

Interkulturelle Aspekte in der Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen

Ein Suchen zwischen medizinischem Fortschritt und dem Willen Allahs

Angelika Horn

Zusammenfassung

Der folgende Beitrag beschreibt einige Aspekte der psychologischen Begleitung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Angehörigen. Die PatientInnen und Angehörigen mit ihren individuellen Wünschen, Vorstellungen, Fragen und Ängsten hinsichtlich der Erkrankung, der medizinischen Eingriffe, Veränderungen im Familiensystem, Bedeutung der Erkrankung und der Zukunftsperspektiven „abzuholen“, ist ein Anliegen der psychologischen Begleitung während des Klinikaufenthalts. In die Arbeit werden interkulturelle Aspekte einbezogen, ohne diese überzubewerten. Ein interkultureller Ansatz bietet den betroffenen Familien und dem Team der Professionellen die Möglichkeit, eigene Ressourcen zu erweitern, um einen Umgang mit der Erkrankung zu finden, die Behandlung so gut wie möglich durchzustehen, Abschied zu nehmen und zu heilen.

Die eigene Geschichte

In Dresden aufgewachsen, studierte ich nach der „Wende“ in Leipzig und Amsterdam Psychologie. Während meiner Studienzeit lernte ich viel über Menschen, die gesellschaftlichen Minderheiten angehören. Nach dem Studium absolvierte ich einen berufsbegleitenden Lehrgang „Interkulturelle Zusammenarbeit und gesellschaftliche Emanzipation“ bei Penthesilea, einem Institut für transkulturelle Beratung in Berlin. In der multikulturellen Ausbildungsgruppe erweiterte ich meinen eigenen Horizont und erlangte Wissen und Fähigkeiten im interkulturellen Kontakt. Die systemische Familientherapieausbildung absolvierte ich am Weinheimer Institut. Mein biographischer Hintergrund, in der DDR aufgewachsen zu sein, beeinflusst meine Haltung als Therapeutin und Beraterin stark. Die Erfahrung, zu einer gesellschaftlichen Minderheit nach der „Wende“ zu gehören, sensibilisiert mich für diskriminierende oder verletzende Erfahrungen von Menschen, die nicht dem gesellschaftlichen Mainstream angehören.

Setting

Zur Abteilung Hämatologie/Onkologie der Kinderklinik Bonn gehören ein stationärer und ein ambulanter Bereich. Hier werden vorwiegend Kinder und Jugendliche mit Tumoren, Leukämien und Lymphomen behandelt. Die Behandlungsmethoden sind Chemotherapie, Bestrahlung und Operation. Die individuellen Krankengeschichten sind verschieden und die Dauer des stationären Aufenthalts unterschiedlich lang, abhängig von Erkrankung, Diagnostik und Verträglichkeit der Therapien. Die Behandlung von Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist stark von Nebenwirkungen und Stress für Patienten, Angehörige und behandelndes Personal gekennzeichnet.

Auf der Station befindet sich eine eigene Küche, in der Essen aufgewärmt und Lieblingsgerichte zubereitet werden können, was für MigrantInnen und ausländische PatientInnen eine große Bedeutung hat. Wichtig ist auch der Raum, der für Einzel- und Familiengespräche und von Eltern für Ruhezeiten genutzt werden kann. Muslimische Familienmitglieder nutzen ihn zum Gebet.

Das psychosoziale Team

Auf der Station überwiegt der Anteil von medizinischem und Pflegepersonal, hinzu kommen Psychosozialer Dienst, LehrerInnen, Küchenpersonal, Reinigungskräfte, Klinikclowns, KlinikseelsorgerInnen, ÜbersetzerInnen und ehrenamtlich arbeitende MitarbeiterInnen. Die ÜbersetzerInnen und der Großteil der Reinigungskräfte haben einen nicht-deutschen kulturellen Hintergrund, bis auf eine medizinische Pflegekraft mit deutsch-türkischem und zwei Ärztinnen mit ostdeutschem Hintergrund ist das Team monokulturell. Das psychosoziale Team besteht aus verschiedenen Fachkräften (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen). Die psychologische Beratung steht in enger Wechselbeziehung mit der ärztlich-onkologischen Behandlung. Dieses integrierte Setting „mit kurzen Wegen“ ermöglicht eine schnelle Unterstützung bei plötzlichen Krisen und eine enge Abstimmung mit dem medizinischen Behandlungsablauf (vgl. Noeker 2002).

