

ChrisCare

MAGAZIN FÜR SPIRITUALITÄT UND GESUNDHEIT

2/2024

KULTURELLE *Vielfalt* GESTALTEN

KOMPETENT

Wir waren schockiert und berührt
S. 6

INSPIRIEREND

Jung, geflüchtet, süchtig in der Klinik
S. 8

PRAXISNAH

Menschen mit Demenz in der Kirchengemeinde
S. 24

INHALT



Diese Ausgabe können Sie auch online lesen. Sie finden diese und auch frühere Ausgaben unter www.chriscare.info im Internet.

– Diese markierten Beiträge können Sie auch hören.

EINLEITUNG

3 Editorial & Gedanken zum Titelbild

ERFAHRUNG

- 4 Bei mir ist es so**
Von der Krankenschwester zur Flüchtlingshelferin.
 Für Isa Junge eröffnete sich eine neue Welt.
Kulturelle Vielfalt schätzt die Pflegekordinatorin Marion Meyer
- 27 Plötzlich war alles anders.** Bettina Prestin, die in der Geschäftsstelle von Christen im Gesundheitswesen ChrisCare betreut, über ihre Krebserkrankung.
- 32 Bernd Witchow hat eine besondere Seelsorgekompetenz:** Er nutzt einen Rollstuhl.

TITELTHEMA

- 8 Jung, geflüchtet, süchtig...** Die Psychiaterin Dorothee Deuker über Zusammenhänge zwischen Abhängigkeitserkrankung und Migrationshintergrund bei jungen Drogenabhängigen.
- 11 Worterweiterungen:** Die klinische Linguistin Verena Preiß hilft zur Verständigung.
- 12 Der kranke Fremde in der Bibel:** Frank Fornaçon hat die Bibel auf ihre Haltung gegenüber Fremden befragt.
- 14 Bereichernde Vielfalt:** Ein Interview mit der Heimleiterin Ilona Wolf über das interkulturelle Miteinander in der Altenpflege.
- 18 Gemeinsam sind wir stark.** Der Pastor und Therapeut Michael Borkowski über Ärzte, Therapeuten und Migranten, die einen gemeinsamen Resonanzraum entdecken.
- 21 Das STaF-Projekt.** Andreas Rieck stellt das Projekt Soziale Teilhabe ausländischer Fachkräfte in der Pflege vor.
- 28 An Gottes Tisch ist Platz für alle.** Christoph Terborg über Segen durch Migranten in seiner Kirchengemeinde.
- 30 Vom schönen schweren Miteinander:**
 Frank Fornaçon mit Beobachtungen aus der interkulturellen Gemeindearbeit.

REPORTAGE

- 6 Wir waren berührt und schockiert,** erinnert sich der Arzt Andreas Walther an seinen ersten Besuch in Tansania. Es entstand ein Missionswerk.

HEILSAM – GESUNDHEIT FÖRDERN IN KIRCHENGEMEINDEN

- 22 Editorial:** Georg Schiffner über das erstaunlich heilsame Potential von Kirchengemeinden
- 23 Die Eastside-Gemeinde in Hamburg lebt ohne eigene Kirche mit einem breiten Seelsorgeangebot.** Ein Interview mit Jochen Weiße.
- 24 Menschen mit Demenz im Blickfeld von Kirchengemeinden.** Gerhard Nemitz berichtet aus Braunschweig.
- 26 Praxistipp:** Heilsame Angebote in vielen Kirchengemeinden

FÜR SIE GELESEN

- 34 Ethik der Verletzlichkeit.** Das neue Buch des bekannten Medizinethikers Giovanni Maio hat Hans-Arved Willberg beeindruckt, weil es als Sachbuch „das Herz bewegt“.
- 36 Entscheidungen an der Schwelle des Todes.** Georg Schiffner bespricht das Buch von Lee Ware, eines Gehirnchirurgen zwischen Glaube, Zweifel und Hoffnung.
- 36 exit RASICM – rassismuskritisch denken lernen.** Nele Grasshoff empfiehlt den Titel von Tupoka Ogette.

PERSÖNLICH FÜR SIE

- 37 Georg Schiffner ermutigt in seinem Brief** an die Patienten zu einem interessierten Miteinander.

LESERBRIEF

- 35 zu ChrisCare 01/2024**
 Ins Leben begleiten

Redaktionskreis: Dr. med. Dorothee Deuker (Mülheim an der Ruhr), Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Pastor i.R. Frank Fornaçon (Ahnatal), Redaktion ChrisCare; Nele Grasshoff (Hamburg), Pastorin, Gesundheits- und Krankenpflegerin; Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali (Regensburg), Professorin Pflegewissenschaft, OTH Regensburg; Sophia Martin, (Freiburg im Breisgau), Hebamme, Gesundheits- und Krankenpflegerin; Verena Peiß (Rosenheim), Klinische Linguistin; Andreas Rieck (Stuttgart), Referent im Bereich Weiterbildung und Spiritualität, Marienhospital Stuttgart; Dr. med. Georg Schiffner (Aumühle), Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin Aumühle; Vorsitzender CiG; Pastoralreferent Bruno Schrage (Köln), Dipl. Theologe, Dipl. Caritas-Wissenschaftler, Referent für Caritaspastoral im Erzbistum Köln; Dr. phil. Sara Voss, psychologische Psychotherapeutin, Zeven; Dr. phil. Hans-Arved Willberg (Karlsruhe) Sozial- und Verhaltenswissenschaftler, Theologe, Philosoph und Pastoraltherapeut

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

Wohl kaum ein Lebensbereich wird so stark von Zuwanderung geprägt wie das Gesundheitswesen in Deutschland und der Schweiz. 60 000 Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Pass arbeiten in Deutschland, der Anteil hat sich seit 1993 versechsfacht. Allein aus Syrien sind 6100 Mediziner gekommen. 244 000 Pflegende aus dem Ausland halten das deutsche Gesundheitswesen aufrecht. Auch darum zeigen sich die Verbände im Gesundheitswesen besorgt über zunehmenden Hass und Hetze und forderten im März die Wählerinnen und Wähler in Deutschland auf, bei Wahlen für ein weltoffenes Land zu stimmen und fremdenfeindlichen Einstellungen entgegenzutreten.

Die Vielfalt der Mitarbeiterschaft ist Chance und Herausforderung zugleich: Chance, weil auch die Patientinnen und Patienten einen immer bunteren kulturellen Hintergrund haben; Herausforderung, weil die Verständigung über die Grenzen von Sprache und Kultur hinweg anstrengend ist.

Die kulturelle Vielfalt spiegelt sich in unseren Kliniken, Praxen und Heimen wider. Sie lenkt aber auch den Blick auf die Welt außerhalb Deutschlands und der Europäischen Gemeinschaft. So wie die in der Türkei, in Russland oder in Syrien ausgebildeten Ärzte in Europa für die Versorgung von Kranken Verantwortung übernehmen, trägt auch Europa Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in anderen Teilen der Welt.

Interkulturelle Kompetenz und gemeinsam getragene Verantwortung lassen sich besonders gut in der Kirche einüben, die von ihrer Anlage her interkulturell ausgerichtet ist. Denn nicht zuletzt zeugen viele Texte der Bibel von einer großen Wertschätzung den Menschen gegenüber, die aus anderen Kulturen kommen.

Eines der großen Probleme von ausländischen Fachkräften, die nach Deutschland oder in die Schweiz kommen, ist die Einsamkeit. Könnte das ein Beitrag der Kirchen zur Stärkung des Gesundheitswesens sein, wenn sie Menschen Heimat bietet, die hier noch keine Wurzeln geschlagen haben?

Auch unsere Patienten zeigen eine zunehmende multikulturelle Zusammensetzung. Wie kann es gelingen, sie in ihrem Krankheitserleben möglichst gut zu verstehen und zu begleiten? Und wie können wir als Gesundheitsfachleute auch in diesen zwischenmenschlichen Begegnungen Gottes Segen erfahren?

Ob in Gesundheitswesen oder Gemeinde – die Vielfalt der Kulturen kann neben Herausforderungen auch große Bereicherung mit sich bringen! ■

*Ihre Hans-Arved Willberg und
Dorothee Deuker*



Dr. phil. Hans-Arved Willberg,
Sozial- und Verhaltenswissen-
schaftler, Karlsruhe



Dr. med. Dorothee Deuker,
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, Mülheim an
der Ruhr

GEDANKEN ZUM TITELBILD

ANDERE LÄNDER – ANDERE SITTEN

In Sachen kulturelle Vielfalt ist das Gesundheitswesen in Deutschland und der Schweiz der allgemeinen Gesellschaft weit voraus. Ob Pflegeheime oder Krankenhaus, ambulante Pflege oder Tagespflege, hier sind Mitarbeitende aus 20 Nationen keine Seltenheit. Andernfalls müssten Kliniken ihren Betrieb einstellen, wenn nicht Medizinerinnen und Mediziner aus aller Welt und Pflegende mit vielerlei Muttersprachen den Dienstplan aufrecht erhielten. Die Vielfalt ist nicht nur eine willkommene Antwort auf den überall bestehenden Fachkräftemangel, sondern auch eine große Ressource an Perspektiven, Fachlichkeit und kulturellem Verständnis. Natürlich ist sie auch eine Herausforderung. Nicht immer gestaltet sich das Miteinander so fröhlich und gelassen, wie auf dem Titelbild. „Andere Länder, andere Sitten“ heißt es so schön und da liegen die Nerven schon einmal blank, wenn es z.B. in der Notfallambulanz schnell gehen muss und der neue Kollege das noch anders gewöhnt ist. Im Interview mit einer Heimleiterin werden Sie lesen: „Ich sehe es als meinen Führungsauftrag, das bunte, multikulturelle Team so zu gestalten, dass das Miteinander gelingt und Bewohner und Team bestmöglich voneinander profitieren.“ Vielfalt verändert unsere Einrichtungs- und Dienstkultur. Denn Vielfalt ist das Markenzeichen Gottes. ■

Frank Fornaçon



BEI MIR IST ES SO



VON DER KRANKENSCHWESTER ZUR FLÜCHTLINGSHelfERIN

Anfang 2022 half ich im Corona-Testzentrum und bekam dort Kontakt zum Roten Kreuz. Als der Krieg in der Ukraine ausbrach, empfand ich tiefes Mitleid mit den jungen Frauen und ihren Kindern. Ich fragte Jesus, wie ich dort helfen könnte.

Ich half zunächst beim Roten Kreuz, ein Auffanglager aufzubauen. Über eine Informationsveranstaltung für Flüchtlingshelfer bekam ich Kontakt zum Flüchtlingsverein unseres Ortes. Ich fühlte mich gleich herzlich willkommen und wurde gefragt, ob ich Zeit hätte, einen Afrikaner zur Physiotherapie in den Nachbarort zu fahren. Das war für mich als Krankenschwester nichts Besonderes, mit kranken, fremden Menschen umzugehen. Dies hatte ich schließlich 45 Jahre in meinem Berufsleben gemacht. Also sagte ich sofort zu. So begann es.

Noch am selben Abend bekam ich eine Familie aus der Ukraine als Patin zugewiesen. Die Großmutter der Familie hatte gesundheitliche Probleme. Ich besuchte sie in ihrer Unterkunft und sie schilderte mir ihre Beschwerden, die Tochter sprach gut Englisch und übersetzte es mir. Ich suchte eine Hausärztin im Ort und brachte Mutter und Tochter dorthin. Da die Tochter gut Englisch sprach, konnte sie der Ärztin direkt das Problem schildern. Allerdings zeigte sich im Verlauf bei weiteren Arztvorstellungen, dass sie dabei oft zu ungenau war, sodass sie schnell abgewiesen und weitergeschickt wurden. Das führte dann auf beiden Seiten zu Ärger und Frust.

Da ich meine Patenfamilien näher kenne und die Zeit habe, genau nachzufragen, kann ich die gesundheitlichen Beschwerden genauer verstehen und einordnen. Um die sprachlichen Hürden zu überwinden, hilft mir eine Übersetzungs-App aus dem Internet und um die gesundheitlichen Probleme einzuordnen natürlich meine medizinische Erfahrung als Krankenschwester. Mit diesem Wissen erkläre ich dann das gesundheitliche Problem dem Arzt. Umgekehrt berichte ich, was der Arzt dazu gesagt hat und was er empfiehlt.

Mit dieser Form erlebe ich jetzt, dass beide Seiten viel entspannter sind und es zu einer sinnvollen Behandlung kommt. Ich verstehe mich dabei als Anwältin meiner Patenfrauen. Gerade bei älteren Kranken, wo ja vielfältige gesundheitliche Probleme bestehen, ist es wichtig heraus zu finden, was jetzt Priorität hat. Da hilft natürlich meine lange Erfahrung als Krankenschwester in verschiedenen Fachabteilungen. Meine Patenfamilien können sich auf meine Hilfe verlassen und sind deshalb viel ruhiger und gefasster vor dem Arztbesuch. Ich helfe ihnen, sich in unserem Gesundheitsdschungel zurecht zu finden. Das gibt ihnen Sicherheit.

Weiter engagiere ich mich im Café Mittendrin. Es findet in der Freien evangelischen Gemeinde statt. Dort treffen sich Flüchtlinge unseres Ortes, es gibt Kuchen, der von der Gemeinde gespendet wird und ein Küchenteam. Es sind Menschen aus Syrien, Afghanistan, dem Sudan, Westafrika, Burundi, der Ukraine und einigen weiteren Staaten. Wir als Unterstützer sprechen mit ihnen über alle möglichen Themen, geben ihnen Hilfe auf vielen Gebieten, dazu gehört auch Wohnungs- und Arbeitssuche, aber besonders auch beim Erlernen der deutschen Sprache. So hatten wir gerade für Frauen, die oft wegen der Kinder nicht zur Schule gehen können, einen Kurs dort im Café eingerichtet, während das Team mit den Kindern spielte. Wichtig ist besonders die emotionale Unterstützung, wir spielen und lachen miteinander. Es kommen sehr viele Kinder. Sie erhalten ein Bastel- und Spielangebot und es findet immer die „besondere Viertel-Stunde“ statt. Da singen eine Kollegin und ich mit ihnen christliche Lieder mit Bewegung und geben einen christlichen Impuls mit der Puppe Lotta.

Diese neue Aufgabe ist eine große Bereicherung für mein Leben. In Gottes Reich gibt es keine Rentner und es ist eine absolute „win-win“ Situation. Die „ganze Welt“ kommt in unseren kleinen Ort. Ich lerne neue Sprachen, Länder und Kulturen kennen und kann dabei auch auf meine beruflichen Erfahrungen zurückgreifen und erleben, wie diese weiter gebraucht werden. Ich danke meinem großen wunderbaren Gott dafür. ■

Isa Junge, Fachkrankenschwester für Sozialpsychiatrie, Sittensen

KULTURELLE VIELFALT GESTALTEN

Vor zwei Jahren ist eine neue Kollegin in mein Team gekommen, eine Kolumbianerin. Da sie schon seit über zehn Jahren im deutschsprachigen Raum lebte, sprach sie bereits sehr gut Deutsch. Wir teilten uns für ein paar Monate das Büro und so konnten wir uns gut kennenlernen.

Rasch stellte sich heraus, dass sie Christin ist und so entstand sehr schnell, auch durch ein wöchentliches Gebet am Montagmorgen, ein besonderes Vertrauen zueinander.

Mittlerweile sind bei uns im Klinikum viele Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern in der Pflege eingesetzt. Meine kolumbianische Kollegin ist dafür zuständig, bei der Anerkennung, Wohnungssuche, Kontoeröffnung und vielem mehr zu unterstützen. Darüber hinaus wurde eine Deutschlehrerin eingestellt und Praxisanleitende, die auf den Stationen bei der Einarbeitung die Pflgeteams entlasten.

Vor ein paar Monaten hatten die internationalen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, sich und ihre Herkunftsländer in der Eingangshalle zu präsentieren. So wurden kulinarische Kostproben gereicht und Besonderheiten der Länder vorgestellt. Dieses war eine gute Möglichkeit, Wertschätzung und Anerkennung auszudrücken und sich kennenzulernen.

Aber tatsächlich ist es ein großer Kraftakt für alle Beteiligten. So benötigt es ein immer wieder aufeinander zugehen und voneinander lernen wollen. Da ist es gut, dass auch unser Konfliktmanager eingeschaltet werden kann, wenn das gegenseitige Verständnis füreinander an seine Grenzen kommt.

Ich bin sehr dankbar für die internationalen Pflegekräfte und freue mich persönlich, dass ich einem kolumbianischen Kollegen meine frühere Mietwohnung vermitteln konnte. So ist es möglich, dass auch seine Frau und die beiden Kinder nachziehen können. Aber er kam zur Wohnungsübergabe mit zwei Koffern und das zeigt, dass Integration viel mehr ist, als Sprache lernen und die Anerkennung zu erwerben, sondern es geht für viele darum, sich hier ein ganz neues Leben aufzubauen. Wie wichtig und gut ist es doch, dabei von unserem Reichtum abzugeben! ■

Marion Meyer, Dipl. Pflegewirtin (FH), Pflegekoordinatorin, Hamburg





Wir waren berührt UND SCHOCKIERT

Zwei Arbeitsplätze – über 5000 Kilometer voneinander entfernt. Dr. Andreas Walther lebt in zwei Welten, als Anästhesist am Klinikum Chemnitz und in einem Basisgesundheitsprojekt in Tansania. In Deutschland ist er auch als Notarzt unterwegs, in Tansania stärkt er die Basisgesundheitsarbeit der lokalen Kirchengemeinde.

Im Gespräch mit ChrisCare berichtet er von seiner persönlichen Situation. Er ist verheiratet und die beiden haben 55 Kinder. 55? Die leben allerdings nicht in Deutschland, sondern in Ostafrika. Gemeinsam haben Andreas und Tanja Walther die Weltbeweger, ein Missionswerk, gegründet, das sich in Deutschland gegen Menschenhandel und Zwangsprostitution einsetzt und in Afrika Waisen aufnimmt und begleitet. Daher die 55 Kinder, die zu Walthers gehören. In Tansania wollen sie Kindern durch Schulen und medizinische Versorgung einen Weg aus der Armut ermöglichen. Aktuellstes Projekt: Der Aufbau einer Notfallambulanz in der Nähe des Serengeti-Nationalparks. Um die aufzubauen, hat Andreas Walther seine Stelle in Deutschland um 50% halbiert.

Andreas Walther erinnert sich gut, wie seine Frau und er 2015 das erste Mal Tansania besuchten, um in einem Kurzzeit-

einsatz medizinisch zu helfen. „Wir haben Menschen gesehen, die keine Perspektive haben. Das hat uns berührt und geschockt. Besonders das Schicksal von Waisenkindern hat uns berührt.“ Bevor die beiden Deutschen aber aktiv wurden, haben sie gebetet und die folgenden Ereignisse als Handeln Gottes verstanden. „Es haben sich dort während unserem Einsatz Menschen bekehrt, haben eine Jugendgruppe gebildet und wir sind dieser Spur gefolgt. Unser Eindruck: Gott tut hier etwas, bei dem wir helfen können.“ Die tansanischen Freunde ermutigten das Ehepaar, das Projekt Weltbeweger zu starten.

