



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2011 Ausgabe 49

Schwerpunkt:

SCHMERZ

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

„Schmerz wird mit dem Körper erfahren, mit der Seele erlitten und mit dem Geist gedeutet“ (Reiber). Körperliche Erfahrung, Leiden und (Be-)Deutung sind die Komponenten des Schmerzes, die den Tätigen in der Hospiz- und Palliativversorgung nicht nur spezifische Kompetenzen sondern auch eine besondere Haltung abverlangen. Die Deutung der eigenen Körperempfindung, des eigenen Schmerzes ebenso wie die Interpretation des Schmerzausdrucks durch andere ist bei jenen Menschen eine besondere Herausforderung, bei denen nicht die Sprache als dominierendes Medium dient. In der vorliegenden Ausgabe des Hospizdialogs werden diese und weitere Komponenten aufgezeigt und geben damit einen partiellen Einblick in das Thema ‚Schmerz‘.



Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre!

Ihre

G. Dingerkus
Gerlinde Dingerkus

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion:

ALPHA-Westfalen
 Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe
 Friedrich-Ebert-Straße 157-159
 48153 Münster
 Gerlinde Dingerkus
 Mary Wottawa
 Sigrid Olowinsky-Kiessling
 Tel.: 02 51 – 23 08 48
 Fax: 02 51 – 23 65 76
 E-mail: alpha@muenster.de
 Internet: www.alpha-nrw.de

Praktikerbeirat

Ute Aßbrock, Minden
 Jürgen Goldmann, Bonn
 Christiane Rädels, Herne
 Maria Reinders, Kleve

Layout:

Art Applied und
 Graphische Dienstleistungen
 Hafengeweg 26a, 48155 Münster

Auflage:

2500

Die im „Hospizdialog“ veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

INFORMATION

Spiritualität statt Seelsorge?! 4
 Gerlinde Dingerkus und Hans Overkämping

Was leisten Pflegestützpunkte? 7
 Peter Michell-Auli

Fortbildung
„Trauer erwärmen“ feiert Jubiläum 11
 Sylvia Brathuhn

Mit Kunst dem Tod den Schrecken nehmen 13
 Katia Franke

SCHWERPUNKT SCHMERZ

Der Sinn des Schmerzes – Gedankenspuren 15
 Christiane Rädels

Schmerzen in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen 18
 Gisela Jansen

Schmerz bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung 21
 Jeanne Nicklas-Faust

Schmerz und Demenz 23
 Marina Kojer

Veröffentlichungen 26
Veranstaltungen 27

Spiritualität statt Seelsorge

Gerlinde Dingerkus, Hans Overkämping

Spiritualität statt Seelsorge! Was soll das nur wieder bedeuten – und was heißt denn hier ‚statt‘? Das sind doch zwei für sich stehende Inhalte, da gibt es nicht ‚entweder oder‘! Gerade die in der Seelsorge Tätigen müssen bei diesem provozierenden Ausspruch aufhorchen, aber auch jene, denen spirituelle Aufgaben in der Hospiz- und Palliativversorgung am Herzen liegen.

Vermutlich gerade deswegen hat der Arbeitskreis Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW diesen Titel für seine erste große Fachtagung gewählt. Aufhorchen und nachdenklich machen, wenn das erreicht ist, so ist schon der erste Schritt gegangen. Nicht zuletzt damit haben sich die Mitglieder des Arbeitskreises in vielen Diskussionen beschäftigt. Und damit wollten sie auch im Rahmen dieser Fachtagung einen Diskurs hervorrufen, der in Fragen der Aufgaben und der Identität der Seelsorge einen Impuls setzt und der für eine intensive und konstruktive Auseinandersetzung sorgt.

Der Arbeitskreis Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung

Im Jahr 2003 trat ein im Hospiz tätiger Seelsorger an ALPHA-Westfalen heran mit der Frage, ob hier ein Forum geschaffen werden könne, das für die in

der Hospiz- und Palliativversorgung arbeitenden Seelsorger Austausch und Auseinandersetzung ermöglicht. Mit der ersten zielgerichteten Einladung an die Seelsorgerinnen und Seelsorger, die wir über die hospizlichen Einrichtungen erreichten, zeigte sich sofort ein deutliches Interesse. Von Beginn an war es den Teilnehmern wichtig, im

Kontakt zu sein sowohl mit anderen Seelsorgern als auch mit in diesem Themenfeld Engagierten und Qualifizierten und sich über ihre Aufgaben und Standorte in einem sachlichen und überkonfessionellen ‚Raum‘ auszutauschen.

Im Jahr 2010 erweiterte sich der Arbeitskreis in der Organisation: ALPHA und der Hospiz- und Palliativverband NRW koordinierten seitdem den Arbeitskreis gemeinsam. Die Strukturen wurden dem Ziel entsprechend angepasst: Ein kleiner Kreis von Mitgliedern arbeitet nunmehr konzentriert an den verschiedenen – für die Hospiz- und Palliativarbeit relevanten – Themen. Zudem möchte er in zweijährlichen Abständen den größeren Kreis der Interessenten in der Form einer Fachtagung zu einem Austausch einladen.

Die Fachtagung

Mit der ersten Fachtagung, die den Titel ‚Spiritualität statt Seelsorge‘ trug, zeigte sich nun, dass die Vorbereitungen gut und richtig waren. Mit einer Anmeldezahl von neunzig Interessierten konnte in dem sehr schönen Hörsaal des Alfried-Krupp-Krankenhauses die inhaltliche Arbeit vertieft und weiterentwickelt werden. Der Untertitel der Fachtagung lautete: Annäherung an ein Profil der hospizlichen und palliativen Seelsorge und verband diese Tagung mit dem anfangs formulierten Auftrag an einen Arbeitskreis.

Mit der ‚Annäherung‘ in vielfältigem Sinn wurde die Tagung dann auch begonnen: Die vier Impulsfragen, mit denen die Teilnehmer willkommen geheißen wurden, lauteten: Was meine ich, wenn ich Seelsorge sage? Was meine ich, wenn ich Spiritualität sage? An dem Thema macht mich neugierig: ... , An dem Thema macht mich ärgerlich: ...

Intensive Diskussionen wurden in allen vier Arbeitsgruppen geführt. Insbesondere die Arbeitsgruppe ‚An dem Thema macht mich ärgerlich‘ hat sich naturgemäß mit dem Titel der Veranstaltung auseinandergesetzt. In dieser Gruppe fanden sich sowohl jene Menschen, die sich sehr bewusst während ihrer pflegerischen Tätigkeiten als Seelsorgende verstehen als auch jene, die hauptamtlich in der Seelsorge tätig sind.





Zusammengefunden hatten sie sich, weil sie sich in ihrem seelsorglichen Tun missverstanden fühlen. Warum soll Spiritualität ‚mehr‘ oder ‚besser‘ sein als Seelsorge bzw. diese ersetzen? Sie fühlen sich für die Seelen und damit für das Wohlbefinden der ihnen anvertrauten Menschen zuständig. „Wenn ich den Körper wertschätze, egal wie krank er ist, dann öffnet das für den Menschen eine Tür auch zu seinem Innersten.“ ... „Wer so gut für das Außen sorgt, dem kann ich auch meine Gedanken und Gefühle anvertrauen.“ „Die Seele, das ist der ganze innere Mensch, das sind seine Gedanken und Gefühle.“

Auch die anderen Arbeitsgruppen führten intensive und fruchtbare Diskussionen: Eckpunkte fanden sich unter anderem in der Differenzierung

- der Seelsorge mit dem Blickwinkel ‚Handeln‘ und der Spiritualität mit dem Blickwinkel der ‚Haltung‘,
- der Perspektive der hauptamtlich und der ehrenamtlich Tätigen oder
- der Perspektive der Seelsorge mit Auftrag und der seelsorgerlichen bzw. spirituellen Begleitung durch alle Mitarbeitenden.

Erst das Differenzieren ermöglicht das Integrieren und so wurde hier eine wichtige Grundlage für weitergehende Diskussionen geschaffen.

Spirituelle Begleitung und/oder Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung

Mit den beiden Vorträgen des Tages wurden zwei recht unterschiedliche Nuancen gesetzt. In seinem umfassenden Vortrag beleuchtete Pfarrer Hans Russmann die bisherige Auseinandersetzung mit der Thematik. Dafür ging er zunächst auf die verschiedenen Begrifflichkeiten ein, beschrieb Glaubens- und Alltagsspiritualität und setzte sich ausführlich mit dem Thema des spirituellen Schmerzes auseinander. Seine Gegenüberstellung von ‚Spiri-

tual Care‘ und ‚Seelsorge‘ führte zu einer größeren Klarheit der Begrifflichkeiten. Diese Auseinandersetzung ist gleichsam weiter zu führen und insbesondere durch die Kirchen in ihrer Umsetzung zu unterstützen und zu begleiten. Bestehende Qualitätsstandards und Curricula als qualifizierende Grundlage bildeten den Abschluss seines Vortrages. Seine Ausführungen verdeutlichten, an welchen Stellen eine Vertiefung erfolgen sollte, und gaben somit einen wichtigen Impuls sowohl für die folgende Diskussion als auch für die Aufgaben des Arbeitskreises.

Von der Berührbarkeit

Professor Steinkamp hat in seinem Vortrag zwei Gedanken über den Zusammenhang von Seelsorge und Spiritualität entfaltet, konkreter: über den Zusammenhang zwischen einer bestimmten Spiritualität und den Konturen einer Seelsorge am bzw. im Hospiz. Er nahm sich dafür sehr ausführlich der Begriffe der Barmherzigkeit sowie der Compassion (als im Englischen noch umfassender als im Deutschen gemeinter Begriff für Mitgefühl) an. Ein Zitat aus seinem Vortrag macht seinen gedanklichen Diskurs sehr deutlich: „Berührbarkeit müsste man übersetzen (als) Antenne für ein Widerfahrnis, für das unverdientbare, unerwartbare Geschenk der Gottesbegegnung. Berührbarkeit als die Kompetenz des Samariters: Das scheint mir die theologisch adäquate Bestimmung, die spirituelle Bedeutung von Compassion zu sein.“

Was sachlich-inhaltlich eine Klärung des Begriffs Berührung mit sich brachte, führte auch im Auditorium merklich zu Berührtheit.

Beide Referate waren wichtige Elemente der Tagung, getragen wurde diese jedoch in weiten Teilen von dem Austausch und der intensiven Auseinandersetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander.



Ausblick

Um deutlich zu machen, dass es sich bei dieser Fachtagung um einen Baustein eines umfassenden Prozesses handelt, wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Aufträge und Wünsche an den Arbeitskreis zu formulieren. Diese wurden vom Arbeitskreis in nachfolgend aufgeführten Kernpunkten zusammengefasst:

- die definitorische Abgrenzung der Begriffe ‚Seelsorge‘ und ‚Spiritualität‘
- der Dialog mit den Kirchen
- die Thematisierung der Qualitätsstandards und der Qualifizierung (curriculare Überlegungen)
- die Bestandserhebung und die Weiterentwicklung von Verabschiedungskulturen

Diese Themen hat sich der Arbeitskreis nun auf die Agenda gesetzt und wird sich ihnen, sehr gern auch mit anderen Arbeitsgruppen, die sich der hospizlichen und palliativen Seelsorge und spiritueller Begleitung verschrieben haben, in den zukünftigen Arbeitstreffen annehmen.