Das Setting, in dem Kontakt mit Patienten und /oder Angehörigen stattfindet, ist sehr unterschiedlich. Gespräche werden im Zimmer der Patienten, im Untersuchungsraum, in einem eigenen Raum des psychosozialen Teams, „zwischen Tür und Angel“, in der Küche, im Arbeitszimmer des Professors und zu Hause bei den Patienten geführt.

Das psychosoziale Team tauscht sich regelmäßig aus und stimmt die Betreuung der Patienten und Familien aufeinander ab. In gemeinsamen Intervisionen bemühen wir uns um eine Haltung, in der Querdenken möglich ist und eigene Hypothesen hinterfragt werden (s. a. von Schlippe et al. 2003). Das psychosoziale Team wird einmal im Monat von einer systemisch arbeitenden Supervisorin begleitet.

Kultureller Hintergrund der PatientInnen

Auf der onkologischen und hämatologischen Station der Kinderklinik werden

1. deutsche Kinder und Jugendliche,
2. Kinder und Jugendliche mit einem nicht-deutschen kulturellen Hintergrund und
3. Kinder zweiter Generation von Zuwanderern,
4. junge Erwachsene, die sich aus politischen Gründen allein in Deutschland befinden oder deren familiärer Kontakt aus unterschiedlichen Gründen instabil ist, behandelt.

Auf der Station begegnete ich Kindern, deren Familien ursprünglich aus Mittel-, Südost- und Osteuropa, Nordafrika und Ostasien eingewandert waren, und lernte Menschen mit polnischem, russischem, türkischem, ukrainischem, deutsch-ägyptischem, tunesischem, bosnischem, kroatischem, deutsch-chinesischem, koreanischem, kurdischem, französisch-deutschem, deutsch-russischem, albanischem, marokkanischem und griechischem kulturellen Hintergrund aus unterschiedlichen Schichten kennen. Bei mehreren Familien wurde über das Erzählen der Migrationsgeschichte deutlich, dass die Einwanderung nach Deutschland einen sozialen Abstieg für die Familie nach sich zog. Wie bei deutschen Familien werden die Kinder über den Behandlungszeitraum meistens von den Eltern und Geschwistern begleitet. Die u. U. auch pflegerische Betreuung übernehmen zum größten Teil die Mütter. Bei den jungen Erwachsenen war ein Zusammenhang zwischen der individuellen Migrationsgeschichte und dem Mangel an familiärer Unterstützung zu beobachten.

Elem war erst nach dem Tod seines geliebten Großvaters und der dadurch ausgelösten Krise als Jugendlicher aus Nordafrika zu seinem Vater nach Deutschland gekommen. Der junge Mann hatte den Vater vorher kaum gekannt. Zum Zeitpunkt der Erkrankung war der Kontakt des Patienten zum Vater von Wut, Enttäuschung und Ärger gekennzeichnet. Die Familie war sozial und finanziell stark belastet und es schien unmöglich, eine kontinuierliche Unterstützung von Seiten der Familie zu gewährleisten.

Das psychosoziale Team denkt hier gemeinsam mit den Patienten über Ressourcen nach, um diese in den Behandlungsverlauf zu integrieren.

Darüber hinaus werden auf der Station Kinder und Jugendliche behandelt, die auf Grund besserer medizinischer Bedingungen nach Deutschland kommen. Diese Patienten wurden zum Teil im Heimatland vorbehandelt und befinden sich oft in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Normalerweise werden die Kinder oder Jugendlichen von einem Familienangehörigen begleitet. Bei Kindern, die ohne ihre Mutter auf die Station kommen, bemühen sich die Sozialarbeiter des Psychosozialen Dienstes über die jeweilige Botschaft um Einreise der Mutter. Der Großteil dieser Familien zählt im Heimatland zu einer „hohen“ sozialen Schicht und kommt ausschließlich wegen der Erkrankung des Kindes nach Deutschland. Bei der Ankunft verfügen die Familien in der Regel über keinerlei Deutschkenntnisse. Mit einigen Angehörigen gelingt die Verständigung auf Englisch oder Französisch. Bei den übrigen Familien werden Dolmetscher hinzugezogen.

Probleme

Familien mit einem schwer erkrankten Kind unterliegen großen Belastungen, wie körperlichen und psychische Beschwerden, Konflikten und finanziellen Sorgen. Der Bedarf an psychologischer Unterstützung von Seiten der Patienten und Familien ist unterschiedlich. Dies ist auf Aspekte wie Unterschiede in der materiellen Sicherheit, im sozialen Netz, Stabilität bzw. Instabilität von Beziehungen, Erfahrung mit Psychosozialen Diensten usw. zurückzuführen.