Auf die Frage, wie er den Spagat schafft zwischen westlicher Hightec-Medizin in Sachsen und einem rudimentären Gesundheitswesen in Tansania, weiß er rasch zu antworten: „Also ich bin damals in die Medizin gegangen, bin Arzt, geworden, weil ich Menschen helfen will, besonders kranken Menschen. Die haben eine Not und viele können sich nicht selber helfen und für mich ist es wirklich eine Ehre – kann man sagen, kranken Menschen helfen zu können, dass es ihnen besser geht. Ja, in Deutschland erlebe ich das. Das ist mein Beruf und ich mache meinen Beruf gern. Aber in Tansania ist es etwas anders: Einfache Krankheiten, zum Beispiel eine Blinddarmentzündung, können zu ernsthaften Folgen führen. Ich kenne persönlich eine Dreiundzwanzigjährige, die an einer Blinddarmentzündung gestorben ist. Sowa muss meines Erachtens heutzutage nicht mehr sein, aber in Tansania erlebe ich das, dass an einfachen Erkrankungen die Leute ernsthaft leiden lässt. Das motiviert mich, da mit einfachen Mitteln etwas dagegen zu tun, um Leben zu retten. Auch Malaria ist dort ein großes Thema, ist die Todesursache Nummer 1 in Tansania. Malaria kann man heutzutage relativ



ICH BIN ÜBERZEUGT, DASS JEDER MENSCH VON GOTT GEMACHT UND VON GOTT GELIEBT IST. UND DESWEGEN BEHANDLE ICH JEDEN MENSCHEN, SO GUT ICH KANN. EGAL, OB ER GOTT KENNT ODER NICHT.





gut behandeln, wenn man es rechtzeitig erkennt. Ja, dann mach ich diesen Spagat gern. Also das sind schon wirklich 2 unterschiedliche Welten, was du ansprichst. Die Hightech Medizin in Deutschland, wo wir alles tun, um noch ein paar Monate rauszuholen, dass der Patient länger leben kann mit allen möglichen technischen Mitteln und der Gegensatz dazu in Tansania, wo wir diese Mittel nicht haben.“

In Chemitz, im Osten Deutschlands sind die meisten Patienten sehr säkular geprägt, während in Tansania fast jeder religiös ist. Auf die Frage, wie das seine ärztliche Tätigkeit prägt, meint Andreas Walther: „Ich bin überzeugt, dass jeder Mensch von Gott gemacht ist und von Gott geliebt ist. Und deswegen behandle ich jeden Menschen, so gut ich kann. Egal, ob er Gott kennt oder nicht. Es spielt keine Rolle, genauso wie die Hautfarbe keine Rolle spielt, ob man einen Menschen gut oder schlecht behandelt.“

Trotzdem gibt es für ihn einen Unterschied: „Weil ich erlebe, dass wenn ich gläubige Patienten habe, ich noch eine andere Dimension habe, in der Heilung geschehen kann. Wir als Schulmediziner versuchen natürlich, mit Medikamenten oder Operationen zu behandeln, aber ich weiß als gläubiger Arzt, dass der Mensch nicht nur aus seinem Körper besteht, sondern aus Körper, Seele und Geist. Gerade diese geistliche Dimension wird in der Schulmedizin oft vernachlässigt. Ich erlebe da ein großes Potenzial, dass auch auf geistlicher Ebene durch Gebet, durch Segnung, durch ermutigende Bibelworte Heilung unterstützt werden kann. Und das praktiziere ich, wo mir das möglich ist. Und wenn der Patient das möchte. Ich erlebe dann, dass diese Kombination oft wirksamer ist, als wenn man nur auf einer Ebene agiert.“

In Deutschland und in Tansania sind nicht alle Patienten von der Schulmedizin überzeugt. Sie suchen nach Alternativen. In Tansania suchen sie alternative Heilmethoden, indem sie zum Witchdoctor gehen, dem Zauberer. Das ist oft aus der alten Stammestradiation heraus geboren. „Sogar Christen erlebe ich, dass die sagen, ‚Ja, ich hab jetzt im Gottesdienst für mich beten lassen, aber morgen am Montag geh ich mal lieber noch zum Zauberdoktor, um auf Nummer sicher zu gehen.‘“ Walther selbst ist nachdenklich geworden. Früher habe er sich sehr auf die Schulmedizin berufen. Aber neben diesem ganz wichtigen Faktor im Behandeln eines Menschen sieht er auch die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes. „Die Schulmedizin braucht Ergänzung. Und da ist sind geistlichen Angebote für mich wichtig, genauso wie die natürliche Medizin zu beachten, also Heilpflanzen, die Gott

wachsen lässt.“ Gerade in diesem Bereich könne man in Tansania vieles wiederentdecken. „Wir nutzen die natürliche Medizin, Heilpflanzen, die zum Beispiel auch gegen verschiedene Infektionskrankheiten wirken.“ Das gilt auch in Europa, wo das Interesse an alternativen Methoden wächst. „Man kann viele Erkrankungen relativ gut mit Heilpflanzen behandeln, aber man muss auch wissen, wo die Grenze liegt, in der man unbedingt auf die Schulmedizin setzen muss.“

Das Miteinander von europäischen und afrikanischen Medizinern in Deutschland wie auch in Tansania ist für Andreas Walther ein Lernfeld. Er schätzt den Erfahrungsaustausch, weil es seinen Horizont gerade im Blick auf die pflanzliche Medizin erweitert. „Für mich ist das eine Bereicherung und ich erlebe das auch umgekehrt. Also kurzum, diesen Erfahrungsaustausch unter den Kulturen habe ich als sehr positiv empfunden. Ohne die Kollegen, die aus dem Ausland kommen, würde unsere Klinik schon längst zusammengebrochen sein. Wir sind dankbar für Menschen, die aus dem Ausland kommen und mithelfen und sich gut integrieren. Es gibt natürlich auch welche, die haben Probleme, aber die meisten machen wirklich hier einen guten Job und das achte ich und ehre ich.“

Das Geheimnis guter Zusammenarbeit ist der Austausch untereinander. Der unterschiedliche kulturelle Hintergrund verlangt Geduld und die Bereitschaft zuzuhören. Wer aus einem Überlegenheitsgefühl heraus handelt, gewinnt nicht das Herz des Gegenübers. Wer aber offene Fragen stellt, zeigt Respekt für den Partner.

Wie in Deutschland ist auch in Tansania die interkulturelle Zusammenarbeit eine Chance. Beide Seiten lernen voneinander. Die europäischen Ärzte bringen in Afrika oft ein größeres fachliches Wissen ein. Ihre afrikanischen Kollegen dagegen wissen, wie man unter Umständen für und mit einem Patienten beten kann. „Das hat der eine oder andere Arzt aus Deutschland so noch nie erlebt.“ Aus diesem Miteinander erwächst Gutes, ist Andreas Walther überzeugt. ■

Frank Fornaçon,
Ahnatal

DIESEN ARTIKEL KÖNNEN SIE AUCH HÖREN!



JUNG, GEFLÜCHTET, SÜCHTIG...

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG UND
MIGRATIONSHINTERGRUND BEI JUNGEN DROGENABHÄNGIGEN
IN DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL

In unserer Klinik hatten 2020 insgesamt 27 % der Patientinnen und Patienten einen Migrationshintergrund angegeben. PatientInnen mit türkischer Herkunft machten mit 8 Prozentpunkten die größte Gruppe aus. Von den insgesamt 23, waren 17 als Kinder von Migranten und Migrantinnen in Deutschland geboren worden. Der Anteil der Frauen lag bei 13,6 %.

MERKMALE DER PATIENTEN

Als uns vorgeschaltete Stelle im Suchthilfesystem erhielten wir von der Beratungsstelle „Feedback“ aus Dortmund die Information, dass im Jahr 2020 161 geflüchtete, zumeist männliche Personen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren Kontakt zur Beratungsstelle aufnahmen. Meist konsumierten die Betroffenen Amphetamine und Cannabis, oft begann der Konsum erst in Deutschland, ebenso bei unseren PatientInnen. Laut Landesstelle Sucht NRW beginnt der Konsum in 30% der Fälle erst in Deutschland.

Eine „junge Migrationsgeschichte“ von wenigen Jahren wiesen in unserer Klinik im Jahr 2021 3 Patienten auf. Die jungen Männer (19-22 Jahre) kamen aus Pakistan, Syrien und Afghanistan. Alle Patienten flohen als Jugendliche nach Kriegserfahrungen alleine aus ihrem Heimatland und hatten, nur selten, telefonischen Kontakt zur Herkunftsfamilie. Jeder der drei Patienten hatte die Diagnose einer Trauma-Folgestörung. Das Jugendamt war zum Zeitpunkt der Therapie involviert und teilweise bestand eine gesetzliche Betreuung. Über diese Hilfestellen begann die Kontaktaufnahme zur zuweisenden Suchtberatungsstelle.

Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung spielte im therapeutischen Kontakt eine weniger starke Rolle, als zunächst anzunehmen wäre. Die Diagnosestellung schien die Patienten zwar zu entlasten, eine intensi-

vere Auseinandersetzung war zum Zeitpunkt der stationären Entwöhnung bei uns kaum möglich. Im Vordergrund standen Fragen nach dem Bleiberecht und der Möglichkeit zu Bildungs- und Arbeits-Möglichkeiten.

FALL-VIGNETTE

Ein 19-jähriger Patient mit einer Cannabis-, Amphetamin- und Alkoholabhängigkeit. Er lebte ohne Familie in einem Asylbewerberheim. Die Familie befand sich im Heimatland und es bestand nur sporadischer Kontakt. Im Alter von 15 Jahren kam er alleine nach Deutschland. Er arbeitete einige Jahre als Produktionshelfer, war zum Zeitpunkt der Reha jedoch arbeitslos. Er hatte in Deutschland eine Duldung. Für den Alltagsgebrauch lagen ausreichende mündliche Sprachkenntnisse vor. Der Patient konnte jedoch auf Deutsch weder lesen noch schreiben.

In Deutschland habe er mit dem Konsum begonnen. Der Patient gab an, Cannabis zur Beruhigung konsumiert zu haben, wenn er an den Krieg gedacht habe. Er habe dann besser geschlafen. Zudem habe er die soziale Verbundenheit beim gemeinsamen Konsum genossen. Amphetamine und Alkohol habe er zur Stimmungsaufhellung eingesetzt. Der Patient beschrieb Einschränkungen bei der Haushaltsführung und im Umgang mit Ämtern. Die Beziehungen zu anderen Menschen seien belastet. Vertrauen aufzubauen gelinge ihm nur schwer. Berufliche Arbeitsanforderungen würden ihn schnell überfordern. Er konnte keine Hobbys benennen.

Die psychotherapeutische Behandlung orientierte sich stark an den Themen Beziehungsaufbau, Vermittlung von Sicherheit und Transparenz und diversen eher pädagogischen Tätigkeiten. Eine tiefgreifende Psychotherapie war nicht

DIESEN ARTIKEL KÖNNEN SIE AUCH HÖREN!



„Die Kombination aus einer kurzen Migrationsgeschichte, einer kurzen Suchtgeschichte und einem jungen Alter stellt uns als BehandlerInnen in der medizinischen Suchtrehabilitationen vor große Herausforderungen.“



möglich. Dies lag zum einen an den Sprachkenntnissen, zum anderen an den vorrangigen Themen des Patienten. Die Beziehung zu beinahe allen Mitarbeitenden und MitpatientInnen war von Misstrauen geprägt, ausgenommen von einzelnen Mitpatienten, mit denen er sich verbündete. Er reagierte in Konflikten impulsiv, im Alltag zog er sich häufig zurück. Er bekam intensive männliche Unterstützung beim Lernen der deutschen Sprache, diese Hilfe konnte er gut annehmen.

Die Fallvignette beschreibt die Komplexität in der psychotherapeutischen Arbeit mit einem jungen Mann, der erst vor wenigen Jahren als Flüchtling nach Deutschland gekommen ist.

Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, fehlende soziale Bindungen, kulturelle Differenzen und sprachliche Barrieren schränken die Möglichkeiten der Teilhabe an der Gesellschaft und am Arbeitsleben massiv ein. Häufig kann und muss im Behandlungsverlauf die Förderung dieser Teilhabe im Vordergrund stehen, da die Patienten keine Arbeitserlaubnis haben oder ihr Aufenthaltsstatus von ihrem Arbeitsverhältnis abhängt.

ZWEI ASPEKTE DES KULTURSENSIBLEN ARBEITENS:

KRANKHEITSVERSTÄNDNIS

Der in der Fallvignette beschriebene Patient unternahm für die westliche Schulmedizin eine Selbstverletzung, während in seinem Krankheitsverständnis das Ritzen und der damit einhergehende Blutverlust die Vergiftung des Körpers beseitigen sollte.

Die Patienten aus dem mittleren Osten haben eher ein somatisches Krankheitsverständnis. Dies macht es schwer, ein Verständnis für die eigene stoffgebundene Abhängigkeit zu entwickeln.

Neben Krankheit ist auch das Verständnis von Behandlung kulturell sehr unterschiedlich geprägt. Hiesige Sucht- oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten lernen Gesprächstechniken, um den Patienten und Patientinnen Wege aufzuzeigen, um eigene Schlüsse ziehen zu können. Patienten und Patientinnen mit asiatischem Migrationshintergrund, aus dem mittleren Osten fordern oft Anweisungen, was

sie nun tun müssten. Sie empfinden Fragen der Therapeutin oder des Therapeuten wie z.B. „Was kann ich für Sie tun?“ als inkompetent.

Dies fordert eine enorme Anpassungsleistung nicht nur der PatientInnen, sondern auch der TherapeutInnen, welche einen Spagat zwischen ihren therapeutischen Grundhaltungen und den Bedürfnissen der PatientInnen vollführen müssen.

SPRACHE

Für Bezugstherapeuten sind Sprache und Beziehung ihr Handwerkszeug. Wie kann also eine erfolgreiche Therapie durchgeführt werden, wenn Therapeuten und Patienten nicht dieselbe Sprache sprechen? Es scheint profan und doch stolpern wir nicht selten in der Psychotherapie über das fehlende Verständnis von in Deutschland genutzten Redensarten. Manchmal bleibt die Frage „Hat mein Patient mich verstanden?“ oder „Habe ich meinen Patienten verstanden?“ offen.

In der Regel scheitern muttersprachliche Behandlungen an der geringen Anzahl von entsprechenden Therapie-

ten oder Therapeutinnen. Benötigt es aber die Behandlung in der Muttersprache? Sicherlich schafft diese Nähe und verhindert Fehlkommunikation, sie ist aber nicht der Garant für gleiche, identitätsstiftende Werte. Wichtiger scheint ein kultursensibles Arbeiten, das vor allem in einer reflektierten, selbstkritischen und unvoreingenommenen Haltung besteht. Somatisierung, das Phänomen des „Einverständnis im Missverständnis“ (es besteht ein Einverständnis in der Beseitigung der Symptome, aber ein Missverständnis in der Behandlungserwartung) und unnötige (medikamentöse) Behandlungen könnten durch kultursensible Behandlungen reduziert werden.

FAZIT

Die Kombination aus einer kurzen Migrationsgeschichte, einer kurzen Suchtgeschichte und einem jungen Alter stellt uns als BehandlerInnen in der medizinischen Suchtrehabilitation vor große Herausforderungen. Der „Königsweg“ der Suchtrehabilitation, der in Umfeldwechsel, Aufbau von zufriedenstellender Freizeitgestaltung und Entwicklung einer beruflichen Perspektive besteht, greift hier nicht. Besteht ein Arbeitsverhältnis, kann dies zur Sicherung des Aufenthaltstitels zwingend nötig sein. Ist der Arbeitsplatz jedoch ein Risikofaktor für einen Rückfall, sind Therapeut und Patient in einem Dilemma. Ebenso kann die Wohnsituation nicht ohne weiteres verändert werden, lebt der Patient oder die Patientin in einem Wohnheim für Asylsuchende.

Die Freizeitgestaltung ist noch am ehesten zu verbessern. Finanzielle Grenzen kennen wir Behandler schließlich nicht nur von Patienten mit jungem Migrationshintergrund und sind hier geübt und kreativ.

Vermutlich werden in Zukunft mehr geflüchtete Menschen in die stationäre Suchtrehabilitation gelangen. Die Anpassung der Behandlung und die Überprüfung unserer eigenen kultursensiblen Haltung ist nun unsere Aufgabe. Anfangen sollten wir mit der stetigen Überprüfung hinsichtlich diskriminierender, fremdenfeindlicher und projektiver Tendenzen. Dies sollte beispielsweise in Teamsitzungen, Supervisionen oder Fortbildungsmaßnahmen explizit anvisiert werden. Zugangsbarrieren aller Art sollten identifiziert und nach Möglichkeit ausgeräumt werden (Czycholl, 2018). ■

Dr. med. Dorothee Deuker,
Fachärztin für Psychiatrie in Anlehnung an einen Artikel in der Zeitschrift der salus klinik Castrop-Rauxel von Indra Claessens und Kerstin Hohagen.



Anzeige



**Klinik
Hohe Mark**

STIFTUNG

Die DGD Klinik Hohe Mark (Oberursel / Frankfurt am Main) ist eine gemeinnützige Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin. Für Patientinnen und Patienten ist die Klinik ein Ort der Hoffnung und Heilung, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein „Great Place to Work“.