Dass die gründliche Vorbereitung die Mühen wert war, zeigten die engagierten und emotionalen Gespräche und deren Ergebnisse, aber auch die zahlreichen positiven Rückmeldungen, von denen ein kleiner Ausschnitt unsere Ausführungen abschließt:

„Ihnen und der Arbeitsgruppe ein herzliches Danke für die ‚berührende‘ Tagung in Essen.“

„... nochmals herzlichen Dank für die sehr gute Veranstaltung am Montag.“

„Ganz herzlichen Dank für die Zusendung der beiden Beiträge. Schon beim Überfliegen der Texte habe ich den Eindruck, dass sie zu begrifflicher Klarheit und Differenzierung beitragen und dass zugleich auch Tiefgang erkennbar wird.“

Der Arbeitskreis:

Gerlinde Dingerkus, Pfarrer Hans Overkämping
Imelda Epe-Bürger, Wünnenberg
Ulrich Fink, Köln
Christine Jung-Borutta, Bochum
Gudrun Meiwes, Münster
Klaus Kayser, Arnsberg
Christiane Kohlenberg-Hadaschik, Paderborn
Ulrich Radke, Borken
Hans Russmann, Krefeld
Martin Suschek, Dülmen
Hermann Steinkamp, Münster

Die Referatstexte können angefordert werden unter: alpha@muenster.de oder hvpnrw@online.de

Was leisten Pflegestützpunkte?

Ergebnisse des Bundesmodellprojektes 'Werkstatt Pflegestützpunkte'

Peter Michell-Auli

In 14 Bundesländern haben sich die obersten Landesbehörden für die Errichtung von Pflegestützpunkten entschieden. Bis Ende Juni 2011 wurden nach Auskunft der Landesministerien 369 Pflegestützpunkte in Betrieb genommen. Parallel zu diesem Etablierungsprozess wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt 'Werkstatt Pflegestützpunkte' durchgeführt. Für das Projekt wurden 16 Pilot-Pflegestützpunkte in 15 Bundesländern auf ihrem Weg zum regulären Pflegestützpunkt vom Kuratorium Deutsche Altershilfe begleitet.

Bei der Versorgung und Unterstützung mit sozialen Dienstleistungen – die nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) als Dienst-, Sach- und Geldleistungen vorgesehen sind – bestehen Qualitäts- und Kostenprobleme, die wiederum zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung führen. Diese unzureichende Versorgung kann beispielsweise für einen Pflegebedürftigen zu einem frühzeitigen Umzug in eine stationäre Einrichtung führen. Aber woran krankt es eigentlich?

Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen

Zunächst – das ist hinlänglich bekannt – bestehen Fehlanreize für Prävention und Rehabilitation, resultierend aus unserem gegliederten Leistungssystem, nach dem Motto: „Es lohnt sich nur dann, etwas zu investieren, wenn es meinem eigenen SGB-Bereich zugutekommt.“ Zudem führt die Vielzahl unkoordinierter, aber auch fehlender Leistungen zu Problemen sowohl auf der Angebotsseite als auch auf der Nachfrageseite: Nicht nur die Schnittstellenproblematik bei den Anbietern ist in diesem Zusammenhang zu nennen, sondern auch die fehlende Transparenz für Menschen, die Hilfe suchen: Sie wissen oft nicht, welche Hilfeleistungen es gibt bzw. wo und wie sie diese anfordern können. Darüber hinaus gibt es keine wohnortbezogene Organisation der Leistungen. Wenn aber ein Versorgungsarrangement getroffen werden muss, das die Lebensqualität eines Menschen maximiert, dann müssen Informationen aus seinem Wohnumfeld vorliegen: Wie wohnt der Be-

troffene, wie gestaltet sich sein Umfeld und welche erreichbaren Dienstleistungen gibt es dort?

Gesetzliche Grundlagen

Diese Informations- bzw. Versorgungslücken sollen gemäß dem gesetzlichen Auftrag durch Pflegestützpunkte angegangen bzw. geschlossen werden. Ziel der Beratungs- und Begleitungsleistungen eines Pflegestützpunktes ist es, den Rat- und Hilfesuchenden die Unterstützung zu geben, die sie oder ihr soziales Umfeld benötigen: von der präventiven Beratung bis zur Organisation und dem Management von gewünschten Versorgungsarrangements. Dabei geht es oft darum, eine stationäre Versorgung zu vermeiden.

Die gesetzlichen Grundlagen ergeben sich dabei durch die §§7a und 92c des SGB XI (Pflegeversicherung). Im §7a ist ein Leistungsbaustein – die sogenannte Pflegeberatung oder das Case Management, das am besten durch das deutsche Wort Begleitung umschrieben werden kann – definiert. Für diesen Leistungsbaustein sind die Pflegekassen verantwortlich und die Leistung muss im Pflegestützpunkt erbracht werden, falls dieser vorhanden ist. Der §7a SGB XI legt fest, dass „bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten“ jegliche Unterstützung bereitgestellt wird. Somit werden ein einheitlicher Kosten- und Leistungsträger simuliert – da man sich an eine ‚Stelle‘ wenden kann – und das Problem der fehlenden Transparenz auf der Nachfrageseite angegangen.

Zu den Pflegestützpunkten ist im §92c SGB XI festgelegt, dass ‚Wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung‘ (Abs. 1) und eine ‚Koordination aller für die wohnortnahe Versorgung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungs-



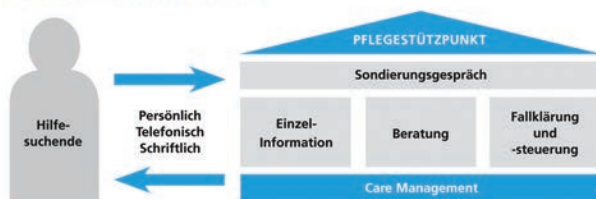
Peter Michell-Auli

angebote' (Abs. 2) zu deren Aufgabenprofil gehören. Das heißt, Wohnortnähe soll durch das Konzept der Pflegestützpunkte erfolgen und Probleme, die sich aus der Vielzahl der unkoordinierten Leistungen auf der Anbieterseite ergeben, wie Schnittstellenprobleme, sollen ebenfalls angegangen werden.

Leistungen des Pflegestützpunktes

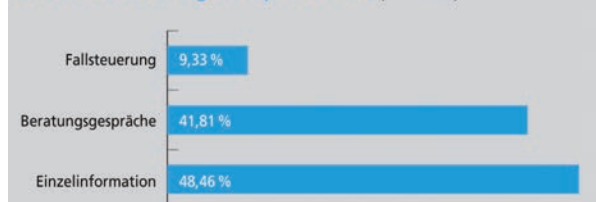
Im Bedarfsfall kontaktiert ein Hilfesuchender den Pflegestützpunkt. Über ein Sondierungsgespräch wird festgestellt, welche Leistungen der Betroffene benötigt. An diesem Punkt gibt es drei Einzelbausteine, die folgen können: Einzelinformationen, Beratung und/oder intensive Begleitung (Pflegeberatung/Case Management).

Schaubild 1: Wie arbeiten Pflegestützpunkte?



Bei den Pflegestützpunkten handelt es sich sowohl um ein niedrighschwelliges Angebot als auch um ein Angebot, das von schwer- und schwerstpflegebedürftigen Menschen bzw. ihrem sozialen Umfeld in Anspruch genommen wird. Bei fast 50 Prozent der Beratungsfälle in den Pilot-Pflegestützpunkten haben Einzelinformationen ausgereicht, um den Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu befriedigen. Etwa 15 Prozent der Beratungsfälle beziehen sich auf Menschen mit den Pflegestufen 2 und 3. Dabei wird deutlich, dass die Beratungs- und Begleitungsleistungen der bereits tätigen professionellen Dienstleister (in der Regel ambulante Pflegedienste und Beratungsinstitutionen) aus Sicht der Pflegebedürftigen bzw. ihres sozialen Umfelds nicht ausreichen und Pflegestützpunkte diese Lücke schließen können.

Schaubild 2: Leistungsanspruchnahme (n = 2.396)



Menschen mit Demenz und ihr soziales Umfeld nehmen ebenfalls die Dienstleistungen der Pflegestützpunkte in Anspruch: Fast zwölf Prozent der Beratungsfälle in den Pilot-Pflegestützpunkten sind Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§45a SGB XI), und bei den nachgefragten Themen als auch bei den Beratungsanlässen spielt Demenz mit acht bzw. neun Prozent eine entscheidende Rolle.

Pflegestützpunkte arbeiten präventiv: Über 50 Prozent der beratenen Fälle haben keine Pflegestufe. Die Pilot-Pflegestützpunkte übernehmen hier, indem sie frühzeitig Hilfs- und Unterstützungsbedarfe erkennen und die Rat- und Hilfesuchenden mit allen notwendigen Informationen und bei Bedarf auch mit einer Fallbegleitung unterstützen, eine wichtige Rolle. In 9,7 Prozent der Fälle wurden die Pilot-Pflegestützpunkte aufgesucht, um Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Hierdurch übernehmen die Pflegestützpunkte eine Türöffnerfunktion zum System und stärken dadurch ihre präventive Rolle.

Die Pilot-Pflegestützpunkte bearbeiten eine große thematische Bandbreite.

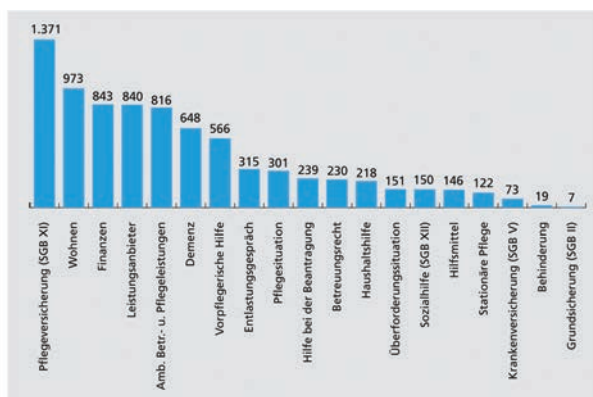


Schaubild 3: Nachgefragte Themen in Pflegestützpunkten

Zusätzlich übernehmen die Pflegestützpunkte eine besondere Steuerungsfunktion bei Notfällen:

Bei sieben Prozent der Beratungsanlässe in den Pilot-Pflegestützpunkten handelte es sich um Notsituationen, in denen oftmals übereilte Entscheidungen für eine stationäre Pflege getroffen werden (mussten). Eine im Rahmen des Projektes durchgeführte Untersuchung hat gezeigt, dass von den Klienten, deren häusliche Versorgung bei Aufsuchen des Pilot-Pflegestützpunktes gefährdet war, nach sechs Monaten nur 7,4 Prozent stationär ver-

sorgt wurden (bei den 54 untersuchten Fällen konnte allerdings bei 46,3 Prozent die aktuelle Versorgungssituation nicht ermittelt werden). In diesen entscheidungsrelevanten Situationen können die Pflegestützpunkte Rat- und Hilfesuchende mit ihrem breiten Beratungs- und Begleitungsangebot unterstützen.