Patienten und Angehörige mit geringen Deutschkenntnissen sind zusätzlichem Stress ausgesetzt, wie Sprachproblemen, Fehlen von Übersetzern und geringe familiäre Unterstützung. Durch Nichtverstehen, was da passiert, bzw. unterschiedliche Beschreibung der Erkrankung wird Angst hervorgerufen. Unterschiedliche Erklärungssysteme für die Erkrankung werden von professioneller Seite nicht erfragt.

Weitere erschwerende Umstände sind erhöhte finanzielle Unsicherheit, negative Erfahrung mit deutschen Institutionen, Erfahrung von Diskriminierung bis hin zu erlebtem oder gefühltem Rassismus.

Eine onkologische Erkrankung erfordert von der Familie einen großen Zeit- und Organisationsaufwand in der Begleitung. In einigen Familien gibt ein Elternteil – in der Regel die Mutter – die Erwerbstätigkeit auf. Dadurch erhöhen sich nicht nur finanzielle Belastungen, sondern der gesamte Aufenthaltsstatus der Familie kann bedroht sein. Diese zusätzlichen Stressfaktoren haben Einfluss auf Genesung, medizinische und psychosoziale Betreuung.

Das Erleben von Migration wird unterschiedlich verarbeitet. Die Verarbeitung steht u. a. mit Migrationsgrund, sozialer Sicherheit und Lebensphase, in der die Migration stattfindet, im Zusammenhang. Wenn die Migration als Auflösungskrise erlebt wurde, die Gefühle von Heimatlosigkeit, Inkompetenz und Einsamkeit auslöste, kann die lebensbedrohliche Erkrankung eines Kindes eine erneute Konfrontation mit Unsicherheit, Angst und dem Gefühl von Ausgeliefertsein hervorrufen. In der Begleitung von Migrantenfamilien beeinflussten positive Migrationserfahrungen und ausreichende familiäre Unterstützung den Umgang mit der Krankheit und den Kontakt zwischen Ärzten und psychosozialem Team vorteilhaft.

Familie Lubov, die vor wenigen Jahren aus einem osteuropäischen Land nach Deutschland gekommen war, gelang es trotz wiederholter Versuche nicht, einen stabilen Kontakt zum medizinischen und psychosozialen Team herzustellen. In Gesprächen mit der Mutter der erkrankten Tochter wurde der Zusammenhang zwischen negativen Erfahrungen in Deutschland und den Kontaktstörungen auf der Station deutlich. Die Mutter hatte in Deutschland einen beruflichen Abstieg erlebt. Im Heimatland war sie als Dozentin an einer Universität tätig gewesen, hier arbeitete sie u. a. „am Band“. Dazu kamen Erfahrungen von Ausgrenzung der Tochter auf Grund ihres kulturellen Hintergrundes und einer geistigen Behinderung.

Gerade in Krisen und Stress besteht die Wahrscheinlichkeit, dass alte Konflikte, unverarbeitete Gefühle und Vorurteile aktualisiert werden. Medizinisches und psychosoziales Personal kann von den Betroffenen als übermächtig und zur dominanten Gruppe der Gesellschaft zugehörig erlebt werden. Diese Aspekte können neben der lebensbedrohlichen Erkrankung des Kindes enorme Angst und Abwehr auslösen. Hier sollten Konzepte für eine bessere Vermittlung zwischen allen Beteiligten entwickelt werden. Darüber hinaus wird die Bedeutung eines multikulturellen Behandlungs- und Betreuungsteams deutlich, welches bei Betroffenen mehr Vertrauen schaffen kann.

Ressourcen

MigrantInnen und ausländische Familien verfügen oft über bedeutende Ressourcen wie religiösen Rückhalt. Das kann dazu beitragen, das eigene Schicksal anzunehmen und sich in hingebungsvoller Sorge um das Kind zu kümmern. Dazu kommen emotionale und materielle Unterstützung von Gemeinschaft und Familie und die Fähigkeit, sich in einer sehr lebendigen und stressgeladenen Situation orientieren zu können.

Frau Gashi, deren Familie den Sinti angehört, berichtete mir voller Stolz, dass für die Heilung des erkrankten Sohnes in Gemeinschaften von Sinti auch außerhalb Deutschlands gebetet würde.

Auf der Station schienen sich Kinder mit einem anderen kulturellen Hintergrund bis zum Alter von etwa 10 Jahren leichter zurechtzufinden.

Said, der mit seinen Eltern aus einem arabischen Land zur Behandlung gekommen war, vermittelte den Eindruck, dass er den Aufenthalt auf der Station phasenweise als großes Abenteuer erlebte, an dem seine Eltern teilnahmen.