FACHLICH KOMPETENT | CHRISTLICH ENGAGIERT | HERZLICH ZUGEWANDT

Weitere Informationen:
→ hohemark.de

Stellenangebote unter
→ bewerb-bei-hohemark.de
(oder QR Code unten rechts)

DGD Klinik Hohe Mark
Friedländerstraße 2
61440 Oberursel
Tel. 06171 204-0
info@hohemark.de



WORTSCHATZERWEITERUNG

Kommunikation im Patientenkontakt ist in den meisten Gesundheitsberufen essenziell. Schon in der Muttersprache ist es schwer genug, wichtiges zu vermitteln, eine Patientenbeziehung aufzubauen und Fragen zu beantworten. Bei einer Sprachbarriere wird die Kommunikation meist auf das Nötigste beschränkt. Laut dem Statistischen Bundesamt (2022) werden in Deutschland neben Deutsch am häufigsten Türkisch (14%), Russisch (12%), Arabisch (10%), Polnisch (7%), Englisch (6%) und Rumänisch (5%) gesprochen. Diese Sprachen spiegeln sich auch in unserer Kommunikation mit Patienten wider. Gelegentlich finden wir in unserem Team jemanden, der als

Dolmetscher einspringt. Es gibt auch viele technische Möglichkeiten, um andere Sprachen zu verstehen oder sich auszudrücken. In meiner Arbeit als Sprachtherapeutin habe ich die Erfahrung gemacht, dass wenige Wörter in einer anderen Sprache ausreichen, um eine wertvolle Patientenbeziehung aufzubauen. Auch wenn die Wörter nicht ganz korrekt ausgesprochen werden, wird die Mühe meist anerkannt und wertgeschätzt. Diese kleine Geste zeigt, dass man bereit ist, einen Schritt auf sein Gegenüber zuzugehen. Daher habe ich eine Tabelle mit wichtigen Vokabeln in den relevantesten Sprachen angefertigt. ■

	TÜRKISCH	RUSSISCH	ARABISCH	POLNISCH	RUMÄNISCH
JA	Evet	Na	Naeam	Tak	Da
NEIN	Hayır	Net	La	Nie	Nu
SCHMERZEN	Ağrı	Boli	Alam	Ból	Durere
HUNGER	Açlık	Golod	Jue	Głód	Foamea
DURST	Susuzluk	Zhazhda	Aleatash	Pragnienie	Setea
BEIN	Bacak	Noga	Rajul	Noga	Picior
KOPF	Kafa	Golova	Ras	Głowa	Cap
BAUCH	Mide	Zhivot	Batn	Żołądek	Stomac
GUT	İyi	Khoroshiy	Jyid	Dobry	Bun
SCHLECHT	Kötü	Plokhoy	Si	Zły	Rău
GEHEN	Yürümek	Idti	Yadhhab	Chodzenie	Mersul pe jos
TOILETTE	Tuvalet	Tualet	Alhamam	Toaleta	Toaletă
BETT	Yatak	Krovat´	Alsarir	Łóżko	Pat
ZUHAUSE	Evde	Doma	Bait	W domu	Acasă

Die Tabelle wurde mit Hilfe von Google Translator, dem Onlinewörterbuch PONS und einigen lieben Kollegen von mir angefertigt. Nachdem ich keiner dieser Sprachen mächtig bin, bitte ich eventuelle Fehler zu entschuldigen.

Der kranke Fremde in der Bibel

Am Ende wird es Heilung für alle geben. Im letzten Kapitel der Bibel beschreibt Johannes das himmlische Jerusalem. Mitten darin ein Fluss, der an beiden Ufern von Bäumen gesäumt ist. Deren Blätter haben medizinische Kräfte und dienen zur Heilung der Völker. Diese Vision geht über eine rein medizinische Betrachtung hinaus. Das himmlische Jerusalem wird offen sein für alle Völker. Damit kommt die Weitung des Gottesvolkes zum Abschluss, die mit der Entstehung der christlichen Gemeinde begann. Es gibt bei Gott keine Zweiklassengesellschaft. Seine Liebe gilt allen Menschen gleich und bei ihm finden alle das Heil.

Von diesem Heil träumten – und träumen alle Menschen, besonders, wenn sie durch Krankheit oder Armut in Not geraten sind. Im alten Israel suchten die Menschen die Nähe Gottes, um gesund zu werden: „Mein Gott, da ich schrie zu dir, machtest du mich gesund“ (Psalm 30,3). Benachbarte Völker beobachteten, wie in Israel um Heilung gebetet wurde und wollten davon profitieren. Prominentestes Beispiel: Der aramäische General Naaman wurde von einer gravierenden Hautkrankheit geplagt. Obwohl er hoch angesehen war, litt er doch sehr unter der Krankheit. Ein israelitisches Mädchen, das als Haussklavin in der Familie des Generals arbeitete, gab den Tipp: „Ach dass mein Herr wäre bei dem Propheten Elisa in

UNABHÄNGIG VON DER ETHNISCHEN ZUGEHÖRIGKEIT BIETET GOTT HEIL UND HEILUNG AN.



Samaria, der damaligen Hauptstadt Israels. Der könnte ihn von seinem Aussatz heilen“ (2. Könige 5). Der General ließ es auf den Versuch ankommen, bat in Israel um Hilfe und wurde mit einer merkwürdigen Therapie konfrontiert: Ein siebenmaliges Bad im Jordan sollte ihn heilen. Noch heute ist der Jordan an manchen Stellen eine trübe Brühe und Naaman muss sich überwinden, dem Rat zu folgen. „Und sein Fleisch wurde wieder heil wie das Fleisch eines jungen Knaben, und er wurde rein.“ Die Folge: Der Angehörige einer nichtisraelitischen Religion staunt über die Heilungskraft des Gottes, der in Israel und Juda verehrt wurde.

Schon von Abraham wird berichtet (Genesis 20,17), dass er für ein Ehepaar betete und dieses von seiner Unfruchtbarkeit geheilt wurde. Und der Prophet Elia, der ins Exil gegangen war, teilt das Leid der Frau, bei der er Asyl fand. Als ihr Kind krank ist, betet der Prophet um Heilung (1. Könige 17,17ff.).

In Jesus sehen jüdische und nichtjüdische Menschen einen Heiland, der gesund machen kann. Auch wenn Jesus sich zu den Menschen in Israel gesandt sah, lässt er sich erweichen und heilt die Tochter einer Frau aus dem heutigen Libanon, macht die Angehörigen römischer Offiziere gesund und heilt eine Gruppe von 10 Männern mit Aussatz. Unter ihnen ist neben den neun jüdischen Patienten ein Samaritaner, dessen Religion ihn von den anderen unterschied. Aber in der gemeinsamen Krankheit bitten sie miteinander Jesus um Hilfe. Alle werden gesund – ohne Unterschied. Allerdings führt die Heilung nur bei dem Fremden dazu, dass dieser sich bei Jesus bedankt und den Gott Israels preist. Jesus beschränkt sich zwar auf den engen Raum der jüdischen Siedlungen in Israel, aber er überschreitet die Grenze zu den Heiden, die seine Nachbarn waren.

Endgültig werden die Grenzen zwischen Judentum und Heidentum gesprengt, nachdem Apostel wie Paulus die Gute Nachricht von der Liebe Gottes bis nach Rom tragen. Auf dem Weg durch die römische Welt berührt diese Botschaft die unterschiedlichsten Menschen und trägt zu deren Heilung bei. Ein christlicher Wanderprediger, Philippus heilt Menschen aus Samaria, die weder Juden noch Christen waren. Die Apostelgeschichte berichtet (8,8): „Viele Gelähmte und Verkrüppelte wurden gesund gemacht; und es kam große Freude auf in jener Stadt.“

Ein anderes Beispiel: Paulus war auf Malta gestrandet und von einem Landgutbesitzer freundlich aufgenommen worden. Im

Gegenzug kümmert sich Paulus um dessen fieberkranken Vater und betet für ihn um Heilung (Apostelgeschichte 28). „Als das geschehen war, kamen auch die andern Kranken der Insel herbei und ließen sich gesund machen.“ Ein anderes Mal hatte Paulus einen von Geburt an gehbehinderten Mann beobachtet. Der hatte gehört, was Paulus über Jesus sagte und vertraute darauf, dass er geheilt werden könnte. „Und als Paulus ihn ansah und merkte, dass er glaubte, ihm könne geholfen werden, sprach er mit lauter Stimme: Stell dich aufrecht auf deine Füße! Und er sprang auf und ging umher“ (Apostelgeschichte 14,10). Paulus selbst hatte erlebt, dass ein Christ in Damaskus für ihn betete und er wieder sehen konnte (Apostelgeschichte 9), und das, obwohl er – noch – kein Christ war.

In der Bibel findet sich keine Einschränkung des Glücks auf das eigene Volk. Unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit bietet Gott Heil und Heilung an. ■



*Frank Fornaçon,
Pastor i. R., Ahnatal*

ChrisCare

[Kleinanzeigen]

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., Nelkenstraße 6, 21465 Reinbek
E-Mail: info@cig-online.de, Angabe der Chiffre-Nr. im Betreff



Bereichernde Vielfalt

Ilona Wolf leitet das AGAPLESION Haus Salem, eine Tochtergesellschaft der Agaplesion Diakoniekliniken in Kassel. Die Einrichtung bietet 72 Pflegeplätze in 60 Einzel- und 6 Doppelzimmern, darin integriert sind 6 Kurzzeitpflegeplätze. Etwa 70 Mitarbeitende sind für die Bewohnerinnen und Bewohner da, eingeschlossen die Praktikanten, FSJ'ler und externe Reinigungskräfte.

Liebe Frau Wolf, wieviele Sprachen werden bei Ihnen im Haus Salem gesprochen?

Das ist eine breite Palette, angefangen bei für uns geläufigen europäischen Sprachen wie Polnisch, Spanisch, Französisch, Englisch, Portugiesisch, weiterhin russisch, Ukrainisch, Indonesisch und natürlich auch Arabisch, Farsi und verschiedene afrikanische Sprachen.

Worüber mussten Sie zuletzt lachen, wenn Sie mit „Nicht-Muttersprachlern“ zu tun hatten?

Eine tunesische Mitarbeiterin hat sich sehr bemüht, ihre Sprachkenntnisse zu verbessern. Sie kam mit einem Anliegen zu mir und ich konnte ihr weiterhelfen. Darüber freute sie sich sehr und wollte ihren Dank und Wertschätzung gewählt zum Ausdruck bringen. Sie überlegte kurz, strahlte mich an und sagte hingebungsvoll: „Vielen Dank Frau Wolf, das war ein großes Help für mich, Sie sind eine sehr nette und gute ... Denkpause ... Sachbearbeiterin.“ Ich musste mich sehr bemühen, ernst zu bleiben und habe ihr freundlich erklärt, dass ich das sehr gerne für sie gemacht habe.

Und was hat Sie im Umgang mit der internationalen Mitarbeiterschaft ins Nachdenken gebracht?

Viele haben in ihren Heimatländern Ausbildungen oder Studiengänge absolviert und teilweise in Leitungspositionen gearbeitet, sei es als Leitung in einem biologischen Institut, beim Militär oder als Lehrerin. Die erworbenen Abschlüsse sind in Deutschland häufig nicht anerkannt oder die Nachweise sind kriegs- oder fluchtbedingt verlorengegangen und können

nicht wiederbeschafft werden. Auch bei vorhandenen Unterlagen ist es aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse oft nicht möglich, im ursprünglichen Beruf zu arbeiten.

Diese Menschen arbeiten meist in der Hierarchie der Pflege ganz unten, als an- bzw ungelernete Pflegehelfer. Sie verstehen vieles nicht gleich aufgrund der Sprachbarriere und führen Hilfstätigkeiten aus. Sie müssen es ertragen, in dieser Position zu arbeiten und Anweisungen entgegenzunehmen. Meines Erachtens braucht es eine gewaltige Resilienz, das auszuhalten, nicht unzufrieden zu werden oder mit dem Leben zu hadern. Im Gegenteil sind diese Mitarbeitenden meist sehr zuverlässig, einsatzbereit und äußern sich dankbar und zufrieden, dass sie eine feste Arbeitsstelle haben. Das bewundere ich sehr. Es ist mir wichtig, ihnen Wertschätzung entgegenzubringen und mich für ihr vorheriges Leben zu interessieren. Diese Menschen bringen durch ihr Leben viele Kompetenzen mit, die ich erkennen und einsetzen möchte. Das ist eine Win-Win-Situation für beide Seiten.

Wo haben Sie Ihre eigene interkulturelle Leitungskompetenz erlernt?

Durch Learning by Doing. Ich habe keine Angst vor dem Anderssein, sondern empfinde es als Bereicherung. Menschen, ihre Lebensentwürfe und Beweggründe haben mich schon immer interessiert. Dabei habe ich die Bedeutung von Bildung und persönlicher Entwicklung verstanden und im Rahmen meiner Möglichkeiten in meinem beruflichen Kontext umgesetzt. Der Bereich Personalentwicklung hatte sehr schnell eine große Bedeutung für mich. Es ist bereichernd,



wenn Menschen bereit sind, von ihren Geschichten, Kulturen und Werten zu berichten und diese einzubringen.

Es ist mir wichtig, die Menschen zu verstehen und ihre Ziele, Wünsche und Ressourcen zu entdecken. Ich habe verstanden, dass Menschen in den Dingen, die sie gerne machen, meist auch richtig gut sind. Wenn man schafft, das herauszufinden und auf die beruflichen Herausforderungen zu übertragen, bekommt man kompetente, leistungsfähige und -willige Mitarbeitende. Das gilt für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.

Zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und Mitarbeitenden gibt es nicht nur sprachliche Barrieren. Wer heute 25 ist, der kommt aus einer ganz anderen Welt als die 85jährige Bewohnerin, die sie oder er pflegt. Was hilft, die Kluft zwischen den Generationen zu überwinden?

Durch die Haltung der Menschen zueinander. Auch hier gilt, wenn man es schafft, das Anderssein nicht als Bedrohung, sondern als Bereicherung zu verstehen, hat man gewonnen. Ich versuche, Mitarbeiter und Bewohner neugierig aufeinander zu machen. Wöchentlich führe ich halbstündige Kurzschulungen durch, in denen regelmäßig auch ethische Fragestellungen behandelt werden. Die Themen Lebensqualität im Alter und Individualität haben dabei einen hohen Stellenwert. Ich möchte, dass die Mitarbeitenden sich mit dem Gegenüber beschäftigen und versuchen, seine Beweggründe und sein „So-geworden-sein“ zu verstehen. Diese Einlassung auf die Menschen nimmt bei uns im Haus auch in der Ausbildung einen großen Raum ein.

Die Bewohner sind in der deutlich schwächeren Position. Sie müssen sich mit den Personen, die sie versorgen, arrangieren. Es gibt für sie wenig Alternativen. Ich erlebe seitens der Bewohner eine große Offenheit und Neugier auf die jungen Menschen, die ihre Enkel oder Urenkel sein könnten.

... und was lässt sich für den Brückenschlag zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen übertragen?

Auch hier zählt die Haltung zueinander und der Mut, Anderssein als Bereicherung und nicht als Bedrohung zu erkennen. Anders bedeutet ganz wertfrei einfach nur anders, nicht schlechter oder gefährlich.

Für Mitarbeitende, die als Fachkräfte aus dem Ausland gekommen sind, gibt es ganz besondere Hürden?

In der Langzeitpflege haben wir kaum Fachkräfte, die bereits eine entsprechende Ausbildung im Ausland absolviert haben. Das Berufsbild der Altenpflege ist wenig bekannt. Es sind überwiegend Quereinsteiger, die nach entsprechendem Erwerb von Schulabschlüssen und Sprachkompetenz bei uns ausgebildet werden. Der Einstieg beginnt meist mit einem Praktikum.

Eine automatische Anerkennung der Berufsabschlüsse gibt es bisher nicht. Es muss immer im Einzelfall geprüft werden,



ob der im Ausland erworbene Abschluss in einem Gesundheitsberuf im Vergleich zur deutschen Ausbildung gleichwertig ist. Es gibt häufig Auflagen, dass Stunden in der theoretischen Ausbildung nachgeholt werden müssen.

In meiner Dozententätigkeit im Bereich Krankenpflege habe ich erlebt, dass der Arbeitsbereich des deutschen Pflegepersonals für die Pflegefachkräfte aus dem Ausland wie ein Kulturschock war. In anderen Ländern haben Pflegefachkräfte häufig andere Aufgaben als bei uns in Deutschland. Direkte pflegerische Tätigkeiten wie Waschen, Essen anreichen u.a. werden von Hilfskräften oder den Familien übernommen.

Gibt es da eine besondere Bringschuld der in Deutschland aufgewachsenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Eine besondere Bringschuld sehe ich bei den „deutschen“ Pflegekräften nicht. Der Pflegekräftemangel ist nicht durch sie verschuldet oder gefördert, sie arbeiten ja schließlich in dem Bereich. Viele haben selbst Migrationshintergrund und können sich gut in die Neuen hineinversetzen und wissen aus eigener Erfahrung, was ihnen selbst geholfen hat. Die meisten neuen Mitarbeitenden steigen über ein Praktikum in die Pflege ein. Sie stehen als zusätzliche Hilfe zur Verfügung und werden je nach Eignung und Motivation schnell von den Teams geschätzt und integriert. Kommt es zu einer Einstellung, ist die Bereitschaft meist hoch, den „Neuen“ das zu zeigen, was sie erstmal wissen müssen, um selbständig arbeiten zu können.

Es besteht vielmehr eine Bringschuld für die bestehenden Teams, neue Kollegen, egal, aus welcher Situation sie zu uns gekommen sind, ordentlich einzuarbeiten. Ein Team kann sich nicht darüber beschweren, dass ein neuer Kollege etwas falsch macht, wenn sie es nicht richtig gezeigt oder erklärt haben. Eine gute Einarbeitung bedeutet Aufwand und braucht Zeit.

Gleichzeitig sehe ich eine Bringschuld bei den neuen Mitarbeitenden, ihre Deutschkenntnisse zu erweitern. Das gehört für mich zur Integration in die Gesellschaft, in der ich gelandet bin und leben möchte. Wenn dieses Gesamtpaket gelingt, gewinnt man häufig langfristig gute Mitarbeitende, die dann weiterentwickelt werden können.

Worauf müssen Vorgesetzte besonders achten?

Die strukturellen Voraussetzungen für die Einarbeitung müssen vorhanden sein. Es muss Ansprechpartner geben, zeitliche Ressourcen, jemanden, der „die Neuen“ regelmäßig am Arbeitsplatz besucht etc. Im Vorfeld ist abzuklären, wie fehlende Sprachkompetenzen erworben werden können. In meiner Einrichtung fahren wir zweigleisig. Wir bieten inhouse ein pflegebezogenes Sprachcoaching an, das an die Arbeitszeiten angrenzt, sodass auch Mütter mit Kindern ohne größeren Aufwand daran teilnehmen können. Gleichzeitig kooperieren wir mit meiner Kirchengemeinde, die ein breites Angebot an kostenlosen Sprachkursen für unterschiedliche Sprachniveaus bereithält.

Pflegende, die aus Asien, Afrika oder Lateinamerika zu ihnen gekommen sind, beobachten hier ein anderes Familienbild. Während in ihrer Heimat die Angehörigen stark in die Pflege eingebunden sind, und es kaum Pflegeeinrichtungen gibt, wird in Deutschland Pflege an professionelle Mitarbeitende delegiert. Entstehen daraus besondere Probleme?

Besondere Probleme habe ich nicht beobachtet, eher Erstaunen über diese Strukturen. Die Bewerber berichten häufig, dass sie so etwas von zuhause gar nicht kennen. Auch habe ich mehrfach erlebt, dass sie positiv überrascht sind, wenn ich sie nach einem Erstgespräch meist für ein Einstiegspraktikum zu einem Rundgang durch das Haus Salem einlade. Viele haben eher die Vorstellung einer „Verwahrnalt“ mit großen Sälen und vielen Betten. Das Erstaunen ist groß, dass die Bewohner eigene Zimmer mit teilweise eigenen Möbeln haben und wie angenehm und wohnlich die Atmosphäre ist.

