bessere Zukunft ermöglichen möchte.“

> WIR STÄRKEN MÜTTER IN IHREM HEILUNGSPROZESS, DAMIT SIE IHREN TRAUMATISIERTEN KINDERN HELFEN KÖNNEN.

Sowohl Bockmann als auch der international arbeitende Psychologe Prof. Dr. Tom Holmes sind in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten erprobt. Gemeinsam mit dem Theologen und Therapeuten Michael Borkowski aus Laatzen schmiedeten sie den Plan, die Stärkung von Müttern vor Ort in die Tat umzusetzen. Ein Team von Ehrenamtlichen aus Hannover unterstützt sie dabei.

„Unser Leylaprojekt weist einen Weg aus der Verzweiflung“, sagt Mitinitator Michael Borkowski. „Wir stärken Mütter in ihrem Heilungsprozess, damit sie ihren traumatisierten Kindern helfen können. Wenn die Mütter ihnen die Erfahrung von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln können, werden sie selbst zu einem sicheren Ort für ihre Kinder.“

Ziel des Projekts ist es, Spenden zu sammeln und so die Finanzierung der intensiven Ausbildung von Traumabegleiterinnen zu sichern. Organisatorisch getragen wird das Projekt von den Flüchtlingswohnheimen der Gemeinde am Döhrener Turm in Hannover. Dort haben Engagierte seit Jahren Erfahrungen im Umgang mit Geflüchteten und ihren oft dramatischen Lebensgeschichten gesammelt. Irene Wegener, Leiterin der Flüchtlingswohnheime, sieht im Leylaprojekt noch einen weiteren Nutzen: „Langfristig muss es darum gehen, Fluchtursachen im Herkunftsland der Menschen zu bekämpfen. Unser Leylaprojekt setzt in dieser Richtung einen wichtigen Impuls.“

Offiziell gestartet ist das Projekt am 12. Juli 2021 mit einer Online-Auftaktveranstaltung. Eine Videokonferenz konnte den internationalen Ansatz unterstützen – mit Erfolg: 40 Menschen aus vier Ländern hatten sich zugeschaltet. Eine Website ist online gegangen, Social-Media-Aktivitäten in Planung. Die ersten Werbemaßnahmen hatten bereits enormen Erfolg: Mehr als 2.000 Euro Spenden sind bislang eingegangen.

Dr. Ann-Katrin Bockmann, *Universität Hildesheim*
Michael Borkowski, Beratungspraxis AUFWIND Laatzen

Anzeige

STELLEN SIE SICH EINE WELT VOR, IN DER JEDER WILLKOMMEN IST!

WARUM DAS MOTTO DES NEUFELD VERLAGES VIEL MEHR IST ALS EIN SLOGAN:

In den Medien werden Menschen mit Behinderung immer häufiger sichtbar. Das freut mich! Und ich finde es gut, dass wir endlich beginnen, sie als Persönlichkeiten wahrzunehmen, die sich nicht zuerst als „Behinderte“ erleben, sondern – als Menschen. Wenn ich dann über Formulierungen stolpere wie „er leidet am Down-Syndrom“ (Tut er das wirklich?), „Sie ist an den Rollstuhl gefesselt“ (Ach ja? Mit Ketten oder mit einem Seil?) oder „Trotz seiner Behinderung ist er ein fröhlicher junger Mann“ (Warum „trotz“?), dann greife ich manchmal zum Telefon und frage den Redakteur, ob er sich dessen bewusst ist, was er da zum Ausdruck bringt.
Natürlich, das sind eingeführte Formulierungen, die einem beim Schreiben ganz einfach in den Sinn kommen. Aber dahinter stehen ja Bilder. Sichtweisen. Sind Menschen mit Behinderung generell zu bemitleiden? Leiden sie alle unter ihren Einschränkungen? (Ob jemand behindert ist oder behindert wird, ist ja ohnehin noch eine Frage für sich …) Und steht von vornherein fest, dass ein Leben mit Beeinträchtigung weniger lebenswert ist?

Die Tatsache, dass in der Pränataldiagnostik immer gezielter nach Auffälligkeiten gesucht wird, könnte den Eindruck entstehen lassen: Ein Kind mit Behinderung kommt besser gar nicht auf die Welt. Was für eine Täuschung! Zum Glück haben die leiblichen Eltern von Alexander (20) und Samuel (15) vor der Geburt nicht gewusst, dass bei ihnen das 21. Chromosom dreifach vorhanden ist. Die beiden Jungs hätten das wohl nicht überlebt. Meine Frau und ich konnten uns damals vorstellen, uns auf das etwas andere Leben mit einem besonderen Kind einzulassen. Und wir wurden reich beschenkt! Alexander kam mit sechs Wochen zu uns, Samuel dann einige Jahre später im Alter von drei Monaten.
Tatsächlich erleben wir auf vielfältige Weise, wie unsere Adoptivsöhne mit Down-Syndrom uns inspirieren. Sie helfen uns, den Augenblick „zu pflücken“ und ganz im Jetzt zu leben. Ich habe noch keinen Menschen getroffen, der so lebendig ist

wie Alexander. Wenn er im Gottesdienst unserer Gemeinde vorne am Cajon sitzt und strahlend eine Mischung aus Entertainment und Anbetung zelebriert, dann verkörpert er durch sein ganzes Sein, dass wir alle bei Gott willkommen sind, so wie wir sind.

Von Samuel lerne ich, dass man sich auch mal zurückziehen und alleine sein muss, um ganz bei sich zu sein (auch wenn er ein ziemlich ausgeprägtes Bedürfnis danach hat). Ich lerne, dass es nicht viel braucht, um einen Tag zu einem glücklichen Tag zu machen. Gerade eben kommt Alexander von der Schule nach Hause, stürmt in mein Büro und erinnert mich daran, dass ich heute Morgen versprochen habe, ihm den Klassiker „We will rock you" von Queen auf seinen mp3-Player zu kopieren. Jetzt tigert er durchs Haus und singt lautstark mit …

Von meinen Jungs schaue ich mir ab, dass es nicht so wichtig ist, was andere über mich denken. Das befreit! Dass es nicht immer vernünftig ist, noch mehr zu arbeiten. Dass jeder, dem ich begegne, ein Mensch ist. Und dass es dabei keine Rolle spielt, ob andere ihn für wichtig und einen „Leistungsträger" halten oder ob er im Rollstuhl sitzt und auf Assistenz angewiesen ist. Und ich lerne staunend, was für ein Glück es ist, sein Leben buchstäblich Jesus anzuvertrauen. Sich weniger Sorgen zu machen und stattdessen ernst zu nehmen, dass Gott uns sieht, uns kennt und für uns sorgt. Das könnte man nun als „kindlichen" Glauben abtun mit dem Argument: Kinder oder Menschen mit geistiger Behinderung wissen es ja nicht besser, sie können das halt noch nicht verstehen. Dabei ist es andersherum: Sie wissen es offenbar tatsächlich tiefer, dass Gott Realität ist.
Natürlich, zu unserem Thema gehört auch Schmerz. Für Eltern ist es erstmal ein Schock, ein Kind zu bekommen, das so ganz anders ist als erwartet. Und für viele betroffene Ehen und Familien ist der Alltag tatsächlich enorm belastend. Weil vieles anders ist. Weil man massiv gefordert ist. Weil Ängste und Sorgen mit im Haus wohnen. Und manchmal auch, weil man einsam ist – können die anderen wirklich verstehen, wie unser Leben sich anfühlt?
Doch ich will weiterhin von Herzen einladen, dass wir immer mehr entdecken: Menschen mit Behinderung gehören dazu. Und sie haben uns etwas zu sagen.

Als wir uns als Verlag anlässlich unseres zehnjährigen Bestehens damit beschäftigten, wie wir unser Profil kurz und knackig auf den Punkt bringen könnten, kamen wir auf: „Stellen Sie sich eine Welt vor, in der jeder willkommen ist!" Es hatte ein wenig gedauert, bis ich realisierte, wie sehr unsere Kinder unseren Lebensweg und auch das Programm des Neufeld Verlages prägen. Heute scheint mir, dass Gott uns nicht nur als Familie, sondern auch als Verlag etwas Besonderes anvertraut hat.

WIR ERMUTIGEN …

- **Eltern von Kindern mit Behinderung durch authentische Erfahrungsberichte und kompetente Sachbücher, ihren Alltag zu meistern.**
- **Erzieherinnen und Lehrkräfte mit farbenfrohen Bilderbüchern, ein inklusives Miteinander in Kita und Schule zu gestalten.**
- **werdende Eltern mit den bezaubernden Fotografien von Conny Wenk, zu entdecken, wie Menschen mit Down-Syndrom das Leben bereichern.**
- **Menschen mit Behinderung durch lebensfrohe Biografien, ihr Leben selbstbewusst in die Hand zu nehmen.**
- **Elterngruppen, Therapeuten oder Institutionen mit kleinen Geschenken zum Verteilen, dass Menschen mit Behinderung in der Öffentlichkeit ganz neu und positiv wahrgenommen werden.**

Doch jeder Mensch möchte willkommen sein, geliebt und geschätzt. Und bei Gott sind wir willkommen – so, wie wir sind! Ich durfte selbst vor einigen Jahren ganz neu erleben, dass das auch mir persönlich gilt. Deshalb liegt uns auch am Herzen, dass Menschen erfahren:

- **Der christliche Glaube ist keine Religion, sondern lebt von Beziehung.**
- **Es gibt nichts Besseres, als mit Jesus zu leben.**
- **Es lohnt sich, die Bibel für das eigene Leben zu lesen.**
- **Die Gemeinschaft mit anderen Christen fordert uns heraus und hilft uns.**

Mit diesen beiden Programmbereichen sind wir leidenschaftlich unterwegs. Die Menschen merken rasch, dass es sich bei unserem Motto nicht um Marketing handelt, sondern dass es unsere Berufung zum Ausdruck bringt. Und das ist offenbar ansteckend …

David Neufeld (51) *ist Verleger des Neufeld Verlages und lebt mit seiner Familie in Cuxhaven. www.neufeld-verlag.de*

DEMENZINITIATIVE *Berlin*

Frau Kaiser ist 84 Jahre alt und kommt jeden Donnerstag zum Seniorennachmittag in die Gemeinde. Beim gemeinsamen Kaffeetrinken werden Spiele gespielt, und man unterhält sich über dies und das. Alle paar Wochen kommt Frau Kaiser auch sonntags in den Gottesdienst. So geht das schon seit vielen Jahren. An einem Donnerstagnachmittag passiert etwas Sonderbares: Mitten beim Mensch-Ärger-Dich-Nicht-Spielen packt Frau Kaiser das Spiel ein und räumt es weg. Alle anderen sind irritiert, aber gehen darüber hinweg. In der nächsten Woche möchte Frau Kaiser gar nicht mehr mitspielen. Sie erzählt auch nichts mehr. Dafür isst sie drei Stück Kuchen hintereinander und muss dann schnell nach Hause. In der Woche darauf kommt sie gar nicht.

Verunsichert beschließt der Seniorenkreis, dass sich Frau Kaisers Familie darum kümmern soll. So gut kennt man sich ja schließlich auch nicht und wenn sie sowieso nicht mehr mitspielen kann, ist ja auch der Seniorenkreis nichts mehr für sie.
An einem Sonntag sehen sie Frau Kaiser mit ihrer Tochter im Gottesdienst. Frau Kaiser ist sehr unruhig und steht immer wieder auf. Nur bei den Liedern singt sie mit und wirkt ganz ruhig und entspannt. Nach dem Gottesdienst geht sie mit ihrer Tochter gleich wieder. Niemand traut sich, sie anzusprechen. Eine Demenz verändert das ganze Leben. Nicht nur für die erkrankte Person, auch für nahestehende Angehörige, manchmal auch für die Nachbarschaft. Sie zu begleiten erfordert Zeit, Geduld und Mut, sich auf die Herausforderungen der Veränderung einzulassen.