Ziele und Inhalte der psychologischen Begleitung

Die psychologische Betreuung unterstützt Patienten und Angehörige dabei, die Erkrankung und damit verbundene belastende Konsequenzen für die PatientIn und die Familie zu bewältigen und zu verarbeiten.

Das inhaltliche Spektrum der psychologischen Betreuung umfasst u. a. Verarbeitung von Diagnoseschock, Krisenintervention, Begleitung und Vorbereitung schmerzhafter Eingriffe, Klärung psychosozialer Probleme, entlastende Gespräche, Orientierung auf positive Zukunftsperspektiven. Manche Patienten und Familien werden im Sterbeprozess begleitet. Die Arbeit beinhaltet ein gewisses Maß an spiritueller Begleitung. „Im Umgang mit Krankheit, Verlust und Tod ist eine spirituelle Dimension in der medizinischen Familientherapie unausweichlich.“ (McDaniel et al. 1997).

Für alle Familien ist die Konfrontation mit Tod und Abschied von einem Kind schwer zu verkraften. In der Begleitung der Kinder und Familien kann es darum gehen, gemeinsam zu

trauern, lustige Begebenheiten miteinander zu teilen, zu trösten und Hoffnung auszusprechen. Jeder Mensch geht anders mit Tod und Trauer um (siehe dazu Kübler-Ross 1984).

Im Gespräch mit Frau Vitkov, einer Mutter aus dem Südosten Europas, deren Baby im Sterben lag, erwähnte ich die hoffnungsvollen Interpretationen nordamerikanischer Indianer im Umgang mit dem Tod eines Kindes, die mir wiederum von einer Kollegin erzählt worden waren. Diese Indianer gingen davon aus, dass es Seelen gebe, die sozusagen „eine Zehe ihres Fußes in den See des Lebens eintauchen“ und danach manchmal entscheiden: „Das Wasser ist mir zu kalt. Ich tauche nicht ganz ein und bleibe lieber draußen.“ Die Indianer glaubten, dass die Kinder für dieses Experiment eine starke Frau als Mutter auswählen. Im darauf folgenden Gespräch teilte mir die Mutter mit, dass sie darüber nachgedacht habe. Es sei ihr bewusst geworden, dass in ihrer Herkunftskultur von Müttern erkrankter Kinder ebenfalls gesagt würde, sie seien besonders stark. Diese Erfahrung kenne sie sogar aus der eigenen Verwandtschaft. Eine Tante würde in der Familie besonders geachtet, und diese Tante habe eine Tochter mit einer geistigen Behinderung. Dieses Wissen gab der jungen Frau Trost und eine gewisse Zuversicht.

In der Begleitung der Patienten werden entwicklungspsychologische Aspekte wie die kognitive Entwicklung des Kindes berücksichtigt und die Entwicklung von Autonomie im Zusammenhang mit der Erkrankung unterstützt. Die intensiven Therapien, invasive medizinische Eingriffe und damit verbundene körperliche und psychische Beschwerden, erfordern ein flexibles Arbeiten. Themen, die bei einem früheren Krankenhausaufenthalt mit der Familie besprochen wurden, können aus Mangel an Zeit oder Auftreten von Symptomen bei einem erneuten Aufenthalt z. T. nicht wieder aufgegriffen werden.

Das Bemühen um eine Balance zwischen Anerkennung von körperlichem und seelischem Leiden der Patienten und einer ressourcenorientierten Haltung mit positiven Zielperspektiven ist für alle Beteiligten eine Herausforderung (s. a. Schreiber-Gollwitzer et al. 2002). Die eigene „Landkarte“ der PatientInnen und ihrer Familien, die kulturelle Herkunft, Normen und Werte und ein Erklärungsmodell für die Erkrankung aufzeigt, wird in der Begleitung unterschiedlich differenziert deutlich. Hierauf haben sprachliche Qualität des Austauschs, Aufbau eines vertrauensvollen Kontaktes, Verfügung von Zeit und Raum und emotionale Erreichbarkeit Einfluss. Die Begleitung ausländischer Kinder und Familien ist vielfältig und umfasst u. a.: gemeinsames Spiel; Erklärung medizinischer Abläufe; Anregung, wichtige deutsche Worte zu lernen, um Missverständnisse bei der Pflege zu vermeiden; Kontakt pflegen mit Pflegepersonal, Anrufe bei anderen Abteilungen, um z. B. Erklärungen eines medizinischen Eingriffs für Angehörige in Englisch zu erbitten.