Qualität der Leistungen und betriebswirtschaftliche Organisation

Kundenbefragungen bei den Rat- und Hilfesuchenden haben eine hohe Kundenzufriedenheit mit den Leistungen der Pilot-Pflegestützpunkte ergeben. Dies und insgesamt 32.219 Kontakte im Jahr, durchschnittlich 2.148 Kontakte pro Stützpunkt bzw. etwa neun Kontakte pro Arbeitstag (obwohl zum Teil nur geringe Personal- und Sachmittel zur Verfügung standen), zeigen, dass das Angebot der Pilot-Pflegestützpunkte angenommen wird.

Die Projektergebnisse lassen die Hypothese zu, dass die Beratungs- und Begleitungsqualität erhöht werden, wenn sowohl Pflegefachkräfte als auch Sozialarbeiter/Sozialpädagogen im Stützpunkt arbeiten, mindestens eine Mitarbeitende eine Weiterbildung zum/zur Case Manager(in) absolviert hat und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bzw. das Case Management durch Mitarbeitende des Stützpunktes erbracht wird.

Wohnortnahe Beratung und Begleitung

Ein weiterer Faktor, der bei der Interpretation der gewählten Kontaktwege betrachtet werden muss, ist die Distanz von der Häuslichkeit der Rat- und Hilfesuchenden zum Pflegestützpunkt. Die Daten über die Einwohnerzahl der Einzugsgebiete der Pilot-Pflegestützpunkte zeigen, dass lediglich die Stützpunkte in Denkendorf und Hettstedt mit einem Einzugsgebiet unter 20.000 Einwohnern als wohnortnah bezeichnet werden können. Um trotzdem möglichst vielen Menschen wohnortnahe Hilfeleistungen zu ermöglichen, bedarf es innovativer Ansätze, beispielsweise Außenstellen von zentralen Pflegestützpunkten, mobile Pflegestützpunkte oder Sprechstunden durch die Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte in lokalen Treffpunkten wie Gemeindehäusern. Wohnortnähe ist auch für das Care Management von wesentlicher Bedeutung. Einige Pilot-Pflegestützpunkte haben die Erfahrung gemacht, dass die Vernetzung insbesondere

mit Akteuren des Gemeinwesens wesentlich erleichtert wird, wenn auch der Stützpunkt als Institution des Gemeinwesens wahrgenommen wird. Auch aufgrund dieser Erfahrung haben einige Pilot-Pflegestützpunkte Außenstellen etabliert.

Einbindung in vorhandene Infrastruktur

Pflegestützpunkte müssen sich mit der vorhandenen Infrastruktur vernetzen. Das Konzept Pflegestützpunkte kann nur dann funktionieren, wenn sich Pflegestützpunkte als Institution verstehen, die in eine vorhandene Infrastruktur eingebracht wird, um diese weiterzuentwickeln und den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden.

Funktionierende Kooperationsbeziehungen mit Beratungsstellen sind notwendig, um die hohe thematische Bandbreite an Beratung und Begleitung tatsächlich erbringen zu können. Die Vernetzung mit den Leistungserbringern, dem bürgerschaftlichen Engagement und der Selbsthilfe ermöglicht erst, dass ehrenamtliche und hauptamtliche Dienstleistungen und Angebote (Hilfe-Mix) gemanagt werden können. Eine systematische Zusammenarbeit mit den Stellen der Leistungsgenehmigung hat das Ziel, die Hürden bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu verringern.

Dass diese Netzwerke und Kooperationen der Pilot-Pflegestützpunkte arbeitsfähig sind, zeigt sich in den Erstkontakten: So wurden die Pilot-Pflegestützpunkte im Zeitraum April 2009 bis März 2010 durchschnittlich zu jeweils 24 bzw. 21 Klienten von ambulanten Pflegediensten bzw. Krankenhäusern kontaktiert, in Mönchengladbach waren es sogar 96 bzw. 103 Beratungs- und Begleitungsfälle. Besonders erfreulich sind die Erstkontakte, die durch ambulante Pflegedienste zustande kommen, da das Konzept der Pflegestützpunkte anfänglich gerade aus dem Bereich der ambulanten Pflegedienste umstritten war. Bei den Kontakten mit den Ärzten verhält es sich ähnlich, hier scheint sich die Zusammenarbeit insgesamt aber noch schwierig zu gestalten. Am Beispiel Ingelheim zeigt sich jedoch, dass eine Kooperation möglich ist: Der Pilot-Pflegestützpunkt Ingelheim verzeichnet 39 Kontakte mit Ärzten, die den Kontakt mit dem Pflegestützpunkt gesucht haben.

Die Akteurinnen und Akteure des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe sind häu-

fig sehr an einer Zusammenarbeit interessiert, weil sie über die Pflegestützpunkte mehr Betroffene erreichen möchten. Die Stützpunkte erfassen das Bürgerschaftliche Engagement und binden dessen Leistungen in den Beratungs- und Begleitungsprozess ein.

Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft

Pflegestützpunkte sollen aber auch die Versorgungslandschaft weiterentwickeln, indem sie Leistungserbringer und das Bürgerschaftliche Engagement miteinander vernetzen mit dem Ziel, Versorgungsketten zu etablieren und Schnittstellen zu reduzieren. Pflegestützpunkte bieten dabei eine besondere Chance, denn hier sollen das Angebot der Leistungserbringer und des Bürgerschaftlichen Engagements und die Nachfrage der Rat- und Hilfesuchenden zusammenlaufen. Somit treten bestehende Entwicklungsbedarfe im Rahmen der Beratung und Begleitung ganz natürlich zutage.

Der Aufbau umfassender Versorgungsnetze bzw. Versorgungspfade für bestimmte Bedarfsgruppen – im Sinne aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote unter Beteiligung eines Pilot-Pflegestützpunktes ist bis dato noch nicht gelungen – ist aber insgesamt eine Entwicklungsaufgabe für mindestens eine Dekade.

Es gibt jedoch erste Ansätze. In Berlin hat man sich beispielsweise um den Aufbau eines Netzwerkes zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund gekümmert. In Langenhagen und Nürnberg haben sich die Pflegestützpunkte dieser Zielgruppe angenommen und Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen veröffentlicht.

Forschungsbedarf besteht im Bereich des Netzwerkmanagements für Pflegestützpunkte, um Raster für den Aufbau und für den effizienten Betrieb von Netzwerken zu entwickeln. Hier geht es insbesondere um die Frage, ob die Versorgungsnetze getrennt für einzelne Bedarfe organisiert werden sollten bzw. wie mit Leistungen, die über verschiedene Bedarfe hinweg benötigt werden, umgegangen wird und wie vor diesem Hintergrund Bedarfe zu definieren sind. Eine solche Klärung würde es den Pflegestützpunkten ermöglichen, ihre Vernetzungsaktivitäten zu systematisieren. In

Zukunft gilt es, den begonnenen Weg weiterzuführen und die vorhandenen Netzwerke auszudehnen und Versorgungsnetze aufzubauen. Um dies zu realisieren, werden allerdings auch ausreichende personelle, materielle und finanzielle Ressourcen in den Pflegestützpunkten benötigt.

Fazit

Pflegestützpunkte ermöglichen eine wohnortnahe Beratung und Begleitung, die die Bürger dabei unterstützt, die Versorgungssituation zu realisieren, die diese wünschen. Ebenso können Pflegestützpunkte als Ansatz zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft genutzt werden. Um diese Ziele jedoch umfassend erreichen zu können, besteht noch ein wesentlicher Weiterentwicklungsbedarf.

Dr. Peter Michell-Auli

Geschäftsführer des
Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.
An der Pauluskirche 3
50677 Köln
Tel.: 02 21 - 93 18 47 0
Fax: 02 21 - 93 18 47 6
info@kda.de

Literatur

Michell-Auli, Peter/ Strunk-Richter, Gerlinde/ Tebest, Ralf (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung, KDA, Köln

Fortbildung ‚Trauer erwärmen‘ feiert Jubiläum

Sylvia Brathuhn

Fünfundzwanzig Kurse ‚Trauer erwärmen‘, 25 vorangehende Kennenlernworkshops, 125 durchgeführte Wochen, 625 durchgeführte Tage, 743 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Das Leben eines Menschen ist wie eine Brücke eingespannt zwischen die beiden Eckpfeiler Geburt und Tod. Während die Geburt eines neuen Erdenbürgers nahezu immer mit einem öffnenden Willkommen, mit Freude, Erwartungen, Plänen und einer zu Herzen gehenden Wärme einhergeht, ist der Verlust eines Menschen durch den Tod mit Abschied, Trauer, Verlust von Möglichkeiten und Zukunft sowie mit einer Kälte verbunden, die die Gefühle zum Erstarren bringt. Angesichts der unbarmherzigen und kalten Endgültigkeit des ‚Nie-Wieder‘ haben trauernde Menschen das Gefühl, der Lebenswinter sei eingebrochen. Sie fühlen sich nicht mehr in Kontakt zu dem Verstorbenen, fühlen sich nicht mehr in Kontakt zu sich selbst, nicht mehr im Kontakt zu den Menschen um sie herum, sich nicht mehr in Kontakt zu der Welt, in der sie leben fühlen. Menschen in Trauer leiden unter dieser Kontaktlosigkeit fast genauso wie unter dem Verlust selbst. Lebensqualität wird in Lebensqual verkehrt.

Sehen wir dieses Phänomen als eine natürliche Reaktion, dann können wir ebenso darauf vertrauen, dass der Trauernde auch Ressourcen in sich trägt, sich langsam aus dieser Kontaktlosigkeit herauszuwagen. Viele Trauernde schaffen diesen Prozess, indem sie sich selbst die Zeit schenken, die es braucht, indem sie Menschen um sich herum haben, die diesen schweren Weg mit ihnen gehen. Dies ist jedoch nicht immer der Fall.

Immer wieder gibt es Trauernde, die fühlen, dass der Weg zu schwer, zu lang, zu unübersichtlich und zu einsam für sie ist, es sind Menschen, die sich davor ängstigen, nicht alleine ‚überleben‘ zu können und zu erstarren. Damit das Lebendige wieder Raum bekommt, brauchen Trauernde vor allem Menschen an ihrer Seite, die sie auf menschlich zugewandte und auf professionell gekonnte Weise begleiten. Menschen, die ihnen helfen, die Kälte des Trauerwinters zu erwärmen und auf diese Weise

wieder in Kontakt mit ihrer eigenen Lebendigkeit, mit den Mitmenschen und dem Leben zu kommen.

