



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2016 Ausgabe 69

Sonderausgabe:

**HOSPIZKULTUR UND PALLIATIV-
VERSORGUNG IN EINRICHTUNGEN
FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG**

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

bereits vor sieben Jahren hat sich der „Hospiz-Dialog“ mit der Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung an ihrem Lebensende befasst, orientiert – so lautete es im Vorwort – an „dem Bedarf nicht nur an Wissen und Kompetenzen der Mitarbeitenden, sondern auch hinsichtlich der sich dadurch ändernden Anforderungen an die Strukturen und Haltungen der Einrichtungen.“ Noch länger ist es her, dass ALPHA sich in verschiedenen Projekten des Themas angenommen hat. Denn weit länger als noch vor einer Dekade wurde in Einrichtungen der Behindertenhilfe die Notwendigkeit der Entwicklung einer guten Hospizkultur und Palliativversorgung deutlich, heute mit zunehmendem Alter der Bewohnerinnen und Bewohner immer mehr.

Diesem Bedarf Rechnung tragend findet daher in diesem Jahr – gefördert durch das Land NRW – eine landesweite Fachtagung statt. Dieser Hospiz-Dialog greift Themen der Fachtagung auf in Form von Artikeln, deren Autorinnen sich zu einem großen Teil auch als Referentinnen für die Tagung zu Verfügung gestellt haben.

Mit beiden Medien wollen die ALPHA-Stellen einen weiteren Impuls geben für den Auf- und Ausbau der hospizlichen und palliativen Begleitung in den Einrichtungen, dem in den nächsten Jahren weitere folgen werden. Haltung, Qualifizierung und Vernetzung spielen hier wie in anderen Bereichen der Begleitung Sterbender und Trauernder eine zentrale Rolle.

Ihre

Gerlinde Dingerkus
Gerlinde Dingerkus

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion

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

Layout

Art Applied, Hafengeweg 26, 48155Münster

Druck

Buschmann, Münster

Auflage

3500

Die im Hospiz-Dialog-NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen. Foto Seite 6, 14, 15, 17, 22 G. Achtermann

SONDERAUSGABE

HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVVERSORGUNG IN EINRICHTUNGEN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

Wünsche der Menschen mit Behinderung – eine Befragung

Ein Interview mit Jaqueline Bruns, Kim Dressler,
Julia Fischer, Janine Hauptstein, Antonia Rohfleisch 4

Wenn das Wort zur Mauer wird – Die Rolle der Leichten Sprache in Palliativmedizin und Hospizbegleitung

Vera Apel-Jösch 7

„Hast du etwas verloren?“ – Bedeutung der Seelsorge

Anja Thönelt 10

Trauergruppen für Menschen mit Behinderung – ein Erfahrungsbericht

Stefanie Plenter 13

Schmerzen erkennen bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung

Helga Schlichting 16

Wissen schafft Sicherheit – Ein neues Weiterbildungs-Curriculum

Martina Kern 19

Veranstaltungen 23

WÜNSCHE DER MENSCHEN MIT BEHINDERUNG – EINE BEFRAGUNG

EIN INTERVIEW MIT JAQUELINE BRUNS, KIM DRESSLER, JULIA FISCHER, JANINE HAUPTSTEIN, ANTONIA ROHFLEISCH

Gelebte Netzwerke sind häufig eine Bereicherung für alle Beteiligten. So auch der Kontakt zwischen ALPHA-Westfalen und der Katholischen Hochschule Münster. Für ALPHA stellte sich die Frage: Was wissen wir eigentlich von den Menschen mit Behinderung persönlich über ihre Wünsche und Bedürfnisse am Lebensende. Im Gespräch mit Prof. Heinrich Greving von der Katholischen Hochschule ergab sich die Idee, Studierende zu fragen, ob sie Interesse daran haben, eine Befragung in Einrichtungen der Behindertenhilfe durchzuführen. Fünf Studierende haben spontan zugesagt – ohne dass dieses als Projekt für das Studium anerkannt wird – interessiert an dem Thema, engagiert für die Sache der Menschen mit Behinderung und dabei sachkundig und verantwortungsbewusst in der Umsetzung.



v. l. Antonia Rohfleisch, Jacqueline Bruns, Kim Dreßler

Erinnern Sie sich an den Augenblick, als Sie von der Überlegung dieser Studie gehört haben? Was waren Ihre ersten Gedanken dazu?

Wir haben unterschiedlich darauf reagiert: Teilweise haben wir uns gewundert, weil wir nicht davon ausgegangen sind, dass beim Wunsch der Begleitung am Lebensende kognitiv beeinträchtigte Menschen andere Vorstellungen haben als andere Menschen. Auch hat eine von uns einen Zwiespalt gefühlt: Zum einen Neugier auf diese neue Erfahrung, zum anderen Unsicherheit darüber, wie die Studie konkret umgesetzt werden würde.

Uns allen war jedoch klar, dass es sich um ein wichtiges Thema handelt, welches enttabuisiert werden sollte. Des Weiteren könnte es Menschen mit Hilfebedarf eine Möglichkeit bieten, sich zu diesem Thema zu äußern und Wünsche zu formulieren. Denn es ist ja nur gerecht, dass, wenn es möglich ist, jeder den letzten Lebensabschnitt nach seinen eigenen Vorstellungen gestalten sollte.

Wie haben Sie die Einrichtungen erlebt, als Sie mit der Befragung begannen?

Die Einrichtungen waren gegenüber unserer Studie sehr offen und durch ALPHA auch auf die Befragungssituation gut vorbereitet. Sie waren sehr an dieser Fragestellung interessiert und äußerten auch Interesse an den Ergebnissen, um ggf. Änderungen in ihren Häusern vornehmen zu können. Die Einrichtungen haben eine angenehme Atmosphäre vermittelt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren sehr freundlich und hilfsbereit, auch haben die meisten ihre Unterstützung angeboten, so dass man sich nicht alleingelassen fühlte. Die Menschen mit einer Behinderung konnten frei entscheiden, ob und wann sie an der Befragung teilnehmen möchten. Auch wurde ihnen überlassen, ob sie die Fragen allein oder mit einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin beantworten möchten. Sie hätten die Befragung jederzeit abbrechen können, wenn es ihnen zu viel geworden wäre. Das hat der eine oder andere auch genutzt. Ob die Befragten im Anschluss Gelegenheit zur Nachbearbeitung hatten, wissen wir nicht, sicher wäre es aber von Seiten des Hauses sinnvoll, danach zu fragen, ob noch Gesprächsbedarf besteht.

Wie empfanden Sie die Kommunikation mit den Menschen, die Sie befragt haben?

Auch die Menschen, die wir befragt haben, waren zumeist gut auf das Treffen vorbereitet – sowohl inhaltlich als auch in Bezug auf den Ablauf, so dass Erklärungsbedarf weitestgehend nicht nötig war. Der Kern der Befragung war den Befragten bewusst. Auch waren sie insgesamt sehr offen und interessiert an den Fragen. Allerdings kam es hin und wieder zu leichter Frustration, weil der Fragebogen

nicht ganz schlüssig war (z. B. doppelte Fragen ...). Teilweise war es aber auch schwierig sowohl wegen der sehr individuellen Aussprache als auch wegen des nicht vollständigen Verständnisses: Manche Befragten konnten sich nicht so gut äußern, manche wussten nicht so genau, was gemeint war, so dass Gesagtes wiederholt werden musste. Dann mussten wir darauf achten, dass wir durch Erläuterungen nicht die Antworten beeinflussen.



Julia Fischer

Gibt es Ergebnisse oder Reaktionen, die Sie besonders berührt oder vielleicht überrascht haben?

Der Fragebogen bestand aus zwei Abschnitten. Der erste Abschnitt befasste sich mit einer bereits verstorbenen Person aus dem Umfeld des oder der Befragten. Im zweiten Teil sollten sich die Befragten vorstellen, wie es wäre, wenn sie jetzt so krank oder alt wären, dass sie sterben müssten. Besonders im ersten Teil haben uns viele Antworten berührt. Häufig wurde über den Tod der Mutter oder des Vaters gesprochen, auch wenn dieser schon lange zurücklag. Manchmal waren die Teilnehmerinnen oder Teilnehmer den Tränen nahe, wenn sie über die geliebten Verstorbenen gesprochen haben. Das hat uns sehr berührt.

Überrascht war eine von uns darüber, dass, als sie sich und die Studie vorgestellt hat, eine Frau so stark emotional reagiert hat, dass sie das Café, in dem wir einige Besucherinnen und Besucher befragen konnten, fluchtartig verlassen hat.

Aber es gab auch andere Reaktionen, so war eine von uns darüber überrascht, dass die Fragen sehr neutral beantwortet wurden. Sie hatte mit mehr Gefühlsregungen gerechnet.

Überraschend war es auch, dass manch jüngere Befragte schon mehr über den Tod nachgedacht hat als deutlich ältere.

Was ist Ihr persönliches Fazit?

Wir nehmen viel von der Befragung mit. Es war spannend, den Prozess der Entstehung eines Fragebogens über die Durchführung bis hin zur Auswertung begleiten zu dürfen. Was den Fragebogen selbst betrifft, so mussten manche Fragen noch ein-

mal überdacht werden, wie z. B. die Frage nach Schmerzen; hierzu sagte ein Bewohner: „Ist doch nur logisch, dass ich ohne Schmerzen sterben möchte.“ Auch über die Befragungssituationen sollte man im Vorfeld gut nachdenken. So halten wir es z. B. für wichtig, dass die Befragungen nicht während der Arbeitszeit durchgeführt werden. Diese doch recht schwere Thematik darf nicht „einfach so dazwischen geschoben“ werden. Die Befragungen in den eigenen Wohnungen bzw. Zimmern ermöglichen unserer Einschätzung nach ein ruhigeres und offeneres Gespräch.