Für PatientInnen aus dem Ausland hat die Behandlung für die Familie weitreichende Konsequenzen. Geschwisterkinder bleiben z. B. über Monate bei einem Elternteil oder Verwandten im Heimatland. Telefonate sind teuer und können somit nur ab und zu geführt werden. Im Gespräch können Informationen vermittelt werden, Trauer und Schuldgefühle gegenüber den daheim gebliebenen Kindern geäußert werden, Kraft aus dem Bewusstsein des

familiären Rückhalts und Gefühle von Verbundenheit Raum bekommen. In der interkulturellen Arbeit sollten erkrankte Kinder oder Jugendliche und ihre Eltern die Möglichkeit bekommen, der eigenen Geschichte einen Platz zu geben und wichtige Ressourcen aus der Heimatkultur in den Klinikalltag zu integrieren (z. B. Hören von Musik aus der Heimat).

Frau Lytvina, eine Mutter mit osteuropäischem Hintergrund, die einen dramatischen Krankheitsverlauf bei ihrem Kind miterleben musste, lehnte das Angebot für begleitende Gespräche mit mir mit der Begründung ab, dass sie Angst habe, die Kontrolle zu verlieren und ihrer Trauer und Wut nachzugeben und dann keine Kraft für die Betreuung der Tochter aufbringen zu können. Im Kontakt zwischen uns entstand eine Barriere auf Grund der Annahme der Mutter, mit einer Psychologin müsse sie über ihre Gefühle sprechen. Nachdem ich ihr ein „Geospezialheft“ einer Stadt in ihrem Heimatland gebracht hatte, begrüßte sie mich freudig und erzählte über frühere Erlebnisse und ihre Pläne für eine baldige Reise in diese Stadt.

Interkulturelle Arbeit bezieht sich nicht nur auf Menschen mit einem anderen ethnischen bzw. kulturellen Hintergrund. Menschen mit deutschem kulturellen Hintergrund unterscheiden sich ebenfalls hinsichtlich verschiedener Aspekte, wie Schichtherkunft, Sozialisation auf dem Land oder in der Stadt, körperlicher Behinderung, sexueller Orientierung, Sprechen eines Dialektes. Diese verschiedenen Faktoren können Einfluss auf das Erleben von Krankheit, Umgang mit Gefühlen und Zugang zu Ressourcen haben.

Der interkulturelle Ansatz in Beratung und Therapie bietet in der Arbeit mit allen PatientInnen oder KlientInnen die Möglichkeit, eigene Besonderheit zu erleben und darin gesehen zu werden und gleichzeitig auf dieser Grundlage Bündnisse mit anderen Menschen und Verbindungen zur eigenen Kultur einzugehen.

Angemessene Interventionen

Der systemische Ansatz bietet eine gute Grundlage für die Arbeit mit Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund. Gerade im interkulturellen Kontakt ist eine Transparenz über den eigenen kulturellen Hintergrund der TherapeutIn von großer Bedeutung, um Vertrauen zwischen PatientInnen und TherapeutIn aufbauen zu können. Familien, die mit einer Krebserkrankung ihres Kindes konfrontiert sind, erleben die Erkrankung als Kontrollverlust. Innerhalb eines medizinischen Settings, in dem kaum Zeit für ein langsames Kennenlernen zwischen medizinischem Personal und den Betroffenen zur Verfügung steht und in der die Institution Informationen über familiäre Hintergründe und Probleme besitzt, scheinen mir einige reflektierte Informationen zur Person der TherapeutIn und der Bedeutung des Erfragens von persönlichen Informationen notwendig. Im medizinischen Setting sollte eine solche Transparenz angestrebt werden, um das Machtgefälle zwischen MitarbeiterInnen der Institution und PatientInnen abzubauen. Gegenüber PatientInnen und Angehörigen aus der ehemaligen UdSSR bemühte ich mich, einige Worte Russisch zu sprechen und erklärte den Hintergrund dieser Kenntnisse: Schulausbildung in der DDR. In der Regel erzeugte diese Information Erstaunen und Freude.

In der therapeutischen Begleitung sollten sich PatientInnen in ihrem Anderssein gesehen fühlen, Gemeinsamkeiten wahrgenommen werden können und gleichzeitig eine Atmosphäre kreiert werden, in der Verbindungen aufgebaut werden können. Im Umgang mit lebensbedrohenden Erkrankungen und der zwangsläufigen Auseinandersetzung mit Leben und Tod ist ein solcher Ansatz von großer Bedeutung.

In der Arbeit mit MigrantInnen und PatientInnen aus dem Ausland sind Methoden des systemischen Ansatzes, wie zirkuläres und hypothetisches Fragen, Erfragen von Rangfolgen, Reframing und Arbeiten mit Genogrammen, hilfreich.