Menschen mit einer beginnenden Demenz kommen häufig mit Terminen, Tagen und Uhrzeiten durcheinander. Die alltäglichen Abläufe beizubehalten kostet nicht selten mehr Energie, als sie aufbringen können. Wenn sie nicht erinnert oder abgeholt werden, erscheinen sie irgendwann einfach nicht mehr. Für andere ist ihr verändertes Verhalten oft befremdlich oder auch beängstigend. Viele Senioren möchten auch mit dem Thema Demenz nicht konfrontiert werden, weil es ihnen zu nahe geht.
Wie kann es gelingen, Menschen mit Demenz nicht zu verlieren, sondern sie in ihrer christlichen Gemeinschaft zu halten oder gerade in dieser besonderen Zeit in diese Gemeinschaft aufzunehmen? Brauchen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen überhaupt Gemeinschaft, und welche Rolle spielt der Glaube für sie? Diesen Fragen und Aufgaben stellt sich das Geistliche Zentrum nun seit 1999. Es ist aus der ehrenamtlichen Initiative einer kleinen Kirchengemeinde in Berlin-Schöneberg erwachsen. Dort war aufgefallen, dass Menschen nicht mehr in die Gottesdienste kommen wenn sie an einer Demenz erkranken, dass sie auch in den Seniorengruppen wegbleiben. Es wurde die Frage gestellt, warum das passiert. Und es wurden Angebote entwickelt, die Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen Zugang zu Spiritualität, Begegnung und Gemeinschaft erleichtern.So gibt es Gottesdienste, die sich an den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz orientieren. Lebendiges Hereinrufen oder Umherlaufen ist in diesen Gottesdiensten ausdrücklich erwünscht. Bekannte Lieder, Psalmengebete und natürlich das Vaterunser sind vertraut und werden oft auch von Menschen mitgesungen oder gesprochen, die im Alltag verstummt sind. Besondere Tanznachmittage in den Kirchengemeinden lassen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen den Pflegealltag für eine Weile vergessen. Über die alten Schlager kommt die vergangene unbeschwerte Zeit wieder zurück. Bei Kaffee und Kuchen kommt man miteinander ins Gespräch und Angehörige haben die Möglichkeit, sich auszutauschen. Auch bunte kulturelle Nachmittage von und für Menschen mit Demenz sind ein Angebot des Geistlichen Zentrums. Menschen aus der Gemeinde kommen so auch mit dem Thema in Berührung und können nach und nach Unsicherheiten überwinden.

Darüber hinaus wurde vom Geistlichen Zentrum Demenz auch die Fortbildungsreihe „Die Goldene Stunde“ entwickelt. Sie nimmt das Besondere und Kostbare menschlicher Begegnung in den Blick. Die Goldene Stunde richtet sich an alle Interessierten, die mit an Demenz erkrankten Menschen Zeit und Menschsein teilen oder teilen wollen: an Mitarbeitende in der Pflege, An- und Zugehörige, Ehrenamtliche, Seelsorger und Seelsorgerinnen, Pfarrerinnen und Pfarrer, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, an Menschen, die offen sind für Begegnung, für Fragen nach Sinn, für heilige Momente. In acht Bausteinen sensibilisiert „Die Goldene Stunde“ für spirituelle Sehnsüchte von Menschen mit Demenz und vermittelt Kompetenzen für die spirituelle Begleitung. An verschiedenen religiösen Orten gibt es thematische

Impulse, Raum für eigenes Nachdenken und Austausch in der Gruppe.

Dem unermüdlichen ehrenamtlichen Engagement der Akteure ist es zu verdanken, dass das Geistliche Zentrum über die Jahre gewachsen ist. Seit 2020 ist das Geistliche Zentrum nun ein Kooperationsprojekt des Evangelischen Kirchenkreises Tempelhof-Schöneberg und der Johannes-Stift Diakonie und es gibt uns drei hauptamtliche Mitarbeiterinnen: eine Pfarrerin und Geistliche Leitung, eine Projektkoordinatorin und eine Sozialpädagogin.
Wir blicken nun zurück auf mehr als ein Jahr mit einer Pandemie, die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sehr stark betroffen hat. Unsere Aufgabe ist es jetzt ganz besonders, Begegnung und spirituelle Momente zu ermöglichen, wo Berührung und Nähe nicht möglich ist.
Und so haben wir im letzten Jahr neue Formate entwickelt, mit denen wir gute Erfahrungen gemacht haben:
Außenandachten bzw. Straßen oder -hofandachten:
Wir haben den Gottesdienst auf die Straße verlegt. Vor Einrichtungen – an Orte, wo Menschen mit Demenz wohnen. Wir kommen mit Musik, die von weither zu hören ist, meist mit Akkordeon, bringen ein großes Bild mit, das von weitem zu sehen ist und feiern so Gottesdienst. Wichtigstes Element sind da unsere farbigen Tücher geworden, die alle zu Beginn bekommen – weil wir entdeckt haben, dass es so schön ist einander zuzuwinken – als Zeichen der Begegnung, des Miteinanders. Wir mögen diese Gottesdienste draußen und werden sie in der warmen Jahreszeit auch nach Corona weiterfeiern!

DIGITALE ANDACHTEN UND GOTTESDIENSTE:

Digital – das ist nie so schön wie real. Und doch – da wo Menschen sonst keine Andacht und keinen Gottesdienst erleben können, da kann es eine Unterstützung sein. So findet man bei uns auf unserem YouTube-Kanal regelmäßig digitale Kurzandachten bzw. zu den Festtagen ökumenische Gottesdienste. Und für die Gottesdienste bieten wir an, dass wir Sticks in die Einrichtungen bringen und außerdem einige Kleinigkeiten, die die Gottesdienste dort zu präsentischen Gottesdiensten werden lassen (z.B. unsere beliebten Segensglöckchen oder den Kuchen für danach.)

LEIERKASTENBESUCHE

Über den EKBO-Fond „Dritte Orte“ haben wir das Geld für einen Leierkasten bekommen. Der alte Leierkasten ist vielen noch vertraut. Wir ziehen mit dem Leierkasten an die Orte, wo Menschen mit Demenz leben – und bringen ein Ständchen und ein gutes Wort. Wir wollen damit Menschen mit Demenz und denen, die sie begleiten, zeigen, dass sie

Fotos: Tanja Nentwich

uns wichtig sind. Für einen Moment werden die Menschen, so ähnlich wie bei einem Tanznachmittag, aus ihrem Pflegealltag herausgeholt, wenn der Leierkasten kommt. Und dass hier und da wie in alten Zeiten ein Groschen in Papier oder Taschentuch eingewickelt wird und zu uns runterfliegt, hat uns bestätigt. Da werden alte Erinnerungen wach. Und diese Tradition, dass da etwas heruntergeworfen wird – manchmal auch ein Blümchen oder anderes – hat ja auch die Bedeutung, dass Menschen selber antworten können, auch das kann guttun. Ja, und am Ende sprechen wir einen Segen – einen guten Wunsch.

Immer wieder erfahren wir, wie wir selber in der Begegnung mit Menschen mit Demenz beschenkt werden – und gleichzeitig wie sich Menschen mit Demenz von einem Lächeln, von vertrauten Liedern oder einem Gebet anrühren lassen.

Diese Erfahrungen möchten wir weitergeben. In Kirchengemeinden und an die Orte, wo Menschen mit Demenz leben und gepflegt werden.

Katrin Albroscheit, *Pfarrerin Geertje-Froken Bolle und Dipl. Sozialpädagogin (FH), Berlin*

GOTT IST PARTEIISCH

» ER STEHT AUF DER SEITE DER ARMEN «

ChrisCare

WIR BEHINDERTEN

EINE BIBLISCHE BESINNUNG

Bei aller ethischen Diskussion des Themas „Behinderung“ geht es in Wirklichkeit weniger um die Behinderung als um das Leid. Behinderte Menschen haben Anspruch darauf, dass ihr Leid ernst genommen wird, ebenso aber auch, vor falschem Mit-Leid verschont zu bleiben. Falsches Mit-Leid ist projiziertes Selbstmitleid. Der Mitmensch ist mir lästig, sein Zustand stört mich. Mein Mitleid umstrickt ihn wie die Spinnenfäden das Opfer. Ich mache sein angebliches Leiden zum schlimmen Problem, "ach der Arme, ach die armen Eltern und Geschwister, ach die arme Umwelt, die den Armen tragen muss." Mein falsches Mitleid sondert ihn aus. Ich stigmatisiere ihn, mein Fürsorgen ist ein Entsorgen. Ich will der Sorge um ihn ledig sein, Ruhe soll er geben, ruhig sein, ich will Ruhe von ihm haben. Mein Mitleid dient der Selbstberuhigung; so wahre ich den Schein der Mitmenschlichkeit.

DAS PRINZIP DER GEGENSEITIGKEIT

Als Mitmenschen haben wir zu tragen am Leid der Behinderten unter uns, so wie diese selbst daran zu tragen haben. Warum hat aber dieser Satz, der doch sachlich eigentlich richtig ist, den leichten Stich unangenehmer Pathetik? Ist etwas faul daran? Ja, faul daran ist der Unterschied, als sei die Gemeinschaft der Menschen aufteilbar in die Behinderten einerseits und die Nichtbehinderten andererseits. Natürlich schreibe ich diesen Satz aus der mindestens ein wenig erhabenen Position des Nichtbehinderten. Genießbar wird er darum erst, wenn ich das Wort „Behinderter“ heraus kürze: „Als Mitmenschen haben wir zu tragen am Leid der andern, so wie diese selbst daran zu tragen haben.“

Das entscheidend Christliche an diesem wahren Satz ist die Gegenseitigkeit. „Einer trage des andern Last“ heißt das „Gesetz Christi“, wie Paulus formuliert, das Grundgesetz aller christlichen Ethik *(Galater 6,2)*. Es ist die Maxime der „Goldenen Regel“ in der Bergpredigt, die Jesus dort als „das Gesetz und die Propheten“ bezeichnet, und somit als das Gebot der gesamten damals vorliegenden Bibel schlechthin: „Alles nun, was ihr wollt, dass euch die Leute tun sollen, das tut ihnen auch!“ *(Matthäus 7,12)*. So verwirklicht sich die Liebe. Diese beiden Grundsätze machen keinen Unterschied. Ungeheuchelt kannst du nur Lastenträger sein, ungeheuchelt kannst du nur dienen, helfen, heilen, wenn dir bewusst ist, dass du keine geringere Last für den Mitmenschen bist als der Mitmensch für dich.

„Hier ist nicht Jude noch Grieche, hier ist nicht Sklave noch Freier, hier ist nicht Mann noch Frau“, stellt Paulus ebenfalls im Galaterbrief zur Gemeinschaft der Christen fest, „denn ihr seid allesamt einer in Christus Jesus“ *(Galater 3,8)*. Durch das „Gesetz Christi“ werden alle kategorisierenden Unterschiede, die den einen Macht und den andern Unterlegenheit zuschreiben, aufgehoben. Der Satz lässt sich beliebig in diesem Sinn erweitern, selbstverständlich auch um das Statement „Hier ist nicht Behinderter und Nichtbehinderter“.

EHRLICH SEIN

Aber auch diese Aussage, die doch wieder sachlich eigentlich richtig ist, hat einen leichten Stich. Es sieht fast so aus, als würde sie das tatsächliche Leid stark eingeschränkter Menschen verharmlosen. Wollen wir wirklich so tun, als gäbe es die Unterschiede nicht? Es gibt sie nur dann nicht, wenn wir ehrlich sind. Unter „Behinderung“ verstehen wir gemeinhin deutlich erkennbare chronische Einschränkungen körperlicher, geistiger oder seelischer Art, die statistisch ziemlich stark von der Normalität abweichen: Jemand kann nicht laufen, aber die meisten Menschen können es, jemand kann nicht begreifen, wie Schreiben und Rechnen geht, aber die meisten können es lernen, jemand kann keiner Arbeit nachgehen, die so ist wie die der meisten andern. „Hier ist nicht...“ meint keine Gleichmacherei, sondern: „Es spielt keine Rolle“. Es spielt keine Rolle, ob du allgemein gültigen Kriterien nach ein Mensch „mit Behinderung“ oder ein Mensch „ohne Behinderung“ bist, denn nach dem „Gesetz Christi“ sind die Lasten unter euch gleich verteilt. Da liegen nicht die armen Schwachen den gnädigen Starken zu Füßen, sondern alle sind wir als Belastung und als Lastenträger zugleich einander zugewiesen und aufeinander angewiesen. Unsere Lasten sind unsere Leiden.