Menschen mit einer Behinderung sind genauso unterschiedlich wie Menschen, die diese Behinderung nicht haben. Es gibt Menschen, die sprechen gerne über den Tod und das Sterben. Genauso gibt es aber auch Menschen, die nicht über solche Themen sprechen möchten.

Wir hatten teilweise das Gefühl, dass es den Befragten häufig schwerer fiel, über ihren eigenen (irgendwann bevorstehenden) Tod zu sprechen als über verstorbene Personen aus ihrem Umfeld. Dieses Phänomen hat eine von uns auch bei ihren Großeltern erlebt: Auch wenn der Tod zum Leben zwangsläufig dazugehört, so macht er eben auch Angst und das Denken darüber führt zu vielen Fragen und Unsicherheiten. Wir denken, dass es deshalb wichtig ist, freiwillige Angebote zu schaffen, bei denen Menschen mit einer Behinderung über dieses Thema sprechen können. Außerdem können Informationen in leichter Sprache über die Themen „Hospiz“ bzw. generell „Versorgung vor dem Tod“, „Beerdigung“ und ggf. „gesetzliche Vorgaben“ helfen, Sicherheit zu schaffen und somit Ängste abzubauen.



Janine Hauptstein

Die Studie hat einen Überblick von der gesamten Lage gegeben. Allerdings kann man zukünftig sicherlich noch differenzierter forschen. Die Umfrage kann als Grundlage für weitere dienen und gibt Anhaltspunkte, an welchen Stellen eine Vertiefung sinnvoll wäre. Das Thema Tod ist in vielen Einrichtungen zwar schon präsent, aber bei vielen Klienten noch nicht angekommen.

Welche Empfehlungen haben Sie für die Einrichtungen bzw. für die Mitarbeitenden?

Bei anstehenden Befragungen sollte den Befragten mehr Zeit eingeräumt werden, damit gerade The-



men wie diese besser verarbeiten werden können. Bei der Anwesenheit von Mitarbeitern während solcher Art der Befragung würden wir den Mitarbeitern empfehlen, sich absolut im Hintergrund aufzuhalten. Das Einmischen während der Befragung kann zur Verwirrung, zur Abschweifung oder auch zur „plötzlichen Meinungsänderung“ führen (z. B. wenn der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin eine Bezugsbetreuung darstellt und sich an dessen bzw. deren Meinung stark orientiert wird). Wir erachten es als sinnvoller, dass sich Mitarbeitende nur einbringen sollten, wenn dies unbedingt notwendig ist.

Welche Empfehlungen haben Sie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hospizdiensten oder Palliativdiensten?

Nach unseren Erfahrungen, die wir nicht nur im Rahmen der Befragung, sondern auch bei unseren Tätigkeiten in den Einrichtungen der Behindertenhilfe sammeln konnten, sind diese Dienste in den Einrichtungen nicht sehr präsent. Eine engere Vernetzung wäre langfristig sehr sinnvoll.

Es haben folgende Einrichtungen an der Befragung teilgenommen:

- Lippischer Blinden- und Sehbehindertenverein Detmold e.V. Detmold
- Alexianer Münster GmbH
- Westfalenfleiß GmbH Münster

Die Ergebnisse des Projektes werden im Rahmen der Fachtagung „Gemeinsam auf dem Weg – Hospiz- und Palliativversorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ am 16.11.2016 in Hagen vorgestellt und sind ab dem Zeitpunkt bei ALPHA-Westfalen unter alpha@muenster.de abrufbar.

WENN DAS WORT ZUR MAUER WIRD – Die Rolle der Leichten Sprache in Palliativmedizin und Hospizbegleitung

VERA APEL-JÖSCH

Franz Kafka wird der nachfolgende Ausspruch zugeschrieben: „Ein Buch muss eine Axt sein für das gefrorene Meer in uns.“

Treffend beschreibt der Dichter, welche brachiale Kraft Bücher und damit Worte haben können. Nicht umsonst sprechen wir ja auch von Wortgewalt, wenn jemand über einen großen Fundus an Wörtern und eloquentem Ausdruck verfügt. Wörter können Eis brechen, Wörter können Brücken bauen und Mauern einreißen.

Aber sie können auch genau das Gegenteil bewirken. Worte können ebenso eine Barriere sein wie ein zu hoher Bordstein oder eine Treppe für einen Rollstuhlfahrer. Dann nämlich, wenn die Leserin/der Leser oder die Hörerin/der Hörer nicht in der Lage ist, unseren Worten zu folgen, sie zu verstehen oder den Gesamthalt eines Textes aufzunehmen.

Abermillionen Menschen in unserem Land stehen vor dieser Barriere. Lange blieben sie stumm, klaglos, aus Scham oder Ohnmacht. Spätestens aber seit der UN-Resolution zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahr 2009 ist es schwarz auf weiß nachzulesen: Menschen mit einer kognitiven oder anderweitigen Beeinträchtigung muss der gleichberechtigte Zugang zu Informationen ermöglicht werden, sei es durch Blindenschrift, Gebärdendolmetscher oder eben auch durch Leichte Sprache.

Leider hat sich der Begriff „Leichte Sprache“ und das Wissen um seinen Inhalt noch nicht flächendeckend in unserem Land verbreitet. Leichte Sprache, was ist das?

Leichte Sprache ist eine Sprache in einem einfachen Deutsch. Sie zeichnet sich durch ein festes Regelwerk aus und ermöglicht einer großen Anzahl von Menschen, sie zu verstehen. Die Sätze sind kurz, die Schrift ist in einer augenfreundlichen Größe und Gestaltung, Fremdworte werden vermieden oder immerhin erklärt. Dabei ist sie grammatikalisch korrekt und keine Babysprache, sie richtet sich an den erwachsenen Menschen.

Nutznieser dieser Leichten Sprache sind sehr viele Zielgruppen. Da sind eben jene Mitbürgerinnen und Mitbürger, die eine Lernbeeinträchtigung haben. Menschen mit einer Lernbeeinträchtigung sind selten geübte Leser, es ist noch gar nicht so lange her, da traute man Menschen mit einem Down-Syndrom kaum zu, überhaupt Lesen und Schreiben zu lernen. Und längst können es auch noch nicht alle Menschen mit einer Lernbeeinträchtigung, weil die Beeinträchtigungen unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Fast alle können sich aber nicht sehr lange konzentrieren und da kommen kurze Sätze und verständliche Worte dem Gehirn sehr entgegen.

Eine weitere Zielgruppe der Leichten Sprache sind Menschen mit einer Beeinträchtigung der Sinnesorgane. Der sehbehinderte Mensch oder der Mensch mit einer Sehschwäche profitiert von der großen Schrift und der deutlich verbesserten Lesbarkeit und übersichtlichen Textgestaltung. Menschen mit Gehörlosigkeit oder einer Schwerhörigkeit nützt Leichte Sprache auch. Wenige verfügen über einen elaborierten Wortschatz in der Lesekompetenz. Dazu muss man wissen, dass Gebärdensprache kein Übersetzen wie bei einem Fremdsprachenübersetzer ist. Es gibt nicht die Eins-zu-eins-Entsprechung mit einer Gebärdenvokabel. Infolgedessen ist der Wortschatz des hörbeeinträchtigten Menschen auch in der Lesesprache häufig eingeschränkt.

Unser Land ist multikulturell, es gibt Mitbürgerinnen und Mitbürger, die als Sprachanfänger der



Vera Apel-Jösch

 **DER PARITÄTISCHE**
Kompetenz-Zentrum Leichte Sprache

Leicht sprechen. Einfach verstehen.
www.leicht-sprechen.de

» *Geringe Lese- und Schreibkompetenz wird häufig aus Scham verschwiegen.*

deutschen Sprache zu uns kommen und von Texten profitieren, die ihnen in ihrer aktuellen Sprachkompetenz entgegenkommen.

Und dann gibt es noch eine Zielgruppe, die oft verschwiegen wird. Ich spreche von den Menschen, die funktional analphabetisch sind. Will heißen: Ein erschreckend hoher Prozentsatz von Menschen in unserer Gesellschaft – und wir sprechen hier auch über Einheimische – hat eine ganz geringe Lese- oder Schreibkompetenz und damit eine hohe sprachliche Teilhabebarriere.

Diese Menschen haben sich schon in der Schule mit Deutsch schwergetan, waren immer wenig literarisiert und verloren nach und nach auch noch diese mühsam erlernten Fähigkeiten. Die Größenordnung dieses funktionalen Analphabetismus liegt nach einer aktuellen Veröffentlichung der Bundeszentrale für politische Bildung bei erschreckenden 14,5 % der erwachsenen Bevölkerung – sprich etwa 7,5 Millionen Menschen. 7,5 Millionen Menschen in Deutschland verstehen Texte nur auf basalem Niveau. Übrigens haben weitere 25,9 % größere Probleme beim Lesen und Schreiben, ein Text in Grundschulniveau wird fehlerhaft verschriftlicht.

Geringe Schriftkompetenz ist also in Deutschland ein gesellschaftlich relevantes Thema, kein zu vernachlässigendes und zu verschweigendes Problem von marginalen Randgruppen.

Stellen Sie sich also bitte vor:

Ein hoher Prozentsatz von Menschen, die medizinische oder pflegerische Dienste in Anspruch nehmen, Beipackzettel lesen, Einwilligungen unterschreiben, ist überhaupt nicht in der Lage zu verstehen, was ihnen sprachlich mitgeteilt wird.

Häufig wird das aber nicht offen sichtbar, weil die Betroffenen aus Scham schweigen. Die juristische Standhaftigkeit manch einer Einwilligung ist mehr als zweifelhaft, denn der Einwilligende muss ja überhaupt verstanden haben, in was er einwilligt, und er muss einwilligungsfähig sein. Und da sind

ja dann auch noch die eingangs erwähnten Menschen mit der Lernbeeinträchtigung.