In der Behandlung von Elem kam es wiederholt zu Schwierigkeiten, da sich der Patient nicht an Absprachen hielt oder zu vereinbarten Therapieterminen nicht erschien. Das Verhalten des Patienten löste bei dem behandelnden Team Ärger und Sorge aus. In der psychologischen Betreuung wurden Gefühle von Depressivität und Aggressivität und fehlende familiäre Unterstützung thematisiert. In den Gesprächen wurde deutlich, dass der Tod des Großvaters in Nordafrika, wo der Patient aufgewachsen war, einen Bruch in der Geschichte des jungen Mannes bedeutet hatte. Über zirkuläres Fragen, wie „Was würde dir dein Großvater in einer solchen Situation raten?“, „Wen würde dein Großvater um Unterstützung bitten?“, wurden für den Patienten neue Zugänge und Ressourcen spürbar. Diese bildeten die Grundlage für Neuinterpretationen der Situation, und alternative Verhaltensweisen konnten erarbeitet werden. Im interdisziplinären Team galt es, die Gefahr einer Ethnisierung hinsichtlich der Probleme zu vermeiden und die Umsetzung der eigenen Bedürfnisse des Patienten als Ressourcen betrachten zu können (Reframing des Verhaltens).

Kommunikation

Im Kontakt mit Familien, die kaum die deutsche Sprache sprechen, ist von professioneller Seite eine Haltung von Geduld, möglichst ungeteilter Aufmerksamkeit und Interesse notwendig. Kommunikation findet über Wahrnehmung von Mimik, Gestik und der eigenen Gefühle, die durch Übertragung entstehen, statt. Ein solcher Kontakt fördert nicht nur Nähe und Vertrauen, sondern ermöglicht darüber hinaus ein tiefes Verstehen. Um eine Verständigung zu ermöglichen sind nonverbale Methoden wie Malen, Gestik und Mimik unerlässlich. Die Verwendung von Symbolen bietet Kindern und Angehörigen, die kaum deutsch sprechen, die Möglichkeit, die Familie für alle Beteiligten auf Papier sichtbar werden zu lassen. Insgesamt bemühe ich mich durch unterschiedliche Methoden, Kraftquellen oder Zugänge (ausführlicher bei von Schlippe et al. 2003) aus der Herkunftskultur der Patienten zu aktualisieren (z. B. Video mit Bildern aus der Wüste von Libyen, Zeitschriften).

In Familie Malchewski (mit osteuropäischem Hintergrund) betreute der Vater seinen schwer erkrankten Sohn über einen langen Zeitraum. Die Versorgung des Sohnes und die Furcht um den Verlust der Arbeit erzeugten bei dem Vater Angst und Erschöpfungszustände. Im Gespräch mit der Familie (zwei weitere Söhne und eine Tochter) wurde deutlich, dass die Mutter des Patienten die eigenen Deutschkenntnisse als unzureichend erlebte und auf Grund dessen eine Betreuung des Patienten vermieden hatte. Nach einigen ermutigenden Gesprächen mit

der Mutter übernahm sie abwechselnd die Betreuung des Sohnes. In regelmäßigen Einzelgesprächen, in denen die Frau darin unterstützt wurde, sich sprachlich, wenn nötig in ihrer Muttersprache, zu äußern, erzählte sie den Krankheitsverlauf des Sohnes, äußerte ihre Ängste bezüglich der Zukunftsperspektive des Sohnes und wurden Auswirkungen auf die gesamte Familie besprochen. Im weiteren Verlauf erlebte ich die Mutter sprachkompetenter. Im stationären Zusammenleben wurde darüber hinaus ein stärkeres Erleben von Selbstwirksamkeit erkennbar. Für die Familie hatte die Regelung zur Folge, dass der Vater zeitweise seiner Arbeit nachgehen konnte, ein älterer Sohn intensiver in die Betreuung der Geschwister zu Hause einbezogen wurde und die Belastung für die Eltern insgesamt verringert wurde.