Vor 20 Jahren las ich auf der Außenwand einer Kapelle im bayerischen Museumsdorf Tittling unter dem großen Kruzifix einen mit Kreide geschriebenen Vers:
Wahrscheinlich hat das noch niemand gewagt. Auch wenn es uns noch so gut geht, erinnert uns doch das Gewissen, vielleicht auch nur ganz schwach, an unser eigenes „Kreuz und Leiden“: Die Verletzungen, die wir so gern verklären oder wegerklären, die Fehlentscheidungen, die Irrwege und das Scheitern, das Schuldigwerden, die bittere Realität schwer enttäuschter Hoffnungen, die existenzielle Angst.

„Wenn jemand meint, er sei etwas, obwohl der doch nichts ist, der betrügt sich selbst“, lautet kommentierend der nächste Satz nach dem „Gesetz Christi“ im Galaterbrief *(Galater 6,3)*.

> Wir haben Kreuz und Leiden
> das schreib ich mit der Kreiden
> und wer nicht Kreuz und Leiden hat
> der wische dieses Schreiben ab.

Es geht Paulus nicht darum, dass wir pauschal so tun, als seien wir nichts. Das wäre falsche Demut. Vielmehr möge sich jeder erst einmal realistisch mit seinen Fähigkeiten und Grenzen selbst erkennen, statt von oben als Starker mit festem Stand auf die herabzusehen, die den Boden unter den Füßen, warum auch immer, jetzt gerade verloren haben. Dann wird „ein jeder seine eigene Last tragen“ *(Galater 6,3-4)*.

Das eigene Kreuz und Leiden zu leugnen ist Selbstbetrug. Das führt zu den Kategorisierungen, die durch das „Gesetz Christi“ aufgehoben sind. An der Seuche des fassadenhaften Demonstrierens von Stärke krankt die Gesellschaft schwer und leider auch die Gemeinschaft der Christen, wenn sie sich nicht ernsthaft genug am „Gesetz Christi“ und der Goldenen Regel ausrichtet. Dann wird das schöne Haus auf Sand gebaut, sagt Jesus in der Bergpredigt, auch wenn es eine Kirche ist.

DAS BILD DES GEKREUZIGTEN

Über der Kreideschrift an der Kapelle von Tittling hängt das große Kruzifix. Der Christus hat das „Gesetz Christi“ nicht nur aufgestellt, sondern auch erfüllt. Der wahre Mensch und „Gottesknecht“, wie ihn schon Jesaja erkannte, trägt alles Kreuz und Leid der Menschheit:

Das Bild des Gekreuzigten spiegelt unsere eigene Last. Wer leugnet, selbst Kreuz und Leiden zu haben, der leugnet den Gekreuzigten. Wer sein eigenes Kreuz und Leiden verharmlost, distanziert sich vom Gekreuzigten: „Andere mögen sich in ihm finden, aber für mich taugt dieser Spiegel nicht. Ich bin zu gut dafür.“

Dr. phil. Hans-Arved Willberg
Sozial- und Verhaltenswissenschaftler, Philosoph und Theologe, Karlsruhe, www.life-consult.org

Behinderungen sind leidvolle Grenzen, die uns umschließen. Wir können innerhalb dieser Grenzen sehr glücklich sein und ein gesundes Leben führen. Leidvoll ist die Grenze trotzdem, weil sie uns hindert, gute, schöne Möglichkeiten auszuschöpfen, die anderen zur Verfügung stehen. Andernfalls wäre es falsch, überhaupt von Behinderungen zu sprechen. Sehr begrenzt sind wir alle, darum auch sehr behindert. Der Behindertste von uns allen ist der einzig wahre Mensch, den wir den Christus nennen.

„Wir sahen ihn, aber da war keine Gestalt, die uns gefallen hätte. Er war der Allerverachtetste und Unwerteste, voller Schmerzen und Krankheit. Er war so verachtet, dass man das Angesicht vor ihm verbarg; darum haben wir ihn für nichts geachtet. Fürwahr, er trug unsre Krankheit und lud auf sich unsere Schmerzen“ (Jesaja 53,2b-4)

Sehr behindert zu sein ist konstitutiv für das Menschsein. Das ist keine Verharmlosung, sondern Erinnerung. Solange ist es nicht her, dass wir als Säuglinge den äußeren Kriterien nach körperlich und geistig schwer behindert waren, rundum angewiesen auf die Fürsorge und Pflege anderer. Solange wird es nicht mehr dauern, bis wir wieder so weit sind, ausnahmslos wir alle. In der Zwischenzeit können wir den etwas ausgedehnten Spielraum dankbar nutzen, um die Last der andern mitzutragen und dabei wiederum dankbar und bescheiden zu erfahren, dass wir auch selbst Getragene und Ertragene sind und bleiben. Und siehe da: Liebe wächst in diesem Miteinander.

Anzeige

APS

11. INTERNATIONALER KONGRESS FÜR PSYCHOTHERAPIE UND SEELSORGE

zukunftssicher

Wenn Angst und Polarisierung auf Hoffnung und Liebe treffen

- mit Vorträgen von Landesbischof Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm, Prof. Dr. Corinna Dahlgrün, Prof. Dr. Hans-Joachim Eckstein, Dr. Sonja Friedrich-Killinger, Matthias Gasche, Prof. Dr. Ulrich Giesekus, Prof. Dr. Michael Rohde und Anja Neu-Illg
- über 90 inhaltlich breitgefächerte Seminare
- reichhaltiges geistliches und kulturelles Angebot

Congress Centrum Würzburg • www.aps-kongress.de

Leise ist es nicht

ZU GAST IN EINEM WOHNHEIM FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

Leise?! Ist es... nicht. Das ist mein erster Gedanke, als ich mein Praktikum in einem Wohnheim für Menschen mit Hörschädigung oder Hörsehbehinderung starte. Stühle werden umhergeschoben, Teller klappern, es wird deutlich gestikuliert und dazu hörbar artikuliert. Nicht alles verstehe ich. Aber eines sofort: Hier wird kommuniziert. Anders als in meinem gewohnten Umfeld, aber doch genauso ausdrucksstark.

Im Laufe der Tage schließe ich die Bewohner, ob jung oder alt, in mein Herz. Besonders eindrucksvoll sind für mich die ältesten Bewohner, die z. B. nie das Gebärden-Alphabet gelernt haben und trotzdem gut durchs Leben gekommen sind. Die Kommunikation erlebe ich als direkter, authentischer, lebhafter, intensiver als ich es sonst gewohnt bin. Die Menschen hier können sich nicht hinter einem Pokerface verstecken. Gesichter sprechen wirklich Bände. Der Höhepunkt, bei dem ich mir so richtig begriffsstutzig vorkomme, ist im Gebärdensprachkurs. Das kann doch nicht so schwer sein... ist es für mich aber doch. Die jüngeren Bewohner nutzen regelmäßig die Chance, sich ein wenig lustig über mich zu machen. Und im Laufe der Tage lerne ich selbst, mich über mich lustig zu machen, wenn ich mich mal wieder nicht wirklich ausreichend ausdrücken kann... weil mir die Worte in dieser anderen Sprache fehlen. Immerhin können die Augen lächeln und Geschichten erzählen, einladen oder sich abgrenzen.

GEMEINSAMKEITEN SCHAFFEN GEMEINSCHAFT

Was ich damals direkt wusste: Hier fühle ich mich wohl. Angenommen, so wie ich bin. Das Zusammenleben macht Spaß. Die sogenannten Behinderungen schaffen ein Verbundenheitsgefühl. Es gibt ein paar mehr Herausforderungen, aber weniger Oberflächlichkeiten. Mehr Gedankenanstöße, mehr Tiefe. Mehr Lebensfreude, mehr Fröhlichkeit, mehr Lachen. Das möchte ich mitnehmen. Meinen neuen Namen nehme ich auch mit: Die Geste für eine Locke.

DER KONTAKT ZU MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN VERÄNDERT

Seither suche ich immer wieder bewusst die Begegnung mit Personen mit Behinderungen. Sehr spannend ist für mich z.B. auch der Besuch im „Dialog im Stillen“, wo die Besucher mit schalldichten Kopfhörern von gehörlosen Guides durch verschiedene Erlebnisstationen geführt werden. Hier lerne ich diese Sprache noch ein bisschen besser kennen. Obwohl – eigentlich lerne ich dabei vor allem mich selbst besser kennen. Meine Frustrationstoleranz, meine Offenheit, meine Grenzen, meine Fähigkeiten als Zuhörerin, als genaue Beobachterin, meine Geduld mit mir selbst und mit anderen. Das eine ist mein Bild über mich selbst – das andere die Probe aufs Exempel.

WEITERFÜHRENDE GEDANKEN

„Vielfalt ist wichtig“. So ein Satz ist schnell ausgesprochen, doch was heißt das wirklich, im gelebten Alltag? Im Zusammensein mit Menschen mit Behinderungen geht es um ein Genau-hinsehen, ein Dazulernen-wollen, ein Nicht-von-vornherein-Bescheid-wissen. Es fordert heraus. Es ist anstrengend, sich immer wieder in neue Welten zu bewegen, weil wir uns in den Situationen unserer eigenen Beschränktheit bewusst werden. Sind wir dazu bereit? Dann werden wir genau in diesen Momenten neue Trampelpfade bauen und alte Mauern in unseren Köpfen einreißen können.

Ich bin Dankbar für diese Erfahrungen. Wegen den Menschen, denen ich in meinem Praktikum begegnete huscht mir immer beim Anblick von Personen, die in Gebärdensprache gestikulieren, ein Lächeln über mein Gesicht.

Clara Plochberger
ist Gesundheitswissenschaftlerin und arbeitet als Jugendbildungsreferentin in Hamburg

Klinik Hohe Mark

FACHLICH KOMPETENT - CHRISTLICH ENGAGIERT - HERZLICH ZUGEWANDT

Pflegefachmann (m/w/d)

Die Klinik Hohe Mark ist ein Psychiatrisches Krankenhaus mit 259 Betten sowie 20 tagesklinischen Plätzen, einer Institutsambulanz und einer TagesReha für Suchtbehandlung.
Durch unsere Arbeit gestalten wir ein diakonisches Profil. Wir suchen daher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihre Aufgabe fachlich kompetent und christlich motiviert ausführen.

Pflegefachmann (m/w/d)

Wir suchen **ab sofort oder später eine*n Pflegefachmann*Pflegefachfrau** für unsere **Abteilungen Psychotherapie und Psychiatrie (Voll- und Teilzeit, unbefristet)**.

DAS BIETEN WIR:

- eine verantwortungs- und anspruchsvolle Tätigkeit mit persönlicher Einarbeitung
- kollegiale Atmosphäre in einem engagierten Team
- ein beziehungsorientiertes Pflegekonzept
- Förderung der Fachkompetenz durch interne und externe Fortbildung
- landschaftlich reizvolle Umgebung mit Nähe zur Stadt Frankfurt/Main
- Möglichkeit zum Erwerb eines Jobtickets für das gesamte RMV-Gebiet
- Vergütung nach AVR DD mit zusätzlicher Altersversorgung
- Unterkunft im Wohnheim möglich

Zur weiteren Information lesen Sie auch unser **Pflegekonzept** sowie die ausführliche Präsentation unserer **Leistungen für unsere Mitarbeitenden**.

DAS ZEICHNET SIE AUS:

- Sie sind an einer beziehungsorientierten Arbeit mit Menschen interessiert
- Sie verfügen über entsprechende soziale Kompetenz
- Sie arbeiten gerne selbständig und verantwortlich
- Sie möchten sich gerne in einer christlich geprägten Klinik engagieren

Ihr Beruf ist Ihre Leidenschaft? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter:
bewerben-bei-hohemark.de
Für Rückfragen wenden Sie sich gerne an:
Pflegedirektor Gerd Haselhorst
Friedländerstrasse 2
61440 Oberursel
Tel.: +49 (0) 6171/ 204 1000

DGD-Kliniken
Mehr als Medizin

VERZWEIFELTE PATIENTEN, GESTRESSTE ÄRZTE & CO

WIE DIE PATIENTENBEZIEHUNG HEILSAMER WERDEN KANN

Unter diesem Titel fand im April diesen Jahres ein digitaler Workshop im Rahmen der Reihe „30 Minuten plus – Praxsistage im Fokus" von Christen im Gesundheitswesen statt, in dem der langjährige Hausarzt und Allgemeinmediziner Dr. Horst Schramm und die chronisch kranke Patientin, Theologin und Buchautorin Frauke Bielefeldt von ihren Erfahrungen berichteten. Hier eine Zusammenfassung ihrer Ausführungen.