Wie berücksichtigen wir deren Wünsche und Ängste in der medizinischen, palliativmedizinischen und hospizlichen Begleitung am Lebensende? Sind wir rein formal und machen es bestenfalls allein an der Einwilligungsfähigkeit fest? Oder übergehen wir den betroffenen Menschen und sprechen nur mit seinem Vertreter – den Eltern und Verwandten – dem gesetzlichen Betreuer? Entscheiden diese statt des Betroffenen?

Selbstbestimmung ist für einen Menschen mit einer Lernbeeinträchtigung ein sehr viel steinigere Weg als für andere Menschen. Von Anbeginn an müssen viele dafür kämpfen, ihre Lebensform zu leben, Eltern neigen aus Sorge zu Überprotektion und wollen alle Entscheidungen für ihr behindertes Kind bis hin in dessen Erwachsenenalter lieber selbst treffen.

Das entspricht nicht meinem Bild von Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen und ist auch ganz sicher nicht im Sinne der UN-Konvention und nationaler Gesetze.

Auch Menschen mit einer Lernbeeinträchtigung müssen und dürfen selbstbestimmte Patienten sein, auch bis und am Lebensende. Wann ist ein Mensch einwilligungsfähig? Dann, wenn er eindeutig freie Entscheidungen treffen kann und die Reichweite eben dieser Entscheidungen versteht. Somit ist dieser Mensch durchaus in der Lage eine Patientenverfügung zu verfassen, wenn ihm unparteiische Hilfe zur Seite steht.

Aber selbst wenn ein Patient, ein Sterbender nicht einwilligungsfähig ist, kann man diese Situation anders als nur formaljuristisch betrachten. Auch dieser Mensch kann seine Wünsche und Vorstellungen äußern und damit eine wichtige Leitlinie für Ärzte, Betreuer und Verwandte geben, auch wenn die formalen Hürden einer Patientenverfügung nicht genommen werden konnten. Wir haben in meinem Büro vor einem guten Jahr eine sehr aus-

» *Selbstbestimmung mit all ihren Facetten zu erreichen, kann für Menschen mit Beeinträchtigung ein steiniger Weg sein.*

fürliche Patientenverfügung in Leichter Sprache für das saarländische Sozialministerium erstellt. Der Text wurde von Menschen aus der Zielgruppe auf seine Verständlichkeit geprüft und ich war sehr berührt und beeindruckt, wie klar und entschlossen die Prüfler (allesamt Menschen mit einer mittleren bis mittelschweren Lernbeeinträchtigung) in der Lage waren, ihre eigenen Wünsche und Sorgen zu thematisierten, ja sogar einen ausgesprochen hohen Regelungsbedarf als Wunsch artikulierten. Manche scheiterten dann später allerdings leider an ihren Betreuern oder Eltern, die das als nicht notwendig einstufen.

Ich appelliere an dieser Stelle leidenschaftlich an alle Verantwortlichen in Medizin, Pflege und Gesellschaft: Seien Sie dabei. Lassen Sie uns Sprache demokratisieren und damit Information und Bildung teilen. Machen wir ernst mit Selbstbestimmung und Mündigkeit des Patienten/der Patientin, auch und vor allem dann wenn es Beeinträchtigungen bei diesem Menschen gibt. Teilhabe und Gleichbehandlung ist ein universelles Menschenrecht und nicht teilbar. Jeder hat das Recht über sein Leben und seinen Tod selbst zu entscheiden, das ist keine Frage der Intelligenz, der Sprachkom-

» Leichte Sprache fördert Selbstbestimmung, Mündigkeit und Teilhabe beeinträchtigter Menschen.

petenz oder des Bildungsniveaus. Sprechen wir mit den Betroffenen statt über sie. Machen wir alle zusammen Medizin und Begleitung auf Augenhöhe, nicht ausschließlich für Menschen, sondern mit ihnen. Leichte Sprache ist schnell erlernbar, aber muss dann trainiert werden.

Steigen Sie ein, werden Sie weiter mehrsprachig oder beauftragen eine externe Stelle mit der Übersetzung Ihrer Unterlagen. Die Zeit ist reif, es passt nicht zu einer aufgeklärten Gesellschaft, dass fast 40 % der Bevölkerung mehr oder weniger sprachlich draußen vor der Tür bleiben. Gewähren Sie jedem Menschen unabhängig von seinen Beeinträchtigungen eine weitestgehende Autonomie. Viel zu oft projizieren Stellvertreter ihre eigenen Werte und Vorstellungen in die Entscheidungen für den betroffenen Menschen.

Und zu guter Letzt: Tun sie dies auch für sich selbst. Gesellschaft ist an so vielen Ecken eine Absicherungsgesellschaft geworden. Ich verstehe das, ich bin Juristin und damit der potentielle Angstpatient mancher Ärzte. Mediziner sind gezwungen, sich selbst unangreifbar zu machen, eine Aufklärungs- und Einwilligungspraxis folgt häufig mehr dem Postulat der Absicherung als dem der Patientenmündigkeit. Unter uns gesagt: Ganz viele Aufklärungen und Einwilligungen sind wahrscheinlich das Papier nicht wert, auf dem sie geschrieben sind. Weil nämlich der unterschreibende Mensch gar nicht weiß, was er unterschrieben hat. Weil er es nicht lesen oder verstehen konnte.

So ist er nicht aufgeklärt und der Aufklärende nicht abgesichert. Reden und schreiben Sie leicht, wenn es nötig ist. Leichte Sprache ist modern und knackig. Wagen Sie es, Sie werden Freude daran finden.

Und lassen Sie sich nicht von Sprachwissenschaftlern in universitären Elfenbeintürmen vom Gegenteil überzeugen, wir reden von der praktischen und humanitären Betreuung von Menschen in einer für diese sehr schwierigen Lebenssituation – dem Tod, wir befinden uns nicht in einem sprachwissenschaftlichen Kolloquium. Hinzu kommt, dass Leichte Sprache die Menschen nicht ungebildet hält und weiterem Sprachverfall Vorschub leistet, genau das Gegenteil ist der Fall. Leichte Sprache öffnet eine verschlossene Tür und ebnet den Weg in eine neue Teilhabe an sprachlicher Information und Bildung. Keiner käme ja analog auf den Gedanken, zu sagen, dass Deutschland deshalb bewegungsfaul und übergewichtig wird, nur weil es neben Treppen auch Aufzüge und Rampen gibt für Menschen, die eben genau darauf angewiesen sind.

Vera Apel-Jösch

Leiterin des Kompetenz-Zentrums Leichte Sprache
PARITÄTISCHES Zentrum
Marktplatz 6
56457 Westerburg
Tel.: 0 26 63 - 91 96 71
Fax: 0 26 63 - 26 67
info@leicht-sprechen.de
www.leicht-sprechen.de

„HAST DU ETWAS VERLOREN?“

ANJA THÖNELT



Anja Thönelt

Hast du etwas verloren? fragte sie. Gabriel schaute sie verwundert an. „Woher weißt du das?“, antwortete er überrascht. „Oh, ich dachte es mir so. Du siehst so ... so verloren aus!“ Dieses kurze Gespräch aus dem Kinderbuch: „Der Hüter des Vergessens“ ging mir unter die Haut. Es war, als hätten mich diese Worte gefunden und nicht andersherum. Manchmal überwiegt das Gefühl, unsichtbar sein zu wollen und gerade dann

ist der größte Wunsch, gefunden zu werden. So wie mich diese Worte fanden, so finden mich auch die Sehnsüchte der Menschen, mit denen ich arbeite. Ich will ein wenig erzählen von meinen Erfahrungen als Seelsorgerin in einer Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung.

Trauerbegleitung und Unterstützung in der palliativen Phase sowohl der Teams, der Familie als auch der Bewohnerinnen und Bewohner gehören zu meinen täglichen Aufgaben, ohne dass es jemals zum Alltag wird. Viele Menschen, die ich hier kennenlernen, leben bereits viele Jahre, manche ihr ganzes Leben in einer Einrichtung. Sie sind hier zu Hause, teilen Freude und Leid mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern und Personal. Das klingt recht „gewöhnlich“, aber nichts ist weniger wahr. Ihr Leben atmet im Rhythmus einer großen Organisation, mit den dazugehörigen Problemen. Gerade in der Situation, etwas oder jemanden zu verlieren, haben die Bewohnerinnen und Bewohner und auch die Mitarbeitenden sehr intensive Erfahrungen. Ich werde auf drei größere Themen näher eingehen:

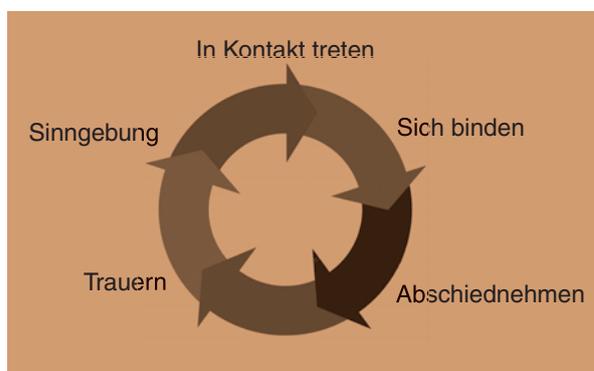
- **Wer verliert was?**
- **Welche Schwierigkeiten erfahren Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung in der Trauerarbeit?**
- **Was ist mein Beitrag als Seelsorger in der Begleitung?**

Wer verliert was?