Gibt es Arbeitsfelder, in denen Mitarbeitende mit Migrationshintergrund einen besonders guten Zugang zu Bewohnerinnen oder Bewohnern haben?

Besondere Arbeitsfelder kann ich nicht nennen. Ich habe beobachtet, dass der Umgang mit den Bewohnern sehr respektvoll ist. Eine neue Mitarbeiterin mit arabischem Hintergrund und Kopftuch hat anfangs vor unseren Senioren geknickt, bevor sie sie angesprochen und versorgt hat. Das hat die Senioren so begeistert, dass sie gar nicht auf die Idee kamen, das Kopftuch zu hinterfragen. Auch profitieren wir von Kenntnissen über Hausmittel aus den Heimatländern. So konnte eine brasilianische Mitarbeiterin einer Bewohnerin mit Hautproblemen durch Anwendungen mit Kartoffelmehlstärke Linderung verschaffen. Das führte zu Begeisterung von Mitarbeitern und Bewohnern und einem regen Austausch über vergessene Hausmittel aus der eigenen Kindheit.

Als Einrichtung der Diakonie betont ihr Träger: Wir haben „den ganzen Menschen im Blick: mit Leib und Seele, mit seiner Hoffnung und seinen Ängsten, mit seinem Können und seinen Grenzen, mit seinem sozialen Umfeld und seinen spirituellen Bedürfnissen. Wir verstehen unseren Dienst ganzheitlich.“ Unter Ihren Mitarbeitenden, gerade auch aus anderen Kulturen, gibt es Menschen, die ihre – christliche, muslimische oder hinduistische – Religion besonders ernst nehmen. Wie verträgt sich das mit einer Kultur, in der Religion kaum ein Thema ist, über das man mit anderen spricht?

Die christliche Identität des Konzerns AGAPLESION ist ein Thema, über das tatsächlich gesprochen wird. Agaplesion ist ein Akronym, das das Unternehmensleitbild zusammenfasst: „Vertraue Gott. Liebe deinen Nächsten. Achte auf dich selbst.“ (nach Markus- Evangelium, Kapitel 12, Verse 30 - 31) Die Kernwerte dazu lauten Vertrauen, Verantwortung, Ambition, Respekt, Miteinander.

Neue Mitarbeitende nehmen an zwei Pflichtveranstaltungen teil. Die erste ist der Mitarbeiterführungstag, dort werden Leitbild und Kernwerte erläutert. Die zweite Veranstaltung nennt sich Diakonische Bausteine, dort wird mit der Seelsorge über die christlichen Werte, die Grundlage unserer Arbeit sind, gesprochen.

Ich hatte bereits erwähnt, dass im Haus Salem wöchentliche Kurzschulungen stattfinden, in denen auch ethische Themen besprochen werden. Aktuell beschäftigen wir uns mit der Frage, was Lebensqualität und gutes Sterben bedeutet. Auch dadurch wird eine Auseinandersetzung mit eigenen und christlichen Werten angeregt. Einer unserer Schwerpunkte ist die Versorgung von Bewohnern in palliativen Lebenssituationen. Hier besteht eine enge Zusammenarbeit mit den für unser Haus zuständigen Seelsorgern, die Bewohner und Angehörige begleiten. Durch die regelmäßige Konfrontation mit Leben und Tod sind auch die persönlichen religiösen Überzeugungen immer wieder Gesprächsthema.

Das Haus Salem ist ursprünglich das Feierabendhaus der Kurhessischen Diakonissenstiftung. Bei uns leben Diakonissen, eine von ihnen ist Schwester Helga Mantels, die ursprüngliche Oberin des Kurhessischen Diakonissenhauses. Es ist uns wichtig, diese Wurzeln lebendig zu halten. Auf unserer Homepage gibt es ein Video, in dem sie diese Wurzeln erläutert: <https://www.agaplesion-salem-kassel.de/ueber-uns/geschichte>

Ich selbst hatte mich 2019 beruflich verändert und wollte keine Heimleitung mehr übernehmen. 2021 wurde das Anliegen des Haus Salem an mich herangetragen. Ich habe mich dazu bereit erklärt, wobei es mein persönlicher Wunsch und Gebet war,

dass der Geist Gottes in diesem Haus spürbar sein soll. Ich glaube, wenn ein solcher Geist über einem Haus liegt, ist es unvermeidlich, dass darüber gesprochen wird.

Sie sind auch in Ihrer Kirchengemeinde aktiv und arbeiten dort in einem interkulturellen Team, das eine kostenlose Mahlzeit für Einsame oder wirtschaftlich bedürftige Gäste anbietet. Welche Erfahrungen aus diesem Bereich konnten Sie in Ihre berufliche Sphäre übertragen?

Das ist tatsächlich eine Anekdote, aus der ich gelernt habe. Eine sehr aufschlussreiche Erkenntnis in dieser Arbeit war, dass das Team von mir eingeteilt werden wollte.

Das Angebot der kostenlosen Mahlzeit haben wir in den Herbst- und Wintermonaten wöchentlich durchgeführt (siehe Foto: Ilona Wolf, links mit ihrem Team). Ich habe versucht, die Mitarbeitenden zu bewegen, sich in einen Kalender einzutragen, damit ich planen konnte, wer wann da ist, oder ob ich mich noch um Mitarbeiter kümmern muss. Das hat nicht funktioniert, niemand wollte sich für die kommenden Wochen festlegen. So habe ich immer erst ein bis zwei Tage vor dem Termin gewusst, wer tatsächlich kommen würde. Es waren immer ausreichend Mitarbeitende vor Ort, aber die Ungewissheit hat mich trotzdem gestresst.

Mit Frühlingsbeginn haben wir das Projekt pausiert und zum Abschluss ein Reflexionstreffen durchgeführt. Dort kam von einem iranischen Mitarbeiter der Vorschlag, dass es doch ganz gut wäre, wenn wir uns schon ein paar Wochen vorher einteilen würden, wer wann kommen kann. Ich war völlig irritiert und habe versucht zu erklären, dass ich genau das mit dem Kalenderbuch erreichen wollte, sich aber niemand eingetragen hatte. Die Antwort lautete, dass sich das Team nicht selbst eintragen wollte, sondern ich ihnen hätte sagen sollen, wann sie kommen müssen. Wir haben kurz über Demokratie und Selbstbestimmung gesprochen. Es wurde schnell klar, dass diese Werte in diesem Zusammenhang nicht erwünscht waren.

Für meine Arbeit habe ich aus dieser Begebenheit mitgenommen, dass ich manchmal gar nicht so viel nach Wünschen fragen brauche, sondern einfach Aufgaben verteilen kann. Meine Erkenntnis lautete, dass zuviel Demokratie und Selbstbestimmung auch eine Überforderung sein kann.

Der Einsatz von Mitarbeitenden aus anderen Kulturkreisen wird oft als Lösung des hiesigen Pflegenotstandes gesehen. Das klingt, als wäre es besser, man könnte ohne sie auskommen? Gibt es Gründe, warum eine interkulturelle Mitarbeiterschaft sogar besser ist, als ein einsprachiges Team?

Die Frage, was besser wäre, stellt sich für mich nicht. Die Arbeitswelt und auch ein Pflegeheim sind ein Spiegel der

Gesellschaft. Deutschland ist ein Einwanderungsland. 2023 hatten ca. 30% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Diese Menschen sind einfach da, sie leben und arbeiten mit uns, unabhängig davon, ob ich das besser finde oder nicht. Auch bei uns im Haus Salem leben Bewohner mit Migrationshintergrund. Ich habe bereits dargestellt, dass ich Vielfalt als Bereicherung, nicht als Bedrohung oder Ärgernis erlebe.

Ich sehe es als meinen Führungsauftrag, das bunte, multikulturelle Team im Haus Salem so zu gestalten, dass das Miteinander gelingt und Bewohner und Team bestmöglich voneinander profitieren. ■

Vielen Dank für das Gespräch

DIESEN ARTIKEL KÖNNEN SIE AUCH HÖREN!



Anzeige

coworkers
Projekte, Fachkräfte, Freiwillige

Qualität in der Gesundheitsversorgung.

Facharzt / Fachärztin für Uganda gesucht

Christliche Fachkräfte International e.V. entsendet unter der Dachmarke Coworkers Fachkräfte in die weltweite Entwicklungszusammenarbeit

www.coworkers.de/gesundheit

GEMEINSAM SIND WIR STARK



ÄRZTE, THERAPEUTEN UND MIGRANTEN ENTDECKEN
EINEN GEMEINSAMEN RESONANZRAUM

DER GLÜCKLICHSTE MOMENT

„Als wir im Boot nach Europa saßen. Das war der Augenblick, als ich wusste, alles wird gut.“ Ich hatte ihn nach dem Moment in seinem Leben gefragt, in dem er einfach nur glücklich war. Und dann erzählte er von seiner Flucht. Mit Frau und Kindern. Sie hatten es geschafft. Eine lange Reise aus einem asiatischen Land. Alles kam sehr plötzlich. Sie mussten fliehen, als ihm gesteckt wurde, dass seine Verhaftung unmittelbar bevorstand. Er wusste, was das bedeutete. Es drohte die Trennung von seiner Frau, den Kindern. Abschiednehmen. Loslassen. Aufbrechen. Viele Hindernisse taten sich unterwegs auf. Gefahren mussten bewältigt werden. Und täglich die Angst entdeckt, verhaftet und zurückgeschickt zu werden. Aber dann hatten sie es doch geschafft.

Nun sitzt er mir gegenüber. Natürlich hatte die monatelange Flucht bei ihm Spuren hinterlassen. Körperlich. Seelisch. Er war traumatisiert. Wir beginnen unser erstes Gespräch. Eine Übersetzerin versucht, so gut es geht, die Kluft zwischen uns zu überbrücken. Ich merke, wie groß das Risiko ist, sich nicht zu verstehen.

Psychologische Beratung und medizinische Behandlung von Migranten stecken immer wieder voller ungeahnter Komplikationen. Unterschiedliche nonverbale und verbale Kommunikationswelten prallen aufeinander. „Zum Beispiel unterscheiden sich die Höflichkeits- und Kommunikationsregeln von Asiaten von denen der Europäer. Unterschiede in der Gestik, Mimik, Körperkontakt, Lautstärke beim Sprechen etc. können hier sehr unterschiedlich sein und im Rahmen des psychologischen Befundes, also der Beobachtung des Therapeuten, zu Fehldeutungen führen,“ so Jan İlhan

Kizilhan, Dozent für Gesundheitswissenschaften, Psychologie und Medizin. (1) Eine tägliche Herausforderung: Wie kann eine sensible und klare Kommunikation in Beratung, Therapie und medizinischer Behandlung gelingen? Wie kann ein Resonanzraum entstehen, der beide Seiten ermutigt, sich aufeinander einzulassen?

ACHTSAM FÜR DEN ALLTAG

Ich richte zunächst meinen Blick auf den Alltag Geflüchteter – hier bei uns. Für mich eröffnet sich ein Resonanzraum mit Migranten, in dem Maße, in dem ich mich für ihr tägliches Leben interessiere. Sie haben es geschafft. Wie stolz sind sie. Endlich in Deutschland angekommen. Aber das Zielland, auf das sie jahrelang hingelegt hatten, liegt irgendwie verschlossen vor ihnen. Obwohl sie mittendrin sind. Eine bittere Erfahrung. Ich bin hier nicht gewollt. Die Monate und Jahre nach der Ankunft sind von diesem Gefühl geprägt. Ausgeschlossen vom gesellschaftlichen Leben. Ich begegne Geflüchteten, die auch nach vielen Jahren, nie eine deutsche Wohnung von innen gesehen haben, von keinen persönlichen Kontakten mit Deutschen erzählen können, außer mit Behördenvertretern.

Hinzu kommen schlechte Erfahrungen, die sie mit anderen Migranten machen. Mit 10 Männern aus unterschiedlichen Kulturen in einem Schlafraum über mehrere Monate leben zu müssen, führt zwangsläufig zu Depressionen oder Aggressionen.

Dabei hatten sie sich es ganz anders vorgesellt, erträumt. Hier angekommen stecken sie voller Tatendrang. Sie wollen doch arbeiten. Geld verdienen. Sich nichts schenken

lassen. Ihre Familie zuhause finanziell unterstützen, die oft unter großen Opfern Geld gesammelt hatte, um so die Flucht nach Deutschland überhaupt zu ermöglichen. Und dann die Gewalterfahrungen. Kleine und große Rempelen in der U-Bahn-Station. Manchmal auch Schläge. Alte Traumata brechen auf. Neue entstehen. Bisher bewährte innere Schutzmechanismen wirken nicht mehr. Kein sicherer äußerer Ort. Und diese dauernde frustrierende Untätigkeit. Tag für Tag. Hinzu kommen für sie unangenehme Erlebnisse in Arztpraxen und im Krankenhaus. Migranten haben zwar, gesetzlich zugesichert, Anspruch auf die Leistungen unseres Gesundheitssystems. Das ist ihnen mitgeteilt worden. Aber sie verstehen das System nicht. Ohnmächtig nehmen sie Medikamentengaben entgegen. Angst kommt auf. Was machen diese Tabletten bloß mit mir?

Aber auch Gutes gehört zu ihrem neuen Leben in unserem Land. Daran wollen sie unbedingt Anteil geben: Solidarität untereinander, neuentdecken, wertschätzen und pflegen der eigenen Kultur. Ehrenamtliche, die sie bei Behördengängen begleiten und beim Deutschlernen unterstützen. Freikarten für das Fitness-Studio. Und wie stolz sind sie, dass sie mit wenigen finanziellen Mitteln auf engstem Raum im Flüchtlingswohnheim es schaffen zu leben, zu überleben.

ACHTSAMKEIT FÜR DEN KULTURELLEN HINTERGRUND

Ich bin immer wieder berührt von ihrem Lebenskontext. Ein Resonanzraum mit Traurigem und Schönerem gleichermaßen.

Ein Miteinander von Therapeuten, medizinischen Mitarbeitern und Geflüchteten kann nur gelingen, wenn der Aufnehmende dem Hilfesuchenden mit kulturbezogener Sensibilität begegnet. Das beginnt mit Respekt vor einem anderen Verständnis von Krankheit. Körperliche Schmerzen werden emotional, weitschweifig und langatmig mitgeteilt und von den Betroffenen als Folge einer moralischen Verfehlung interpretiert. Sie suchen nach bestimmten Ritualen, um sie wieder loszuwerden. In ihrem Weltbild werden psychische Beschwerden durch dunkle Geister ausgelöst, die in unterschiedlichen Organen im Körper ihren Ausdruck finden („Organchiffren“). Überhaupt werden Erkrankungen in der muslimischen und afrikanischen Welt exogen gedeutet. Sie infiltrieren von außen kommend den Körper. So ist in diesen Kulturkreisen Krankheit grundsätzlich ein ganzheitliches Geschehen, das zu einer Verstörung aller Lebensbereiche führt. Klar, dass die Gefahr von Fehldiagnosen wächst.

„ALS WIR IM BOOT NACH EUROPA SAßEN. DAS WAR DER AUGENBLICK, ALS ICH WUSSTE, ALLES WIRD GUT!“

DIE ROLLE DER FAMILIE

Ich beobachte, dass in der „Migranten Community“ kranke Familienmitglieder mit Wertschätzung und besonderer Rücksichtnahme begleitet werden. Das ganze Familiensystem ist von der Krankheit betroffen. Wer einmal im Krankenhaus ein Zimmer mit einem Geflüchteten aus einem muslimischen oder afrikanischen Land geteilt hat, konnte in der Regel selbst hautnah erleben, wie intensiv Anteilnahme für einen kranken Familienmitglied ausfällt. Krankheit verursacht individuelle Schmerzen. Aber auch alle Familienmitglieder spüren sie. Diese „shared privacy“ stellt einen behandelnden Arzt vor bisher unbekannte Herausforderungen. So wird von ihm erwartet, dass Behandlungen mit der ganzen Familie, zumindest mit dem Familienvorstand, abgesprochen werden. Körperliche Untersuchungen, gerade bei weiblichen Patienten, bedürfen vielfach einer Einwilligung der Familie und es wird erwartet, dass sie im Beisein eines Familienvertreters durchgeführt werden.

Jan Ilhan Kizilhan macht auf eine Eigenheit im Umgang von Arzt und Therapeut mit Geflüchteten aus muslimischen und afrikanischen Ländern aufmerksam. Für Migranten sind sie Autoritätspersonen, „die einen aktiven, wissenden und beratenden Umgang mit dem Patienten und seiner Familie pflegen. Im Gegensatz zum Umgang mit einheimischen Patienten, bei denen ein Mobilisieren des eigenen Potentials im Vordergrund steht, wird bei o.a. Patienten mehr Hilfe durch die Autorität erwartet und angeboten werden müssen.“ (2)

Deutschland ist ein Flüchtlings- und Einwandererland. Die Konsequenz: Ohne kulturbezogene Sensibilität kann unser Gesundheits- und Sozialsystem nicht funktionieren. Das erfordert von allen Beteiligten eine innere Bereitschaft, sich auf verschiedene kulturelle Kontexte einzulassen. Nur so ist es möglich, einen gemeinsamen Resonanzraum von Migranten und Helfern zu schaffen.

ACHTSAM FÜR RELIGIÖSE ERFAHRUNGEN

Die überwiegende Mehrzahl der Geflüchteten aus muslimischen und afrikanischen Ländern ist durch und durch religiös sozialisiert, auch wenn sie von Vertretern ihrer Religion nicht nur Gutes erlebt haben. Transzendenz durchdringt alle Lebensbereiche. Damit eröffnet sich ein Resonanzraum der beide, Helfer und Hilfesuchenden gleichermaßen, umschließt.

Es gehört nun leider zum guten Ton und wissenschaftlichen Selbstverständnis unter Mitarbeitern im Gesundheitssystem und in der Psychotherapie, Religion und Glauben außer Acht zu lassen.

Damit geht eine wesentliche Dimension in der Begleitung von Migranten verloren. Ich selbst habe es immer wieder erlebt, wie positiv ein respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Religion Geflüchteter sein kann. Er wird zur Ressource. Heilung ist über den Glauben in einem für Religion offenen Resonanzraum sehr wohl möglich.