Die Begegnung mit dem Arzt oder anderen Behandlern aus dem Gesundheitswesen hat besonders für chronisch kranke Patienten eine wichtige Bedeutung für ihr Leben und die Bewältigung ihrer Erkrankung. Leider prallen hier oft ganz besonders die verschiedenen Erwartungen konflikthaft aufeinander, sodass auf beiden Seiten viel Frust entstehen kann. In gemeinsamen Gesprächen haben wir versucht, die Dynamiken zu ergründen, die im Verhältnis zwischen Behandlern und chronisch Kranken aktiv sind und unterschwellig für jede Menge Frust und Stress sorgen können, bis hin zu Verzweiflung (besonders auf Seiten der Patienten) und Rückzug (besonders auf Seiten der Behandler). Die Fülle an Beobachtungen haben wir in fünf Fallen gefasst, die im Hintergrund lauern und die Patientenbeziehung lähmen können.

1 DIE ZEITFALLE

Die zeitliche Begrenzung des Patientenkontaktes ist besonders für die ärztlichen Berufsgruppen einfach ein Fakt. Hausarztpraxen haben Taktungen von 5 oder 10 Minuten pro Patient, Fachärzte fokussieren sich auf die Erhebung von Befunden und verlagern die weitere Auswertung zu den Allgemeinmedizinern. Chronisch Kranke mit vielfachen Beschwerden finden oft kaum ein Setting, in dem sie überhaupt die Komplexität ihrer Erkrankung durchsprechen und nach substanziellen Ansatzpunkten suchen können.

Hier prallen die unterschiedlichen Erwartungen aufeinander: Für den Arzt ist dieser Patientenkontakt einer unter z.B. 50 an diesem Tag, während der Patient wochenlang auf diesen Termin gewartet hat und die Ergebnisse für sein Leben existenziell bestimmend sein können. Steht diese Begegnung von Anfang an auch unter dem Druck der zeitlichen Begrenzung, steigt die Spannung, dem Patienten nicht gerecht werden zu können bzw. als Patient mit leeren Händen und einem Sack voller unbeantworteter Fragen nach Hause gehen zu müssen. Wer noch nie länger als ein paar Wochen am Stück krank war, kann vielleicht kaum ermessen, welch existenziellen Leidensdruck es erzeugt, nicht nur dauerhaft unter schweren Beschwerden zu stehen und nicht zu „funktionieren", sondern in dieser bedrohlichen Situation auch keinen Ansprechpartner zu finden, mit dem man sich Stück für Stück der Sache annehmen und nach Lösungen suchen kann.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Geben Sie dem Patienten zu verstehen, wie viel Zeit Sie für diesen Termin haben. Klären Sie, ob der Patient seinerseits mit konkreten Fragen oder Anliegen kommt. Stecken Sie ab, worüber Sie sprechen wollen (und was Sie ggf. auslassen müssen), und stellen Sie die Fortsetzung zu einem späteren Termin in Aussicht. Das signalisiert dem Patienten, dass Sie an einer weiteren Erörterung interessiert sind, und hilft ihm, seine Erwartungen an diese Begegnung ggf. anzupassen.

- **Patient:** Klären Sie mit dem Behandler, mit welchen Erwartungen Sie in diesen Termin gehen. Wenn Sie viele Fragen haben, können Sie diese auch schriftlich mitbringen, damit sich der Behandler einen Überblick verschaffen und sortieren kann, was in dieser Begegnung Platz hat und was anderweitig (von ihm oder anderen) behandelt werden kann. Am besten bringen Sie dies gleich am Anfang des Gesprächs ein, bevor der Behandler vielleicht einen Monolog beginnt, der an Ihrer Situation vorbeigeht (weil er z.B. über Dinge informiert, die Sie schon wissen).

2 DIE „FALL"-FALLE

Angesichts der Fülle an Patienten liegt es nahe, dass Behandler sich nicht auf jeden einzelnen Kontakt tiefer einlassen können, sondern sich auf die Aspekte beschränken wollen, die ihre berufliche Aufgabe betreffen. Für den Patienten kann es allerdings unangenehm sein, dauerhaft auf organisch-mechanische Aspekte reduziert zu werden. Für eine gelingende Patientenbeziehung hilft es sehr, wenn auch einmal durchscheint, dass hier zwei Personen miteinander sprechen und nicht ein Ingenieur eine kaputte Maschine auf dem Tisch liegen hat. Dies beginnt schon in der Begrüßung, die freundlich und ver-

bindlich sein kann, z.B. indem man sich kurz in die Augen schaut. Patienten haben ein feines Gespür dafür, ob sie als Menschen wahrgenommen werden oder nur als Zahlen und Körperfunktionen. Einfache Sätze wie „Das ist sicher nicht leicht für Sie“ oder „Ich wünsche Ihnen alles Gute!“ signalisieren dem Patienten, dass sein Leid wahrgenommen wird. Wer mit kranken Menschen arbeitet, steht immer in der Gefahr, sich zu sehr vom Leid seiner Patienten belasten zu lassen, aber die Lösung besteht nicht darin, sich auf die Sachaspekte zu beschränken, sondern zu lernen, das Leid wahrzunehmen, ohne es selbst zu tragen und sich unter Druck zu setzen, es auslöschen zu können.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Begegnen Sie dem Patienten als Person, nicht nur als „Fall“. Zeigen Sie auch mal Empathie – auch wenn Sie vielleicht das Gefühl haben, damit nichts ändern zu können. Für den Patienten macht es einen großen Unterschied, einem mitfühlenden Behandler zu begegnen, der um die täglichen Auswirkungen weiß. Widmen Sie sich jedem Fall mit einer gewissen Sorgfalt, auch wenn er auf Sie diffus oder wenig spektakulär erscheinen mag.

- **Patient:** Rechnen Sie damit, dass Ihr Behandler täglich vielen anderen Kranken begegnet und Ihrem Leid vielleicht nicht immer die Tragweite beimessen kann. Begegnen Sie Ihrerseits dem Behandler als Person, nicht nur als „Erfüllungsmaschine“ – er ist auch nur ein Mensch und Sie auch nur ein Kranker unter vielen.

3 DIE SPEZIALISTENFALLE

Das Facharztsystem ermöglicht es, die äußerst komplex gewordene medizinische Wissenschaft auf verschiedene Bereiche aufzuteilen. Doch diese Aufteilungen werden manchen Multisystemerkrankungen nicht gerecht, deren Eigenart gerade in der Kombination an Symptomen und betroffenen Systemen liegt (so z.B. bei ME/CFS, (Erläuterungen siehe Ende des Artikels) deren Einzelbefunde nicht spektakulär sind, obwohl der Grad an Erschöpfung und Einschränkungen viele andere Erkrankungen übersteigt). Hier fallen auch schwer Betroffene durchs Netz, weil jeder Facharzt für seinen Bereich nichts Gravierendes feststellen kann und aus der Fülle an Symptomen oft gefolgert wird, dass es eher an einer psychischen Sensibilisierung der Wahrnehmung des Erkrankten liegt (vgl. 5.). Außerdem fehlt es manchmal an der Auswertung der erhobenen Ergebnisse. So berichten z.B. Morbus-Crohn-Erkrankte, dass immer wieder Magenspiegelungen durchgeführt werden, doch am Ende kein Arzt da ist, der die Ergebnisse deuten kann. Hausärzte verlassen sich auf die Fachärzte, während Fachärzte davon ausgehen, dass alles zum Hausarzt zurückfließt. Am Ende sieht sich niemand

Anzeige

zuständig, das Puzzle zusammenzusetzen. Außerdem arbeiten Ärzte oft nach dem Dringlichkeitsprinzip: Sind Vitalfunktionen akut bedroht; muss eine dringende Behandlung, Einweisung ins Krankenhaus o.ä. erfolgen? Ist dies nicht der Fall, schaltet man oft auf „Entwarnung“, obwohl die anhaltenden Beschwerden den Patienten massiv einschränken können. Patienten können verzweifeln, wenn ihnen nach langjähriger Krankheit mit dauerhafter Arbeitsunfähigkeit immer noch gesagt wird, dass sie ja „nichts Schlimmes“ hätten. Physiotherapeuten u.a., die direkt am Körper arbeiten, erkennen oft Zusammenhänge zwischen verschiedenen Strukturen (z.B. Muskeln, Nerven, Blutgefäße, Haut) besser und sind näher dran als Fachärzte, die in der klassischen Hierarchie ganz „oben“ stehen. Dass chronisch Kranke inzwischen oft selbst Spezialisten für ihren Fall sind, wird oft übersehen. Was sie an Erfahrung gesammelt haben und wie sie die Abläufe in ihrem Körper und die Zusammenhänge zu Tätigkeiten, Behandlungen, Wetterbedingungen etc. beobachten, ist wichtiges „Expertenwissen“. Wer lange mit einer Erkrankung lebt, hat auch gelernt, Informationen zu sortieren, sodass es den Behandler nicht gleich zum Abschalten bewegen sollte, wenn er den klassischen Satz zu hören bekommt: „Ich hab da was im Internet gelesen …“ Wer sich angegriffen fühlt, wenn der Patient externes Wissen mitbringt, ist vielleicht zusätzlich in die Autoritätsfalle getappt und kann sich daran erinnern, dass er kein Halbgott in Weiß sein muss. Wer Kranke als mündige Patienten versteht, kommt oft langfristig deutlich weiter.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Denken Sie auch mal „out of the box“ und beachten Sie Erkenntnisse anderer Berufszweige und des Patienten selbst.
- **Patient:** Nehmen Sie ernst, was Sie an sich wahrnehmen und über die Jahre erfahren haben. Sammeln Sie Ihre Befunde, dokumentieren Sie Ihre Krankengeschichte. Forschen Sie weiter, wenn die bisher konsultierten Fachrichtungen noch nicht zum Kern des Krankheitsgeschehens durchdringen.

4 DIE ERFOLGSFALLE

Mediziner stehen unter Erfolgsdruck: Sie sollen das Problem erkennen und es beheben. Gelingt dies nicht, kann es wie ein Scheitern erscheinen. Aber bei vielen chronischen Erkrankungen besteht Erfolg schon darin, ein Stückchen mehr Klarheit in das Geschehen zu bringen und dem Kranken Orientierung zu geben, wie er sich verhalten kann und welche Schritte noch versucht werden können. Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden tritt an die Stelle des Ziels einer kompletten Heilung. Das ist eine Herausforderung, sowohl für besonders Leistungsorientierte als auch für „Helfertypen“.

Stellt sich der erhoffte Erfolg nicht ein, besteht die Gefahr, dass Gefühle von Ohnmacht, Enttäuschung oder gar Unzulänglichkeit eintreten. Manche erleben dies gar als Kränkung, die aber oft nicht eingestanden wird, sondern in Aggression umschlägt und gegen den Patienten gerichtet wird. So muss dieser nicht nur mit seiner eigenen Enttäuschung fertig werden, sondern auch noch unangemessene Angriffe und Abwertungen abwehren. Chronisch Kranke berichten, wie sie sich bemühen, Behandlern dennoch kleine Erfolgserlebnisse liefern zu können, um sie bei der Stange zu halten. Viele haben Strategien entwickelt, um den Behandler nicht emotional zu belasten. Auf der anderen Seite berichten Behandler von unleidigen Patienten, die ihren Frust auslassen, weil doch irgendjemand „Schuld“ sein muss. So kommt es zum Kampf zwischen Behandler und Patient, obwohl doch eigentlich beide das gleiche Ziel haben.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Wie gehen Sie mit „Misserfolgen“ um? Lernen Sie auszuhalten, wenn Sie gesundheitliche Probleme nicht beseitigen, sondern nur begleiten können.
- **Patient:** Welche Erwartungen bringen Sie mit? Sind diese erfüllbar? Bringen Sie dem Behandler dennoch Respekt entgegen, auch wenn er Ihnen vielleicht nur bedingt helfen kann.