Um dieser verantwortungsvollen und komplexen Aufgabe nachkommen zu können, müssen Menschen qualifiziert aus- und fortgebildet werden, wie dies seit 1992 in Bonn mit der Fortbildung ‚Trauer erwärmen‘ in 25 Kursen geschehen ist. In 25 Kennenlernworkshops näherten sich Menschen der Methode ‚Trauer erwärmen‘, den Kursleitern sowie den anderen Kursteilnehmern an. In 25 Fortbildungskursen à 5 Wochen à 5 Tagen wurden schließlich bislang 743 TrauerbegleiterInnen qualifiziert. Eine beeindruckende Zahl, so Monika Müller (Therapeutin, Supervisorin) von ALPHA, die die Kurse mit zwei Kollegen, Dr. Sylvia Brathuhn (Diplom Pädagogin) und Thorsten Adelt (Psychologischer Psychotherapeut) konzipiert und durchgeführt hat. Die Fortbildung ‚Trauer erwärmen‘ orientiert sich an der Metapher des Trauerwinters. Zentrale Methode der Qualifizierungsreihe ist das Instrument der ‚Erwärmung‘.

Erwärmung ist zunächst eine Aktionsmethode aus dem Psychodrama. Sie erlaubt eine besondere Einfühlung in die Situation eines anderen Menschen. In der Trauerbegleitung hilft ‚Erwärmen‘, den Kontakt zwischen dem Trauernden und dem Begleiter zu verlebendigen, dem Begleiter die Erlebnisinhalte des Trauernden zu erschließen und die Pro-



v. l.: Ulrike Estor, Dr. Sylvia Brathuhn, Monika Müller, Thorsten Adelt

jektion des Begleiters auf den Trauernden zu minimieren. Gleichzeitig mildert die Erwärmung die Erfahrung von Trauerkälte und Trauereinsamkeit.

Durch das Erwärmen der eigenen Trauergefühle gelingt es dem Trauernden, in Kontakt mit sich selbst, seinen Mitmenschen, seiner Umwelt und vor allem seiner Zukunft zu kommen. Erwärmen trägt dazu bei, dass der Trauernde die Erinnerung an den verlorenen Menschen bergen und in sein neues Leben, in seinen neuen Weltbezug ‚hineinretten‘ kann. Erwärmung ist jedoch nicht nur eine Methode, also ein Weg, der den Trauernden begleitet, sondern auch eine Haltung, die nicht auf Loslassen abzielt, sondern auf eine erneuerte, vertiefte, integrative, ‚verinnerte‘ Bindung an den Verstorbenen.

Lassen wir den 743. Teilnehmer selber sprechen: „Ich war auf der Suche nach einer umfassenden, bezahlbaren Fortbildung zum Thema Begegnung und Begleitung von trauernden Menschen, als mir nahezu zeitgleich der besondere Tagungsort, die alte Villa im Wald, und die Referenten von einer Ärztin aus dem Haus sehr empfohlen wurden. Durch die Fortbildung – mit ihrer Buntheit an Methoden und Sichtweisen und Forschungsergebnissen – habe ich einen differenzierteren Blick auf die Situation und das Empfinden von Menschen mit Verlusterfahrungen gewonnen und immer wieder wertvolle Anregungen erhalten, Begegnungen und Gespräche mit Trauernden zu verstehen und zu gestalten. Ich weiß jetzt eher, worauf zu achten ist, was ich sagen oder tun kann – leicht ist es trotzdem nicht. Dass Schweres auch leicht sein kann und Trauer und Freude manchmal ganz nahe beieinander liegen, ist ein für mich wichtiger Erkenntnisgewinn. Und dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Trauererfahrung und Selbstwerdung, lässt mich mit Zuversicht bei den Leidenden sein.“

Information erhalten Sie bei:

R. Ildefeld und J. Kalisch

Tel.: 02 28 - 64 81 - 5 39

palliativmedizin.bonn@malteser.org

Mit Kunst dem Tod den Schrecken nehmen

Katia Franke

Eine Frau betritt die Bühne, sie trägt einen alten Reisekoffer mit sich. Ein Mann kommt hinzu, er hat einen Gitarrenkoffer in der Hand. Sie öffnen ihre Koffer. Der Mann holt eine Akustikgitarre heraus, die Frau ein großes, schwarzes Buch. Sie schlägt es auf und liest ...

„Mich wundert, dass ich so fröhlich bin!“ ist der Titel der literarisch-musikalischen Lesung, die so beginnt ...

Der Titel ist Programm für mich, Katia Franke, auch außerhalb dieser Veranstaltung. Denn als hauptberufliche Moderatorin für das Radioprogramm WDR 4 in Köln bin ich für Unterhaltung, das Fröhliche zuständig.

„Sie klingen immer so frisch und so positiv!“ ist die häufig geäußerte Rückmeldung meiner Hörerinnen und Hörer. Und ausgerechnet diese Frau nun wendet sich in ihrer freien Zeit dem Tod zu! Hat über Monate Geschichten, Gedanken und Gedichte gesammelt und gesichtet! 15 sind übriggeblieben. Die habe ich in ein ‚Lebensbuch‘ gepackt: Prosa, Lyrik, Lieder. Gegliedert und ergänzt werden sie durch die Gitarrenmusik meines Bühnenpartners, des weißrussischen Gitarristen Fedor Volkov.

Fedor Volkov und ich lernten uns 2005 in unserer beider Wahlheimat Eifel kennen. Und beschlossen, unsere ‚Fertigkeiten‘ zu verknüpfen. Seitdem haben wir so manchen Abend gestaltet.

Was aber war meine Intention, mit ihm ein Kleinkunstprogramm zum Thema Tod auf die Beine zu stellen?

Mein Vater starb 2006 überraschend an einem Herzinfarkt im fernen Ausland. Ich konnte keine wichtigen letzten Worte, Gedanken, Gefühle mit ihm austauschen.

Plötzlich hatte der Tod, der Unausweichliche, auch an meine Tür geklopft und war doch so unfassbar. Also nahm ich auf andere Weise Abschied von meinem Vater, mit einem künstlerischen Abend. Die Geschichten und Lieder halfen beim Trauern, spendeten Trost und machten das Geschehene greifbarer. Er wäre stolz auf mich gewesen!

Dass das Thema Tod mich aber auch schon Jahre vor diesem Ereignis ausgerechnet während der Schwangerschaft mit meiner ersten Tochter ‚angesprungen‘ hatte, bewog mich dazu, auch die Geburt in das Programm aufzunehmen. Hatte ich mich bis dahin nicht vor dem Sterben gefürchtet, so träumte ich in dieser Zeit immer häufiger davon.

Das neue Leben unter meinem Herzen ließ mich meine eigene Endlichkeit und Verletzlichkeit spüren auf dem schmalen Grad, auf dem wir Menschen uns bewegen. Mir wurde bewußt, dass wir am Leben sterben, Tag für Tag, unaufhaltsam.

Ich möchte dem Tod wieder den Stellenwert geben, den er verdient. In der Literatur und in der Musik hat man das schon immer getan. Sie sind eine hervorragende Möglichkeit, sich dem ‚Mysterium‘ Tod aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu nähern. Und weil die Geburt ein genauso großes Mysterium ist, spielt sie in dem Programm „Mich wundert, dass ich so fröhlich bin!“ ebenfalls eine Rolle und trägt als Parallele zum Tod zu dessen ‚Akzeptanz‘ bei. Wir wissen nicht, woher wir kommen und wohin wir gehen.

Nachdenklich, tieftraurig, heiter, schräg, grotesk und philosophisch sind die Lieder, Geschichten und Gedichte aus der Weltliteratur und aus der eigenen Feder. In eineinhalb Stunden umkreisen Volkov und ich den Anfang und das Ende vom Leben, immer nah am Menschen, an seinen Gefühlen, Ängsten und Hoffnungen.

Da unterhalten sich Zwillinge im Mutterleib, ob überhaupt eine Mutter existiert.

Da ist der ersehnte große schwarze Vogel in dem Lied von Ludwig Hirsch, vom hilflos Todkranken verzweifelt angefleht, ihn endlich auf seinen Schwingen in den Himmel zu tragen.



Fedor Volkov, Katia Franke

Da ist meine eigene Geschichte meines geliebten Opas, dessen Krebserkrankung man uns Kindern verschwiegen, um uns zu schonen. Sein Geschenk an uns, eine Kuckucksuhr aus dem Schwarzwald, bleibt zum Todeszeitpunkt des Großvaters stehen. Da ist das Lied von Reinhard Mey, der sich mit der Frage seines Sohnes konfrontiert sieht, was Sterben und Tod eigentlich bedeuten und wo wir Menschen dann hingehen?

Da ist die skurrile Geschichte von der Frau Glück, die den Tod festhält und damit Chaos auf der Welt verursacht und einen unterbeschäftigten Petrus sowie einen gelangweilten Teufel auf der Erde nach dem Rechten sehen lässt, da diese vergeblich auf Nachschub warten.

Da ist das Gedicht von Robert Gernhardt, der sich lässig, vermeintlich unerschrocken und geschwätzig gibt beim Besuch des Todes, der mit Sense und Sanduhr erscheint. Er kann ihm doch nicht entinnen!

In unserer westlichen Welt haben Sterbe- und Trauerrituale ihren Stellenwert verloren, viele Menschen klammern den Tod aus ihrem Leben aus und meiden Trauer und Trauernde. Wie oft wird Angehörigen Sterbender und Verstorbener zu wenig Zeit für ihre neue Situation eingeräumt. „Nun ist es aber mal gut!“ – Worte, meist gut gemeint, die viele Trauernde mit ihrem Leid alleine lassen.

Dem Tod seinen Schrecken zu nehmen ist ein Anliegen von mir und Fedor Volkov. Und, ganz im Sinne der Hospizarbeit, der Versuch, im Ernst Leichtigkeit zu schenken und das Lachen nicht zu vergessen, den Bruder der Traurigkeit, wie es uns die großen Komödianten vorgemacht haben. Fedor Volkov und ich sehen uns als Vermittler der starken Emotionen, die in den Liedern, der Musik und den Geschichten stecken. Wir drücken das aus, was manche Betroffene nicht wagen, zu zeigen.

Kunst darf, sie muss berühren. Der Künstler wird zum Spiegel der Gefühle der Zuschauer. Er drückt sie stellvertretend aus.

Interessanterweise sind es häufig Männer, die während der Veranstaltung ihren Tränen freien Lauf lassen im Schutz eines abgedunkelten Raumes. Mit einem Bestattungsunternehmen und dem Hospiz ‚Stella Maris‘ haben wir in der Eifel zwei Unterstützer des Programms gefunden, die für Aufführungstermine und ‚volle Häuser‘ sorgten.

Hospizmitarbeiter, sonst ganz nah am Sterbenden, tat der andere Blickwinkel gut. Das Programm gab ihnen Raum zur Reflexion ihrer Erlebnisse und Emotionen.

Bestatter sind für die ‚Abwicklung‘ des Todes verantwortlich. Sie müssen Entscheidungen für Angehörige Verstorbener treffen. Da bleibt wenig Platz für eigene Betroffenheit.

Für den Bestatter war es eine bereichernde Erfahrung, einen künstlerischen Abend in seinem Hause auszurichten, um dann einfach auch einmal selbst bewegt sein zu dürfen. Ein geladener Bestatterkollege versprach, nach diesem Abend mit anderen Augen, bewusster zu beerdigen.

Die Aachener Zeitung fasste das Gesehene und Gehörte folgendermaßen zusammen: „Jeder muss den Weg allein gehen, begleitet von einer liebevollen Umgebung. Gerät die Welt aus den Fugen, ist die natürliche Ordnung gestört, reagieren Menschen nur noch – wie Marionetten gesteuert – auf die Zwänge ihrer Umgebung, dann tritt der Tod gewaltsam ein.