AUF EINMAL ROLLEN TRÄNEN

Seine Gesichtszüge sprachen Bände. Die Vertreter der offiziellen Religion hatten ihn in seinem Heimatland gefoltert. Körperlich gekennzeichnet, traumatisiert. Verständlich sein Hass und seine Aggressionen. Ich frage ihn nach seiner Kindheit. Er erzählt mir von seiner Mutter. Auf einmal verändern sich seine Gesichtszüge. Tränen rollen. Er gibt mir

Anteil, wie er die mütterliche Liebe einst erlebt hat. Tief in ihm war sie doch, Liebe, tiefer als aller Hass und alle inneren und äußeren Verletzungen. Der Resonanzraum hatte sich durch die Erinnerung an die Liebe der Mutter für die Liebe Gottes geöffnet. ■



Michael Borkowski, Theologe, Pädagoge, Systemischer Therapeut und Familienberater, Therapeut für Psychotraumatologie und Traumatherapie, Paarberatung, Leiter Beratungsstelle AUFWIND, Mitarbeiter im NTFN (Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.) Hannover

(1) Kizilhan, *Kultursensible Psychotherapie*, S.45
(2) s.o., S.48

Literatur

Hansjosef Böhles u.a., *Transkulturelle Medizin*, 2018
Maximilliane Brandmaier u.a., *Geflüchtete Menschen Psychosozial unterstützen und begleiten*, 2023
Jan Ilhan Kizilhan, *Kultursensible Psychotherapie*, 2013



DIESEN ARTIKEL KÖNNEN SIE AUCH HÖREN!

CHRISTLICHER
GESUNDHEITSKONGRESS
SAVE THE DATE

09. - 11. MAI 2025
ICH KÜMMERE MICH UM DICH

HEILEN, TRÖSTEN, BEGLEITEN IN GESUNDHEITSWESEN UND GEMEINDE
📍 KLOSTER VOLKENRODA, KÖRNER, THÜRINGEN

DAS STaF-PROJEKT FÜR AUSLÄNDISCHE PFLEGEKRÄFTE



In Deutschland ist der Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegebereich besonders stark ausgeprägt. Inzwischen werden diese Fachkräfte auch im Ausland angeworben. Mit der Einwanderung und einer Arbeitsstelle allein ist es aber nicht getan. Nach ihrer Ankunft haben diese Menschen in vielerlei Hinsicht gewaltige Herausforderungen zu meistern: rechtlich, finanziell, beruflich und sozial/familiär.

Sprachliche Unsicherheiten und hoher Erwartungsdruck am Arbeitsplatz führen dazu, dass ausländische Pflegekräfte lieber unter sich bleiben. Kontakte zur deutschen Bevölkerung außerhalb der Arbeitswelt gibt es kaum. Soll der Fachkräftezug aus dem Ausland langfristig Früchte tragen, braucht es die Unterstützung engagierter Menschen vor Ort. Genau hier setzt das neue Modellprojekt „Soziale Teilhabe ausländischer Fachkräfte in der Pflege“, kurz „STaF“ an. Mit dem Projekt haben es sich das Entwicklungswerk für soziale Bildung und Innovation, die Robert Bosch Stiftung und der Bosch Health Campus zum Ziel gesetzt, neu angekommenen Pflegekräften ihr Leben in Deutschland zu erleichtern, sie in ihre neue Arbeitsumgebung zu integrieren und sie möglichst langfristig an ihre neue Klinik zu binden. Das Modellprojekt „STaF“ will zugewanderten Pflegekräften in einer Mentor-Mentee-Beziehung niedrigschwellige Zugänge in die lokale Vereinslandschaft eröffnen. Mentor:innen unterstützen neu zugewanderte Pflegefachkräfte bei der Integration in das neue soziale Umfeld und beim Abbau von Barrieren. Ziel ist es, an zehn Modellstandorten Begegnungsmöglichkeiten zwischen Einheimischen und neu zugewanderten Pflegekräften zu schaffen – ob im Sportverein, der Wandergruppe, im Chor, in der Gemeinde oder beim gemeinsamen sozialen Engagement im Quartier.

Das STaF-Projekt richtet sich an Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste, die ausländische Pflegekräfte und Auszubildende beschäftigen sowie an engagierte Bürger:innen, die einen Beitrag zur sozialen Integration der Pflegekräfte vor Ort leisten wollen.

Markus Lux, Bereichsleiter Demokratie und Einwanderungsgesellschaft im Fördergebiet Globale Fragen der Robert Bosch Stiftung zum STaF-Projekt: „Engagement in Vereinen und in der Zivilgesellschaft ebnet Menschen den Weg zu mehr sozialer Teilhabe. Mit unserem Mentoringprogramm unterstützen wir neu zugewanderte Pflegekräfte dabei, an ihrem Arbeits- und Wohnort mit der lokalen Bevölkerung in Kontakt zu kommen. Geeignete Orte für ehrenamtliches Engagement der Pflegekräfte werden gefunden, wodurch ihr soziales Netzwerk gestärkt und die Einwanderungsgesellschaft vor Ort nachhaltig mitgestaltet wird.“

Ab sofort können sich Kliniken und Pflegeeinrichtungen, neu zugewanderte Pflegekräfte und potenzielle Mentor:innen für das neue Projekt „STaF – Mentoringprogramm zur Stärkung der sozialen Teilhabe ausländischer Fachkräfte in der Pflege“ bewerben. Die zehn ausgewählten „STaF“-Modellstandorte in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen sind Stuttgart, Freiburg, Balingen, Ravensburg, Mosbach, Hügelsheim, Schwäbisch Gmünd, Kinzigtal (Ortenaukreis) sowie Köln und Wuppertal. Der Projektzeitraum läuft bis zum Sommer 2026.

Auch wenn die Initiatoren des Projektes nicht dezidiert christlich motiviert sind, bietet das STaF-Projekt uns eine gute Möglichkeit, ausländischen Pflegekräften eine religiöse Heimat in den Kirchengemeinden zu erschließen und sie durch die Einbindung in das Gemeindeleben nicht nur kulturell und sozial, sondern auch religiös zu integrieren. ■

Nähere Informationen zum STaF-Programm unter www.entwicklungswerk.org

Andreas Rieck,
Referent im Bereich Weiterbildung und
Spiritualität, Marienhospital, Stuttgart



HEILSAM

GESUNDHEIT FÖRDERN IN KIRCHENGEMEINDEN

Zugang zur Heilsam-PDF-Datei
zum Ausdrucken oder Weitergeben:



BESUCHEN, BEGLEITEN, STÄRKEN

LIEBER LESER, LIEBE LESERIN,

vor einem Jahr haben wir die neue Rubrik „Heilsam – Gesundheit fördern in Kirchengemeinden“ begonnen. Wir wollen gezielt Menschen ermutigen, die im Umfeld ihrer Gemeinden Notleidende und Kranke besuchen, begleiten, stärken. Zusammen mit zahlreichen Gesprächen, Vorträgen und Workshops machen wir damit aufmerksam auf ein heilsames Potential, das sowohl für unsere Kirchen wie für unser Gesundheitswesen wichtig ist. Denn in unseren Gemeinden geschieht viel Gutes, Heilsames und Gesundheitsförderndes. Gerade die Kompetenz als Fürsorgegemeinschaft mit stützender Spiritualität stellt eine wichtige Ergänzung zur Hochleistungsmedizin unseres Gesundheitswesens dar. Die folgenden Beiträge verdeutlichen dies anschaulich.

Unter dem Gemeinde-Motto „Zueinander stehen, Miteinander beten, Füreinander tun“ hat die Eastside Gemeinde im Osten Hamburgs sich eine moderne „Caring-Struktur“ gegeben, die spannenden Modell-Charakter hat. Die Frage: „Wie kann eine christliche Gemeinde Aufgaben des Gesundheitswesens mit dem Gemeindealltag verbinden und aktiv für Betroffene werden?“ beantwortet Pastor Jochen Weise, Vorsitzender der Geistlichen Gemeinde-Erneuerung Nord in der Evangelischen Kirche in einem inspirierenden Übersichtsartikel. Zu weiteren Fragen der Umsetzung im Gemeindealltag gibt das Interview mit ihm spannende Einblicke – einfach als Audio-Beitrag anzuhören.

Eine besondere Aufgabe in Kirchengemeinden ist die Begleitung und das Einbeziehen von Menschen mit Demenz. Der Beitrag aus der Braunschweiger Friedenskirche vermittelt einen faszinierenden Einblick in einen Entwicklungsprozess einer großen evangelisch-freikirchlichen Gemeinde. Hier wird die Fürsorge für Demenzerkrankte Menschen im Zusammenwirken mit Gesundheitsfachleuten beeindruckend gelebt. „Gerade eine Kooperation mit Kirche passt hier punktgenau“, resümiert der Vorsitzende der örtlichen Alzheimer-Gesellschaft. In seinem Beitrag lässt der Internist, Geriater und Palliativmediziner Dr. Gerhard Nemitz Gesundheitsfachleute und Seelsorgende zu Wort kommen. Hierdurch entsteht eine beeindruckende Anschaulichkeit mit zahlreichen Praxis-Tipps, wie eine Kirchengemeinde sich dieser wichtigen Aufgabe annehmen kann.

Mit einem Impuls aus der Fachstelle laden wir Sie ein, die vielen mehr oder weniger vertrauten Aspekte von Gemeindeleben und Gottesdienstgestaltung einmal unter dem Blickwinkel einer psychosozialen und spirituellen Gesundheitsförderung wahrzunehmen. Erstaunlich, welch großes heilsames Potential christlichen Gemeinden und Gemeinschaften mitgegeben ist. ■

Dr. med. Georg Schiffner
Projektleitung Fachstelle für Gesundheitsfragen in Kirchengemeinden





FÜR EINANDER EINSTEHEN in vielfältiger Weise

Wie kann eine christliche Gemeinde Aufgaben des Gesundheitswesens mit dem Gemeindealltag verbinden und aktiv für Betroffene werden? Ein Beispiel hierfür gibt die Eastside Gemeinde im Osten Hamburgs. Sie ist eine ökumenische Gemeinschaft der Geistlichen Gemeinde-Erneuerung Nord in der Evangelischen Kirche.

Um den Gemeindemitgliedern und Freunden zu helfen, hat sie Seelsorge und Diakonie der heutigen Zeit angepasst. Vier Bereiche gliedert sie unter dem Stichwort „Care“.

Da ist die herkömmliche pastorale Begleitung als „Pastoral Care“. Ziel dieses Bereichs ist es, das Gemeindeglied seelsorgerlich zu begleiten. Eine Aufgabe, die immer schon Teil einer jeden christlichen Gemeinde war und hier jetzt vom Pastor, den Ältesten und einer geschulten Gruppe übernommen wird.

Der Bereich „Health Care“ umfasst die Arbeit der früheren Gemeindegliederschwester, wie sie im Verein „Vis-a-vis Gemeindegliederschwester“ vorgestellt und umgesetzt wird. Medizinisch geschultes Personal aus der Gemeinde steht als Ansprechpartner für Fragen rund um Krankheit und Gesundheit bereit. Sie gehen mit ins Arztgespräch, erklären den Arztbericht, helfen bei medizinischen Entscheidungen, unterstützen bei den Kassen und vermitteln Hilfsangebote. Sie werden gerade dort gebraucht, wo Freunde und Familie nicht mehr helfen können oder nicht mehr vorhanden sind und der einzelne dem Gesundheitswesen alleine gegenüber steht.

Der dritte Bereich ist der Besuchsdienst, unter dem Begriff „Visiting Care“ gefasst. Eine Gruppe von Ehrenamtlichen der Gemeinde hält den Kontakt zu Mitgliedern, die nicht mehr in den Gottesdienst kommen können oder schon lange nicht mehr dort waren. Sie bringen den Gottesdienst und die Gemeinschaft zu ihnen. Sie verabreden sich auf einen Besuch zum Kaffee oder Tee, einem Gespräch oder Spiel, einer Lesung oder Andacht. Dies wurde früher durch Freunde und Familie

getan. Heute scheint es nicht mehr ausreichend gelebt zu werden. Um so wichtiger ist der Besuchsdienst der Gemeinde, um Vereinzelung und Einsamkeit vorzubeugen.

Der letzte Bereich umfasst den diakonischen Auftrag, genannt „Community Care“. Hier sind die Gemeindeglieder in Regionen eingeteilt, in denen sie unterstützend und helfend, also praktisch füreinander da sind. Da wird bei Bedarf gekocht, eingekauft, Rasen gemäht und beim Umzug geholfen. Deutliche Zeichen der Gemeinschaft: Wir helfen, wenn Du Hilfe brauchst.

Und wie kommen die Bereiche mit den betroffenen Mitgliedern der Gemeinde zusammen? Um in den ersten drei Bereichen aktiv zu werden, kommt die Leitung der Gemeinde einmal in der Woche zusammen, scant die Gemeinschaft und bietet die Care-Bereiche im Rahmen einer Fürsorge an – oder sie findet die Bitte einer betroffenen Person vor. Im letzten Bereich wird das Community Care Team nur auf Anfrage aktiv. Nach einer Bitte um Unterstützung informiert dieses dann die jeweilige Region, in der die Hilfe gebraucht wird und die dort lebenden Mitglieder der Gemeinde setzen sich in Bewegung.

So erlebt die Eastside Gemeinde, dass das Gemeinde-Motto „Zueinander stehen, Miteinander beten, Füreinander tun“ nicht bloß eine gute Theorie ist, sondern auch im bedürftigen Alltag gelebt wird. ■

Joachim Weise, Pastor der Eastside Gemeinde, Vorsitzender der Geistlichen Gemeindeerneuerung Nord in der Evangelischen Kirche, Hamburg

Mehr über die Eastside Gemeinde:
www.eastside-gemeinde.de und im
Interview unter:





MENSCHEN MIT DEMENZ

im Blick der Kirchengemeinde

„Ich bin Dein Gott, der Dich sieht“. Wie kann diese liebevoll-zugewandte Aussage ein an Demenz erkrankter Mensch erfahren? Dieser Artikel soll anhand eines Beispiels aus Braunschweig einen möglichen Weg aufzeigen. Dabei soll ganz konkret werden, was zum Gelingen förderlich ist.

In der Braunschweiger Friedenskirche (BSFK), aber in übergemeindlichem Rahmen, findet seit 2011 jährlich am Buß- und Bettag ein Gottesdienst für Menschen, die an Demenz erkrankt sind, statt. Eingeladen sind auch Pflegende, An- und Zugehörige. Hans-Dieter Feisthauer, einer der Initiatoren, berichtet: „Der Impuls für diese Gottesdienste ist bei einer Veranstaltung der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in Braunschweig im Jahr 2011 entstanden. Pfarrer Ulrich Laepple aus Berlin von der Arbeitsgemeinschaft Missionarischer Dienste beschrieb in seinem Impulsreferat 'Wiederentdeckung der Diakonie auf Gemeindeebene' die Herausforderungen angesichts der demografischen Entwicklung. Nicht nur seine analytische Bestandsaufnahme, sondern auch der praktische Exkurs hat uns damals angesprochen: Er ermutigte zu speziellen Gottesdiensten für Menschen, die am 'normalen' Gemeindeleben aus unterschiedlichen Gründen nur eingeschränkt teilnehmen können.“

Ganz wichtig: Bei der Planung der Gottesdienste für an Demenz Erkrankte waren nicht nur kirchliche Mitarbeiter beteiligt, sondern man arbeitete mit Mitarbeitern der gerontopsychiatrischen Beratungsstelle ambet e.V. und der örtlichen Alzheimer-Gesellschaft (AG) zusammen. Christoph Betac, der AG-Vorsitzende, schreibt dazu: „Vieles rund um das Thema Demenz erscheint heute noch unverändert besorgniserregend. Dagegen verhalten sich die aktiven Personen in unserer Alzheimer Gesellschaft als neugierige, von den Angehörigen von Menschen mit Demenz, Lernende. So lernten wir in den zurückliegenden Jahrzehnten die Bedürfnisse kennen und gestalteten eine rege Informations- und Aufklärungsbetätigung gegenüber der Bevölkerung. Im Schutz unseres Vereins fanden Angehörige Gelegenheit des vertrauten Austausches untereinander. Bedeutet Selbsthilfe üblicherweise, dass Betroffene selbst um Rat nachsuchen, sich miteinander zusammentun und nach entlastender Gemeinsamkeit stre-

ben, so ist dies bei Demenz nicht möglich. Stattdessen versuchen Angehörige, sich der Bedürfnisse der Menschen mit Demenz anzunehmen. Bald geraten diese Personen (Ehepartner, Kinder, sonstige An- und Zugehörige) in Ausübung dieser Verantwortung möglicherweise in gravierende Konfliktsituationen und/oder können selbst depressiv schwer krank werden. Gerade eine Kooperation mit Kirche passt hier punktgenau und wir waren froh über diese Anfrage. Inzwischen besteht diese Kooperation lange Jahre.“

Die kirchlichen Mitarbeiter profitieren von dieser fachlichen Expertise, berichtet Hans-Dieter Feisthauer: „Uns war es wichtig zu erfahren, wie eine Ansprache, ein Gottesdienst und die Rahmenbedingungen für diese Zielgruppe aussehen sollte. Wir haben dabei viel gelernt, auch was (über die Gottesdienste hinaus) in unsere gemeindenaher diakonische Arbeit einfließen kann.“

Die Einladung erfolgte zum einen mit Plakaten und Handzetteln in Kirchengemeinden, in Praxen und den vom Besuchsdienst betreuten Heimen etc. Zum anderen gab die Alzheimer Gesellschaft die Information über ihren Verteiler weiter, so dass Menschen, insbesondere in der häuslichen Pflege, unter Wahrung des Datenschutzes gezielt angesprochen werden konnten.

CORINNA SIBOLD, ERGOTHERAPEUTIN,
GAB GANZ PRAKTISCHE TIPPS ZUR GESTALTUNG:

- **Barrierefreier Zugang, Garderobe, Toilette wichtig**
- **Der Rahmen sollte einem den Menschen mit Demenz vertrauten Ablauf folgen**
- **Beginn ca. 10:00 – 10:30 (Wachheit, Aufmerksamkeit nimmt im Laufe des Tages ab!), Dauer nicht mehr als 45 Minuten**
- **Sind unterschiedliche Kirchen beteiligt, sollten gemeinsame Traditionen berücksichtigt werden bspw. Glockengeläut und/oder Orgelstück als Beginn, Lesung,**

Chorgesang, gemeinsamer Gesang altgewohnter Kirchenlieder, kurze! Predigt (Pfarrer/Pastor im Talar erkennbar), Abendmahl, Fürbittegebet, Vaterunser, Segen

- **Liedblätter mit großer Schrift können mitgenommen werden (Beamer-Text ist nicht vertraut)**
- **Schöne Dekoration, Chorgesang, ggf. ein zusätzliches Musikstück sorgt für einen liebevollen wertschätzenden Rahmen**
- **Leichte, alltagsnahe Sprache verwenden (s.u.)**
- **Zu den Gottesdienste werden auch Angehörige, professionell Pflegende und Helfer eingeladen und besonders im Fürbittegebet angesprochen**
- **Abendmahlsstationen vorne mit Zuspruch als Abschluss als aktives Gemeinschafts-Erlebnis (ggf. für Begleitung sorgen)**

Und inhaltlich? Pastorin Britta Koß-Misdorf sieht die besondere Herausforderung, nicht zu wortlastig zu sein. Wie? Das Thema der kurzen Predigt greift einen praktischen Bezug zum Alltag auf, der dann in der Deko verwendet wird und als kleines Präsent zum Anfassen den Besuchern mitgegeben wird, z.B.:

- **"Der gute Hirte" – ein kleines Schaf**
- **"Was gibt mir Halt" – ein kleines Holzkreuz**
- **"Das Wasser des Lebens" – kleine Wasserflasche, neu beschriftet**
- **"Mein Leben ist bunt" – bunte Seidentücher**
- **"Lichtblicke" – LED(!)-Kerze**
- **"Liebe bewegt" – kleines Stoff-Herz**
- **"Gemeinsam statt einsam – Aufblühen in der Liebe Gottes" – Deko-Blumen**

Christel Hahn, Seelsorgerin, schildert Beobachtungen während des Gottesdienstes:

„Eine Frau im Liegerollstuhl wurde mit mürrischem Gesichtsausdruck hereingebracht. Als der Gesang begann, änderte sich dieser, plötzlich sah ich, wie sich die Liebe Gottes in diesem Menschen widerspiegelte.... Es war schön zu beobachten, wie ungezwungen fröhlich die Menschen dabei waren.“ Da wurde bei Liedern mitgepfiffen, ein kommentierender Zwischenruf darf sein. Berührend war immer das (barrierefreie) Abendmahl: Hier begegnete sich der angesehene Geschäftsführer und der/die Demenzerkrankte auf Augenhöhe, beide als Bedürftige, beide als Beschenkte.