Bei Verlusten wird schnell, meist zu schnell, an Sterben oder einen Gestorbenen gedacht. Man spricht manchmal auch von „lebenden Toten“: Aller Sinn, alle Lust am Leben scheinen verloren gegangen. Verluste kennen jedoch verschiedene Formen und ziehen ihre Spuren durch das ganze Leben. Ich will hier einige Formen nennen: Verlust einer Freundschaft, Verlust der vertrauten Umgebung durch einen Umzug, von Dingen mit persönlichem Wert, einer Zukunftsperspektive, Verlust bei einem unerfüllten Kinderwunsch, Verlust von körperlicher Kraft und Vitalität.

Alle Menschen erleben Verluste und lernen mehr oder weniger, damit umzugehen. Menschen mit einer geistigen Einschränkung erleben mehr Verluste als die meisten anderen Menschen. So geht das Leben in Wohngruppen einher mit der größeren Möglichkeit, dass jemand stirbt, der einem vertraut geworden war. Dazu kommt, dass regelmäßig Mitbewohnerinnen und Mitbewohner umziehen und sie Abschied nehmen müssen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Hierauf haben sie keinen Einfluss. Es geschieht.

In Theorien über Trauer und Trauerarbeit wird oft mit dem Kreis von Bindung und Verlust gearbeitet, z. B. Kohlrieser, 2006.



Dort, wo Menschen in einer bedeutungsvollen Beziehung stehen und sich an etwas oder jemanden binden, lauert auch die Gefahr, zu verlieren, was einem wertvoll ist. Um wieder offen zu sein für einen neuen Kontakt, ist es wichtig, dass der Verlust

nach einer Periode des Trauerns auf eine sinnvolle Art ins Leben integriert werden kann.

Welche Schwierigkeiten erfahren Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung?

Bommel et al. antworten in ihrem Buch „Kwijt“ wie folgt: Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung können weniger gut verstehen, was im Moment eines Verlustes geschieht. Sie können Veränderungen als Folge eines Verlustes schlechter einen Platz in ihrem Leben geben. Die Möglichkeit, eine Veränderung zu akzeptieren, ist damit auch eingeschränkt. Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung sind oft überfordert mit unerwarteten Situationen, sie werden quasi überfallen von den Ereignissen, da sie sie nicht überschauen können. Das, was Vertrauen und Sicherheit gibt in ihrem Leben, wird durcheinandergebracht.

Die menschliche Tragkraft in Bezug auf Trauer hängt stark zusammen mit dem Bearbeiten und Beantworten von Sinngebungsfragen (siehe Trauerkreis). Annemarie Peters (2001) schreibt, dass je schwerer jemand geistig beeinträchtigt ist, desto konkreter erleben diese Menschen Sinn über die körperlich erfahrbaren Sinne. Es geht dann um das Erfahren von Wohlbefinden und Unwohlsein. Das bedeutet auch, dass sie sich auf diese Weise äußern, z. B. nicht essen wollen, nicht schlafen können, sich zurückziehen von anderen Menschen, Nähe abwehren durch kratzen, beißen, schlagen, laut zu schreien oder zu weinen. Das ist ihre Sprache, so teilen sie sich mit. Hier ist es an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Sinn zu entdecken, die Begleitungsfrage zu identifizieren und zu beantworten.

Was ist mein Beitrag als Seelsorgerin?

Als Seelsorgerin widme ich mich in den Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern oder Teams stark dem Sinngebungsaspekt entsprechend des oben beschriebenen Kreises.



Das Sinngebungsspiel

„Hast du etwas verloren?“ Diese Frage ist eine Schlüsselfrage. Nicht die Antwort zählt, sondern die Frage an sich. Das Mädchen in dem Kinderbuch nimmt feinfühlig wahr, was der Junge noch nicht in Worte gefasst hatte. „Du siehst so verloren aus!“ Vielleicht hätte er seinen Verlust überhaupt nicht benannt, wenn ihm die Frage nicht gestellt worden wäre. Viele Bewohnerinnen und Bewohner können nicht aussprechen, was sie traurig stimmt, was sie vermissen oder worüber sie nachdenken. Sie sind abhängig von der Sensitivität der Gruppenleitung.

In der Arbeit mit Teams versuche ich, diese Sensitivität zu entwickeln. Dazu gehört eine große Portion Selbstreflexion und Mut, um Verletzbarkeit zuzulassen. Menschen können von ihren eigenen Verlusterfahrungen lernen und umgekehrt kann der eigene Schmerz hindern, Sinngebungsfragen bei anderen zu sehen und zu besprechen.

In meiner Arbeit hat die „Sinngebungsanalyse“ eine wichtige Bedeutung. Es ist ein Modell, das

Seelsorger speziell für die Menschen mit geistiger Beeinträchtigung entwickelt haben. Dieses Modell bietet die Grundlage für Gespräche mit Teams, Bewohnerinnen und Bewohnern und Familien. Hierbei wird die Lebensgeschichte eines Menschen wie durch die Lupe betrachtet. Wir versuchen, uns ein so detailliertes Bild wie möglich zu machen von den sinngebenden Aspekten im Leben der Bewohnerinnen und Bewohner. Sinnggebung umfasst alle Lebensbereiche: den eigenen Körper, die Wohn- und Lebensumgebung, andere Menschen und Spiritualität, Brunnen von Lebensfreude im Allgemeinen. Meine Aufgabe ist es, stets tiefer und tiefer durchzufragen. Ein Beispiel: Was mag Daan gerne? „Daan isst gerne. Aber er ist soooo dick, wir können ihm unmöglich jeden Tag Pommes geben.“

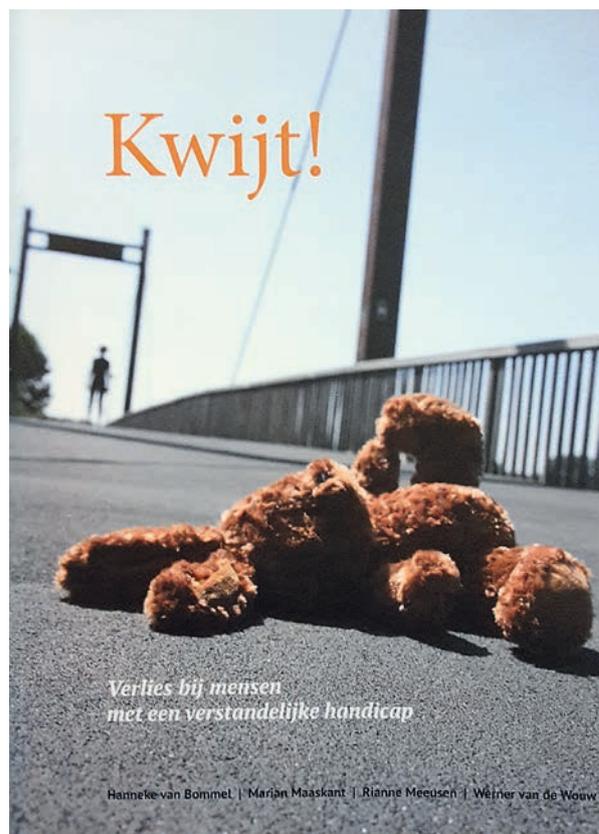
» Die „Sinnggebungsanalyse“ hilft, sich den sinngebenden Aspekten von Ereignissen, Handlungen oder (Lebens-)Geschichten zu nähern.

Hier beginne ich mit Nachfragen: „Was bedeutet es genau, dass Daan gerne isst? Ist es spezielles Essen? Ist es die Stimmung am Tisch? Isst er gerne in der Gruppe oder vielleicht lieber alleine oder mit einem Mitarbeiter? Gibt es einen Unterschied, ob das Essen von der Großküche kommt oder selbst gekocht wird? Woran seht ihr, dass es Daan schmeckt? Wie lässt er sehen, dass er etwas nicht mag?

So entsteht ein Bild von Daans Leben, was er mag, was wichtig für ihn ist. Oftmals endet ein Gespräch mit vielen offenen Fragen und wir probieren, Antworten zu finden, um durch diese Daan gezielt wahrzunehmen. Wir planen ein weiteres Gespräch ein. Auf diese Art üben und lernen wir, zu sehen, wie es Daan wirklich geht und wie wir ihm helfen können bei seiner Trauerarbeit.

Anja Thönelt

De Twentse Zorgcentra 't Bouwhuis
Geestelijke verzorging
Welnaweg 100
7524 AK Enschede
anja.thonelt@detwentsezorgcentra.nl



Literatur

- Bommel, A., Maaskant, M., Meeusen, R., Van de Wouw, W.** (2014). *Kwijt!*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- Gisbert, J.M., Ruano, A.** (1990). *De behoeder van het vergeten*. Mechelen: Bakermat Uitgevers.
- Kohlrieser, G.** (2006). *Hostage at the table: How leaders can overcome conflict, influence others, and raise performance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Peters, A.** (2001). *Zin beleven, de zin verstaan van mensen met een verstandelijke handicap*. Baarn.
- Vereniging integrale kankercentra** (2010). *Richtlijn Spirituele zorg*.
- Werkgroep Zingevinganalyse VGVZ** (2013). *Zin zien, zoeken en geloven*. VGVZ.

TRAUERGRUPPEN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG – EIN ERFAHRUNGSBERICHT

STEFANIE PLENTER

Seit einigen Jahren biete ich in Münster und Umgebung Trauergruppen für Menschen mit Behinderung an. Es handelt sich um ein Angebot mit festen Terminen über einen begrenzten Zeitraum. Die Verluste, die die Menschen erlebt haben, sind vielfältig. Meistens aber betrauern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, von denen sich die meisten verbal äußern können, den Tod einer nahestehenden Person. Dabei liegt der Zeitpunkt des Verlustes recht unterschiedlich lang zurück. In der Regel melden sich die Menschen mit Behinderung selbstständig an oder sie werden durch einen Angehörigen oder eine Betreuungsperson in ihrem Wunsch praktisch unterstützt.