Doch die meisten Geschichten, die Katia Franke vortrug, spiegelten sich auf den Gesichtern der Menschen überwiegend in einer stillen Fröhlichkeit wieder. Niemand verließ vorzeitig den Raum, alle blieben bis zum Schluss, eben weil Tod so fröhlich sein kann.“

Katia Franke

Dronkestr. 42

53937 Schleiden

Tel.: 01 77 - 2 14 78 59

katiafranke@t-online.de

Der Sinn des Schmerzes – Gedankenspuren

Christiane Rädels

Menschen reagieren nicht so sehr auf den eigentlichen Schmerz, sondern mehr auf den Sinn, den er für sie annimmt (Degele, 2006).

Abgesehen von den medizinischen Künsten der vergangenen Hochkulturen und Naturvölker kann erst seit der Erfindung der Narkose 1846 und des Aspirin 1899 Schmerz als eine Körperstörung betrachtet werden, die wir rasch beseitigen können. Dabei hat ‚Schmerz eine spirituelle Funktion‘, wie der Ethnologe Nigel Barley schreibt. Er ist eine kulturelle Konstruktion (Lethen, 2010). „Im Schmerz sind Natur und Kultur eng verbunden“ (Roth-Isigkeit). Nun gibt es zweierlei Betrachtungspfade: Die ‚Vertikale‘ ist die eher historische Betrachtung, die im Folgenden z. B. die Entwicklungen von Initiationen von traditionellen Gesellschaften bis hinein in die unsere anschaut sowie die Änderung der Sinngebung vor dem Spiegel des gesellschaftlichen Hintergrundes, während ‚horizontal‘ eher die Präsenz in den verschiedenen Bereichen einer (unserer) Kulturen meint.

Wie ist ‚Kultur‘ zu verstehen? Laut Wikipedia ist sie „im weitesten Sinne alles, was der Mensch selbst gestaltend hervorbringt, im Unterschied zu der von ihm nicht geschaffenen und nicht veränderten Natur. Kulturleistungen sind alle formenden Umgestaltungen eines gegebenen Materials, wie in der Technik, der Bildenden Kunst, aber auch geistiger Gebilde wie etwa im Recht, in der Moral, der Religion, der Wirtschaft und der Wissenschaft.“ Gemeint sind aber auch menschliche Gesellschaften, die für ihr Überleben und ihre Bedürfnisbefriedigung auf ihre kulturellen Fähigkeiten (Praktiken, Normen, Sprache etc) angewiesen sind und daraus generationsübergreifende Traditionen entwickeln.

In den Kulturen des antiken Europa und davor war Schmerz etwas von den Göttern Gegebenes, entstand aus deren Launen und ihrem Strafbedürfnis. So wurde Prometheus für den Diebstahl des Feuers damit bestraft, dass er ohne Essen, Trinken und Schlaf an einem Felsen festgekettet ausharren musste, während täglich ein Adler von seiner nachwachsenden Leber fraß.

Im christlichen Mittelalter wandelte sich diese Naturphilosophie in eine Leidensphilosophie. Schmerzen und Krankheiten waren Strafe für den Sündenfall („unter Schmerzen sollst Du Deine Kinder gebären“). Der Mensch identifizierte sich mit dem gemarterten Christus und konnte durch klagloses Ertragen Zugang zum Paradies gewinnen.



Christiane Rädels

So ist die Geschichte voll von Legenden um Märtyrer und deren Schmerzen. Im Russland des 19. Jahrhunderts verstümmelten Mitglieder einer Sekte aus Gründen der ‚Reinigung‘ die äußeren Genitalien. Noch heute geißeln sich gläubige Christen in vielen Teilen der Welt, in den Philippinen gibt es gar seit den 1960er Jahren Selbstkreuzigungen.

Ist der Sinn von Schmerzen in der frühen christlichen Kultur jenseitsgewandt, haben schmerzhafteste Initiationsriten in anderen Gesellschaften, besonders in Stammeskulturen, einen direkten Gesellschaftsbezug: Wer den Schmerz und damit die Initiation tapfer erträgt, wird auch fähig sein, die Gruppe zu führen und zu schützen. So werden männlichen Aborigines über längere Zeiträume Narben in Form von Flussbetten und Wasserlöchern zugefügt, die die Verbundenheit mit der Erde dokumentieren sollen, die Kamayurá im Amazonas üben sich von klein auf in schmerzhaften Ringkämpfen, in Australien und Afrika finden Beschneidungen und Subinzisionen (Spaltung der männlichen Harnröhre) statt.

Schmerzhafteste Initiationen gibt es nicht nur bei Völkern in Afrika und Asien. Im Europa von heute existieren sie in Form von Mutproben bei Jugendgruppen, wo – wenn nicht Schmerzen, so doch – Ekelgefühle überwunden werden müssen. Auch denke man an schlagende Studentenverbindungen oder jüngste Nachrichten aus Justizvollzugsanstalten und aus der Armee mit schmerzhaften und erniedrigenden Gewaltexzessen.

Im 19. Jahrhundert erst wurde die christliche Sinngebung schrittweise durch physiologische Erklärungen abgelöst. Die Vorbereitung dazu gab Descartes (17. Jahrhundert), als er postulierte, Leib und Seele seien verschiedene Substanzen.

Die Kulturwissenschaften diskutierten im 20. Jahrhundert darüber, ob Schmerz ein rein physiologisches Phänomen und damit sprachlos sei (physiologisches Empfinden) oder ob er sich ausdrücken lasse („Performanceformen des Schmerzes“ – Lethen).

Jean Améry, der 1938 in einem belgischen Gestapogefängnis gefoltert und später nach Auschwitz deportiert wurde, sagt in seinem Essay ‚Tortur‘: „Mit dem ersten Schlag der Polizeifaust, gegen den es keine Wehr geben kann, endigt ein Teil unseres Lebens und ist niemals wieder zu erwecken“. Améry schildert seine Qual als sprachlos, muss aber, um sie – später – beschreiben zu können, auf ‚archivierte Karten‘ zurückgreifen, also auf ‚rhetorische Formeln‘ (Lethen).

„Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt. Die Schmach der Vernichtung lässt sich nicht austilgen. Das zum Teil schon mit dem ersten Schlag, in vollem Umfang aber schließlich mit der Tortur eingestürzte Weltvertrauen wird nicht wiedergewonnen. [...] Der gemartert wurde, ist waffenlos der Angst ausgeliefert“ (Améry, 1980). Schmerz entfremdet also den Menschen von sich selbst.

In Albert Camus Erzählung ‚Der Abtrünnige‘ führt die Zufügung von Schmerzen zur völligen Umkehr der Lebensüberzeugungen des Protagonisten: Als christlicher Missionar ist er des festen Glaubens, die böseste Gesellschaft im Magreb, die in einer abgeschieden Salzstadt lebt und einem Fetisch huldigt, mit dem Wort von seiner christlichen Wahrheit überzeugen zu können, bis er sich unter gewalttätigster Behandlung gezwungen sieht, sich von der christlichen Lehre betrogen zu sehen und das Böse als die eigentliche Wahrheit zu akzeptieren. Womit Camus aufzeigt, dass Schmerz einen Menschen komplett zu regieren vermag. Dementsprechend wurden Schmerzen missbraucht: Schmerzen sind und waren immer auch Bestandteil politischer (Un)Kultur. Mit Hilfe von Folter, Todesstrafen und (Massen)Vergewaltigungen wird die Bevölkerung bedroht, unterdrückt und bestraft.

Auch in Schönheit und Lust findet sich eine Sinngebung für den Schmerz. „Wer schön sein will, muss leiden“. Dies gilt sowohl in Stammesgesellschaften als auch in unserer Kultur:

Kinder in Amazonasstämmen werden mit Lippenpflöcken gepierct, Ohrlöcher werden stark geweitet, während Mädchen der Padaung in Myanmar metallene Spiralen um den Hals gelegt werden, die den Schultergürtel deformieren.

Heute und hier findet die Volksweisheit ihren Ausdruck im Entfernen der Körperbehaarung sowie bei Piercing und Tätowieren bis hin zu einem boomenden Markt für Schönheitschirurgie. Es nimmt nicht wunder, dass Piercingschmuck unter der Adresse www.pain-is-art.de zu bestellen ist. Die BDSM-Szene (BDSM = Bondage, Discipline, Dominance, Submisson, Sadism, Masochism) ist in den letzten Jahren zusehends aus der psychiatrischen Schmutzdecke befreit worden – wohl nicht zuletzt, weil die Praktiken nur nach strengen Regeln durchgeführt werden.

Diese Beschreibungen geben nur einen kleinen Überblick über die Wahrnehmung und den Sinn der Schmerzen in den vergangenen Jahrhunderten. Deutlich wird allerdings bei jeder Auseinandersetzung mit diesem Thema, wie umfassend Schmerz das menschliche Leben durchzieht.

Werfen wir nun einen Blick auf den Umgang mit Schmerzen, der je nach Herkunft des Leidenden sehr unterschiedlich sein kann. In der schmerztherapeutischen Praxis lokalisieren deutschstämmige Patienten ihren Schmerz sehr genau, während türkischstämmige, besonders alte Frauen, dazu oft nicht in der Lage sind, sondern über einen Ganzkörperschmerz klagen. Auch kommt der Familie in diesem Zusammenhang eine große Rolle zu: Während z.B. Nordeuropäer sich über den Fachmann individuelle Kontrolle über den Schmerz erhoffen, betrachten Menschen aus den Mittelmeerstaaten ausschließlich die Familienangehörigen als diejenigen, die helfen können. Dies ist auch der Kreis, in dem Schmerz zugelassen, ausgelebt und deutlich geäußert werden darf (Kohnen, 2008).

Der Autor unterscheidet fünf Schmerzbewältigungsstrategien:

- ⇒ Der traditionell lebende Filipino sei fatalistisch eingestellt, er gehe davon aus, dass nur Gott helfen könne, sodass er wenig veranlasst sei, selbst initiativ zu werden.
- ⇒ Zum zweiten existiert die oben beschriebene, religiös erlebte Schmerzwahrnehmung in allen Weltreligionen.
- ⇒ Iren und nordamerikanischen Ureinwohnern schreibt er einen sozial geleiteten Umgang mit dem Schmerz zu: In Irland gelte Schmerz ebenfalls als Strafe Gottes. Die Beschwerden werden nicht geäußert, um nicht zusätzlich gesellschaftliche Probleme fürchten zu müssen. „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“, da die Folter am Marterpfahl ein einfaches Messinstrument für die Tapferkeit des Gegners gewesen sei.
- ⇒ Nordamerikaner und -europäer neigen nach Kohnen eher dazu, möglichst emotionslos an ihre Schmerzen heranzugehen und direkt und fachlich Rat suchen.