RESÜMEE:

„Die Sprache der Liebe ist der beste Zugang zu einem Menschen (mit Demenz) und bleibt bei den meisten Betroffenen bis zum Schluss erhalten. Vor Gott sind nicht die (geistigen) Fähigkeiten eines Menschen wertvoll, sondern er sieht das Herz an. Er hat Wege, trotz der nach menschlichen Maßstäben vorhandenen Einschränkungen die Herzen zu erreichen.“ (Corinna Sibold)

„Das wohltuende Miteinander von Menschen liegt an den wohltuend gut aufgelegten miteinander befassten Menschen. Dass Menschen mit Demenz Zeit und Ruhe ihres Gegenübers gern annehmen, kann sich allein schon aus der Tatsache ergeben, dass Laien im Besuchsdienst nicht in Alltags-Enttäuschung und Überforderung gegenüber den Menschen mit Demenz so zerrieben erscheinen, wie oftmals pflegende Angehörige. Bei Demenz gibt es prinzipiell kein Rezept, außer: Der Mensch ist das Medikament!“

Gute umfassende Informationen zum Umgang mit Menschen mit Demenz finden sich auf www.deutsche-alzheimer.de/ – hier sei insbesondere auch auf die Hilfen für die Kommunikation mit Betroffenen hingewiesen. Regionale Beratungsstellen für Demenz können ggf. für Schulungen für Helfende angefragt werden. Kirchengemeinden und deren Besuchsdienste können sich einem örtlichen Demenz-Netzwerk anschließen.

Dieser Artikel basiert auf Interviews mit Mitgliedern des Vorbereitungsteams der Gottesdienste: Christoph Bettac, Vorsitzender der Alzheimergesellschaft BS; Hans-Dieter Feisthauer, Gründer Netzwerk Nächstenliebe e.V. BS; Britta Koß-Misdorf, Pastorin der Friedenskirche; Christel Hahn, (ehem.) Diakonin für Seelsorge der Friedenskirche; Corinna Sibold, Ergotherapeutin (B.Sc.); Fragen und Zusammenfassung von Dr. med. Gerhard Nemitz, Arzt für Geriatrie. Nachfragen / ergänzendes Material bei gerhard.nemitz@bs-friedenskirche.de ■



DIESEN BEITRAG KÖNNEN SIE AUCH HÖREN!

Dr. med. Gerhard Nemitz,
Internist, Geriater und Palliativ-
mediziner, Braunschweig



HEILSAME ANGEBOTE IN KIRCHENGEMEINDEN

Eine Fülle an heilsamen Angeboten bieten christliche Gemeinden und Gemeinschaften. Diese können auch unter dem Blickwinkel einer psychosozialen und spirituellen Gesundheitsförderung wahrgenommen werden. Hierzu möchte die folgende Darstellung mit beispielhaften Erläuterungen anregen, die sicherlich weiter ergänzt werden könnte:

ANBETUNG GOTTES

- in liturgischen oder freien Formen
- mit älteren oder neueren Liedern
- mit Musik, Kunst, kreativer Gestaltung oder schlichtem Gebet

AGAPE-GEMEINSCHAFT

- tragende christliche Gemeinschaft
- in Hauskreisen, Senioren- und Jugendgruppen, Besuchsdiensten, Gottesdiensten

FÜRBITTE

- im Verborgenen
- in Gottesdiensten, Gebetstreffen, Gebetsbriefen

GOTTES WORT

- es vermittelt umfassendes Heilwerden in der Beziehung zu Jesus Christus: Vergebung, Trost, Frieden, Glauben, Zuversicht...
- Gottes Wort aufnehmen durch die Heilige Schrift, Predigt, Liturgie, hörendes Gebet

EINÜBUNG IN DIE WAHRNEHMUNG

- von Körper - Seele - Geist, von Gott und Schöpfung
- vielfältige Formen christlicher Meditation und Kontemplation
- Gottese Erfahrung in Bewegung, Tanz, Natur, Pilgern
- therapeutische Formen wie Bibliodrama, heilendes Malen, kreatives Schreiben

SEELSORGE

- Trösten, Hilfen zur Leidverarbeitung
- Versöhnung mit der Lebensgeschichte – Krankheitsverarbeitung
- Begleitung in der heilsamen Gottesbegegnung
- Ziele und Berufungen klären („wozu?“)

SEELSORGERLICH-MEDIZINISCHES ZUSAMMENWIRKEN

- Angebote für Kranke im Zusammenwirken von Gesundheitsberufen und Seelsorge
- Zusammenschau körperlicher, psychosozialer u. spiritueller Aspekte
- Unterstützung im gesundheitsfördernden Lebensstil

GEBET UM HEILUNG UND SAKRAMENTE

- Beichte und Vergebungszuspruch
- Segnung und Krankensalbung
- Abendmahl / Eucharistie

GESUNDHEITSFÜRSORGE IN DER SENDUNG DER GEMEINDE

- die Gemeinde segnet und sendet Mitarbeiter in Gesundheitsberufen für ihren Dienst
- lebendige Verbindung mit Diakonie und Caritas

STERBEBEGLEITUNG UND TRAUERARBEIT

- Lebensbilanz und Versöhnung, „das Zeitliche segnen“
- Vorbereitung und Erwartung des Ewigen
- Trösten und Begleiten der Angehörigen ■

IMPRESSUM:

Weitere Informationen sowie verschiedene Handreichungen der Fachstelle können Sie als PDF herunterladen unter <https://cig-online.de/projekte>.

Heilsam ist Teil des Magazins ChrisCare. Er erscheint im Verlag Frank Fornaçon und wird inhaltlich verantwortet von der Fachstelle für Gesundheitsfragen in Kirchengemeinden (FaGeK). Redaktion Frank Fornaçon (ViSdP). Copyright: Christen im Gesundheitswesen e.V., Reinbek, Gestaltung: Hallo!Rot, Singen, Druck: Druck- und Verlagshaus Thiele & Schwarz Kassel, Redaktionsanschrift: Verlag FF, Am Gewende 11, 34292 Ahnatal Fachrat (FaGeK): Dr. Volker Brandes, FA für Urologie (Hamburg); Dr. Elisabeth Dissmann, FÄ für Allgemeinmedizin (Bielefeld); Frank Fornaçon, Pastor i.R. (Kassel); Bengt Grünhagen, Physiotherapeut (Berlin); PD Dr. Bernd Metzner, FA für Innere Medizin / Hämato-Onkologie (Oldenburg); Dr. Georg Schiffner, FA für Innere Medizin / Geriatrie u. Palliativmedizin (Aumühle); Dr. Eva Sperber, FÄ für Psychiatrie / Psychotherapie (Ludwigsburg)

Zeitenwende

Am 27.12.2022 ereignete sich durch eine Krebsdiagnose eine Veränderung in meinem und dem Leben meiner Familie. Plötzlich – und wirklich unerwartet – war alles anders. Da ich bisher außer bei der Geburt meiner Kinder (zuletzt 2004) im Krankenhaus war, kam nun ein Abschnitt auf mich zu, der meine bzw. unsere persönliche Zeitenwende bedeutete. Erstaunlicherweise hatte ich keine Angst und konnte den Ärzten vertrauen. Ich wusste mich bei Jesus geborgen und sicher. Fragen wie „Warum ich?“, „Warum jetzt?“ oder „Habe ich etwas falsch gemacht?“ kamen nicht hoch bei mir und wenn sie es versuchten, konnte ich sie zur Seite legen.

AKZEPTANZ

Da ich durch meine Verwandten und Gemeinde sowie die Netzwerke von „Moms in Prayer“ und „Christen im Gesundheitswesen (CiG)“ seit Jahren viele vertraute Kontakte habe, war es mir schon gleich zu Beginn ein Anliegen, meine gesundheitliche Situation offen zu legen und aktuelle Einblicke zu gewähren. Ich wollte nicht einfach so „abtauchen“, denn es war klar, dass ich für eine längere Zeit nicht mehr am „normalen“ Leben teilnehmen konnte. So habe ich einen Chat bei Signal eingerichtet, um ausgewählte Personen zu informieren und mitzunehmen auf dem Weg, der vor mir und unserer Familie lag. Da die Überzahl von ihnen Christen sind, haben sie für mich und uns gebetet. Viele von ihnen gaben die Rückmeldung, dass sie dankbar waren für meine Berichterstattung und dass sie selber durch den Chat und was dort ausgetauscht wurde, ermutigt wurden. Ein Nebeneffekt eines solchen Chats ist auch, dass ich nicht jedem einzeln antworten musste, wie es mir geht; das hätte mich echt überfordert und mutlos gemacht! Deswegen habe ich auch das Teilen der Chatinhalte mit weiteren Personen erlaubt, die nachgefragt haben.

AUSRICHTUNG

Als Krankenhaus-Unerfahrene stand mir Anfang 2023 eine umfangreiche Operation bevor. Zur Stärkung und Vorbereitung bat ich ein Team von CiG und meinen Pastor, zu uns nach Hause zu kommen, um eine Krankensalbung durchzuführen. Unser Treffen im Wohnzimmer beinhaltete gemeinsames Singen, meine Situationsbeschreibung und Gebet mit Salbung für alles Bevorstehende, auch Fürbitte für die Ärzte, mit denen ich zu tun haben würde. Bei CiG werden

auch die Angehörigen mit in den Blick genommen und so hat auch mein Ehemann Gebet und Zuspruch erhalten. Beim Verabschieden sagte einer zu mir: „Bettina, halte immer Ausschau nach den Blümchen am Wegesrand!“. Diese Ausschau nach den Blümchen hat nicht nur mir geholfen, dankbar für die kleinen und großen Dinge im Alltag zu sein und sich zu freuen – trotz allem!

Die Krankenhauszeit war herausfordernd für mich (und meine Familie). Aber ich kann sagen, dass ich nie überfordert war. Mein Mann konnte mich täglich besuchen und auch kurzfristig kommen, da das Krankenhaus nah an unserem Wohnort liegt. Ich habe versucht, Jesus um Kraft und Hilfe zu bitten und durch die Chatleute hatte ich wertvolle Unterstützung. Ich habe auch gemerkt, wie fest das Fundament war, das ich mit dem Wort Gottes, der Bibel, hatte. An den biblischen Zuspruch „Fürchte dich nicht“ hat mich mein Mann oft erinnert. Das Krankenhaus hat auch eine Kapelle; diese habe ich für ein kleines Dankestreffen zusammen mit Familie, Fürbittern und Gemeindepastor in Absprache mit der Krankenhausesseelsorgerin gebucht, um den Krankenhausaufenthalt bewusst zu beenden und in die Zeit der Chemotherapie zu wechseln.

NEUANFANG

Rückblickend kann ich sagen, dass ich viele Segensspuren durch die Zeitenwende entdecken konnte. Ich bin dankbar für die viele Hilfe, die ich durch andere Menschen – insbesondere auch durch die medizinische Behandlung – erhalten habe. Eine wichtige Erkenntnis für mich war: Über 5 Jahrzehnte (!) habe ich mich auf meinen Körper verlassen (können) und nun stellte ich fest: Im Tiefsten kann ich mich nur auf Jesus verlassen! Diese Gewissheit hilft mir auch nach diesem ereignisreichen 2023, wenn sich mal wieder irgendetwas „komisch“ in meinem Körper anfühlt. ■

Bettina Prestin,
seit 2014 CiG-Geschäftsstellen-
mitarbeiterin für den Bereich „ChrisCare“



AN GOTTES TISCH IST PLATZ FÜR ALLE

Es war an einem Nachmittag im Herbst: Meine Frau folgte einer Einladung von Frauen mit Migrationshintergrund für deutsche Frauen unserer Gemeinde. Bei orientalischem Essen wurde viel aus dem eigenen Leben erzählt, gesungen, gebetet, geweint und gelacht. Für alle eine bereichernde und berührende Begegnung auf Augenhöhe.

WIE IST ES DAZU GEKOMMEN?

Die evangelisch-lutherische Kirchengemeinde Hamburg-Jenfeld war schon immer Integrationsgemeinde: Russlanddeutsche seit den 1950er Jahren, später einige Afrikaner. In den Stadtteil Jenfeld siedelten sich zunehmend Menschen aus verschiedenen Ländern an. Es entstand ein sozialer Brennpunkt, mittlerweile haben mehr als 75% aller Jugendlichen einen Migrationshintergrund. Den Weg in die Gemeinde fanden nur wenige.

Als 2006 das christliche Kinder- und Jugendwerk Die Arche ihre Arbeit auf dem Grundstück unserer Gemeinde aufnahm, begann auch eine kultursensible Elternarbeit im Stadtteil. Damals kam eine ehemals als christliche Sozialarbeiterin in Pakistan und Afghanistan arbeitende Frau in die Gemeinde, die den Gottesdienst für Afghanen und Iraner simultan übersetzte. Als 2015 die Flüchtlingswelle auf Deutschland zukam, waren wir daher vorbereitet: Migranten aus diesem Kulturkreis waren in unserer Gemeinde willkommen.

SEGEN DURCH MIGRANTEN

Woche für Woche nehmen etwa 40 Migranten mit ihren Familien an unserem Gottesdienst teil. Wir hören staunend zu, wenn sie von ganz besonderen Gotteserfahrungen in Träumen und unerwarteter Hilfe in existenzieller Not berichten, z.B. während ihrer Flucht aus dem Heimatland. Viele haben Jesus Christus als den Lebendigen erlebt. Und diese Lebendigkeit bereichert unser gesamtes Gemeindeleben.

An den jährlich stattfindenden Familienfreizeiten und beim regelmäßigen Gemeindegemittagessen gibt es nicht nur eine kulinarische Begegnung. Menschen verschiedener Kulturen

kommen sich bei gemeinsamen Vorträgen, Singen, Spielen und Tänzern nahe.

Integration bedeutet nicht, dass sich die (deutsche) Gemeinde um bedürftige Migranten kümmert, sondern dass alle ihre Fähigkeiten dort einbringen, wo sie gebraucht werden. Für unseren langjährigen Küster, der in den Ruhestand ging, konnten wir einen handwerklichen geschickten iranischen Nachfolger finden. Mittlerweile sind drei Migranten Mitglied des Kirchengemeinderates. Auch im Kirchenchor gibt es eine Migrantin, die Freude am Chorgesang bei dem doch recht unterschiedlichen Liedgut gefunden hat.

HERAUSFORDERUNGEN

Die erste große Hürde für Migranten nicht nur in Deutschland ist das Erlernen der Sprache und der Umgang mit Behörden. Der Weg zur Einbürgerung ist lang, häufig kommt es zu Aufenthaltsortverlegungen in andere Landkreise durch die Behörden. Wechsel im Wohnort oder Beruf führen zu einer großen Mobilität, wodurch die Teilnahme am Gemeindeleben von einem Kommen und Gehen geprägt ist. Es dauert daher oft Jahre, bis Menschen in Deutschland und in der Gemeinde heimisch werden. Für Behördengänge und Begleitung bei Gerichtsverfahren wird auf die guten Hilfen unserer Gesellschaft verwiesen, immer wieder sind wir aber bei Zeugenaussagen vor Gericht gefordert.

Die meisten Migranten finden nicht in ihrem ursprünglichen Ausbildungsberuf eine Anstellung. Sie müssen mit einfacheren Tätigkeiten vorliebnehmen oder erst ihre sprachlichen Fähigkeiten verbessern und sich nachqualifizieren. Manche brauchen immer wieder Ermutigung, um wwdabei nicht zu resignieren und sich nur noch auf Hilfen vom Staat zurückzuziehen.

Manche kulturellen Unterschiede sind überraschend: Wenn Deutsche eine private Einladung aussprechen, erwarten sie, dass die Eingeladenen entweder höflich absagen oder kommen (und zwar möglichst pünktlich). Wenn aber jemand zusagt und nicht kommt, gilt das als Faux Pas. In manchen Kulturkrei-

sen ist es dagegen unhöflich, eine Einladung nicht anzunehmen, selbst wenn man der Einladung später nicht folgt. Erst wenn man um diese Unterschiede der Höflichkeit weiß, können menschliche Enttäuschungen vermieden werden.

Es ist beeindruckend, wie Menschen heute aus einer fremden Kultur und Religion zu Jesus finden. Aber wir dürfen auch die 2. Generation der Migranten nicht aus den Augen verlieren, die die Konversion zum Christentum nicht erlebt haben. Dazu haben wir kürzlich einen Jugendkreis gegründet, bei dem es keine große Rolle mehr spielt, aus welcher Kultur sie stammen.

PRAKTISCHE GESTALTUNG

Als Teil unserer Gemeinde bilden Migranten keine Randgruppe mehr. Der Gottesdienst wird übersetzt (mit Hilfe von Kopfhörern). Lieder, Glaubensbekenntnis und Vaterunser werden zweisprachig projiziert. Ein von unserem Förderverein finanziertes, iranisch-stämmiges Integrationsbeauftragtes und seine Frau kümmern sich um Neuankömmlinge, organisieren Deutschkurse, die mittlerweile von „Erfahrenen“ geleitet werden, und geben regelmäßigen Bibelunterricht. Die Unterschiede zwischen Islam und Christentum spielen in der Diskussion eine große Rolle. Zusammen mit unserem Pastor finden regelmäßig Glaubenskurse statt. Veranstaltungen sind für alle offen, unabhängig von der Herkunft. Jeden Monat wird ein „Integrationsgottesdienst“ sonntagsmorgens von Migranten und deutschen Gemeindegliedern in besonderer Weise gestaltet mit Zeugnissen und iranischen Liedern, die von allen gesungen werden.