Wesentliche Grundsätze für die Trauerbegleitung

Gerade in der Trauerbegleitung von Menschen mit Besonderheiten empfinde ich das „Normalitätsprinzip“ – so normal wie möglich und so speziell wie erforderlich – als sehr wichtig. Das bedeutet, dass ich im Vorgespräch eventuellen Unterstützungsbedarf oder den Bedarf an z. B. Kommunikationshilfen abkläre. Kreative Einheiten werden intensiv vorbereitet und mit ausreichend Zeit und Assistenz eingeplant. Darüber hinaus bin ich der Meinung, dass Menschen mit Behinderung, wie alle anderen Menschen auch, eine individuelle Trauerbegleitung benötigen. Wichtige Grundsätze der Trauerbegleitung von Menschen mit Besonderheiten sind Zeit, Akzeptanz, Ruhe, Kreativität und Geduld, außerdem Visualisieren, Konkretisieren und Symbolisieren. Diese Merkmale treffen jedoch auch für die Begleitung von allen Menschen zu.

Generell lässt sich festhalten, dass eine Person mit geistiger Behinderung Verlust und Trauer empfinden kann, und zwar unabhängig von der Ausprägung des Todesverständnisses. Verschiedene Studien belegen, dass Menschen mit Behinderung ei-

ne sehr heterogene und individuelle Todesvorstellung haben. Diese wird durch die jeweiligen kognitiven Fähigkeiten und die individuelle Lebenserfahrung geprägt, aber auch durch die Vorstellungen und den Umgang mit Sterben und Tod im Umfeld des Menschen.

Trauerreaktionen – Verhalten ist wichtiger als Sprache

Das Trauerverhalten ist bei Menschen mit Behinderung ebenso vielfältig wie bei anderen Menschen auch. Jedoch ist es so, dass manchmal weniger die Sprache als vielmehr das Verhalten auf die wahren Gefühle hinweist, und das nicht nur bei Menschen, die sich verbal nicht äußern können. Folglich ist es immer von großer Bedeutung, das Verhalten der Person und vor allem veränderte Verhaltensweisen im Blick zu haben. Veränderte Verhaltensweisen als Trauerreaktion können plötzlich auftreten oder auch zu einem viel späteren Zeitpunkt, dazu gehören z. B. verändertes Essverhalten, veränderte Schlafgewohnheiten, aggressive Verhaltensweisen oder auch körperliche Beschwerden.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppen sehr offen und ehrlich über ihre Verlusterlebnisse und ihre Trauer berichten. Sie trauern sehr individuell und lassen ihren Gefühlen dabei freien Lauf. Auffällig ist, dass ihre Gefühlslagen sehr rasch wechseln können: Tief empfundene Traurigkeit und herzliches Lachen liegen manchmal nah zusammen.

„Erst einmal genug getrauert!“ – Methodenvielfalt ist hilfreich

Für viele Menschen mit geistiger Behinderung ist konkret Erlebbares, Gesehenes oder Gefühltes



Stefanie Plenter

» Gefühle können rasch wechseln; diese frei auszudrücken, sollte den Menschen ermöglicht werden.

leichter zu verstehen und zu verinnerlichen. Somit sind „Leichte Sprache“, Anschauungsmaterialien, konkrete Situationen, Beispiele aus dem Alltag, Bilderbücher und Bilder hilfreiche Instrumente zur Verdeutlichung des Besprochenen. Ich verwende beispielsweise gerne Seifenblasen, um den Tod zu veranschaulichen. Thematische und kreative Einheiten wechseln in unseren Treffen einander ab, durch die kreativen Arbeiten wird die „Theorie“ visualisiert und inhaltlich vertieft.

Zu beachten ist, dass die Aufmerksamkeitsspanne bei Teilnehmenden sehr kurz und die Ablenkbarkeit erhöht sein können. Folglich sollte man in der Trauerbegleitung von Menschen mit Behinderung ein vielseitiges und kreatives Methodenrepertoire haben, um flexibel reagieren zu können. So hat eine Teilnehmerin ungefähr zur Hälfte unserer Zeit plötzlich und unvermittelt mitgeteilt, dass sie jetzt genug getrauert hätte, sie hätte keine Lust mehr traurig zu sein und wolle jetzt etwas Lustiges machen. Zuvor hatte die junge Dame intensiv mitgearbeitet,

von sich berichtet und sich auch für die anderen Teilnehmenden interessiert. Natürlich hat mich diese direkte und ehrliche Aussage zunächst sehr überrascht, zumal wir Pausen gemacht und neben den Gesprächen auch kreativ gearbeitet hatten. Die anderen Teilnehmer wollten zudem gerne weiterarbeiten. Aber die Teilnehmerin blieb dabei: „Erstmal genug getrauert.“ Meinen Vorschlag, dass die Teilnehmerin weiter in der Gruppe blieb, aber für sich etwas Schönes machen konnte, wie z. B. Mandalas ausmalen, stieß bei ihr auf Begeisterung und bei den anderen Teilnehmern auf Zustimmung. So hat sie dann für eine gewisse Zeit gemalt, während die anderen thematisch weiterarbeiteten. Nach einer gemeinsamen Pause haben wir eine Kerze für die verstorbene Person gestaltet und dann war auch die junge Dame wieder mit dabei.

Zum inhaltlichen Ablauf der Gruppentreffen

Der Schwerpunkt der Treffen liegt in der Erinnerung an die verstorbene Person und die damit verbundenen Gefühle. Dabei stehen zum einen die Erinnerung an die verstorbene Person und gemeinsame Erlebnisse im Mittelpunkt, zum anderen wird erarbeitet, was die Erinnerung erleichtern kann (wie beispielsweise Rituale, Fotos, Erinnerungsbücher, Erinnerungstreffen in der Wohngemeinschaft etc.).

Wie fühlt man sich, wenn man traurig ist, und was tröstet?

Ein weiterer wichtiger Bestandteil unserer Treffen ist es, zusammenzutragen, wie man sich fühlt, wenn man traurig ist. Mit Bildkarten ist es möglich, die unterschiedlichen Gefühle bei Trauer besser zu visualisieren und zu thematisieren. Fest mit dieser Thematik verbunden ist die Fragestellung: „Was tröstet mich, wenn ich traurig bin? Wer oder was hilft mir, wieder fröhlicher zu sein?“ Zum einen wird überlegt, was neben ganz praktischen Tätigkeiten helfen kann. (Vorgehen eines Teilnehmers: „Wenn ich traurig bin, mache ich die Musik in meinem Zimmer laut und tanze. Dann geht es mir meistens besser.“) Zum anderen wird gesammelt, welche Personen angesprochen werden können, wenn man traurig ist und sich Unterstützung wünscht. Die Antworten auf diese Fragen werden für jeden Teilnehmenden, je nach Bedarf in Schrift oder mit Symbolen, in einem Schatzkästchen festgehalten. Dieses Schatzkästchen nehmen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dann mit nach Hause. So kann





es in traurigen Situationen immer wieder einmal hervorgeholt werden.

Ebenso wird thematisiert, worüber man außerdem traurig sein kann, und dass nicht nur der Tod eines lieben Menschen traurig macht, sondern auch viele andere Erlebnisse im Alltag der Teilnehmenden.

Was kommt danach?

Die persönlichen und verschiedenen Vorstellungen und Ideen vom Leben nach dem Tod haben in unseren Treffen ebenfalls einen festen Platz. Diese sind – ebenso wie bei Menschen ohne Behinderung – sehr individuell und natürlich gibt es kein Richtig und Falsch. Alle Vorstellungen und Phantasien über die Zeit nach dem Tod haben ihren Sinn, wenn sie für die Trauernden hilfreich und tröstlich sind. Die Vorstellung einer Teilnehmerin macht diese Sinnhaftigkeit deutlich: Sie berichtete vom Tod ihrer lieben Mitbewohnerin und Freundin, die nach einer langen Erkrankung in der Wohngruppe verstorben war. Diese Freundin wurde in ihrer Vorstellung von „einem Engelswagen abgeholt“, ein Engelswagen, der mit ihrer Freundin von nun an regelmäßig spa-

zieren fuhr, in dem sie keine Schmerzen mehr hatte und es ihr gut ging ... Für sie, aber auch für die anderen Gruppenteilnehmer, ein tröstlicher Gedanke!

Stefanie Plenter

Dipl.-Sozialpädagogin
Trauerbegleiterin (ITA e.V. Hamburg)
Mitarbeiterin in einer
Einrichtung der Behindertenhilfe
st.plenter@gmx.de

Literatur

- Arenhövel, M.** (1998). Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und ihr Umgang mit Sterben, Tod und Trauer – eine empirische Studie. In: *Geistige Behinderung*, Heft Nr. 1.
- Bosch, E.** (2006). Trauern, um wieder lieben zu können. Tod und Sterben im Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: *Geistige Behinderung*, Heft Nr. 1.
- Haveman, M., Stöppler, R.** (2010). *Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Luchterhand, C., Murphy, N.** (2001). *Wenn Menschen mit geistiger Behinderung trauern. Vorschläge zur Unterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

SCHMERZEN ERKENNEN BEI MENSCHEN MIT SCHWERER GEISTIGER UND MEHRFACHER BEHINDERUNG

HELGA SCHLICHTING

Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung sind von verschiedenen chronischen Erkrankungen betroffen, die immer wieder in ihrem Lebenslauf zu Symptomen, wie Schmerzen und Atemnot führen, Krankenhausaufenthalte sowie Operationen nötig machen und letztlich zu einer geringeren Lebenserwartung, verglichen mit der sog. Normalbevölkerung, führen. Typische Erkrankungen des Personenkreises sind chronische Atemwegserkrankungen, Herzschwäche unterschiedlicher Ursache, Magenschleimhaut- und Speiseröhrentzündung infolge einer Refluxerkrankung, Obstipation, die als Komplikation zum Darmverschluss führen kann, Nieren- und Blasen-erkrankungen, Epilepsie und weitere. Wesentliche Ursache für viele dieser Erkrankungen ist die Cerebralparese, von der viele dieser Menschen betroffen sind und die einerseits oft zu so schweren Deformationen des Körpers führt, dass Organe unter Druck geraten, bzw. andererseits zu derart gestörten Bewegungsabläufen, so dass es zu Aspiration und Transportproblemen im gesamten Verdauungssystem kommt.