Dass dies in ihrem Umgang nicht hilfreich ist, darauf verweisen die Studien von Hasenbring (Psychologische Klinik der Universität Bochum), die in den unterschiedlichen Verhaltensweisen von Rückenschmerzpatienten Red Flags* für die Chronifizierung der Schmerzen nachweisen konnte: Sowohl das ‚Katastrophisieren‘ („Das wird bestimmt im Rollstuhl enden“) als auch das ‚Durchhalten‘ und ‚Zähne zusammenbeißen‘ führen signifikant häufiger zu chronischen Schmerzbildern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Schmerz keineswegs nur ein ‚Warnsymptom‘ zur Vermeidung von weitergehendem Substratschaden ist, sondern eine zum Menschen gehörende Empfindung, die zwar auf der biologischen Ebene bei allen Menschen gleich abläuft, aber geschichtlich und interkulturell eine Vielzahl von Funktionen, Sinngebungen und Bewältigungsstrategien hervorgebracht hat. Dies mit in eine therapeutische Beziehung einzubringen, ist sicher ein Fortschritt in jeder biopsychosozialen Begleitung.

* ‚Red Flags‘ sind Warnhinweise, die eine schwere Erkrankung vermuten lassen.

Christiane Rädel
Ärztin für Anästhesie
Schmerztherapie/Palliativmedizin
Gerichtsstr. 8
44649 Herne
Tel.: 0 23 25 - 79 28 28
Fax: 0 23 25 - 79 28 57
c-raedel@t-online.de

Literatur

- Améry, J. (1980): Tortur. In: Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten. Stuttgart, Klett-Cotta, 1977, 2. Aufl.
- Barley, N. (2007): www.nzzfolio.ch, 01/07
- Camus, A. (1974): Kleine Prosa, rororo, 14. Auflage
- Degele, N. (2006): Sportives Schmerznormalisieren. Zur Begegnung von Körper- und Sportsoziologie. In: Robert Gututzer (Hg.) body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports. Bielefeld: Transcript. 141-161
- Kohnen, N. (2010): Schmerzerleben in verschiedenen Kulturen In: Die Waage, Bd. 49
- Lethen, H. (2010): Der Schmerz trägt keine Bedeutung (Paul Valéry). Wissenschaft in progress 1.10
- Roth-Isigkeit, A. (2003): Schmerzerleben im kulturellen Wandel. In: Der Mensch, Bd. 2003/04, Heft 35/36
- Wikipedia (<http://de.wikipedia.org/wiki/Kultur>, 26.8.2011)

Schmerzen in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen

Gisela Jansen

Eingriffe häufige Ursachen. Bei fortschreitender Erkrankung kommen Leberkapselschmerz und Nerven- oder Knochenbeteiligungen hinzu.



Gisela Jansen

Schmerz ist eine ganz persönliche Erfahrung, die immer unangenehm und emotional beladen ist.

Schmerzen bei Kindern wurden lange Zeit vernachlässigt. So war man der Meinung, dass Kinder Schmerzen gut tolerieren und keine Schmerzmedikamente brauchen.

In den 70er Jahren wurden bei Frühgeborenen Operationen ohne Narkose durchgeführt. In den USA interviewten Wolfe und Mitarbeiter in den 90er Jahren Eltern, deren Kinder an Krebs verstorben waren. Nur 28% empfanden die Schmerztherapie ihres Kindes als ausreichend (Wolfe, 2000).

1998/99 wurden in Deutschland Mitarbeiter von 60 kideronkologischen Stationen zum Thema Schmerz befragt. 17% der Ärzte und 41% des Pflegepersonals berichteten über fortbestehende Schmerzen trotz Schmerztherapie (Zernikow 2001). Zehn Jahre später sind Eltern krebskranker Kinder mit der Behandlung gegen Schmerzen zufrieden (Hechler 2008).

Während Schmerzen bei fortschreitenden Krebserkrankungen heute zunehmend besser behandelt werden, sind Kinder mit Schmerzen aufgrund schwerster Mehrfachbehinderungen oft unzureichend therapiert. Die Gründe hierfür liegen am ehesten in der langsam zunehmenden, oft schwer erkennbaren Symptomatik, der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit der Patienten und der deutlich erschwerten Überprüfbarkeit der Therapieeffizienz

Schmerzanamnese und Schmerzursachen

Eine gründliche Anamnese, die bei jungen Kindern mit Unterstützung der Eltern erhoben werden muss, kann Auslöser und Verstärker der Schmerzen klären. Bei kideronkologischen Patienten sind Mundschleimhautentzündungen oder operative

Gründe für Schmerzen bei schwerstmehrfach behinderten Kindern sind vielfältig, nicht selten im Bereich der Muskulatur und des Skelettsystems zu suchen. Infektionen, Hautveränderungen, Bauchschmerzen bei Verstopfung oder Blasenentzündung sind ebenfalls typische Ursachen. In der Kommunikationsfähigkeit eingeschränkte Kinder reagieren meist unspezifisch mit Unruhe, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, mit Veränderung der Herzfrequenz oder der Hautfarbe.

Schmerzmessung

Die Schmerzerfassung und -Dokumentation mit Hilfe von Skalen ist heute ein unverzichtbarer Standard. Die praktische Umsetzung gestaltet sich bei Kindern nicht immer einfach. Angaben, die durchaus auch von Stimmungsschwankungen und einem Bedürfnis nach mehr Aufmerksamkeit abhängig sein können, sollten im Gesamtkontext der Erkrankungssituation gesehen werden. Für eine suffiziente Aussage sind regelmäßige Messungen mehrfach täglich erforderlich.

Altersabhängig sind verschiedene Skalen einsetzbar. Ab dem 4. Lebensjahr kann die Gesichter Skala (Faces Pain Scale) genutzt werden. Jugendliche können die Schmerzstärke über numerische oder visuelle Skalen einschätzen. Schwieriger ist die Schmerzmessung bei sehr jungen oder nicht mitteilungsfähigen Patienten. Hier kommen Fremdbeurteilungsskalen (z. B. KUSS oder PPP), die Parameter wie Unruhe, Weinen, Rumpf- bzw. Beinhaltung und Gesichtsausdruck nach einem Punktesystem einordnen.

Schmerztherapie

Schmerz ist ein leidvolles Symptom, das die Gesamtsituation des betroffenen Kindes und auch seines Umfeldes beeinflusst. Die Behandlung von Schmerz erfolgt daher in einem ganzheitlichen Ansatz. Dementsprechend sind hier neben rein physischen Beeinträchtigungen auch soziale, psychische und familiäre Reaktionen zu berücksichtigen.

Nicht medikamentöse Schmerzprophylaxe und -Therapie

Zur nicht medikamentösen Schmerzprophylaxe und -Therapie, die einen hohen Stellenwert haben muss, gehören physiotherapeutische Maßnahmen, Entspannungs- und Lagerungstechniken, Akupunktur und Akupressur.

Medikamentöse Schmerztherapie

Die medikamentöse Therapie wird durch die mangelnde Verfügbarkeit von zugelassenen Medikamenten für Kinder und durch eingeschränkte Möglichkeiten der Medikamentengabe, nicht zuletzt auch in Folge mangelnder Bereitschaft zur Einnahme von Tropfen oder Tabletten, manchmal erschwert.

Grundsätzlich gelten aber ähnliche Regeln wie in der Behandlung Erwachsener. Die Schmerztherapie richtet sich nach dem 3-Stufen-Schema der WHO (Weltgesundheitsorganisation), wobei die Auswahl der Medikamente nach der Schmerzstärke erfolgt. Die Behandlung erfolgt unter Bereitstellung einer Bedarfsmedikation für Durchbruchschmerzen regelmäßig und möglichst oral.

WHO-Stufe 1: Nicht-Opioide

Die gebräuchlichsten Nicht-Opioide sind Paracetamol, Ibuprofen und Metamizol.

Paracetamol hat eine gute fiebersenkende aber geringe analgetische Wirkung. Längerfristig verabreichte hohe Dosierungen können besonders bei schwer kranken Patienten zum Leberversagen führen. Der Vorteil von Paracetamol ist, dass es im Gegensatz zu Ibuprofen nicht nur oral und als Zäpfchen, sondern auch intravenös verabreichbar ist. Paracetamol hat eine altersunabhängige Zulassung, während Ibuprofen und Metamizol erst ab dem dritten Lebensmonat verordnet werden dürfen.

Ibuprofen ist besonders geeignet zur Behandlung von Knochenschmerzen. Wegen einer Störung der Blutplättchenaggregation ist es bei onkologischen Patienten mit erniedrigten Thrombozyten nur eingeschränkt einsetzbar. Bei längerfristiger Anwendung sollte es zur Vermeidung von Magengeschwüren mit einem Magenschutz kombiniert werden.

Metamizol hat eine gute analgetische Wirkung, insbesondere auch bei krampfartigen Bauchschmerzen. Die Nebenwirkung der Agranulozytose ist so

selten, dass sie keinen Einfluss auf die Verordnung haben sollte. Zu berücksichtigen sind aber Überempfindlichkeitsreaktionen oder auch eine blutdrucksenkende Wirkung insbesondere bei einer zu raschen intravenösen Gabe.

WHO-Stufe 2: Schwache Opioide

Tramadol hat als schwaches Opioid, obwohl erst ab dem dritten Lebensmonat zugelassen, in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen einen hohen Stellenwert. Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen kommen bei Kindern selten vor. Tramadol wird häufig mit Metamizol kombiniert. Hier ist eine abwechselnde Gabe oder auch eine intravenöse Dauerinfusion der beiden Medikamente möglich. Tramadol steht in retardierter Form zur Verfügung, die nur 1-2x tgl. einzunehmen ist.

Tilidin wird als Kombinationspräparat Tilidin/Naloxon in Tabletten- oder Tropfenform gegeben. Schwerstmehrfachbehinderte Patienten mit Schmerzen aufgrund von Skelettveränderungen scheinen davon besonders zu profitieren.

In der WHO-Stufe 2 stehen weitere Medikamente wie *Pethidin* und *Codein* zur Verfügung. Wegen ihres Nebenwirkungsprofils sind sie aber vor allem in der Langzeitanwendung bei pädiatrischen Palliativpatienten weniger gebräuchlich.

WHO-Stufe 2 und 3 Opioide werden in Kombination mit einem Nicht-Opioid eingenommen.

WHO-Stufe 3: Starke Opioide

In dieser Stufe steht eine Vielzahl von Medikamenten zur Verfügung. Zur Behandlung im Kindesalter gibt es für die meisten Medikamente nur wenig Erfahrung. Nach einer anfänglichen Dosisfindung sollten starke Opioide als Retardpräparate eingesetzt werden, um durch einen gleichmäßigen Medikamentenspiegel Schmerzspitzen zu vermeiden. Rasch wirksame Formulierungen werden zusätzlich zur Behandlung von Durchbruchschmerzen verordnet.

Morphin ist der Goldstandard. Schon Frühgeborene können mit Morphin behandelt werden. Es steht in allen Applikationsformen zur Verfügung. Die Wirkung von Zäpfchen ist schwer kalkulierbar, da die Resorption des Medikamentes über den Darm individuell unterschiedlich erfolgt.

Hydromorphon hat bei einer sehr geringen Plasmaeiweißbindung den Vorteil, dass es mit vielen Medikamenten ohne Wechselwirkung kombiniert werden kann. Bei Nierenunterfunktion ist *Hydromorphon* besser verträglich als *Morphin*.