MIT GOTT SCHRITT HALTEN

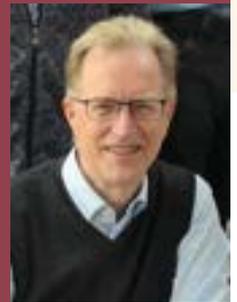
Früher wurden Missionare aus vielen Ländern Europas ausgesendet, um das Wort Gottes in allen Teilen der Erde zu verbreiten. Heute kommen Menschen aus vielen Ländern der Erde nach Europa und in ein zunehmend säkularisiertes Deutschland. Ich staune, wie sich das Leben dieser Menschen durch die Begegnung mit dem lebendigen Gott verändert – und dadurch auch mein eigenes Leben. Gott baut sich eine Gemeinde, auch heute noch. Und wir sind eingeladen, mit diesem Gott Schritt zu halten. Er bereichert uns, wenn wir uns bereichern lassen. ■

PD Dr. med. habil.

Christoph Terborg,

Facharzt für Neurologie, niedergelassen in eigener Praxis in Barsbüttel bei Hamburg, Prädikant in der ev.-luth.

Friedenskirche in Hamburg-Jenfeld



DIESEN BEITRAG KÖNNEN SIE AUCH HÖREN!





VOM SCHÖNEN SCHWEREN MITEINANDER

Worauf kommt es an, wenn sich eine Gemeinschaft verändert durch eine wachsende ethnische Vielfalt ihrer Mitarbeitenden, PatientInnen und Bewohner? Als Pastor habe ich vor allem in Großstadtgemeinden solche Veränderungsprozesse beobachtet und begleitet. Was für eine evangelisch-freikirchliche Gemeinde mit ihren 100 bis 200 Mitgliedern, von denen sich viele aktiv engagieren, gilt, lässt sich auch auf andere Organisationen übertragen. Es sind subjektiv zusammengetragene Beobachtungen, die Impulse geben wollen.

ANDERS SEIN:

Menschen unterscheiden sich in vielfältiger Weise voneinander. Manche Merkmale, wie die fremde Sprache oder ungewohntes Aussehen, stechen eher ins Auge als andere. Es gilt, das Anderssein aller anzunehmen. Wer zu einer Mehrheitsgesellschaft gehört, steht eher in der Gefahr, allein daraus Überlegenheitsgefühle zu hegen und diese zu zeigen.

VERGANGENHEIT:

Wer neues Land betritt, beginnt sein Leben nicht noch einmal. Seine Herkunft begleitet ihn auch in der Gegenwart. Das Vergangene will in das Neue integriert werden. Die Verbundenheit mit Landsleuten, die ebenfalls zugewandert sind, ist eine emotionale Stütze, kann aber auch zum Hindernis bei der Integration werden. Der Arbeitsplatz und die Gemeinde bieten die Chance, neue Freunde zu gewinnen.

EMPATHIE:

Wer genau hinhört, nachfragt und auf sein inneres Ohr achtet, der versteht, was der andere empfindet. Dabei können eigene Fremdheitserfahrungen das Verstehen erleichtern. Wie war es, selbst einmal zugezogen zu sein oder einer Minderheit anzugehören?

WANDEL:

Veränderung betrifft alle, sowohl die neu Hinzugekommenen als auch die Alteingesessenen. Mit jedem neuen, gerade wenn er aus einer fremden Lebenswelt kommt, bietet sich die Chance, gemeinsam das Bestehende zu analysieren, es zu verändern und damit eine gemeinsame Zukunft zu gestalten.

ERKLÄREN:

Selbstverständliches versteht sich nicht von selbst. Wer eigene kulturelle Verhaltensweisen dem Fremden erklärt, der lernt viel über die eigene Herkunft und wird kritisch gegenüber eingespielten Regeln.

POLITIK UND RELIGION:

Wer aus der Fremde kommt, wird leicht mit der dort herrschenden Regierung oder der dortigen Mehrheitsreligion in Verbindung gebracht. Niemand ist für seine Herkunftskultur (die Politik seines Landes, die ihm zugeschriebene Religion) verantwortlich. Jeder hat das Recht, auf Grund seines eigenen Handelns beurteilt zu werden und nicht dem (Vor-)Urteil unterworfen zu werden.



HEIMAT:

Heimweh und die Sehnsucht, die „Heimat“ zu bewahren, sind zwei Seiten einer Medaille. Wer in der Fremde lebt, sehnt sich nach dem Raum, in dem er zu Hause war, sich geborgen fühlte. Wer zwar am Ort bleibt, aber Veränderungen erlebt, fürchtet sich vor dem Verlust der Heimat. Sowohl die einen wie die anderen gestalten die neue oder alte gemeinsame Heimat.

AUSLÄNDER:

Vor Jahren konnte man häufig den Slogan lesen: Alle Menschen sind Ausländer – fast überall. Es ist allerdings ein Unterschied, ob ich Ausländer im Urlaubsparadies bin und mir mein EU-Pass und meine Kreditkarte eine (fast) grenzenlose Reisefreiheit beschere, oder ob ich mir die Kosten der Fahrt über das Mittelmeer vom Munde abgespart habe und ich schon an der Grenze erfahre, dass ich am besten gleich wieder umkehren sollte.

LACHEN:

Humor ist eine gute Medizin gegen das Nichtverstehen. Lachen überwindet Grenzen und hilft, Konflikte zu entschärfen. Mit Konflikten geht man in unterschiedlichen Kulturen verschieden um. Während eines akuten Streits baut der Humor Brücken, wo die Sprache an ihre Grenzen stößt.

GRENZEN:

Der Fremde ist erfahren im Überwinden von Grenzen. Er kann zum Brückenbauer für andere Fremde werden und so an Selbstbewusstsein gewinnen. Die Konflikte entstehen nicht nur zwischen Mehrheitsgesellschaft und Minderheit, sondern auch unter verschiedenen Minderheiten.

FAMILIE:

Wer fremd ist, ist immer auch Mutter, Sohn, Ehemann, Enkel und freut sich, wenn man an seiner Familie (auch im Herkunftsland) Anteil nimmt. Die Trennung von der Familie ist oft ein tiefer Schmerz.

VERLETZLICHKEIT:

Wer fremd ist, ist eher verletzlich. Wenn über Fremde negativ gesprochen wird, beziehen sie dies auf sich. Gerede schmerzt. Darum braucht es die wertschätzende Gegenrede. Die Gewerkschaften plakatierten vor Jahren: „Mach meinen Kumpel nicht an!“

Ein gleichberechtigtes Miteinander versteht sich nicht von selbst und kann nicht verordnet werden. Ein gemeinsamer Referenzrahmen ist für Christinnen und Christen die Liebe Gottes, die allen Menschen gilt. Aber auch unter Menschen, die keiner oder einer anderen Religion angehören, sind gemeinsame Werte, wie die Würde, die Freiheit oder die Sicherheit wichtig. ■

Frank Fornaçon



Anzeige

30
Minuten
plus+

Praxisfragen im Fokus

- berufs- und generationsverbindend

... denn in **30 Minuten** gibt es viel zu entdecken

DIGITALE KURZSEMINARE

- ✓ Aktuelle Themen
- ✓ Kompaktes Referat aus dem beruflichen Umfeld
- ✓ Austauschen und diskutieren mit Berufserfahrenen und Berufseinsteigern

plus+ Zeit für einen anschließenden lockeren Austausch

Weitere Informationen unter:
www.cig-online.de



Seelsorge(r) auf Augenhöhe

Bernd Wittchow lebt, wo sich Fuchs und Hase gute Nacht sagen. Eine Autostunde östlich des Berliner Alexanderplatz liegt die Eichendorfer Mühle. Wer hierher kommt, der sucht entweder die Einsamkeit oder Hilfe in einer schwierigen Lebenslage. Der Verein Eichendorfer Mühle unterstützt Männer und Frauen, die unter ihrer Suchterkrankung, seelischen Behinderung oder Doppeldiagnosen leiden. Der Verein besteht aus einer stationären sozialtherapeutischen Langzeittherapieeinrichtung mit 26 festen Wohnplätzen und einer ambulanten Nachsorge für rund 65-80 Menschen, in der auch ehrenamtliche Helfer tätig sind. Der Verein führt einen Dorfladen mit den Waren des täglichen Bedarfs und betreibt ein Begegnungszentrum mit Café. Einer der Gründer ist der Pastor und Diakoniewissenschaftler Bernd Wittchow, viele Jahre Geschäftsführer des Vereins und heute im Aufsichtsrat.

Wer Bernd Wittchow trifft, dem sitzt ein markanter Typ gegenüber mit langem Haar und Bart. Zur Begrüßung steht er nicht auf. Der Pastor ist auf einen Rollstuhl angewiesen. Für manche ist das irritierend. Ist der Chef einer helfenden Einrichtung selbst auf Hilfe angewiesen? Einfacher als erwachsene Gesprächspartner gehen Kinder mit der Situation um. Sie sind unbefangener, weiß Bernd Wittchow. Es gelingt ihnen leichter, auf Augenhöhe mit ihm zu sprechen.



Er selbst hatte als 10jähriges Kind eine erste intensivere Berührung mit dem christlichen Glauben. Er erzählt von seiner Kindheit in einem atheistisch geprägten Umfeld in der DDR und von einer einschneidenden Erfahrung: Eine Krankheit machte einen 11 Monate währenden Klinikaufenthalt notwendig. Und das Kin-

derkrankenhaus war eine Einrichtung der Diakonie. Tag für Tag gab es Begegnungen mit Christen, wöchentlich Gottesdienste, die ihn beeindruckten. Heute, nach einem langen Berufsleben, sieht Bernd Wittchow das als eine Vorbereitung auf seine spätere berufliche und spirituelle Existenz.

Sein Berufswunsch: Pastor. Nach dem Theologiestudium, einem ersten Gemeindedienst und der Arbeit als Theologiedozent sollte er Jugendpastor für die Baptistengemeinden der DDR werden. Doch kurz nach Beginn dieses Dienstes störte ein schwerer Autounfall seine Pläne. Eine Querschnittslähmung. Über zwei Jahre kämpfte sich Bernd, der inzwischen verheiratet und Vater zweier Kinder war, ins Leben zurück, bis er wieder selber Autofahren konnte.

Es folgte eine Zeit der Findung mit anderen Christen, die in den Entschluss mündete, gemeinschaftlich im Geiste Jesu unter einem Dach zu leben. Dem Bürgermeister des Dorfes Hermersdorf erklärten Bernd Wittchow und einige Mitstreiter, dass sie das heruntergekommene Areal der Eichendorfer Mühle für die Gründung einer Kommunität ausgesucht hätten. Sie wollten dort als Christen gemeinsam leben und diakonisch wirken. Der Bürgermeister, der als Genosse wenig von solchen religiösen Ideen hielt, war verblüfft und stimmte dem ungewöhnlichen Plan zu. Dass später nach der Wende Bernd Wittchow ebenfalls Kommunalpolitiker werden sollte, war zu dieser Zeit in der DDR noch nicht einmal zu ahnen. Die Übernahme von Verantwortung auch unter schwierigen Umständen wurde typisch für den Pastor, der nun mit Gleichgesinnten begann, eine sozialtherapeutische Einrichtung aufzubauen. „Wir hatten glücklicherweise einen guten Berater aus der BRD, der uns nach der Wende half, gesunde Strukturen aufzubauen.“ Dazu gehörte auch, am Diakoniewissenschaftlichen Institut in Heidelberg weiter zu studieren.

Prägend war nun die ganzheitliche Lebensgemeinschaft mit Menschen, die ihm Rahmen ihrer Therapie mit den Mitarbeitern unter einem Dach lebten. Er beobachtet: „Die Fehler, die wir haben, werden immer dort deutlich, wo wir am engsten zusammen sind.“

In der Therapie kommt dem rollstuhlfahrenden Pastor seine Behinderung zugute. Gerade sein Handicap schein es Menschen leichter zu machen: „Ich bin überrascht, wie schnell Menschen sich mir gegenüber öffnen.“ Begegnung ist für ihn der Schlüssel in Seelsorge und Therapie. „Es gilt immer, den Menschen, den du vor dir hast, ernst zu nehmen, auch indem man ihm Widerstand entgegenbringt. Indem wir Widerstände überwinden, werden wir stärker.“

Die meisten Menschen, mit denen Bernd Wittchow therapeutisch und seelsorgerlich unterwegs ist, haben bisher kaum Berührung mit dem christlichen Glauben gemacht. Sie sprechen nicht die Sprache der Frommen. Aber gerade das macht sie zu guten Gesprächspartnern. Wer in die Eichendorfer Mühle zur Langzeittherapie kommt, ist eingeladen, an Andachten und Gottesdiensten teilzunehmen, um sich ein eigenes Urteil zu bilden. Manche werden aus Beobachtern zu aktiven Teilnehmern. Bernd Wittchow ist überzeugt: Seelsorge ereignet sich in der ehrlichen Begegnung zweier Menschen, die einander Anteil an ihrem Schicksal geben.

Schon in den Zeiten der DDR wusste Bernd Wittchow: Seelsorge ist auch im atheistischen Umfeld möglich. Wo immer Christen leben, da wird sich Seelsorge ereignen, unabhängig vom gesellschaftlichen Umfeld. Wichtig: „Wir brauchen eine Vision und das Zutrauen, dass Gott handeln kann. Unsere Zeitgenossen merken wohl, ob wir aus eigenem Antrieb, aus eigener Kraft und aus Enthusiasmus handeln oder ob da etwas anderes dahintersteckt.“

Zudem braucht es Geduld: „Heilung gibt es nicht mit Abkürzungen“, sagt Bernd Wittchow, „auch die Wunder der Bibel werden im Zeitraffer erzählt.“ Auf dem Weg zur Heilung gibt es einige Instrumente der Seelsorge. Eines, das an Bedeutung gewinnt, ist die Berührung. Körperliche Umarmung ist ein starkes Zeichen, das Menschen Kraft schenkt. ■



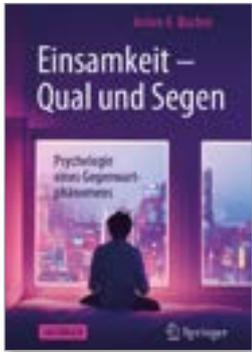
Frank Fornaçon,
Pastor i. R., Ahnatal



Mehr über Bernd Wittchow kann man in einem Youtube-Video erfahren
Mehr über die Eichendorfer Mühle findet man auf der Homepage:
www.eichendorfer-muehle.de



FÜR SIE GELESEN



EINSAMKEIT – QUAL UND SEGEN: PSYCHOLOGIE EINES GEGENWARTPHÄNOMENS

Zeitgleich mit meiner phänomenologischen Bestandsaufnahme „Einsamkeit und Vereinsamung“, einem „interdisziplinären Überblick mit Impulsen für Praxis und Politik“, brachte Springer im Sommer 2023 Anton Buchers „Einsamkeit – Qual und Segen“ heraus, das den Schwerpunkt auf die Psychologie des Phänomens legt und vielleicht die erste deutschsprachige Monografie unter den psychologischen Sach- und Fachbüchern zum Thema ist, die sich ausführlich genug beiden Seiten der Erfahrung des Alleinseins widmet, was auch die Formulierung „Qual und Segen“ erklärt. Bucher ist als Professor für Praktische Theologie an der Paris Lodron Universität Salzburg insbesondere mit Religionspädagogik befasst, widmet sein Forschen mit Vorliebe den psychologischen Aspekten von Spiritualität und Religion und ist nicht zuletzt als Autor vieler Veröffentlichungen zu Themen aus diesem Bereich bekannt.

Was aus dem Titel noch nicht hervorgeht, fällt gleich angenehm auf, wenn man zu lesen beginnt: Bucher behauptet nicht, sich einsam zu fühlen sei zwar einerseits schmerzlich, andererseits könne man es doch aber auch genießen. Das ist wichtig, denn die beiden Seiten mit dem Plus und dem Minus, die sich gegenüberstehen, sind nicht die beiden Seiten der Einsamkeit, sondern des Alleinseins. Sich einsam zu fühlen, kann eine wichtige Reifungserfahrung sein, aber dieses Gefühl zeigt immer einen Mangel an. Insofern gibt es nicht so etwas wie ein Bedürfnis nach Einsamkeit, wohl aber ein Bedürfnis, allein zu sein. Schöne Einsamkeiten wie der einsame Strand meinen nicht das Gefühl der Einsamkeit, sondern die Möglichkeit, Alleinsein zu genießen. Das Gefühl der Einsamkeit hingegen „ist wirklicher Schmerz, physisch und seelisch“ (S.7).

LITERATUR

Es ist schön, dass Bucher im zweiten Teil das „positive Alleinsein“ auch als Bedürfnis gegen die Pathologisierung des Individualismus und die Glorifizierung der Extraversion verteidigt. Zudem liegt ein Schwerpunkt seiner Ausführungen

zum „Segen des Alleinseins“ in der für die gesunde Persönlichkeitsbildung notwendigen Fähigkeit zum Alleinsein und es ist erfreulich, dass er hierzu auf bindungspsychologische Befunde wie die des Psychologen Donald Winnicott verweist und die entwicklungspsychologische Bedeutung des Alleinseins im Lauf der Lebensphasen beschreibt.

Wesentliche Sachverhalte gut strukturiert zu bündeln und prägnant zu beschreiben ist eine charakteristische Stärke Buchers. Das wird besonders interessant, wenn die Darstellung eine Vorstellung des Gesamtbilds ermöglicht. Dies ist zum Beispiel im Kapitel über die vorhandenen Messinstrumente von Einsamkeit der Fall. Hier hat man sozusagen „alles auf einen Blick“. Informativ ist auch die empirisch psychologische Auffächerung der Ursachen problematischer Einsamkeit mit konsequentem Bemühen um sachlich ausgewogene Positionen, ebenso der schlaglichtartig durchgeführte Überblick von Selbsthilfen und therapeutischen Maßnahmen zur Überwindung von Einsamkeit.

Es ist hilfreich, dass Bucher einige psychische Störungsbilder aufzeigt, die Einsamkeit hervorbringen. Die andere Seite ist, dass der Faktor „Einsamkeit“ eine Variable ist, die auch einen großen Anteil beim Zustandekommen psychischer Störungen hat, was die Psychopathologieforschung der Vergangenheit aber zu wenig im Blick hatte. Bucher spricht diese andere Seite auch an, vor allem am Beispiel der Depression.

Zu den statistischen Befunden über das Ausmaß des Einsamkeitsproblems stellt Bucher fest, dass sie Widersprüchlichkeiten enthalten, weswegen von dorthin keine klaren Aussagen darüber kommen, wie weit verbreitet es ist und wie tief es geht. Ausführlich leuchtet Bucher die Gesundheitsschäden durch „schwere Einsamkeit“ aus, insbesondere also durch pathologische Vereinsamung. Das ist wichtig und hilfreich als Gegenpol zur Relativierung des statistischen Befunds, denn es führt den Ernst des Problems vor Augen. Und dass die Zahl derer, die es betrifft, sehr hoch ist, verdecken weder die statistischen Widersprüchlichkeiten noch verschweigt es der Autor.