5 DIE PSYCHOFALLE

Im "30 Minuten plus" Seminar wurde beim anschließenden Austausch deutlich, wie sehr die Wahrnehmung von Behandlern und Patienten oft auseinandergehen. Dies machte sich besonders am Thema der „Psycho-Falle“ fest: Während Behandler davon ausgehen, dass sorgfältig erwogen wird, ob Beschwerden auch psychischen Ursprungs sein können, erleben Patienten oft vorschnelle, willkürlich erscheinende Überweisungen in die Psychosomatik, wenn Behandlern die somatischen Beschwerdebilder nicht genügend vertraut sind. Eine Vielfalt an Symptomen, die für Patienten konkret sind und das Ausmaß der Erkrankung ausmachen, wirken auf Ärzte manchmal „diffus“ und sollen für psychische Ursachen sprechen. Patienten erzählen immer wieder: „Wenn ich mehr als drei Symptome nenne, erfolgt keine Diagnostik mehr und ich werde in die Psychosomatik abgeschoben.“ Mit verheerenden Folgen, denn so bleiben somatische Probleme oft unerkannt und somit auch unbehandelt. Außerdem geraten die Patienten unter enormen Rechtfertigungsdruck, der oft einen gewichtigen Anteil des gesamten Leidensdrucks ausmacht.

Die psychische Zuschreibung bringt außerdem tiefe Verunsicherung mit, denn der Patient wird dazu angeleitet, seiner

Körperwahrnehmung zu misstrauen und stattdessen externe Deutungen über die „wahren“ Ursachen seiner Symptome zu übernehmen, die oft im diametralen Gegensatz dazu stehen. So werden z.B. Patienten mit schweren Erschöpfungszuständen oft fälschlich als depressiv diagnostiziert und zu mehr Bewegung und Aktivität angehalten, was ihren Gesundheitszustand häufig dramatisch verschlechtert. (Das Gegenteil wäre angesagt: „Pacing“ – das bewusste Haushalten mit den begrenzten Kräften – ist eine der wichtigsten Säulen zur Behandlung von Fatigue-Zuständen.) Horst Schramm erzählte aus seiner langjährigen Hausarztpraxis, wie er oft nach langer Zeit doch noch die somatischen Ursachen für Beschwerden herausfand, auf die er sich lange keinen Reim machen konnte und die er daher für psychosomatisch gehalten hatte.

Tipps für die Praxis

- **Behandler:** Wischen Sie nicht vorschnell die Schilderungen des Patienten vom Tisch. Sind psychische Belastungen erkennbar, eruieren Sie sorgfältig, ob diese schon zu Beginn der Problematik bestanden oder im Laufe der Leidensgeschichte entstanden sind (z.B. dadurch, dass dem Patienten nicht geglaubt wurde und er mit den beängstigenden gesundheitlichen Entwicklungen allein dastand). Suchen Sie weiter nach plausiblen Erklärungen und Ursachen.
- **Patient:** Behalten Sie die Nerven. Sagen Sie, wenn Sie sich nicht wahrgenommen und falsch gedeutet sehen. Suchen Sie den Kontakt zu besonnenen Mitpatienten.

Jeder Fall und jede Patientenbeziehung ist anders. Letztlich geht es aber wohl um nichts mehr und nichts weniger als um das gegenseitige Vertrauen. Dazu hilft die Trennung von Person und Umständen: Der Patient ist nicht (zwangsläufig) kompliziert, sondern trägt ein komplexes Krankheitsbild mit sich herum, das die Behandlung kompliziert macht. Und der Behandler ist nicht (zwangsläufig) beschränkt in seiner Kompetenz oder Einsatzbereitschaft, sondern sieht sich einem Krankheitsbild und einem Gesundheitswesen gegenüber, die ihm oft nur beschränkte Hilfsmöglichkeiten gewähren. So können sich beide Seiten von Schuldzuweisungen lösen und sich bestmöglich miteinander gegen den eigentlichen Gegner verbünden: die Erkrankung.

Anzeige

Buchhinweis:

Frauke Bielefeldt, Wie ein Schmetterling im Käfig: Perspektiven für ein Leben mit chronischer Krankheit, ergänzte Neuauflage: Brunnen-Verlag 2020 (270 Seiten, 18 Euro).

Informationen zu ME/CFS:
ME/CFS („ME“ = „Myalgische Enzephalomyelitis“, „CFS“ = „Chronic Fatigue Syndrom“) ist eine neuro-immunologische Erkrankung, die im ICD-10 unter G93.3 erfasst ist (ICD-11: 8E49). Informationen zum Krankheitsbild (auch zu Pacing und der Abgrenzung zu psychischen Erkrankungen) z.B. bei der Dt. Gesellschaft für ME/CFS (www.mecfs.de) oder dem Charité Fatigue Centrum (https://cfc.charite.de).

Foto: Ines Weber

Frauke Bielefeldt
freiberufliche Theologin und Autorin, lebt in der Region Hannover.

ZWANG UND GEWALT

Bei der Betreuung, Pflege und Behandlung Alter (und Behinderter) Menschen

Eine Zusammenfassung mit Auszügen und Zitaten von einer als Hybridveranstaltung organisierten Fachtagung der Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychiatrie e.V. DGGPP in Essen am 27. Oktober.2020

Ich berichte gern von einer Fachtagung zum Thema Zwang und Gewalt im Alter, bei der ich viele Informationen und Impulse für meine eigene Haltung und mein Handeln erhalten habe. Es wurden viele Aspekte thematisiert, die sicher nicht nur für alte Menschen, sondern ebenso für unseren Umgang mit behinderten Menschen gelten. Was können und sollten wir unbedingt wissen und beachten?
Die Referenten stellten mit hoher Fachkompetenz unter ganz unterschiedlichen Aspekten und von verschiedenen beruflichen praktischen Erfahrungen das äußerst umfassende Thema dar:

Zwischen Fürsorge und Freiheit – Gesetze als Basis, auf der wir stehen

Das Referat begann mit einem Zitat von Erich Fried: Die Gewalt fängt nicht an, wenn Kranke getötet werden. Sie fängt an, wenn einer sagt: „Du musst tun, was ich sage!“ Und der Vortrag schloss damit ab, dass dieses Zitat z.B. in der aktuellen Situation der Corona-Pandemie leider häufig so modifiziert wird: Die Gewalt fängt nicht an, wenn Kranke getötet werden. Sie fängt an, wenn einer sagt: „Du bist krank Du könntest krank werden: Du musst tun, was ich sage!“
Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt die "Freiheit zur Krankheit" und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind. Zwang und Freiheitsentziehung sind hohe Rechtsgüter und das bedeutet konkret, dass jede Art von Zwangsanwendung gegenüber Personen einer richterlichen Genehmigung bedarf. Hier gilt es zunächst, den ggf. im Vorfeld geäußerten Willen der Betroffenen zu berücksichtigen.
Anderenfalls bestehen gesetzliche Regelungen, deren Einhaltung durch verschiedene Instanzen kontrolliert wird, z.B. hoheitliche Beleihung durch Behörden von Kliniken, in denen Menschen mit gerichtlicher Genehmigung gegen oder ohne ihren Willen untergebracht und behandelt werden müssen. Auch Heimeinrichtungen unterliegen mehr oder weniger öffentlichen Überprüfungen, z.B. durch den MDK oder die Heimaufsicht. Kontrollinstanzen für alle Einrichtungen sind weiter die Besuchskommissionen der Länder, sowie nationale und europäische Stellen. Währen der Coronapandemie steht gerade der von den Schutzmaßnahmen betroffenen Bevölkerung die Nutzung digitaler Medien als Kompensation kaum zur Verfügung, sei es aus Gründen technischer Ausstattung, sei es aus Gründen mangelnder Kompetenz im Umgang mit den Medien. Die Besuchskommission für den Bezirk Braunschweig hat deshalb einen Fragebogen konzipiert und an Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich versandt zu wichtigen Themenbereichen: Kontakt zu Angehörigen oder Freunden, Kommunikation mit Bewohnern/Patienten und deren Betreuern/Bevollmächtigten, Sicherung rechtlicher Aspekte und Ansprüche, Verlassen der und Rückkehr in die Einrichtung, und dazu, ob es zusätzliche Fixierungsmaßnahmen, die auf die Besonderheiten der Lage während der Pandemie zurückzuführen sind, gibt.

HABE ICH EINE PATIENTENVERFÜGUNG ODER VORSORGEVOLLMACHT AUSGESTELLT, WORIN ICH MEINEN WILLEN FORMULIERT HABE?

Wer ohne Schuld ist, werfe den ersten Stein – erschreckend ehrliche Beobachtungen zu Zwang und Gewalt in der Pflege

Beleuchtet wurde die Situation, in der sich Menschen in pflegenden Berufen tagtäglich wiederfinden. Dazu gehören leider auch ganz unterschiedliche Ausprägungen und Formen von Gewalt, die nicht nur in der stationären Pflege, sondern auch im ambulanten und häuslichen Bereich ausgeübt werden und zu beobachten sind: es geht dabei v.a. um körperliche Gewalt (pflegerisch vernachlässigen, unangemessene Medikamentengabe, unerlaubte oder häufig freiheitsentziehende Maßnahmen, grob anfassen, kneifen, schlagen oder schütteln, unbequem hinsetzen oder -legen), verbale Gewalt (unerlaubtes/ungefragtes Duzen, Respektlosigkeit, Beleidigungen, unangemessene Lautstärke, Schreien, über den Menschen hinwegreden, aber auch Nicht-reden) und psychische Gewalt (Ignorieren, beleidigen, Missachtung von Wünschen und/oder Bedürfnissen, Distanzverletzungen, aufgezwungene Nähe, starre Rhythmen, über den Menschen hinweg pflegen, etwas gegen den Willen tun). Gewalt kann aber auch finanzielle Ausnutzung (unbefugt über persönliches Vermögen verfügen, zu Geldgeschenken überreden oder nötigen, Geld- oder Wertgegenstände entwenden) und intime Übergriffe (Schamgefühle oder Intimsphäre verletzen, sexuelle Andeutungen machen) bedeuten. *Quelle: https://www.pflege-gewalt.de/wissen/definition/*

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Uni Köln hat für die stationäre Pflege die "Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Gewaltprävention", die PEKo gegen Gewalt, entwickelt. Das Ziel ist dabei, die teilnehmenden Einrichtungen im Bereich der Gewaltprävention zu sensibilisieren und durch das gemeinsame Projekt partizipative Interventionen und Maßnahmen zu entwickeln, um diese Form der Prävention möglichst nachhaltig in einen konzeptionellen Rahmen zu überführen. Es erfolgt jeweils ein Vorher-Nachher-Vergleich durch anonymisierte, schriftliche Befragungen aller Bewohnenden und eingesetzten Mitarbeitenden zu verschiedenen Items. Ein Teil der Ergebnisse dieses Projekts hat mich tief bewegt und erschreckt, mir aber auch die Wichtigkeit dieses Themas mit großem Hilfe- und Veränderungsbedarf deutlich gemacht:

1. Eine Befragung von 1159 Bewohnern und Mitarbeitern ergab, dass Konfliktsituationen in der Pflege durch folgende Ursachen entstehen (Zustimmung in %): Langsamkeit von Bewohnern (33,1), Hinlauftendenzen (47,7), fehlende Mitarbeit von Bewohnern (46), mangelnde Einrichtungskultur im Umgang mit Differenzen (28,7), mangelndes Wissen im Umgang mit Differenzen (47,8), und durch Überlastung des Personals (73,7).

2. Von 1453 Pflegenden haben immerhin in den letzten 3 Monaten durch die Bewohner*innen in ihrer Einrichtung 86,8 % psychische Gewalt erlebt, 67,7 % körperliche Gewalt, 35,6 % sexuelle Gewalt. Selbst ausgeübt haben in diesem Zeitraum 61,1 % Gewalt durch Vernachlässigung, 48,9 % durch psychische Gewalt, 27 % durch freiheitseinschränkende Maßnahmen, und nur 8,8 % durch körperliche Gewalt.

3. Von Kolleg*innen ausgeübte Gewalt haben 79,2 % psychische Gewalt beobachtet, 72,3 Gewalt durch Vernachlässigung, 51 % durch freiheitseinschränkende Maßnahmen, und immerhin 22,7 % körperliche Gewalt, 3,8 % sexuelle Gewalt.

Gewalt ist ein individuelles Phänomen, welches von jedem anders definiert und wahrgenommen wird. So können Situationen von den jeweils beteiligten Personen sehr unterschiedlich bewertet werden. Gewalt kann dabei sowohl von Bewohnern als auch von Mitarbeitern oder auch von Angehörigen ausgehen und sich auch gegen diese Personengruppen wenden.