Wegen der insgesamt schlechteren Immunlage, einer oft lebenslangen Einnahme von starken und nebenwirkungsreichen Medikamenten und einer oft weniger guten medizinischen Vorsorge sind sie auch von Krebserkrankungen häufiger betroffen. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass (schwere) Erkrankungen, das Eintreten in eine palliative Situation und damit verbundene Schmerzen bei diesen Menschen sehr verspätet erkannt und auch wesentlich schlechter behandelt werden (Ding-Greiner, Kruse, 2010; Kostrzewa, 2013; Schlichting, 2013).

Einige der hier zitierten Ergebnisse stammen aus einer groß angelegten Untersuchung des Caritas-

verbandes Augsburg zur hospizlichen und palliativen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung von 2011.

Unter anderem wurde hier festgestellt, dass bei mehr als der Hälfte der Verstorbenen die Todesursache auf eine Erkrankung zurückzuführen war, die weniger als ein halbes Jahr vor Todeseintritt diagnostiziert wurde; bei einem Viertel der Verstorbenen lag die Diagnosestellung sogar weniger als vier Wochen vor dem Todeseintritt. So wurde von insgesamt 27 Personen bei zwei Personen die Krebserkrankung zwei Wochen vor Eintritt des Todes, bei drei Personen 4-12 Wochen, bei fünf Personen 7-11 Monate vor Eintritt des Todes diagnostiziert (Caritasverband 2011, 89).

Weiterhin zeigte sich in der Studie, dass ein Arztbesuch erst nach deutlichen Krankheitszeichen, wie Gelbfärbung der Haut, bläuliche Körperfärbung, Knoten, vergrößerte Hoden oder wegen ungewohnter Schwäche, extremer Müdigkeit und andauernder Appetitlosigkeit erfolgte. Oft ging auch ein Notarzteinsatz mit darauffolgender Krankenhauseinweisung einer Diagnosestellung voraus (ebda., 90f.).

Während in der Gesamtbevölkerung etwas mehr als 50% der Krebspatienten fünf Jahre nach Diagnosestellung überleben, wurde in der Untersu-



Dr. Helga Schlichting

» Schwerwiegende Symptome werden erst spät erkannt und in der Folge zu spät behandelt.

chung nur für 19% der Erkrankten ein zweijähriges Überleben nach der Diagnose einer Krebserkrankung festgestellt (Caritasverband 2011, 90).

Für das Erkennen und Behandeln von Schmerzen gilt Ähnliches.

So ist bekannt, dass bei gleichem Krankheitsbild Menschen ohne kognitive Einschränkungen dreimal mehr Analgetika als Menschen mit einer geistigen Behinderung erhalten (Valkenburg et al., 2012).

Eine Untersuchung im Krankenhaus zeigte, dass bei Kindern und Jugendlichen mit (schwerer) geistiger Behinderung nach Operationen Schmerzen signifikant weniger gemessen bzw. dokumentiert wurden und ihnen seltener eine schwesternkontrollierte Analgesie verschrieben wurde. Die Kinder

erhielten postoperativ signifikant weniger Morphin (Zernikow, 2009). Ebenfalls wird dies von der bereits zitierten Untersuchung der Caritas belegt. So stehen die vom Betreuungspersonal wahrgenommenen Schmerzen der Heimbewohnerinnen und -bewohner in keinem Verhältnis zu den zu vermutenden Schmerzen, welche sich aus deren medizinischen Gutachten ergeben (Caritasverband, 2011, 45).

Für diese mangelnde und verspätete Krankheits- und Schmerz(an-)erkennung sind verschiedene Ursachen zu diskutieren.

Das größte Problem stellen die Kommunikationsbarrieren von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung dar. Eine sprachliche Mitteilung ist nicht möglich und häufig sind auch mimische und gestische Möglichkeiten stark



» *Es bedarf umfassender Maßnahmen und Prozesse, um Krankheitszustände und Schmerzen schneller und sicherer zu erkennen und zu behandeln.*

eingeschränkt. Oft wird Schmerzverhalten aufgrund von biografischem Erleben überformt und zeigt sich dann in einer völlig veränderten Form, beispielsweise als sogenannte „Verhaltensstörung“. Typische erlernte Ausdrucksformen von Schmerzen sind selbst- und fremdverletzendes Verhalten. Das Schmerzverhalten kann dabei sehr individuell sein und erschließt sich oft nur den Personen, die den Menschen mit schwerer Behinderung lange kennen.

Eine weitere Ursache ist möglicherweise im Mythos einer „reduzierten Schmerzwahrnehmung“ zu sehen, die man sowohl Menschen mit (schwerer) geistiger Behinderung, als auch Frühgeborenen oder Menschen mit Demenz lange unterstellte und der auch heute noch diskutiert wird.

Außerdem haben viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Behindertenhilfe zu wenig Wissen über typische chronische Erkrankungen und die damit verbundenen Schmerzen (Caritasverband, 2011; Nüßlein, Schlichting, 2015). Leider sind die Themen chronische Erkrankungen und Schmerzen bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung nicht zwingend in den Ausbildungscurricula der Heilerziehungspflege, Heilpädagogik bzw. den Lehramtsstudiengängen der Förderschullehrerinnen und -lehrer enthalten (ebd.). Um Krankheitszustände und Schmerzen bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung schneller und sicherer zu erkennen, sind folgende Forderungen zu stellen:

- Grundsätzlich ist anzuerkennen, dass Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung Schmerzen unterschiedlichster Intensität und Ursache genauso empfinden wie Menschen ohne Behinderung, dafür gibt es in der aktuellen Forschungslandschaft genügend Studien (Oberlander, Symons, 2006).

- Es bedarf einer professionellen Kenntnis spezieller gesundheitlicher Risiken der Personengruppe.
- Mitarbeitende müssen Wissen und Erfahrungen über die Besonderheiten nonverbalen Schmerzverhaltens von Menschen mit schwerer Behinderung erlangen.
- Die Themen chronische Erkrankungen und Schmerzen sind zwingend in den Aus- und Weiterbildungscurricula von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe aufzunehmen.
- In Einrichtungen ist ein professionelles Schmerzassessment zu implementieren, bei dem Schmerzbeobachtungsbögen und ein verpflichtendes Dokumentationssystem zum Einsatz kommen, durch das eine gezielte Beobachtung, Behandlung und Kontrolle von Schmerzen gewährleistet wird.

Dr. Helga Schlichting

Institut für Förderpädagogik der Universität Leipzig
Marschnerstr. 29
04109 Leipzig
helga.schlichting@uni-leipzig.de

Literatur:

- Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V.** (2011). *In Würde. Bis zuletzt. Hospizliche und palliative Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung*. Augsburg: Eitzenberger.
- Ding-Greiner, C., Kruse, A.** (2010). *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch kranker Menschen im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kostrzewa, St.** (2013). *Menschen mit geistiger Behinderung palliativ pflegen und begleiten*. Bern: Hans Huber.
- Nüßlein, F., Schlichting, H.** (2015). Schmerzen bei Menschen mit Komplexer Behinderung – Notwendigkeit einer Konzeptualisierung in der Aus- und Weiterbildung. *Teilhabe*, 4, 163-169.
- Oberlander, T. F., Symons, F. J.** (2006). *Pain in Children and Adults with Developmental Disabilities*. Baltimore, London, Sydney. Brooks Publishing Co.
- Schlichting, H.** (2013). *Pflege bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen – ein Praxisbuch*. Düsseldorf: selbstbestimmtes Leben.
- Valkenburg, A., J., Kreeft, S. M., Leeuw, T., G., Stolker, R. J., Tibboel, D. & Dijk, M.** (2012). Pain management in intellectually disabled children: A survey of perceptions and current practices among Dutch anesthesiologists. *Pediatric Anesthesia*, 22, 682-689.
- Zernikow, B.** (2009). Schmerz und Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen mit schwersten Behinderungen. In: Mair-Michalitsch, N. (Hg.): *Leben pur – Schmerz*. Düsseldorf: selbstbestimmtes Leben, 121-126.

WISSEN SCHAFFT SICHERHEIT

Palliative Care und Hospizarbeit für Assistenzkräfte der Eingliederungshilfe – ein neues Weiterbildungs-Curriculum als hilfreiches Instrument

MARTINA KERN

Ausgangslage
Die Hospizarbeit und Palliativversorgung hat sich in den vergangenen Jahren in Deutschland mehr und mehr etabliert. Bereits 1993 wurden erste Curricula für die Befähigung hauptamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konzipiert und publiziert. Einige haben Eingang in die gesetzlichen Rahmenbedingungen gefunden, wurden regelmäßig modifiziert und spezifiziert.

Lange Zeit stand dabei die Begleitung von Tumorentpatientinnen und -patienten im Vordergrund. In den vergangenen Jahren kamen weitere Zielgruppen in den Fokus, darunter auch Menschen mit intellektueller, komplexer und/oder psychischer Beeinträchtigung.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) erarbeitet derzeit ein fächerübergreifendes

Curriculum, das auf den 10 Kernkompetenzen der EAPC beruht (s. Tabelle).

Braucht es ein eigenes Bildungskonzept?