Analog zur Beschreibung der Gesundheitsschäden durch Vereinsamung listet Bucher dann aber auch die gesundheitsförderlichen Aspekte des Alleinseins ausführlich genug auf, und es ist gut so, denn dadurch entsteht zum Ende des Buchs

LESERBRIEF @CHRISCARE

hin eine optimistische Perspektive mit dem impliziten Plädoyer, angesichts der sozialen Kälte nicht zu erstarren, sondern für Wärme zu sorgen, weil es nicht nur nötig ist, sondern weil es auch viele Möglichkeiten dazu gibt. Im Zusammenhang der positiven Aspekte des Alleinseins kommt er unter der Überschrift „Alleinsein erleichtert spirituelles Wachstum“ zudem nochmals auf die förderlichen Quellen von Spiritualität und Religion zu sprechen.

Buchers in den Einzelheiten knapp gehaltene, gut strukturierte und differenzierte Übersicht lässt sich nicht nur für Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen empfehlen, die mehr oder weniger mit dem Einsamkeitsthema befasst sind, sondern es können auch mehr persönlich oder anders motiviert Interessierte viel damit anfangen. ■

Dr. phil. Hans-Arved Willberg

Anton A. Bucher, Einsamkeit – Qual und Segen, Psychologie eines Gegenwartphänomens, Heidelberg (Springer), 2023, 176 Seiten, ISBN 978-3-662-67021-7, 19,99 Euro, 27,90 Sfr

EIN STARKES SIGNAL FÜR DIE ZUKUNFT

Leserbrief zu ChrisCare 1-2024 „Ins Leben begleiten“

Ich halte gerade die aktuelle Ausgabe von ChrisCare in Händen und habe bereits nach dem ersten Durchblättern große Lust bekommen, jeden einzelnen Artikel ganz in Ruhe zu lesen und auf mich wirken zu lassen.

Diese Ausgabe ist euch wirklich ganz besonders gut gelungen. Sehr gern gebe ich die Exemplare weiter an entsprechende Stellen, die genau mit diesen Themen konfrontiert werden und somit Unterstützung erfahren dürfen. – Mögen viele Menschen und vor allem auch letztlich die Kinder und Jugendlichen in schweren Lebenssituationen Hilfe erfahren und gestärkt werden.

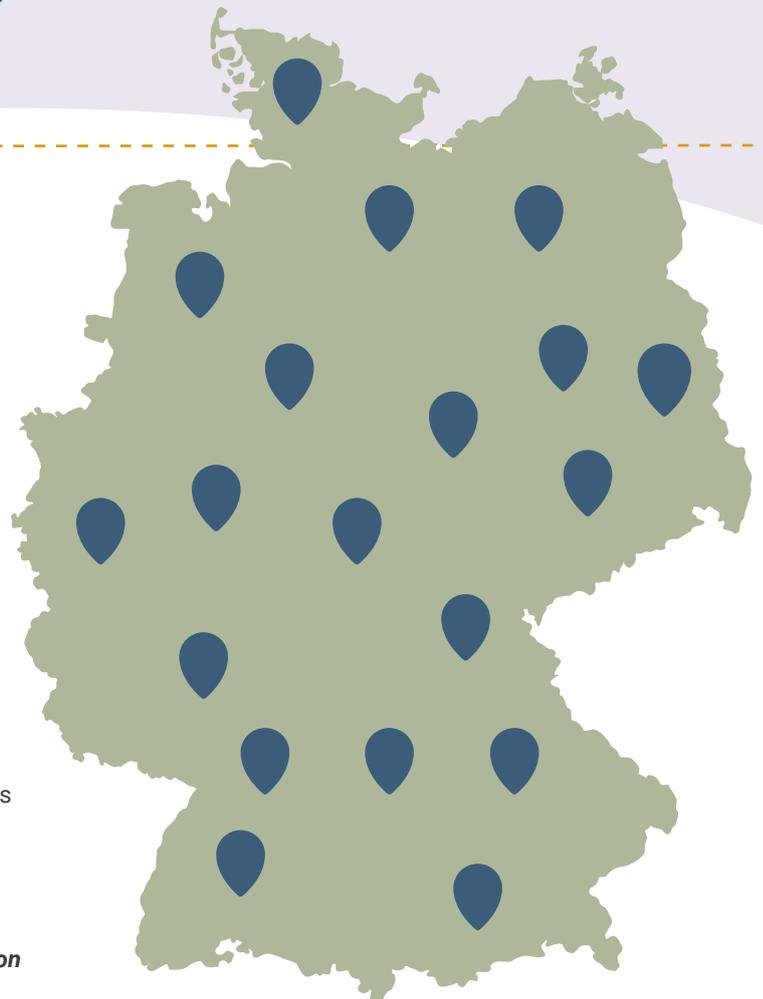
Angelika Preuschhof, Preuschhofstiftung, Hamburg ■

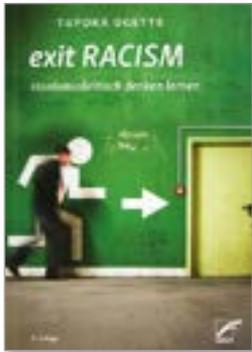
KIRCHENGEMEINDEN ALS PARTNER IM KAMPF GEGEN EINSAMKEIT

Einsamkeit geht mit einem erhöhten Risiko einher, ernsthaft zu erkranken. Daher sind die politischen Initiativen, der Einsamkeit zu begegnen, ein wichtiger Beitrag zur Prävention im Gesundheitswesen. Die klassischen Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie Kliniken und Praxen, können hier kaum helfen. Andere Akteure der Gemeinwesenarbeit, wie sie Kirchengemeinden darstellen, sind ideale Partner der Einsamkeitsbekämpfung. Bisher sind sie erst wenig im Blick der Gemeinwesenarbeit und auch umgekehrt: Noch zu wenige Kirchengemeinden sehen ihre Chance, hier ein wirksames Angebot zu entfalten. Eine interessante Maßnahme könnte der Eintrag des eigenen kirchlichen Angebots sein in die Angebotslandkarte des Kompetenznetzes Einsamkeit.

<https://kompetenznetz-einsamkeit.de> ■

Frank Fornaçon





EXIT RASICM

Auf 165 Seiten erklärt Tupoka Ogette eindrücklich die Wirkmechanismen von Rassismus in unserer Gesellschaft sowie in unseren Beziehungen und alltäglichen Begegnungen. Dabei schafft sie die emotionale Beteiligung, um

sich auf den Weg zu machen aus dem „Happyland“ Gedanken, dass Rassismus nicht existiert. Denn das Konstrukt „weißsein“ bringt viele Privilegien mit sich, dessen sich „weiße“ Menschen nicht bewusst sein wollen. Ein richtiges Mitmachbuch.

Der Aufbau der einzelnen Kapitel ist unterteilt in Input – Interaktiven Teil – Logbucheintrag (von Teilnehmenden ihres Seminars). Sie schreibt für die Zielgruppe „weiße Menschen“. Richtig was dazu gelernt habe ich im Kapitel „Geschichte des Rassismus in Deutschland“, zum Beispiel, welche Anteile Kant, die Bibel und mein Schulbiologieunterricht daran hatten. Es macht nicht nur Mut, sondern manchmal auch richtig traurig und wütend davon zu lesen – aber es hat mich auf den Weg gebracht. Durch die packenden Erzählungen von Betroffenen wurde ich daran erinnert, welcher Weg noch vor uns liegt, um Artikel 3 Absatz 3 des GG zu verwirklichen. Und wie tief der strukturelle Rassismus ist und uns jeden Tag auffallen kann, wenn wir bereit sind, unsere Augen dafür zu öffnen.

Hier kommen geballte Kompetenz, Leidenschaft für das Thema und eine Menge Erfahrung als auch anregende Didaktik zusammen. Tupoka Ogette weiß, was sie tut, weiße Menschen aus diesem Land zu führen, das unseren Brüdern und Schwestern viel Leid beschert (hat) und hilft praktisch, für mehr Gerechtigkeit zu sorgen. Selten habe ich ein Buch so verschlungen wie dieses. Absolut lesenswert und wichtig, sich damit auseinanderzusetzen! ■

Nele Grasshoff

Tupoka Ogette, exit RASICM – rassismuskritisch denken lernen, 9. Auflage 2020 UNRAST Verlag, Münster, Euro 12,80, SFr 19.90

ENTSCHEIDUNGEN AN DER SCHWELLE DES TODES

Ein Gehirnchirurg zwischen Glaube, Zweifel und Hoffnung



„Dr. W. Lee Warren ist ein weltweit anerkannter Neurochirurg – und überzeugter Christ. In dieser spannenden Autobiographie erzählt er, wie er alles daransetzt, seinen Patienten nicht nur eine exzellente Behandlung zukommen zu lassen, sondern sie ganzheitlich zu begleiten. Dabei ist es sein Glaube, der ihm immer wieder neu die Kraft gibt, Patienten und Angehörige mit oft schweren Diagnosen zu konfrontieren, sie auf komplizierte Operationen vorzubereiten und Entscheidungen an der Schwelle des Todes zu treffen. Mit Patienten zu beten, für die eigentlich keine Hoffnung mehr besteht, ist für ihn kein Widerspruch. Doch dann wird das Gottvertrauen des gefeierten Gehirnchirurgen durch einen Schicksalsschlag in seiner Familie noch einmal ganz anders auf die Probe gestellt. Kann ihm sein Glaube auch jetzt noch Halt und Hoffnung geben?“

Diese Skizze auf der Cover-Rückseite des rd. 380 Seiten starken Buches schildert gut, worum es geht. Es ist keine leichte Lektüre, wenn Fragen direkt angesprochen werden, die viele engagierte Christen in Gesundheitsberufen umtreiben. Und doch liest sich das Buch packend bis zum Schluss. In eigener Betroffenheit entwickelt Lee Warren Antworten auf Fragen der Zulassung Gottes von schwerer Krankheit und Sterben. Antworten, die nicht alles erklären wollen, sondern auf einen Weg hilfreicher Lebens- und Glaubenspraxis mitnehmen. Sowohl für Gesundheitsfachleute wie von der Leidthematik Betroffene ist dies ein lesenswertes Buch. ■

Dr. med. Georg Schiffner

Lee Warren, Entscheidungen an der Schwelle des Todes, Marburg, Francke, 2023, 378 Seiten, ISBN: 978-3-96362-355-4, 19,00 Euro, SFr 28.90

PERSÖNLICH für Sie



LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

mit fremden Menschen das Zimmer teilen – dazu noch mit Menschen aus anderen Herkunftsländern oder anderer Kultur? Als Patienten machen Sie diese Erfahrung in manchen Notsituationen. Z.B. wenn Sie im Krankenhaus ihr Zimmer mit anderen Patienten teilen, in der Reha den Therapieraum, in der Pflegeeinrichtung den Aufenthaltsraum... Hier entdecken Sie vielleicht, wie das Erleben gemeinsamer Hilfsbedürftigkeit verbinden kann. Kleine gegenseitige Hilfen können wahre Brückenbauer sein, sich Verständigen trotz sprachlicher Barrieren eine gemeinsame Entdeckungsreise, das füreinander Hoffen und Beten eine Verbindung des Herzens. Ich möchte Ihnen Mut machen, auch ungewohnte „Nachbarn“ in unseren Gesundheitseinrichtungen wert zu schätzen und in der Begegnung mit ihnen offen und herzlich zu sein. Es lohnt sich – für beide!

Und vielleicht kennen Sie auch diese Erfahrung: Da betritt eine dunkelfarbige Pflegekraft die Wohnung Ihrer Eltern, um diesen in der ambulanten Pflege zu helfen. In der Klinik stellt sich Ihnen ein gebrochen Deutsch sprechender Arzt aus dem arabischen Raum vor, um die Notfall-Operation durchzuführen. Und die Therapeutin, bei der Sie endlich einen Behandlungstermin bekommen konnten, trägt ein Kopftuch. Vielleicht werden Sie manche Fragen der Zuwanderung von Migranten anders sehen, wenn Sie oder Ihre Angehörigen durch Gesundheitsfachleute aus internationalem Hintergrund die ersehnte Hilfe erhalten.

Keiner von uns wünscht sich Zeiten der Erkrankung und Pflegebedürftigkeit. Und doch können wir auch hier Entdeckungen machen, die unseren Lebens-Horizont weiten und uns bereichern. Das wünsche ich Ihnen – zusammen mit guter Besserung. ■

Ihr Dr. med. Georg Schiffner

SeeWest

Dein Zuhause fernab von Zuhause.

Buche jetzt deinen unvergesslichen Urlaub in der Ferienwohnung „SeeWest“ und erlebe den westlichen Bodensee von seiner schönsten Seite!

DEINE FERIEWOHNUMG AM WESTLICHEN BODENSEE.

fewo@seewest.de
www.seewest.de

♥ follow us:  



ChrisCare

[In eigener Sache]

Liebe Leserinnen und Leser,

ChrisCare – Magazin für Spiritualität und Gesundheit – möchten wir weiterhin vierteljährlich anbieten. Aktuelle Themen zu Gesundheit, Glaube, Medizin und Kirche werden praxisrelevant dargestellt. ChrisCare wird oft gebührenfrei in Kliniken, Praxen oder Gemeindediensten verteilt. Die Kosten können nur durch Spenden gedeckt werden. Bitte helfen Sie mit – herzlichen Dank!

Spendenkonto

Christen im Gesundheitswesen e.V.

Evangelische Bank eG

BIC: GENODEF1EK1

IBAN: DE64 5206 0410 0006 4161 79

Stichwort: ChrisCare

Eine große Hilfe ist die regelmäßige Unterstützung im CiG-Förderkreis. Wir laden Sie herzlich ein, mit einem Mindestbeitrag von 10 Euro monatlich dem Förderkreis beizutreten! Informationen finden Sie unter: <https://cig-online.de/foerdern/>

TAGUNGEN, SEMINARE & KONFERENZEN

TERMINE:

JUNI

21.-23.06.24, Duderstadt
CiG-Jahrestagung; Thema: „Gebet – Gottes Einladung immer wieder neu erleben“
www.cig-online.de

27.-29.06.24 und 19.-20.07.24, Hamburg
Spiritual / Existential Care interprofessionell, Diakonische Fort- und Weiterbildungsakademie
www.speci-deutschland.de

JULI

03.07.24, Ludwigshafen
Ökumenischer Patientengottesdienst
www.cig-online.de

12.-14.7.24, Untermarchtal
Brennen ohne Auszubrennen - Geistliche, psychologische und praktische Hintergründe und Übungen zur Vermeidung von Erschöpfungszuständen
www.bildungsforum-kloster-untermarchtal.de/

AUG.

17.08.24, Chemnitz
Oasentag für Mitarbeitende im Gesundheitswesen
www.cig-online.de

SEP.

29.09.24, Reinbek
Ökumenischer Patientengottesdienst
www.cig-online.de

28.09.24, Leichlingen-Weltersbach
Leben bis zuletzt – Was hilft beim Abschied nehmen? Tagesseminar für Pflegende, Mitarbeitende in Hospizdienst und Palliativversorgung
www.befg.de/bildung-beratung/akademie-elstal

OKT.

11.-13.10.24, Travenbrück, Kloster Nütschau
Wochenende für Kranke und Angehörige
www.cig-online.de

25.-27.10.2024, Springe
Hebammen-Workshop
www.cig-online.de

ZUM VORMERKEN

03.-08.02.2025, Gnadenthal
Exerzitien
www.cig-online.de



Gesunder Umgang mit Krankheit – Schritte der Heilung gehen
 Wochenende für Kranke und Angehörige

11.-13.10.24 – Kloster Nütschau

www.cig-online.de

09.-11.05.2025, Volkenroda
Christlicher Gesundheitskongress
www.cig-online.de

IMMER AKTUELL

Pflege-Café, Online
Erfahrungsaustausch über den Berufsalltag in der Pflege
www.cig-online.de

30 Minuten plus+, Online
Praxisfragen im Fokus
 Termine siehe www.cig-online.de

Therapeuten-Café, Online
Erfahrungsaustausch über den Berufsalltag von Therapeuten
 Termine siehe www.cig-online.de

Horizonte, Online
Christen in Geriatrie, Altenpflege und Altenseelsorge
 Termine siehe www.cig-online.de

CiGstarter Themen- und Gebetsabende, Online
für Auszubildende, Studierende und Berufstarter bis 35 Jahre
 Termine siehe www.cig-online.de

Emmaus Forum, Online
Psychotherapeuten
 Termine siehe www.cig-online.de

CHRISTLICHER
 GESUNDHEITSKONGRESS
SAVE THE DATE

09. - 11. MAI 2025
 ICH KÜMMERE MICH UM DICH

HEILEN, TRÖSTEN, BEGLEITEN IN GESUNDHEITSWESEN UND GEMEINDE
 KLOSTER VOLKENRODA, KÖRNER, THÜRINGEN

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: Georg Schiffner, Christen im Gesundheitswesen e.V., Nelkenstr. 6, 21465 Reinbek, Tel.: (+49) (0) 4104 91 709 30, 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: Nelkenstr. 6 21465 Reinbek, 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

Fotos: iStock: Titel, S.22; Freepik: S.12, 18, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 33, 40; Pexels: S. 8; alle anderen Bilddaten: privat und hallo!rot

Illustrationen: hallo!rot (www.hallo-rot.de), Freepik: S. 8, 14, 16, 18, 24, 28, 30, 35

Beilage: Neukirchner Verlag

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), Äztl. 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, 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; 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); Dr. med. Claudia Scharck (Kassel); Oberin Andrea Trenner (Berlin), Oberin Johanner Schwesternschaft; Dr. phil. Michael Utsch (Berlin), Psychotherapeut, Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen

Info



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 15 Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen im Bundesweiten Leitungskreis verantwortet und geleitet.

In der Geschäftsstelle in Reinbek bei Hamburg wird die Arbeit koordiniert. Hauptamtliche, geringfügig Beschäftigte und rund 150 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 400 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.

Nelkenstr. 6, 21465 Reinbek

Tel.: (+49) (0) 4104 917 09 30

E-Mail: info@cig-online.de, Internet: www.cig-online.de

Spendenkonto: IBAN: DE64 5206 0410 0006 4161 79

BIC: GENODEF1EK1 | Evangelische Bank eG

**MENSCHEN, DIE AUS DER HOFFNUNG LEBEN,
SEHEN WEITER.**

**MENSCHEN, DIE AUS DER LIEBE LEBEN,
SEHEN TIEFER.**

**MENSCHEN, DIE AUS DEM GLAUBEN LEBEN,
SEHEN ALLES IN EINEM ANDEREN LICHT.**

LOTHAR ZENETTI, PFARRER, 1926-2019