Arbeiten mit DolmetscherInnen

Ein Kontakt zwischen medizinischem Personal und DolmetscherInnen findet bei wichtigen Diagnosegesprächen und damit verbundenen medizinischen Eingriffen statt. Die ÜbersetzerInnen werden über die jeweilige Botschaft ausländischer Patienten angefragt. DolmetscherInnen unterliegen einem enormen Stress, da sie unter Zeitdruck übersetzen und oftmals belastende Mitteilungen an Patienten und Angehörige überbringen müssen. Hinzu kommt, dass sich manche Eltern mit ihrem Kummer an sie wenden, da die Verständigung in der eigenen Sprache möglich ist und Gemeinsamkeiten durch den gemeinsamen kulturellen Hintergrund bestehen. Bemühungen um eine engere Zusammenarbeit zwischen psychosozialen Team und ÜbersetzerInnen wird u. a. durch die Tatsache erschwert, dass DolmetscherInnen in der Betreuung der einzelnen Familien wechseln. Bei Bedarf werden auf der Station neben professionellen ÜbersetzerInnen Pflegepersonal, Familienangehörige des Patienten oder Angehörige anderer Patienten angesprochen. Diese Praxis ist kritisch zu betrachten. Im Klinikalltag sollte unterschieden werden zwischen einfachem Vermitteln von z. B. pflegerischen Abläufen und dem Austausch von Informationen mit weit reichenden Konsequenzen. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit Dolmetschern würde im normalen Klinikablauf auch die Qualität der psychosozialen und medizinischen Arbeit erhöhen (s. a. Salman 2001). Eine engere Abstimmung der Arbeit ist auch aus Gründen der Qualitätskontrolle notwendig. Nicht alle Übersetzer besitzen Kenntnisse und Erfahrungen in psychosozialer Arbeit. In der Begleitung von Patienten und Angehörigen, deren sprachliches Verständnis für komplizierte Sachverhalte unzureichend ist, sollte am Anfang der psychosozialen Begleitung ein Übersetzer in ein Gespräch bez. psychosozialer Aspekte einbezogen werden. Dadurch können von Anfang an psychosoziale Ansätze, Aufgaben des psychosozialen Teams, Erwartungen von Seiten der Familien usw. transparent gemacht werden. Ein solches Herangehen wäre einerseits für den Kontakt zwischen Familiensystem und psychosozialen Team hilfreich, andererseits würde es die Übersetzer entlasten. In der Zukunft sollte darüber hinaus ein Dolmetscherpool eingerichtet werden, wobei die Finanzierung der Leistungen in medizinischen Einrichtungen zum heutigen Zeitpunkt ungesichert ist.

Schlussfolgerungen

Um interkulturelle Ansätze in das Gesundheitssystem und speziell in die pädiatrische Onkologie zu integrieren, erfordert es eine Auseinandersetzung mit eigenen kulturellen Normen und Werten der Mitarbeiter (Horn 2002). Auseinandersetzung mit der eigenen kulturellen Herkunft, Emotionssozialisation, Schichtzugehörigkeit, Rassismus und Heterozentrismus sind laut Westen und Hahn (1998) Qualitätskriterien in der pädagogischen und psychosozialen Arbeit. Darüber hinaus sollten Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Berufskulturen reflektiert und transparent gemacht werden. Auf einem solchen Hintergrund können unterschiedliche Ansätze und Kommunikationsformen miteinander besprochen und Missverständnisse geklärt bzw. vermieden werden (McDaniel et al. 1997).

Medizinisches und psychosoziales Personal sollte in der Zukunft multikulturell zusammengesetzt sein, um den Bedürfnissen aller Patienten gerecht werden zu können. Ein multikulturelles Team vermittelt Patienten und Angehörigen: hier ist Platz für Verschiedenheit. Darüber hinaus hat ein solches Team diverse Ansätze auf der Grundlage eigener kultureller Erfahrungen anzubieten. Diese Erweiterung kommt allen Patienten zugute. Es erscheint mir von außerordentlicher Bedeutung, das medizinische Fachpersonal in der Zukunft nach interkultureller Kompetenz einzustellen. Darüber hinaus ist es meines Erachtens notwendig, das Spektrum von Sprachkenntnissen von Seiten des medizinischen Fachpersonals zu erweitern, um den Bedürfnissen und kulturellen Hintergründen von Patienten gerecht zu werden. Dies gilt nicht nur für Pädiatrie, sondern für den gesamten medizinischen Bereich. Dabei ist darauf zu achten, dass Angestellte mit diesen Zusatzqualifikationen fachlich ausgebildet werden und deren zusätzliche Kompetenzen klar von den umschriebenen beruflichen Qualifikationen unterschieden werden.

In der interkulturellen Arbeit ist es wichtig, das Anderssein des Gegenüber mit einer neugierigen Anteilnahme zu sehen und gleichzeitig nicht zu sehen. In der Begleitung von Menschen sollten Professionelle erkennen können, wann ein kultureller Aspekt in der Beziehung zu dem Klienten einbezogen werden muss (Jessurun 1997).