Es ist davon auszugehen, dass sich in der letzten Lebensphase die Bedürfnisse von Menschen mit einer intellektuellen, komplexen und/oder psychischen Beeinträchtigung nicht von denen unterscheiden, die ohne eine solche Beeinträchtigung leben. Zugleich bestehen jedoch spezifische Anforderungen an die Begleitenden. So schreibt Andreas Fröhlich bereits 1991 zur Begleitung von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen:

„Sie brauchen viel körperliche Nähe, um direkte Erfahrungen machen zu können. Sie brauchen körperliche Nähe, um andere Menschen wahrnehmen



Martina Kern

Die 10 interdisziplinären Kernkompetenzen in der Palliativversorgung der EAPC (Übersetzung nach Krumm et al., 2015)

1. Die Kernbestandteile der Palliativversorgung im Setting, in dem Patient und An- und Zugehörige leben, anwenden.
2. Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern.
3. Den psychologischen Bedürfnissen des Patienten / der Patientin gerecht werden.
4. Den sozialen Bedürfnissen des Patienten / der Patientin gerecht werden.
5. Den spirituellen Bedürfnissen des Patienten / der Patientin gerecht werden.
6. Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen des Patienten / der Patientin in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele reagieren.
7. Auf die Herausforderung von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung reagieren.
8. Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinäre Teamarbeit umsetzen, durch alle Settings hindurch, in denen Palliative Care angeboten wird.
9. Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf Palliative Care entwickeln.
10. Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren.

zu können. Sie brauchen den Pädagogen/Therapeuten, der ihnen die Umwelt auf einfachste Weise nahebringt. Sie brauchen den Pädagogen/Therapeuten, der ihnen Fortbewegung und Lageveränderung ermöglicht. Sie brauchen jemanden, der sie auch ohne Sprache versteht und sie zuverlässig versorgt und pflegt“ (Fröhlich, 1991).

Da sich der Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen – wie für die Gesellschaft insgesamt – grundsätzlich verbessert hat, können sie sehr viel häufiger ein Lebensalter erreichen, das mit der durchschnittlichen Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung vergleichbar ist (Hasseler, 2014). War das Versterben in einer Einrichtung früher ein eher seltenes Ereignis, das vor allem jüngere Bewohnerinnen und Bewohner traf, so ändert sich dies durch den Anstieg des Altersdurchschnitts. Menschen mit Beeinträchtigungen erleben häufiger das Erwachsenenalter. Eine steigende Zahl älterer Menschen in den Einrichtungen oder anderen Wohnformen der Eingliederungshilfe führt auch zu einem Anstieg der Sterbezahlen.

Sterben, Tod und Trauer werden häufiger Themen im Alltag der unterschiedlichen Wohnformen. Unterstützung und Hilfe bieten hier die unterschiedlichen Leistungserbringer der Hospizarbeit und Palliativversorgung, beispielsweise in der Form ambulanter Hospizdienste oder durch Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (Palliative Care Teams im Rheinland; Palliativmedizinische Konsiliardienste in Westfalen-Lippe). Allerdings fehlen den haupt- und ehrenamtlich Tätigen in der Hospiz- und Palliativversorgung meist Wissen und Erfahrungen im Umgang mit geistig oder körperlich beeinträchtigten Menschen. Sollen Kooperationen zwischen Einrichtungen der Eingliederungshilfe und den hospizlich-palliativmedizinischen Leistungserbringern intensiviert werden, wird es hier gezielte Schulungen und Weiterbildungsangebote geben müssen.

Auf der anderen Seite empfinden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären und ambulanten Wohnformen der Eingliederungshilfe Unsicherheiten

im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Diese Assistenzkräfte nahmen bislang an Weiterbildungsangeboten für Pflegende in Palliative Care teil, kamen aber überwiegend aus pädagogischen Berufsgruppen wie z. B. der Heilerziehungspflege, Erziehung, Heilpädagogik, der Sozialen Arbeit und der Psychologie. Die Kursinhalte konnten nur wenig spezifische Inhalte für die Arbeit in der Eingliederungshilfe bieten. Vor einigen Jahren begannen deshalb vereinzelt Kursleiter für Palliative Care, maßgeschneiderte Angebote für Mitarbeitende der Eingliederungshilfe anzubieten. Im Jahr 2016 wurde ein besonderes Curriculum (Hartmann et al.) publiziert, welches auf den 10 Kernkompetenzen der EAPC beruht und auf die Zielgruppe zugeschnitten ist.

» Wissensdefizite und Unsicherheiten – sowohl auf Seiten der Hospiz- und Palliativdienste als auch auf Seiten der Behindertenhilfe müssen gemindert werden, damit die Menschen am Lebensende gut begleitet werden können.

Es kann die Grundlage dazu sein, Wissensdefizite und Unsicherheiten zu mindern und die Versorgung und Begleitung von Menschen am Lebensende in den unterschiedlichen Wohnformen der Eingliederungshilfe zu unterstützen, denn Mitar-

beiterinnen und Mitarbeiter in der Eingliederungshilfe sehen sich mit komplexen Frage- und Problemstellungen konfrontiert.

Was sind die spezifischen Anforderungen an die Begleitung von Menschen mit intellektueller, komplexer und/oder psychischer Beeinträchtigung?

Insbesondere Menschen mit einer schweren intellektuellen oder mit einer komplexen Beeinträchtigung haben nur ein eingeschränktes oder gar kein Vermögen, ihre Empfindungen und Bedürfnisse mitzuteilen. Entweder, weil ihnen das Sprachvermögen fehlt bzw. wir ihre Sprache nicht verstehen oder weil sie keine Worte für das innere Erleben finden können. Hier sind spezifische Assessmenttools und aufmerksame Beobachtung erforderlich, um Veränderungen in der Sterbephase erkennen, einordnen und behandeln zu können. Während sich Menschen ohne Beeinträchtigung mit Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen können und damit ein Umgang möglich wird, ist dies insbesondere Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung erschwert (Young et al., 2014). Hier müssen geeignete Methoden z. B. nonverbale Kommunikation über Körpersprache oder mit Formen und Far-

ben erlernt werden. Besondere Spannungsfelder zeigen sich bei Fragen zu Therapieentscheidungen. Was ist der (mutmaßliche) Wille des Bewohners/der Bewohnerin? Wie kann er ermittelt werden? Personen mit komplexen Beeinträchtigungen zeigen oft Freude und Lust an ihrem Leben, selbst wenn die gesundheitliche Situation sich weiter stark verschlechtert oder sie wiederholt belastenden Maßnahmen ausgesetzt werden (z. B. angstauslösende Krankenhausaufenthalte, Luftnot oder häufiges Absaugen). Angehörige, insbesondere Eltern, haben häufig die Erfahrung gemacht, dass sie in ständiger Konfrontation zu anderen Meinungen stehen müssen, um Lebensrecht und Lebensqualität für ihr Kind sicherstellen zu können. Dann wiederum kommen Tage, an denen sie sich die Frage stellen, ob nun möglicherweise der Zeitpunkt gekommen sei, sich zu verabschieden oder ob es sich nicht doch noch zu kämpfen lohnt.

Im Rahmen von Bildungsmaßnahmen ist zu berücksichtigen, dass für manche Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die langjährige Begleitung eine Nähe zur Bewohnerin/zum Bewohner und ihnen nahestehenden Menschen besteht, die den

notwendigen professionellen Abstand erschwert oder unmöglich macht. Sie sind Begleiterinnen und Begleiter für Angehörige, Mitbewohnerinnen und Mitbewohner und benötigen gleichzeitig selbst Unterstützung in ihrer Rolle der Zugehörigkeit.

Wie begegne ich einem toten Menschen? Wie begleiten wir die Mitbewohnerinnen/Mitbewohner und Angehörigen?

Einem toten Menschen gegenüberzutreten und nicht zu wissen, was nun zu tun ist, löst häufig Angst und Unsicherheit aus. Häufig sind in Einrichtungen zwar Leitlinien vorhanden, die aber nach wie vor primär den Umgang mit der Situation eines unvorhergesehenen Todesfalles beschreiben. Die Vermittlung eines achtsamen Umgangs ist hier von besonderer Bedeutung, damit die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner das Sterben und/oder den Tod eines anderen Wohngruppenmitglieds besser einordnen können. Dazu gehört, dass z. B. Kleidung ausgewählt wird, die die Person sicher nicht im Bett getragen hätte und ein Kuschtier oder Spielzeug erst von den Bewohnern und/oder Bewohnerinnen mit Beeinträchtigung selbst dem/der Verstorbenen

zugelegt wird. Hier ist die Betonung einer klaren Sprache wichtig.

Ebenso benötigen Angehörige in ihrer Trauer, in ihren möglichen Schuldgefühlen und ihren Fragen zur weiteren Organisation offene Ohren und Unterstützung. Wird eine Verabschiedung gemeinsam von allen Beteiligten gestaltet, so kann daraus eine tragende Trauerkultur in der Einrichtung entstehen.

Das neue Curriulum: ein mehrstufiges Bildungskonzept

Die hier kurz skizzierten Fragestellungen und Herausforderungen machen deutlich, wie umfassend Weiterbildung im hier betrachteten Feld angelegt sein muss. Das Ziel sollte sein, möglichst viele Menschen, die in der Begleitung und Unterstützung von Personen mit Beeinträchtigung tätig sind, zu qualifizieren.

Durch ein gemeinsames Wissen im Team und der Überprüfung der eigenen Haltung wird die Voraussetzung zu einer qualifizierten, ruhigen und sicheren Begleitung geschaffen.