WO BRAUCHE ICH FORTBILDUNG?

DER GEWALTSPIRALE ENTKOMMEN

Sehr hilfreich empfand ich die Erklärung verschiedener Formen der Gewalt und deren Entstehung nach Küchenhoff 2002: Bei Implantierter Gewalt handelt es sich um erlittene Gewalt, die im Ich implantiert und zum Kern der psychischen Identität wird, die nicht reflektierbar ist. Sie kann nur an ihren handlungsbezogenen Auswirkungen erfahren werden. Traumatische Gewalt taucht im Lebenslauf auf und ist sichtbar. Sie zerstört die persönliche Geschichte. Der zugefügte physische oder psychische Schmerz zerreißt die seelischen Zusammenhänge. In der so entstandenen Bindungslosigkeit entsteht als Ersatz eine traumatische Repräsentation, die mit anderen Erfahrungen nicht mehr verbunden werden kann. Bei der Repressiven Gewalt handelt es sich um ein Unvermögen, sich von erlebter Gewalt zu distanzieren, was zu aktiver Reproduktion von Gewalt führt. Aus dem Opfer wird ein Täter. Diese Gewalt äußert sich als Kontrolle oder Unterdrückung, da die Projektion der verleugneten Eigenanteile gegen das Andere meiner Selbst schützt, das beim anderen bekämpft wird. Verleugnete Gewalt heißt, dass die Verleugnung von Machtverhältnissen und Pseudotransparenz scheinbar gewaltlose Mechanismen verstärken kann. Strukturell lässt es sich mit einer Perversion vergleichen. Gewalt kann so verschleiert werden, als wäre sie aufgehoben und durch Partizipation ersetzt. Resonanzphänomene zeigen, dass eine skalierende äußere Verstärkung von innerer Gewalt immer neue Gewalt erzeugt. Interessant, hilfreich und oft überaus wichtig ist es, sich die Entwicklungsgeschichte der an einer eskalierten Situation Beteiligten anzusehen und wahrzunehmen: Dazu gehören die Asymmetrie der Beziehung, die aktuelle Befindlichkeit der Beteiligten, Gewohnheiten/Rituale, die räumliche Gegebenheit, gesellschaftliche Normen und Werte, sowie die Durchsetzungsmöglichkeit bestehender Gesetze. Eine Grenzüberschreitung löst immer sichtbar und unsichtbar, bewusst und unbewusst sowohl Emotionen und Verhalten eines (alten/behinderten) Menschen aus, als auch Emotionen und Verhalten eines/mehrerer Mitarbeiter. Dadurch kann es dann zu einer Einengung von Emotionen, Verhalten und Denken kommen, die bis in eine Art Starre führen. Es läuft eine Kettenreaktion ab, die schlussendlich zur Gewalt führt. Oft ist ein Schlüsselreiz maßgeblich, durch den es zu einer Kaskadenentwicklung kommt. Nach der Deutung des Schlüsselreizes kann es zum Erleben von Ungerechtigkeit, Einengung und Bedrohung kommen. Je nach Ausdrucksrepertoire erfolgt dann eine gewalttätige oder nicht gewalttätige Reaktion. Gewalt ist oft ein Phänomen einer gestörten Beziehung. Daher gilt es, unsere besondere Aufmerksamkeit in der Beziehung zu richten auf das Nonverbale, den Handlungsdialog (Enactment), die szenische Darstellung eines Sachverhalts, Bedeutungen des jeweiligen Verhaltens, des Wortes, sowie dafür, dass dasselbe Verhalten unterschiedliche Bedeutungen haben kann. Wir können an unserem Verstehen arbeiten und benötigen verschiedene Arten des Verstehens für die uns Anvertrauten: empathisches (einfühlendes) Verstehen in eine problematische Situation, szenisches Verstehen (es handelt sich gerade um eine Szene mit verborgener Bedeutung, eine Erinnerungsspur), Wortverstehen (unterschiedliche Wortbedeutung) und biografisches Verstehen (unbewältigte Konfliktszene aus der lebensgeschichtlichen Vergangenheit?).

Wer hat nicht schon einmal die Situation erlebt, dass ein bisher unerklärliches Verhalten durch biografische Informationen – z.B. durch Angehörige – geholfen und die ganze Situation verändert hat? Es ist immer wieder nötig, einen Perspektivwechsel vorzunehmen. Es geht nicht um eine „Täterfrage“ und „Schuldfrage“, sondern um die Frage: „Was will ich tun, um die Beziehung zu verbessern?“ Wir geraten immer wieder in kritische Situationen mit vielen beeinflussenden Faktoren und Einflüssen, aber es gilt, dass unser Handeln immer unsere ganz eigene Entscheidung ist!

WO BIN ICH GEWALTTÄTIG?
WAS KANN UND WILL ICH VERÄNDERN?
Hass und Gewalt nicht allein zu verurteilen, sondern in ihrer Funktionsweise zu betrachten, heißt dagegen, immer auch zu zeigen, wo etwas anderes möglich gewesen wäre, wo jemand sich hätte auch anders entscheiden können, wo jemand hätte einschreiten können, und, wo jemand hätte aussteigen können. (Emcke 2016, S. 19)

HASS BRAUCHT BEZIEHUNG UND VERGEBUNG DURCH VERSTEHEN

Zu Anregungen und Hilfen, wie wir Zwang und Gewalt vorbeugen können und wie Eskalation entspannt werden kann, sei das Wichtigste und zugleich derzeit Schwierigste in eskalierenden Situationen: Geduld und Zeit! Es wurde auf die Bedeutung der Beziehung hingewiesen: „Eine gute Beziehung ist die halbe Miete“. Woran erkennt man eine gute Beziehung: Es gibt eine empathische, sympathische oder zumindest neutrale Ebene, es gibt wesentliche Übereinstimmungen oder Akzeptanz in ethischen Fragen, man kann zusammen lachen, und man kann Freiheiten zulassen und Kompromisse machen. Was stört eine gute Beziehung noch? Einige Besonderheiten im Verhalten und der Haltung des/der Mitarbeiters/in könnten folgende Aussagen und Sätze sein: „Ich weiß es besser “, „Ich habe keine Zeit“, „Ich bin erschöpft“, „Ich habe das Sagen “, „Ich habe recht“, „Hier gelten meine Regeln“ oder „Ihr Mann (Frau, Sohn, Tochter etc.) hat gesagt…“
Was verhindert eine gute Beziehung? spontane Antipathie und/oder negative Übertragungen, sofern sie unbewusst sind. Wie kann man die Beziehung retten? …durch Supervision, Fallberatung, Intervision, gute Psychohygiene, Fortbildung und Deeskalationstraining. Wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, sollten wir Ruhe bewahren, nicht streiten, nicht bevormunden, soweit wie möglich nachgeben, validieren, ablenken, Hinläufer begleiten, Beruhigungsmittel anbieten, Angehörige mit guter Beziehung hinzu ziehen. Sollten stärkere Maßnahmen erforderlich sein, immer für eine Übermacht sorgen. Und wenn alles vorbei ist? Dann sollte auf jeden Fall eine Nachbesprechung erfolgen, in der gemeinsam besprochen wird: Was haben wir falsch gemacht? Was müssen wir verändern? Ist eine Verfahrensanweisung sinnvoll? Wie ist die Beziehung? Hilfsangebot für betroffene Mitarbeiter!

WILL ICH GENAUER HINSCHAUEN, UM MICH SELBST UND MEIN GEGENÜBER ZU VERSTEHEN?

Die Teilnahme an diesem Symposium war wirklich lohnenswert und eine super Fortbildung!

Bettina Gundlach, *Amtsärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Mitglied im Vorstand von Christen im Gesundheitswesen, Aumühle*

DIE ZITATE STAMMEN VON FOLGENDEN REFERENTEN:

Dr. med. Manfred Koller, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt forensische Psychiatrie, und Geriatrie, Lehrbeauftragter an der Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. phil. Sascha Köpke, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Prof. Dr. phil. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf D. Hirsch, Arzt für Nervenheilkunde, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker und Gerontologe aus Bonn, Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie und des Gerontopsychiatrischen Zentrums der LVR-Klinik Bonn bis 2011, jetzt Privatpraxis und Lehre an der Universität Erlangen-Nürnberg im Bereich Psychogerontologie

Dr. med. Beate Baumgarte, Ärztin für Psychiatrie und Neurologie, Ärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und klinische Geriatrie, bis 2015 Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychotherapie am Krankenhaus Gummersbach, seit 2015 Privatpraxis, Fort- und Weiterbildung, Supervision

FÜR SIE GELESEN

WAS IST SCHON NORMAL?

Am 30. Geburtstag ihrer Tochter blickt die Autorin auf ein herausforderndes und vielfältiges, vor allem nie langweiliges Leben zurück. Im Vorwort schreibt sie: „Für meine außergewöhnliche Tochter sind inzwischen zahlreiche Wege entdeckt worden. Wie gut, dass die Suche auch in Zukunft niemals aufgeben wird, denn so mancher Weg hat sich als Sackgasse entpuppt.“ Von dieser Suche, den Sackgassen und den offenen Türen, handelt dieses Buch. Tina, die mit Down-Syndrom auf die Welt kam und dazu im Autismus-Spektrum unterwegs ist, ist einigen Lesern schon aus früheren Büchern bekannt, die sich mit dem Leben in der Kindheit und im Teenageralter befassen. Die Begleitung einer erwachsenen Tochter bringt noch andere Erfahrungen mit sich. Doro Mays Motivation ein drittes Buch zu schreiben: „Dieses Buch bringt es auf den Punkt: Ich bin nicht allein. Es gibt etliche Kinder wie meins. Ich habe es bloß nicht gewusst. Und jetzt kann in jedem, der mich nach meinem Kind fragt oder über mich und mein Leben den Kopf schüttelt, sagen: „Lies mal! Da steht es! Dann weißt du, wie es mir geht und warum ich manchmal so fertig bin, dass ich noch nicht einmal ans Telefon gehe. Dann siehst du schwarz auf weiß, dass es ein Riesenunterschied ist, ob man Stress hat wegen eines Kleinkindes oder wegen eines erwachsenen Kindes, das nicht erwachsen werden kann.“ Die kleinen Alltagsgeschichten, die die Autorin zusammengestellt haben, lassen sich leicht lesen, obwohl sie ein schweres Thema behandeln.

Frank Fornaçon

LITERATUR

Doro May, Alles außer planmäßig, Cuxhaven, 2021, 157 Seiten, ISBN 978-3-86256-167-4, € 16,90, Sfr 21.90

GESCHENKTE ZEIT

„Vierzehn Tage lang habe ich mein Schlüsselbund gesucht. Meine kleine Enkelin hatte damit gespielt und danach war er weg.“ So oder ähnlich beginnen viele der kurzen Erzählungen, die Rosemarie Dingeldey zusammengetragen hat. Es sind Alltagserfahrungen, die sie in einen größeren Zusammenhang stellt und die sie auf ihre geistliche Botschaft hin abklopft. Wie Kleinigkeiten den Alltag mit Gott prägen können, schildert die Autorin anhand ihrer eigenen Lebenserfahrung. Diese ist immer wieder von düsteren Farben geprägt, aber sie ist sicher: „Meine Lebensaufgabe sehe ich darin, andere zu ermutigen. Es gibt so viele Menschen, die den Kopf hängen lassen. Die keinen Sinn im Leben sehen. Mit diesem Buch möchte ich meinen Mitmenschen einen kleinen Anstoß geben, in die andere Richtung zu schauen, dem Herrn Jesus zu vertrauen, nicht aufzugeben, sondern sich ermutigen zu lassen. Das Leben ist bunt; helle und dunkle, grelle und matte Farben machen unseren Alltag aus.“ Übrigens: Der Schlüsselbund fand sich zwischen Müsli und Haferflocken im Küchenschrank.