Fentanyl- bzw. *Buprenorphin*pflaster werden im Kindes- und Jugendalter trotz der scheinbar einfachen Handhabung eher selten eingesetzt. Auch das kleinste *Fentanyl*pflaster entspricht einer Tagesdosis von 30-60 mg *Morphin*äquivalent, was für junge Kinder eine hohe Dosis darstellt. Vom Aufkleben des Pflasters bis zur vollen Wirksamkeit dauert es etwa 8-12 Stunden. Fieber und Hautveränderungen können die Aufnahme des Medikamentes beeinflussen. Absolute Voraussetzung für die Behandlung mit Schmerzpfleistern ist ein stabiles Schmerzsyndrom. Das Teilen eines Pflasters ist nicht erlaubt.

Fentanyl-Nasenspray, eine neuere Opioidformulierung kann insbesondere wegen des raschen Wirkungseintritts im Einzelfall bei älteren Kindern und Jugendlichen sinnvoll sein. Breitere Erfahrungen oder Studien existieren für diese Altersgruppe nicht.

Zur Behandlung von schweren Schmerzen, z. B. bei kideronkologischen Patienten kommen im Einzelfall auch PCA (Patient Controlled Analgesia) Pumpen zum Einsatz. Über diese tragbaren, batteriebetriebenen Geräte wird das Opioid kontinuierlich und bei Bedarf zusätzlich in festgelegten Grenzen, vom Patienten oder den Eltern selbst gesteuert unter die Haut oder intravenös, gegeben.

Im Rahmen der Schmerztherapie ist eine auch prophylaktische Behandlung möglicher Nebenwirkungen wie Verstopfung, Juckreiz und Übelkeit notwendig.

Koanalgetika wie Steroide, Antidepressiva, Antikonvulsiva und Muskelrelaxantien können den schmerzlindernden Effekt verstärken.

Zusammenfassung:

Lebensverkürzende Erkrankungen sind im fortgeschrittenen Stadium fast immer mit Schmerzen verbunden. Mit dem entsprechenden Wissen zur Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente kann eine angemessene Schmerztherapie im Kindesalter unter Ergänzung nicht medikamentöser Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden. Die Schmerztherapie sollte in einem ganzheitlichen Ansatz unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Situation des Patienten sowie auch seiner Familie erfolgen.

Dr. Gisela Janßen

Universitätsklinikum Düsseldorf
Klinik für Kinderonkologie, -hämatologie und
Klinische Immunologie
Kinderpalliativteam Sternenboot
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Email: janssen@med.uni-duesseldorf.de, Tel.
0211-8117637

Literatur

- Hechler, T. (2008): Parents' Perspective on Symptoms, Quality of Life, Characteristics of Death and End-of-life Decisions for Children Dying from Cancer. In: *Klinische Pädiatrie* 220, 166-174
- Wolfe, J. (2000): Symptoms and Sufferings at the End of Life in Children with Cancer. In: *New England Journal of Medicine* 342, 326-333
- Zernikow, B. (2001): Schmerztherapie in der pädiatrischen Onkologie – Eine Bestandsaufnahme. In: *Schmerz*, 16, 140 -149
- Zernikow, B. (2009): Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen 4. Auflage Springer Verlag

Schmerz bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Jeanne Nicklas-Faust

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind Schmerzen als Phänomen ebenso ausgesetzt wie Menschen ohne Behinderung, allerdings wird Schmerz bei diesem Personenkreis häufig unterschätzt, da er oft weniger stark geäußert wird. Gerade bei erwachsenen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung fehlt es an Forschung zu Schmerzen, ihren Ursachen, ihrer Wahrnehmung und ihrer Therapie. Grundsätzlich hat Schmerz eine Signalfunktion, die dem Schutz des Organismus vor schädigenden Einflüssen dient. So warnt der Schmerz beim Anfassen der heißen Herdplatte vor einer Gewebeschädigung oder führt zur Ruhigstellung verletzter Körperteile und trägt so zur Heilung bei. Diese Warn- und Schutzfunktion entfällt bei chronischen Schmerzen und sie selbst können Krankheitscharakter annehmen. Bei Menschen mit Behinderungen, z. B. bei Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates können auch durch Überlastung und Folgeschädigungen chronische Schmerzen auftreten (Lampe 2008).

Äußerung von Schmerzen

Schmerz ist ein Phänomen, das sehr stark von subjektiver Bewertung abhängig ist: Schmerzen nach einer Operation werden einsam im Bett viel stärker empfunden, als wenn Besuch Trost spendet. Wie Schmerzen geäußert werden, ist sehr stark kulturabhängig, was darauf hinweist, dass es auch um gelerntes Verhalten geht. Menschen mit einer geistigen Behinderung äußern zum Teil viel später und weniger Schmerzen. Hierbei ist die Frage, ob das Schmerzempfinden ein anderes ist, oder ob sie gelernt haben, unangenehme Erfahrungen auszuhalten, weil sie in verschiedenen Situationen erlebt und ‚gelernt‘ haben, dass auf ihr Empfinden wenig eingegangen wird (Kingston 2009).

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung können ihre Schmerzen nicht immer verbal äußern. Schmerzen zeigen sich häufig nonverbal und im Verhalten, die Mimik ist verändert, der Tonus der Muskulatur die Atem- und Herzfrequenz gesteigert, Bewegungen können verkrampft sein oder ganz vermieden werden. Schlaf und Appetit können gestört sein (Belot 2009, Breau 2003).

Ursachen von Schmerzen bei Menschen mit Behinderung

Schmerz kann bei Behinderung aus verschiedenen Gründen und an verschiedenen Teilen des Körpers auftreten. Die Ursachen ähneln denen von Menschen ohne Behinderung, zusätzlich können durch die Behinderung selbst verursachte Schmerzen auftreten: Besonders häufig sind Schmerzen des Bewegungsapparates, die z. B. auf Arthrosen, muskuläre Verspannungen, aber auch Spastik zurückgeführt werden können (Lampe 2008). Gerade bei diesen Schmerzen sind nichtmedikamentöse Verfahren der Schmerzlinderung besonders hilfreich – auch weil es sich häufig um chronische und funktionell mitbedingte Schmerzen handelt. Daneben treten Kopfschmerzen sehr häufig auf, wie auch bei Menschen ohne Behinderung. Ebenso finden sich Schmerzen bei Entzündungen, nach Verletzungen und bei Tumoren.

Um die Ursache von Schmerzen zu klären, sind die Lokalisation, der Charakter und die Intensität der Schmerzen von großer Bedeutung. Menschen mit geistiger oder mehrfacher Beeinträchtigung können Schmerzen häufig nicht lokalisieren. Bei ihnen ist es wichtig, die Reaktion bei Bewegung, auf Berührung oder Druck zu beobachten, um z. B. festzustellen, ob die Bewegung des Armes oder der Druck auf den Bauch schmerzhaft sind. Werden krampfartige Schmerzen beobachtet, weist dies auf innere Organe als Ursache hin, z. B. bei einer Magen-Darm- oder Blasenentzündung. Gelingt die Beschreibung von Schmerzen, werden Nervenschmerzen häufig als kribbelnd oder brennend bezeichnet. Schmerzen des Bewegungsapparates werden ziehend, stechend oder bohrend empfunden und als somatische, körperliche Schmerzen bezeichnet.

Bei Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung können allgemein übliche Schmerzskalen



Jeanne Nicklas-Faust

zur Einschätzung der Intensität von Schmerzen benutzt werden, die z. B. über Smileys die Schmerzstärke visualisieren. Bei Menschen mit stärkerer kognitiver Beeinträchtigung, die sich nicht verbal äußern können, ist dies nicht möglich. Sie müssen sehr genau beobachtet werden (Kankkunen 2010). Zusätzlich kann der Effekt der Schmerztherapie bestimmt werden, indem der Rückgang der Schmerzstärke dokumentiert wird. Eine Besserung von Schmerzen unter Therapie ist gerade bei Menschen mit mehrfachen Behinderungen auch eine Möglichkeit, um Schmerzen als solche zu identifizieren: Verschwinden Zeichen des Unbehagens nach der Gabe einer Schmerztablette oder einer Wärmflasche auf den Bauch, ist dies ein Zeichen dafür, dass es sich um Schmerzen gehandelt hat.

Schmerz bei starker kognitiver Beeinträchtigung und mehrfacher Behinderung

In Studien hat sich gezeigt, dass nahe Bezugspersonen sehr individuelle Anzeichen für Schmerzen beobachten (McGrath 1998, Zwakhalen 2004). Ein Problem in der Schmerzeinschätzung kann sein, dass Betreuungspersonen, z. B. durch Schichtwechsel im Wohnbereich keine kontinuierliche Beobachtung sicherstellen können. Inzwischen gibt es verschiedene Bewertungsverfahren, die für eine Schmerzeinordnung Verwendung finden (Voepel-Lewis 2008). In diesen Instrumenten werden Mimik, Gestik, Verhalten wie Weinen oder Jammern und körperliche Phänomene wie Muskelspannung und Herzfrequenz bewertet. Dennoch ist eine Beobachtung durch Fremde, z. B. Pflegende in einem Krankenhaus, eine besondere Herausforderung (Foley 2004), da es für eine verlässliche Einschätzung einer Kenntnis des jeweiligen Reaktionsmusters bedarf. Gerade bei Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung kann dies selbst bei einer guten Dokumentation und Einweisung durch Vertrauenspersonen sehr schwierig sein.

Ein Beispiel mit einer vergleichenden Beobachtung ist das von Belot (Belot 2009) entwickelte Instrument: Es werden Verhaltensweisen von Menschen mit starker Beeinträchtigung in einer Situation dokumentiert, in der mutmaßlich keine Schmerzen bestehen. Damit entsteht eine individuelle Grundlage für eine Einschätzung von Schmerzen. Bei verändertem Verhalten lassen sich durch die Abweichung von der ‚Ausgangsbeobachtung‘ Schmerzen erkennen und auch die Wirk-

samkeit einer Therapie einschätzen. Ein Problem, das auch mit diesem Instrument nicht gelöst ist, ist die große Variabilität unterschiedlicher Beobachter. In anderen Instrumenten werden nur in der akuten Situation Mimik, Gestik, Muskelspannung o.ä. beobachtet und in einer Bewertung zusammengeführt.

Therapie von Schmerzen

Die wichtigste Schmerztherapie ist die Beseitigung einer Ursache. Leider ist dies nur selten möglich, daher werden medikamentöse oder nichtmedikamentöse Methoden zur Schmerzbekämpfung eingesetzt. Zu den nichtmedikamentösen Methoden gehören z. B. die Anwendung von Wärme und Kälte, von Lagerung, Entspannung, Zuwendung und Ablenkung oder auch Bewegung. Die Auswahl der Methoden richtet sich nach der Ursache der Schmerzen; Entzündungen werden oft gekühlt, Schmerzen bei Abnutzung von Gelenken oder Verspannung mit Wärme behandelt. Auch Physiotherapeuten können häufig eine Hilfestellung geben, welche Maßnahmen den Schmerz lindern können. Dabei reagieren Menschen auf schmerzlindernde Maßnahmen sehr individuell, auch abhängig von der Situation und der Ursache ihrer Schmerzen. Bei der medikamentösen Therapie von Menschen mit Behinderung ist auf ihre Medikation und mögliche Neben- und Wechselwirkungen sowie auf Begleiterkrankungen zu achten: So können manche Antiepileptika den Abbau von Medikamenten in der Leber stark beschleunigen, eine ohnehin bestehende Obstipation unter Morphinpräparaten erheblich verschlimmert werden.