Modul 1 des jetzt vorgelegten Curriculums be-

steht aus 40 Unterrichtseinheiten (UE), mit dem Ziel, dass Mitarbeitende Bedürfnisse erkennen, erste lindernde Maßnahmen umsetzen und Zugehörige im Abschiednehmen begleiten können. Sie sollen eigene Grenzen erkennen können und sich mit internen und externen Partnern bzw. Diensten vernetzen. Dieses Modul 1 kann in mehreren Varianten durchgeführt werden:

Modul 1 40 UE

Variante 1:

8 UE	32 UE
alle Mitarbeiter/innen	Assistenzkräfte

Variante 2:

40 UE

Modul 2 (3 x 40 UE) baut auf Modul 1 auf und erweitert und vertieft die Kompetenzen. Es richtet sich an Fachkräfte aus pflegerischen und pädagogischen Berufsgruppen. Teilnehmende werden be-

» Die Mitarbeitenden der Einrichtungen haben oft selbst eine Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern entwickelt und benötigen gegebenenfalls ihrerseits Unterstützung und Begleitung.



fähigt, den Einrichtungen als „Internes Palliativ-Team“ zur Verfügung zu stehen. Sie sind in der Lage, Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Kolleginnen und Kollegen zu beraten und stehen als mögliche Ansprechpersonen für Ärzte und weitere Netzwerkpartnerinnen und -partner zur Verfügung¹.

Modul 2:

120 UE

Der Abschluss von Modul 1 und 2 führt zum Abschluss einer Palliative Care Weiterbildung mit 160 UE, die von der DGP zertifiziert wird, wenn die Zertifizierungskriterien erfüllt sind, und erfüllt die Anforderungen nach §39a SGB V und §37b SGB V.

Eine Herausforderung wird es nun sein, einerseits konkrete Kursangebote zu schaffen, sowie andererseits die Träger, Einrichtungsleitungen wie auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Eingliederungshilfe für dieses Weiterbildungsangebot zu gewinnen.

Dass dies ein anspruchsvoller, aber beschreibbarer Weg ist, zeigt sich gegenwärtig in vergleichbaren Weiterbildungsangeboten und -konzepten zur Befähigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Altenhilfe.

Martina Kern
ALPHA-Rheinland
Heinrich Sauer Str. 15
53111 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de

Literatur

Fröhlich, A. (Hrsg.) (1991). *Basale Stimulation*. Verlag selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf S.11, 12, 14.

Hartmann, B., Kern, M., Reigber, H. (2016). *Palliative Care – Ein Curriculum zur Weiterbildung von Fachkräften in der Assistenz und Pflege von Menschen mit intellektueller, komplexer und/oder psychischer Beeinträchtigung*, Pallia Med Verlag Bonn, 2016.

Hasseler, M. (2014). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*; 139:2030-2034. Georg Thieme Verlag KG; Stuttgart-New York.

Krumm, N., Schmidlin, E., Schulz, C., Elsner, F. (2015). Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung; *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2015; 16: 152–167. 152.

Young, H., Garrard, B., Lambe, L. & Hogg, J. (2014). Trauer verstehen und mit Trauer umgehen bei Menschen mit komplexen Behinderungen. In: Maier-Michalitsch, N. & Grunick, G. (Hg.): *Leben bis zuletzt – Sterben, Tod und Trauer bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*. Düsseldorf, 120-131.

¹ Dieses Schulungsprogramm ist wesentlicher Bestandteil des Konzeptes „Implementierung einer Hospizkultur und palliativen Kompetenz“ von Barbara Hartmann. Kostenloser Download: www.hospizkultur-und-palliative-care.de. Es wurde als mögliche Implementierungs- und Qualifizierungsmaßnahme in das Rahmenkonzept des Bayerischen Staatsministeriums aufgenommen. Palliative Care und Hospizarbeit in der Behindertenhilfe (2015). Kostenloser Download: www.bestellen.bayern.de

Veranstaltungen

05.11.2016

Essen

Multiprofessionelles Symposium
Kontinuität und Verlässlichkeit.
Palliativversorgung und Hospizbegleitung
vor, im und nach dem Krankenhaus
Netzwerk Palliativmedizin Essen
Tel.: 02 01 - 1 74 - 4 99 91
www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de

14.11.-18.11.2016

Paderborn

Koordinatorenseminar – Basisseminar
für die ambulante Hospizarbeit
INVIA Akademie
Tel.: 0 52 51 - 29 08 38
www.invia-akademie.de

16.11.2016

Hagen

Fachtagung Gemeinsam auf dem Weg –
Hospizkultur und Palliativversorgung in
Einrichtungen der Behindertenhilfe
ALPHA Ansprechstellen
Tel.: 02 51 - 23 08 48
www.alpha-nrw.de/fachtagung-gemein-sam-auf-dem-weg/

17.11.2016

Bielefeld

Atem satt – Palliative Atemtherapie
Stiftung Nazareth, Bildung und Beratung
Bethel
Tel.: 05 21 - 1 44 57 70
www.bildung-beratung-bethel.de

09.01.-13.01.2017

Aachen

Systemische Beratung und Begleitung von
Schwerstkranken und ihren Zugehörigen
(Erste von drei Kurswochen)
Bildungswerk Aachen
Tel.: 02 41 - 51 27 22
www.bildungswerkaachen.de

17.01.-26.01.2017

Berlin

Zusatzqualifikation Psychoonkologie
Wannsee-Akademie
Tel.: 0 30 – 80 68 60 20
www.wannseeakademie.de

20.02.-24.02.2017

Engelskirchen

Sterbende Kinder und Jugendliche
begleiten lernen.
Kursleiterschulung für die Kinder- und
Jugendhospizarbeit
(Teil 1 von 2 Teilen)
Malteser Akademie Ehreshoven
Tel.: 0 22 63 - 9 23 00
www.malteser-akademie.de

22.02.2017

Würzburg

Integrative Validation und einfühlsame
Kommunikation - Menschen mit kognitiven
Beeinträchtigungen erreichen
Palliativ-Akademie Julius-Spital Würzburg
Tel.: 09 31 - 3 93 22 81
www.juliusspital.de/palliativakademie/

06.-10.03.2017

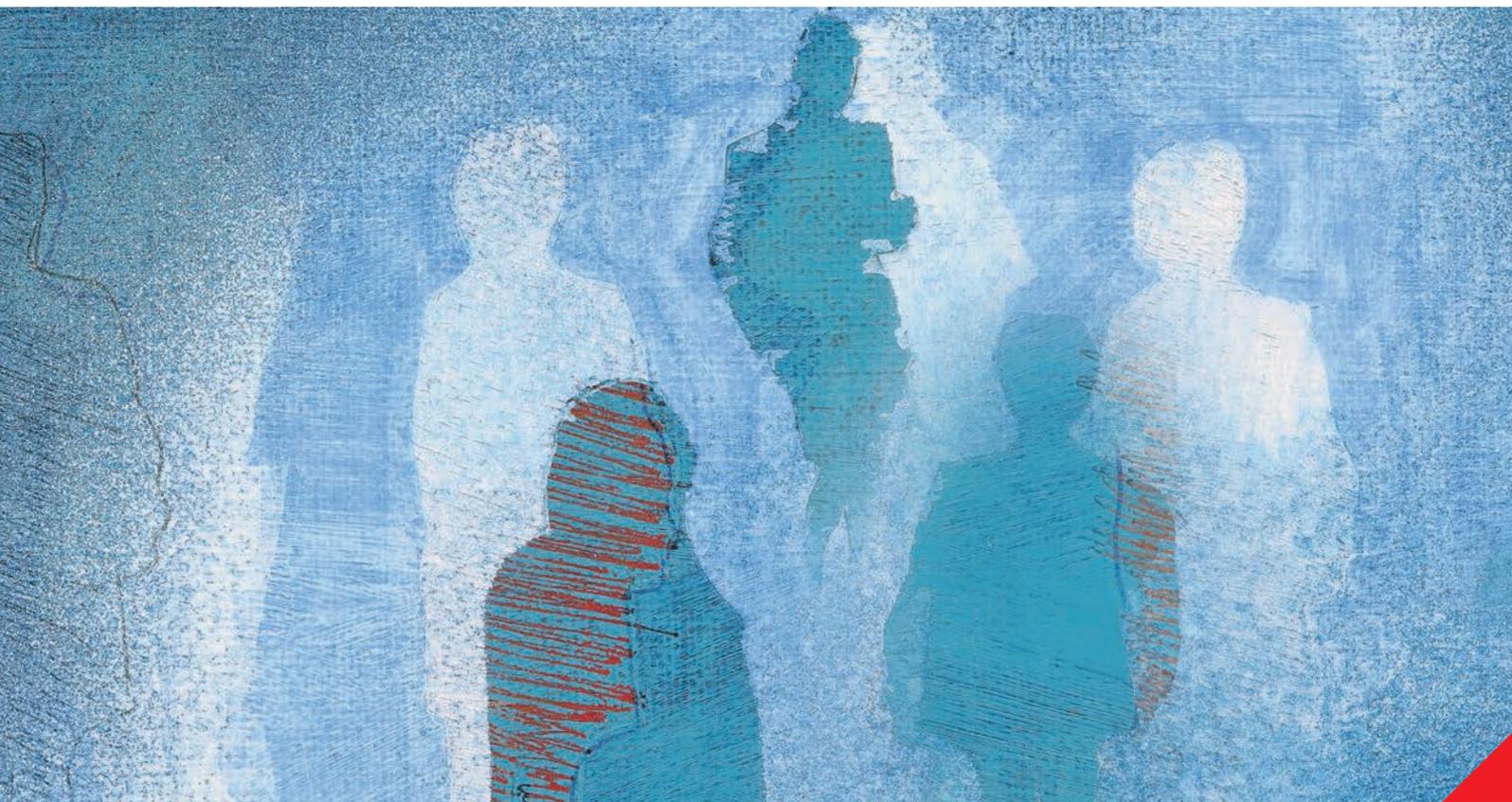
Dresden

Koordinatorenseminar
Tel.: 03 51 - 44 40 29 02
www.palliativakademie-dresden.de

20.03.-22.03.2017

Bonn

Palliative Begleitung von Menschen mit
geistiger Behinderung
Akademie für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
www.malteser-krankenhaus-bonn.de



ALPHA-Rheinland

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

ALPHA-Westfalen

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

gefördert vom: **Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**