Frank Fornaçon

Rosemarie Dingeldey, Ich schenk dir etwas Zeit, Geschichten und Impulse für den Alltag mit Gott, Marburg, 2021, 170 Seiten, ISBN 978-3-96362-231-1, € 9,95 Sfr 12.90

NACHRICHTEN

SOZIALER KONTAKT STÄRKT WOHLBEFINDEN

Mannheim: Forscherinnen und Forscher des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI) sowie des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) zeigen, dass das psychische Wohlbefinden im Alltag in Gesellschaft anderer Menschen erhöht ist. Dabei weisen Menschen, die mehr von sozialem Kontakt profitieren, eine höhere soziale Kompetenz und eine veränderte Struktur in einem Teil des Vorderhirns auf, der mit Resilienz und Risiko für psychische Erkrankungen assoziiert ist. Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit von sozialem Kontakt im Alltag für die psychische Gesundheit. Das Forscherteam konnte nun zeigen, dass der Zusammenhang zwischen sozialem Kontakt im Alltag und psychischem Wohlbefinden mit sozialer Kompetenz und verändertem Volumen im Vorderhirn assoziiert ist. In einer Studie, die in der Fachzeitschrift JAMA Psychiatry (DOI:10.1001/jamapsychiatry.2021.0560) veröffentlicht wurde, fanden sie heraus, dass Menschen sich im Alltag wohler fühlen, wenn sie in Gesellschaft anderer Menschen sind, als wenn sie alleine sind. Dieser Zusammenhang war besonders ausgeprägt bei Menschen, die eine hohe soziale Kompetenz aufweisen, in diesem Fall die Fähigkeit sich in stressigen Situationen soziale Unterstützung zu holen und im Umgang mit anderen Menschen verträglich zu sein. Die Erhebung der Studie wurde bereits vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie abgeschlossen. Dennoch sind die Ergebnisse besonders in Anbetracht der Pandemie, die geprägt ist von erheblicher Einschränkung der Sozialkontakte und einem erhöhten Auftreten von psychischen Erkrankungen, von großer Relevanz. „Wir wissen aus vorherigen Studien, dass auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, die häufig weniger soziale Kontakte haben, stark von sozialen Kontakten profitieren. Daher ist es wichtig, den Austausch mit Menschen besonders in dieser Gruppe zu fördern“, sagt Dr. Gabriela Gan, eine der Erstautorinnen der Studie.

Anzeige

Für unsere dortige suchttherapeutische Einrichtung
suchen wir ab sofort eine/n

PSYCHOLOGIN/PSYCHOLOGEN
mit abgeschlossenem Masterstudium

Wünschenswert – aber nicht Einstellungsbedingung – jedoch als Endziel für die Tätigkeit an diesem Arbeitsplatz erforderlich ist die Qualifikation als Psychologische/r Psychotherapeut/in.

Die Stelle ist als Vollzeitstelle neu zu besetzten, da unser langjähriger Diplompsychologe und Psychotherapeut in den Ruhestand geht. Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den TVDN der Diakonie mit betrieblicher Zusatzversorgung.

Die komplette Stellenbeschreibung mit allen wichtigen Informationen finden Sie auf unserer Homepage: **www.projekt-kaffeetwete.de**

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an
Herrn Zülch 05308 961732 oder Herrn Gehring 05308 1710

Wir suchen einen psychologischen Psychotherapeuten mit christlicher Lebensüberzeugung, dessen Tätigkeit folgende Aufgabenbereiche umfasst:
- Einzel- und Gruppentherapiesitzungen,
- Durchführung sowie Bearbeitung von Berichten für die Leistungsträger.
- Wöchentliche Treffen mit allen relevanten Mitarbeitern zur Fallbesprechung.
- Durchführung und Auswertungen von psychologischen Testungen

Kontakt:
Projekt Kaffeetwete e.V. Eitelbrotstr.53, 38165 Lehre
geschaeftsstelle@projekt-kaffeetwete.de
www.projekt-kaffeetwete.de

Projekt Kaffeetwete e.V.

KEIN „RECHT AUF ABBRUCH“

Dortmund/Berlin: Nach Einschätzung der Caritas Deutschland benennt der vom EU-Parlament Ende Juni verabschiedete sogenannte Matic-Bericht wichtige Forderungen mit Blick auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen. „Nicht akzeptabel ist allerdings das im Bericht formulierte grundsätzliche Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch, da die Rechte des ungeborenen Kindes außer Acht gelassen werden,“ kritisiert die Bundesvorsitzende des Sozialdienst katholischer Frauen (SkF), Hildegard Eckert. Der SkF begrüßt das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, das Recht auf sexualpädagogische Bildung und Prävention sowie das Recht auf Beratung, das im Matic-Bericht für alle Frauen in den Staaten der EU gefordert wird. „Daraus aber ein Recht auf Schwangerschaftsabbruch abzuleiten, ist falsch. Es kann kein „Menschenrecht auf einen Schwangerschaftsabbruch“ geben. Insofern sehen wir mit großer Sorge den Auswirkungen des Berichts entgegen“, stellt Eckert klar. Bei einem Schwangerschaftsabbruch stößt das Selbstbestimmungsrecht an seine Grenze, da es auch um das Leben und die Rechte des Ungeborenen geht. Anders als in vielen Ländern gibt es in Deutschland einen Zugang zu einem medizinisch sicheren Schwangerschaftsabbruch. „Der in Deutschland nach langen und schwierigen Debatten ausgehandelte Kompromiss zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs hat sich als tragfähig erwiesen, weil er sowohl die Grundrechte der Schwangeren als auch des ungeborenen Kindes berücksichtigt“, macht Eckert deutlich. Verbunden mit Beratung und flankierenden Hilfen bietet er vielen Frauen neue Perspektiven. Frauen, die sich nach einer Beratung für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, müssen das Recht haben, dass dieser medizinisch sicher durchgeführt wird. „Doch ein grundsätzliches Recht auf Schwangerschaftsabbruch, wie im Bericht gefordert, verstößt gegen die Menschenwürde und das Recht des Kindes. Dem widersprechen wir in aller Entschiedenheit“, so Caritas-Präsident Peter Neher.

Anzeige

PERSÖNLICH für Sie

LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

„Wie gut, dass Sie mir diesen Tipp gegeben haben“, meint die Mutter eines Kindes, das mit einer sehr seltenen Behinderung geboren wurde und zunächst lange Zeit Rätsel aufgab, was dem Kind wohl fehle. Nachdem die Kinderärztin die Diagnose gestellt hatte, war zwar ein medizinischer Fachausdruck gefunden, aber damit war der Familie noch nicht wirklich geholfen.
Die Herausforderung der Geburt eines Kindes mit einem Handicap findet auf mehreren Ebenen statt, der therapeutischen, der pflegerischen, manchmal der medizinischen bei einem operativen Eingriff. Vor allem aber ist das Sozialsystem Familie gefordert, angemessen miteinander umzugehen. Und das ist häufig das größte Problem. Nicht wenige Ehen scheitern über der Aufgabe, einem Kind mit einer Behinderung gerecht zu werden. Geschwisterkinder werden durch die Behinderung mitbehindert. Onkel und Tanten, manchmal auch Großeltern wenden sich ab. Oder schlimmer noch, sind immer mit guten Ratschlägen zur Stelle, auch wenn sie nicht gefragt sind.
Nach der Diagnose ist darum die Vernetzung mit Menschen in ähnlicher Lebenssituation von großem Gewicht. Es kann zwar belastend sein, wenn man vom späteren ungünstigen Verlauf in anderen Familien hört, es kann auch betrüben, wenn andere scheinbar weniger Mühe haben, den Alltag zu bewältigen. Aber unter dem Strich gilt: Geteiltes Leid ist halbes Leid und geteilte Freude ist doppelte Freude.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Berlin bezeichnet die Selbsthilfeorganisationen als Vierte Säule des Gesundheitswesens neben ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Vielleicht könnte man auch noch die Kirchengemeinde als mögliche fünfte Säule hinzuzählen. Wenn Gemeinden wahrnehmen, was ihre Mitglieder und Freunde nötig haben, dann können sie eine wichtige Stütze sein. Es braucht etwas Mut, sich in der Kirche am Ort umzusehen, welche Möglichkeiten es gibt. Aber es lohnt sich.
Vor allem die Selbsthilfegruppen seltener Erkrankungen und Behinderungen mit oft kleinen Zahlen an Betroffenen, sind auf Unterstützung angewiesen. Sie brauchen Freunde auch unter den Menschen, die nicht unmittelbar mit einer Behinderung leben.

In Deutschland findet man alle Informationen zu Selbsthilfegruppen unter www.nakos.de. In der Schweiz unter www.selbsthilfeschweiz.ch

Pastor Frank Fornaçon,
Kirche im Hof, Kassel

TAGUNGEN, SEMINARE & KONFERENZEN

TERMINE:

SEP.

03.-05.09.2021, Wernigerode
Fachtagung „Beziehungen in Zeiten der Pandemie“
www.smd.org

12.09.2021, Hamburg
Ökum. Patientengottesdienst
www.cig-online.de

12.09.2021, Kiel-Wellingdorf
Segnungsgottesdienst
www.akg-kiel.de

24.09.2021, Siegen
Ökum. Patientengottesdienst
www.cig-online.de

25.09.2021, Chemnitz
Kongresstag „Gesundheit³“
www.cig-online.de

OKT.

04.-08.10.2021, Weitenhagen
Stille und Heilwerden
www.weitenhagen.de

CiG Christen im Gesundheitswesen

Wochenende für Kranke und Angehörige 2021
22. – 24. Okt. '21 Kloster Nütschau

www.cig-online.de

22.-24.10.2021, Travenbrück
Wochenende für Kranke und Angehörige
www.cig-online.de

28.-31.10.2021, Stadtlauringen
Soaking, Stille im Sturm
www.craheim.de

29.-30.10.2021, Marburg
Fachtagung Empirische Forschung zu Glaube, Psychotherapie und Seelsorge
www.akademieps.de

29.-31.10.2021, Heiligenstadt
Hebammen-Workshop
www.cig-online.de

NOV.

05.-06.11.2021, NRW/Paderborn
Hybrid-Fachtagung „Pflege und Seelsorge“
www.pflegeundseelsorge.de

07.11.2021, Hamburg
Ökumenischer Patientengottesdienst
www.cig-online.de

12.-14.11.2021, Elbingerode/Online
CiG Starter Wochenende
www.cig-online.de

12.12.2021, Online
Gemeindediakonie- Basisseminar für Pflegefachkräfte, Dienstag und Donnerstag bis 1.2.22
www.visavis-gemeindediakonie.de

2022

16.-22.01.2022, ONLINE
8. Christlicher Gesundheitskongress
www.christlicher-gesundheitskongress.de

19.-24.04.2022, Hünfelden
Ökumenische Exerzitien
www.cig-online.de

01.-04.05.2022, Congr. Centr. Würzburg
Int. APS-Kongress
www.Aps-kongress.de

ChrisCare verschenken

WIR HABEN DIE PERFEKTE GESCHENK-IDEE FÜR SIE:

Ideal, um Ermutigung für die Arbeit im Gesundheitswesen weiter zu geben. Schenken Sie ein Jahr lang ChrisCare zum Preis eines Blumenstraußes*!