Im Stationsalltag sorgen Mehrsprachigkeit und der Austausch über nonverbale und verbale Kommunikation für Lebendigkeit, Humor und berührende Begegnungen zwischen PatientInnen und MitarbeiterInnen. Die Station verfügt über Informationsbroschüren in englischer, russischer und zum Teil türkischer und arabischer Sprache. Materialien wie Kauderwelsch Taschenwörterbücher und Geospezialhefte sind hilfreich, um Zugang zu den PatientInnen zu finden und Ablenkung zu ermöglichen. Mit diesem Beitrag möchte ich die Leserinnen und Leser ermutigen, interkulturelle Ansätze in die Arbeit zu integrieren. Eine Annäherung an die Bedürfnisse der KlientInnen schafft bei Professionellen ein erhöhtes Gefühl von Selbstwirksamkeit.

Eine prägende Erfahrung zu Beginn meiner Tätigkeit war die Begegnung mit einer kleinen Patientin mit nordafrikanischem Hintergrund. Aisha war an einem bösartigen Tumor, in fortgeschrittenem Stadium, erkrankt, der leider auf die medizinische Behandlung nicht ansprach. Als ich Aisha kennen lernte, saß sie in ihrem Bett in der Haltung eines kleinen Buddha. Ich bemühte mich Kontakt mit ihr aufzunehmen und fragte ihren Vater nach den arabischen Worten für „Guten Tag“, „Ich heiße ...“, „Auf Wiedersehen“. Nachdem ich „As-salamaleikum“, ..., „Besslama“ ausgesprochen hatte, lächelte mich Aisha an und es war Kontakt zwischen uns da (Joining). In den darauf folgenden Tagen nahm Aisha die Angebote zum gemeinsamen Spiel mit Plüschtieren gern an. Von Seiten der Eltern war Erleichterung spürbar. Kurz nachdem ich Aisha kennen gelernt hatte, schritt die palliative Phase fort und sie kam nicht mehr zu Bewusstsein. In dieser Phase bezogen mich beide Eltern in ihre Trauer ein. Es wurden Glaubensfragen angesprochen und der Vater äußerte die Bedeutung und den Halt im Glauben für ihn und seine Frau. Nach dem Tod der Tochter besuchte ich die Familie mehrmals. Die Besuche dauerten lange und viele Themen wurden angesprochen, u. a. die Bedeutung von Aishas Tod für Mutter, Vater und die drei Geschwister, den Umgang mit Tod und Trauer, den Umgang mit dieser Erfahrung in der marokkanischen Herkunftskultur – die Tochter war auf Wunsch der Mutter in Marokko begraben worden. Bei unserem letzten gemeinsamen Gespräch äußerte die Mutter Interesse für einen Deutschkurs für Frauen, den ich in einem vorherigen Gespräch erwähnt hatte. In all den Kontakten mit der Familie spürte ich Wärme und Dankbarkeit. Meine geringe Bemühung, ein paar arabische Worte mit Aisha zu sprechen, schafften die Grundlage für ein Vertrauensverhältnis und Bündnis mit den Eltern.

Literatur

- Ghaen, Z. [Hrsg.] (1999). Krank in der Fremde. Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken. Frankfurt a.M.: Cinco.
- Horn, A. (2002). Interkulturelle Arbeit – Der Versuch einer Bestandsaufnahme. ... und vorwärts, rückwärts, seitwärts, los ... 20 Jahre TuBF Therapie und Beratung für Frauen in Bonn, pp. 104-125.
- Jessurun, N. (1997). Transculturele vardigheden. Nationaal Instituut voor Gezondheids vaardsbeoordering en Ziektepreventie.
- Kübler-Ross, E. (1984). Über den Tod und das Leben danach. Neuwied: Silberschnur.
- McDaniel, S., Hepworth, J. & Doherty, W. (1997). Familientherapie in der Medizin. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Noeker, M. (2002). Praxis behavioral-systemischer Familienberatung bei Tumor- und Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Psychotherapie im Dialog 1, pp. 53-60.
- Salman, R. (2001). Sprach- und Kulturvermittlung. In: Hegemann, T. & Salman, R. (2001). Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, pp. 169-180.

- Schreiber-Gollwitzer, B. M., Schröder, H. M. & Niethammer, D. (2002). Psychosoziale Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit malignen Erkrankungen. Monatszeitschrift Kinderheilkunde 8, pp. 954-965.
- Varela, M., Schulze, S., Vogelmann, S. & Weiß, A. (1998). Suchbewegungen. Interkulturelle Beratung und Therapie. Tübingen: dgvt-Verlag.
- von Schlippe, A., El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Westen, M. & Hahn, C. (1998). (unveröffentlichtes Manuskript)

Angelika Horn
Bautzener Straße 63
01099 Dresden
AngelikaHorn@web.de