Zum Überreichen Ihres Geschenks erhalten Sie eine Gratisausgabe mit Ihrer Wunschbanderole – oder wir senden sie direkt zu der Person, die Sie überraschen möchten. Mehr Infos unter: www.chriscare.info
(* EUR 22,00 (inkl. Versandkosten, nur in Deutschland)

ChrisCare

[Kleinanzeigen]

Hausarzt werden? Lust auf neue Perspektiven, rheinländisches Lebensgefühl und die Metropolregion Düsseldorf? Gemeinschaftspraxis in 40764 Langenfeld sucht altersbedingt einen/eine Nachfolger/in für Sommer 2023. Ideal wäre ein/eine Internist/in mit hausärztlichem Schwerpunkt. Kollegin ist FA Allgemeinmedizin.
Tel. 0171 8251566 oder E-Mail: gschinke@web.de

Kleinanzeige ab 3 Zeilen möglich. Für Anbieter 19 € / Zeile; für Suchende 9,50 € / Zeile. Chiffregebühr: 5 €.
Alle Mediadaten unter: www.chriscare.info

Postweg: Christen im Gesundheitswesen e.V., ChrisCare, Chiffre-Nr., Bergstr. 25, 21521 Aumühle
E-Mail: info@cig-online.de, Angabe der Chiffre-Nr. im Betreff

Impressum

Herausgeber und Verlag: ChrisCare erscheint im Verlag Frank Fornaçon, Ahnatal, und wird von Christen im Gesundheitswesen e.V. herausgegeben.
Chefredaktion: Frank Fornaçon (FF) (V.i.S.d.P.), Korrektorat Julia Eberwein. Die Beiträge wurden sorgfältig ausgewählt, dennoch übernimmt die Redaktion keine Haftung für die Inhalte. Verantwortlich ist der jeweilige Autor. Zur leichteren Lesbarkeit wird bei Begriffen, die männlich und weiblich gemeint sind, in der Regel eine gemeinsame Form verwendet, z.B. „Patienten". Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos übernimmt der Verlag keine Haftung.
Copyright: Christen im Gesundheitswesen e.V., ChrisCare wird in CareLit ausgewertet: www.carelit.de
Redaktionsanschrift: Verlag Frank Fornaçon, Am Gewende 11, 34292 Ahnatal, Deutschland, Tel.: (+49) (0) 56 09 806 26, Fornacon-Medien@web.de, www.verlagff.de
Gestaltung: hallo!rot, Werner-von-Siemens-Str. 25, 78224 Singen, Deutschland, www.hallo-rot.de
Druck: Druck- und Verlagshaus Thiele & Schwarz GmbH, Werner-Heisenberg-Straße 7, 34123 Kassel
Anzeigenverwaltung Deutschland und Österreich: Verantwortlich: Günther Gundlach, Christen im Gesundheitswesen e.V., Aumühle, Bergstraße 25, 21521 Aumühle, Tel.: (+49) (0) 4104 91 709 30, Fax: (+49) (0) 4104 91 709 39, info@cig-online.de, www.cig-online.de.
Anzeigenverwaltung Schweiz: Verantwortlich: Niklaus Mosimann, SCM Bundes-Verlag (Schweiz), Rämismatte 11, Postfach 128, CH-3232 Ins, Tel.: (+41) (0) 43 288 80 15, werben@bvmedia.ch, www.bvmedia.ch. Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 1/2012. Trotz sorgfältiger Prüfung kann der Verlag keine Verantwortung für die veröffentlichten Anzeigen, Beilagen und Beihefter übernehmen. ChrisCare erscheint jeweils in der Mitte eines Quartals.
Preise: Einzelheft € (D) 5,80, € (A) 6,00, SFr. (CH) 10.30. Jahresabonnement (4 Ausgaben), € (D) 19,20, € (A) 19,80, SFr. (CH) 31.30, jeweils zuzüglich Versandkosten. Anschriftenänderungen sind rechtzeitig vor Erscheinen des nächsten Heftes dem ChrisCare-Aboservice in Deutschland oder dem SCM Bundes-Verlag (Schweiz) in der Schweiz mitzuteilen. Die Post liefert Zeitschriften nicht automatisch an die neue Anschrift.
Bestellungen aus Deutschland und Österreich: ChrisCare-Aboservice, Bergstraße 25, 21521 Aumühle, info@cig-online.de, Tel.: (+49) (0) 4104 917 09 30, Fax: (+49) (0) 4104 917 09 39, Vertrieb auch über die J.G.Oncken Versandbuchhandlung, Postfach 20 01 52, 34080 Kassel, Tel.: (+49) (0) 561 5 20 05-0, Zeitschriften@oncken.de
Bestellungen aus der Schweiz: SCM Bundes-Verlag (Schweiz), Rämismatte 11, Postfach 128, CH-3232 Ins, abo@scm-bundes-verlag.ch, www.scm-bundes-verlag.ch, Tel.: (+41) (0) 43 288 80 10, Fax: (+41) (0) 43 288 80 11
Konto Deutschland: Christen im Gesundheitswesen, Evangelische Bank, IBAN: DE55 5206 0410 0206 4161 79, BIC: GENODEF1EK1
Konto Schweiz: Postkonto 85-622703-0, IBAN: CH90 0000 8562 2703 0, BIC: POFICHBEXXX
Beilage: Neukirchener Kalender
Fotos: Adobe Stock: Titel Unsplash: Titel, S.6, 9, 18, 20, 21, 27, Freepik: S.12, S. 17: Carolin Schubert, alle anderen Bilddaten: privat und hallo!rot
Illustrationen: hallo!rot (www.hallo-rot.de), Freepik: S. 24, 26, 30-32
Fachbeirat: Dr. theol. Peter Bartmann (Berlin), Gesundheitsökonom, Diakonie Bundesverband; Reinhild Bohlmann (Kassel), Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands BfHD e.V., Leiterin der Fortbildungsakademie; Prof. Dr. med. Andreas Broocks (Schwerin), Ärztl. Direktor Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, HELIOS-Kliniken; Ulrike Döring (Wiesbaden), Vorsitzende des Evangelischen Berufsverbandes Pflege; Paul Donders (Niederlande), Leitung xpand international; Prof. Dr. Ralf Dziewas (Bernau), Professor für Diakoniewissenschaft und Sozialtheologie; Heribert Elfgen (Aachen), Physiotherapeut, Dipl. Musiktherapeut; Claudia Elwert (Karlsruhe), Physiotherapeutin, Mitarbeiterin Zentrum für Gesundheit-Therapie-Heilung; Sr. Hildegard Faupel (Springe), Theologin, Pädagogin; Dr. theol. Astrid Giebel (Berlin), Diplom-Diakoniewissenschaftlerin, Pastorin, Krankenschwester, Theologin im Vorstandsbüro der Diakonie Deutschland-Evangelischer Bundesverband; Dr. med. Martin Grabe (Oberursel), Chefarzt Psychosomatik Klinik Hohe Mark, Vorsitzender Akademie für Psychotherapie und Seelsorge e.V.; Dr. med. René Hefti (Langenthal), Ärztlicher Consultant und Leiter Forschungsinstitut Spiritualität & Gesundheit; Sr. M. Basina Kloos (Waldbreitbach), Franziskanerin, Generaloberin; Sr. Anna Luisa Kotz (Untermarchtal), Vorstand Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul; Reinhard Köller (Aumühle), Arzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren; Pfarrer Ulrich Laepple (Berlin); Dr. med. Gabriele Müller (Frankfurt a. M.), Anästhesistin am Schmerz- und Palliativzentrum Rhein-Main; Rolf Nussbaumer (Herisau), Schule für christliche Gesundheits- und Lebensberatung; Weihbischof Thomas Maria Renz (Rottenburg), Diözese Rottenburg-Stuttgart; Dr. theol. Heinrich-Christian Rust (Braunschweig), Pastor der Evangelisch Freikirchlichen Gemeinde Braunschweig, Friedenskirche; Dr. med. Claudia Schark (Kassel); Oberin Andrea Trenner (Berlin), Oberin Johanniter Schwesternschaft; Dr. phil. Michael Utsch (Berlin), Psychotherapeut, Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen

Info

Christen im Gesundheitswesen

CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN (CiG)

CiG e.V. ist ein bundesweites konfessionsverbindendes Netzwerk von Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen: Pflegende, Ärzte, Therapeuten, Mitarbeitende aus Management und Verwaltung, Seelsorger, Sozialarbeiter und weitere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.

Basis der Zusammenarbeit sind die Bibel, das apostolische Glaubensbekenntnis sowie die Achtung des Einzelnen in seiner jeweiligen Konfessionszugehörigkeit.

Die ökumenische Arbeit von CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN verbindet seit über 30 Jahren Christen im Umfeld des Gesundheitswesens – in regionaler sowie in bundesweiter Vernetzung.

Wichtiges Element sind die CiG-Regionalgruppen, die von Mitarbeitenden vor Ort geleitet und verantwortet werden und die sich in unterschiedlichen, z.B. monatlichen Abständen treffen. Beruflicher Austausch, biblischer Impuls und Gebet sind wiederkehrende Bestandteile der Treffen. Einige Gruppen bieten Regionalveranstaltungen an, zu denen öffentlich eingeladen wird. Kontakt zu den Regionalgruppen vermittelt die Geschäftsstelle.

Seminare zu berufsspezifischen Themen aus christlicher Sicht, Fachgruppen wie auch Angebote für Kranke und Angehörige werden dezentral meist in Zusammenarbeit mit den CiG-Regionalgruppen angeboten. Jährlich findet eine Jahrestagung statt, alle zwei Jahre wird der Christliche Gesundheitskongress mitgestaltet.

Die bundesweit ausgerichtete Arbeit von Christen im Gesundheitswesen wird von rund 20 Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen im Bundesweiten Leitungskreis verantwortet und geleitet.

In der Geschäftsstelle in Aumühle bei Hamburg wird die Arbeit koordiniert. Hauptamtliche, geringfügig Beschäftigte und rund 120 Ehrenamtliche sorgen für die Umsetzung von Projekten und unterstützen die Arbeit des Bundesweiten Leitungskreises.

Die Arbeit von CiG finanziert sich wesentlich aus Spenden. Ein Kreis von rund 450 Fördernden bildet hierfür die Grundlage, indem sie den gemeinnützigen Verein jeweils mit einem Mindestbeitrag von 10 € im Monat finanziell unterstützen. Die Fördernden erhalten das ChrisCare-Abo kostenfrei. Wir laden Sie herzlich ein, dem Förderkreis beizutreten! ■

CHRISTEN IM GESUNDHEITSWESEN e.V.
Bergstraße 25, D-21521 Aumühle
Tel.: (+49) (0) 4104 917 09 30, Fax: (+49) (0) 4104 917 09 39
E-Mail: info@cig-online.de, Internet: www.cig-online.de

DGD KLINIKEN

Klinik Hohe Mark

FACHLICH KOMPETENT
CHRISTLICH ENGAGIERT
HERZLICH ZUGEWANDT

Psychiatrie – Psychotherapie
Psychosomatik – Suchtmedizin

Oberursel (Taunus) – Frankfurt am Main

www.bewerben-bei-hohemark.de

DGD-Kliniken
Mehr als Medizin

BARMHERZIGE BRÜDER
Klinikum St. Elisabeth
Straubing

KLINIKUM ST. ELISABETH STRAUBING

2021 wieder unter den Top Kliniken

TOP NATIONALES KRANKENHAUS 2021 FOCUS DEUTSCHLANDS GRÖSSTER KRANKENHAUS-VERGLEICH FOCUS-GESUNDHEIT 08|2020

WORLD'S BEST HOSPITALS 2021 Newsweek FOKUSIERT BY statista KLINIKUM ST. ELISABETH STRAUBING

HOHE VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Kliniklisten bescheinigen dem Klinikum eine hohe Versorgungsqualität. Die Qualitätsmessungen Initiative Qualitätsmedizin, Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser sowie die Offenlegung der Qualitätsdaten sind die Basis.

PATIENTENSICHERHEIT

Als eines der 100 Top-Krankenhäuser steht die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten im Klinikum an erster Stelle. Effektive Sicherheitsmaßnahmen werden engagiert umgesetzt. Bestnoten gibt es auch für die hygienischen Standards.

EMPFEHLUNGEN

Überdurchschnittlich viele Empfehlungen zuweisender Fachärzte und überdurchschnittliche Leistung zeichnen das Klinikum aus. Die Experten befinden mit ihrem Fachwissen die medizinische Qualität der Behandlung in unserem Haus für sehr gut.

QUALITÄTSKRITERIEN

Bei den weiteren Faktoren der Klinikliste schneidet das Klinikum sehr gut ab: Fallzahlen, Behandlungserfolg bei Operationen, technische Ausstattung, Anzahl der betreuenden Ärzte sowie Qualifikation der Pfleger.

WORLD'S BEST

Als einziges Krankenhaus in Niederbayern unter den Top 100 steht das Klinikum wegen seiner erstklassigen Patientenversorgung auf der Weltbestenliste von Newsweek. Hohes Ansehen genießt unser Haus bei Patienten und in der Gesundheitsbranche.

Gemeinsam für Menschen. Und Sie mittendrin.

Unterstützen Sie uns zum nächstmöglichen Termin

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Als Gesundheits- und Krankenpfleger/in übernehmen Sie eine patientenorientierte Pflege innerhalb einer Station. Zudem gewähren Sie die fachgerechte Durchführung der ärztlichen Anordnungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich. Sie bringen eine interdisziplinäre Arbeitsweise, hohe Sozialkompetenz, Einsatzbereitschaft, Teamfähigkeit mit und Sie identifizieren sich mit den Zielsetzungen eines katholischen Krankenhauses.
Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter:

www.klinikum-straubing.de/karriere

www.klinikum-straubing.de

Klinikum St. Elisabeth Straubing
St.-Elisabeth-Straße 23 · 94315 Straubing · Tel.: 09421 710 - 0 · info@klinikum-straubing.de