Zur Kontrolle der Therapie sollte ebenso wie bei anderen Patienten der Schmerzstatus regelmäßig kontrolliert werden und die Therapie daran angepasst. Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung selbst werden in der Regel nicht darauf hinweisen (können), dass eine Behandlung möglicherweise nicht mehr nötig ist.

Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust

Bundesvereinigung Lebenshilfe

für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Leipziger Platz 15

10117 Berlin

Literatur

- Maier-Michalitsch, N. (Hg.) (2009): *Leben pur – Schmerz bei Menschen mit schweren und mehrfache Behinderungen*, verlag selbstbestimmtes leben
- Belot, M. (2009): Bogen zu Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung, die EDAAP-Skala, in Maier-Michalitsch, Nicola (Hg.), *Leben pur – Schmerz bei Menschen mit schweren und mehrfache Behinderungen*, verlag selbstbestimmtes leben
- Breau, L.M. (2003): Non-communicating Children's Pain Checklist: Better Pain Assessment for Severely Disabled Children. In: *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 3(3), 327-339
- Foley, D.C./ McCutcheon, H. (2004): Detecting Pain in People with an Intellectual Disability. In: *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 196-200
- Lampe, R./ Mitternacht, J. (2008): Mögliche neuroorthopädische Ursachen von Schmerzen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit schweren Cerebralpareesen, *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 5, 8-15
- McGrath, P.J. et al. (1998): Behaviours Caregivers Use to Determine Pain in Non-verbal, Cognitively Impaired Individuals. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40, 340-343
- Kankkunen, P/ Jänis P, Vehviläinen-Julkunen, K. (2010): Pain Assessment among Non-communicating Intellectually Disabled People Described by Nursing Staff. In: *Open Nursing Journal*, 4, 55-59
- Kingston, K/ Bailey C. (2009): Assessing the Pain of People with a Learning Disability. In: *British Journal of Nursing*, 7, 420-423
- Voepel-Lewis, T./ Malviya, S./ Tait, A.R./ Merkel, S./ Foster, R./ Krane, E.J./ Davis, P.J. (2008): A Comparison of the Clinical Utility of Pain Assessment Tools for Children with Cognitive Impairment. In: *Anesthesia Analgesia*, 106, 72-78
- Zwakhalen, S.M./ van Dongen, K.A./ Hamers, J.P./ Abu-Saad, H.H. (2004): Pain Assessment in Intellectually Disabled People: non-verbal indicators. In: *Journal of Advanced Nursing*, 45, 236-245

Schmerz und Demenz

Marina Kojer

Menschen mit fortgeschrittener Demenz erleben Schmerzen anders und quälender als ‚Normaldenker‘. Sie können, was sie spüren, nirgends einordnen; sie haben das Verständnis für Ursache und Wirkung verloren und wissen z. B. nicht, dass ihre Bauchkrämpfe die Folge des Abführmittels sind oder dass ihr Knie schmerzt, weil sie eine Arthrose haben.

Der unerkannte und unbehandelte Schmerz

Die Schmerzen demenzkranker Hochbetagter werden im Allgemeinen unterschätzt, nicht erkannt und nicht beachtet. Dabei ist schon seit langer Zeit bekannt, dass Schmerzen im Alter ‚fast gleich häufig wie die grauen Haare‘ sind (Kunz, 2011). Viele Studien belegen eindrucksvoll, dass die ordnungsgemäße schmerztherapeutische Versorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz bis heute stark zu wünschen übrig lässt (exemplarisch: Shega et al., 2006; Smalbrugge et al., 2007). Hauptursache dafür sind misslingende Kommunikation und scheiternde Versuche, in Beziehung zu treten. Wird keine gemeinsame Ebene gefunden, bleiben Äußerungen und Reaktionen der ‚so ganz

Anderen‘ für die Betreuenden fremd und unbegreiflich. „Mit der sprachlichen Distanz geht auch die ethische Distanz einher, die die Flucht aus der Wirklichkeit des Leidens des anderen ermöglicht“ (Gottschlich, 1998).

Wir sind daran gewöhnt, dass jemand, der unter Schmerzen leidet, uns mitteilt, wenn ihm etwas wehtut. Menschen mit fortgeschrittener Demenz sind dazu nicht mehr in der Lage; sie wissen nicht, was das ist, was sie quält und haben keine Worte mehr für ihren Schmerz. Was sie ängstigt und belastet, drücken sie über ihren Körper und durch ihr Verhalten aus. Doch Verhaltensauffälligkeiten (‚herausforderndes Verhalten‘) wie Unruhe, Schreien, ständiges Rufen oder Abwehr (‚Aggression‘) werden in der Regel nur als typische Symptome der Demenz gesehen und daher häufig mit der Gabe dämpfender Medikamente beantwortet.



Marina Kojer

Aber auch bei Demenzkranken hat jedes Verhalten einen Grund! Dieser Grund muss gesucht und gefunden werden, um sinnvoll Abhilfe schaffen zu können. Jede Verhaltensänderung kann, aber muss nicht bedeuten, dass dieser Mensch Schmerzen hat. Es ist entscheidend daran zu denken, dass sich hinter dem lästigen Schreien, dem veränderten Essverhalten, der ‚Verweigerung‘ der Mobilisation Schmerzen verbergen könnten. Auch hervorragende Fachkenntnisse nützen wenig, wenn es nicht gelingt die Signale aufzufangen, mit denen die Leidenden versuchen unsere Hilfe zu erbitten.

Voraussetzung dafür ist eine zuwendende Haltung, die das ‚Andersseins‘ der Kranken voll akzeptiert. Gelingende verbale und/oder nonverbale Kommunikation (die beste mir bekannte Methode dafür ist die Validation nach Naomi Feil), einfühlsame Beobachtung, genaue Kenntnis des ‚normalen‘ Verhaltens der betreffenden Person – und ein aufmerksamer Blick auf die Diagnosen, helfen herauszufinden, was den Betroffenen fehlt. Im Zweifelsfall ist die Frage auch durch eine probatorische Schmerztherapie zu klären.

Damit kann man viel weniger Schaden anrichten als mit der Gabe von oft mit viel zu leichter Hand verteilten Psychopharmaka. Eigene, für die Erfassung von vermutlich schmerzbedingten Verhaltensänderungen geschaffene Tests (z. B. ECPA oder BESD) können zwar für den Anfang hilfreich sein, sind aber längst nicht so gut und genau wie die laufenden Beobachtungen eines zugewandten Teams.

„Der Appell des Patienten lautet: ‚sei mit mir‘!“ (Gottschlich 2007)

Eines sei vorausgeschickt: Einem Menschen, der unter Schmerzen leidet, kann nicht alleine durch zuwendendes Verhalten und das Anbieten von Körperkontakt geholfen werden. Hier ist in erster Linie für zielführende schmerzlindernde Maßnahmen zu sorgen.

Die Hauptaufgabe der Begleiter ist es, für die unsichere und verängstigte Person da zu sein und das Leid mit ihr gemeinsam auszuhalten. Damit übernehmen sie eine sehr wichtige Aufgabe, die die Pflegenden infolge des mehr als knappen Personalstands meist nicht mehr erbringen können. Voraussetzung für eine hilfreiche Begleitung sind Ver-

ständnis für die Betroffenen und die Bereitschaft, deren Gefühlsäußerungen nicht in Zweifel zu stellen, sondern Freud und Leid offenen Herzens mit ihnen zu teilen. Wir waren alle noch nicht demenzkrank, daher können wir uns nur mit ausgefahrenen Antennen behutsam ‚hin fühlen‘ und versuchen die Beziehung aufzunehmen. Diese Aufgabe wird leichter, wenn wir uns bewusst machen, dass demenzkranke Menschen wie Du und ich sind; sie haben zwar die Fähigkeit eingebüßt, logisch zu denken und sie können sich, wenn die Krankheit weiter fortgeschritten ist, nicht mehr in Worten ausdrücken, aber auf der Empfindungs- und Gefühlsebene sind sie völlig intakt, ja sie sind weit sensibler als wir und begreifen über ihre Emotionen viel mehr als wir ihnen gemeinhin zutrauen. So spüren sie ganz genau, ob sich jemand ehrlich zuwendet oder nur bemüht ist, freundlich zu sein.

Der umfassende Schmerz (total pain)

Seit Cicely Sanders wissen wir, dass auch nicht-körperliche Schmerzen großes Leid verursachen können. Für mein Empfinden sind die Bezeichnungen seelisch, sozial und spirituell im Zusammenhang mit Demenz nicht aussagekräftig genug. Da wir nicht a priori wissen können, was Demenzkranken wehtut, können wir uns nur wenig unter diesen Begriffen vorstellen. Aussagekräftiger sind konkrete Erlebnisse, unter denen die Betroffenen offensichtlich leiden. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen:

- Der Schmerz der unbegreiflichen Bedrohung.
Frau M. sitzt vor sich hindämmernd in ihrem Rollstuhl. Ein Pfleger kommt von hinten und schiebt den Rollstuhl an den Tisch. Frau M. fährt erschrocken auf, als sich der Boden unter ihr zu bewegen beginnt. Die alte Frau beginnt zu schreien; ihre Hände bewegen sich angstvoll und fahrig. Sie will nicht essen. Noch über Stunden wirkt sie unruhig und verängstigt.
- Der Schmerz nicht verstanden zu werden.
Herrn S. quält etwas. Vielleicht hat er Schmerzen, vielleicht muss er auf die Toilette, vielleicht versucht er vergeblich, seinen Willen mitzuteilen (z. B. „Ich will nicht aufstehen“). Er schaut seine Betreuerin flehend an und äußert „a...a...a, dedede!“ Die Betreuerin sagt begütigend „aber, aber, ist schon gut“ und fährt in ihrer Arbeit fort. Herr S. versucht es noch einmal und noch einmal – ver-

geblich. Ihm bleibt nur die Flucht nach innen. Er macht die Augen zu.

- Der Schmerz, sich im eigenen Leben nicht mehr zurechtzufinden

Frau B. kennt sich nicht aus. Sie irrt ratlos über den Gang des Pflegeheims. Es ist niemand da, der ihr ein wenig Sicherheit geben könnte. Sie öffnet eine Tür. Die Bewohnerin des Zimmers schreit aufgebracht „verschwind!“ Frau B. spürt die Feindseligkeit und zuckt schmerzlich zusammen. Sie fühlt sich so allein.

- Der Schmerz, respektlos und demütigend behandelt zu werden.

Mittagessen. Viel zu wenige Pflegekräfte sind bemüht, allen zu helfen, die nicht allein essen können. Eine gehetzte Schwester gibt Frau L. mit einem großen Löffel im Stehen ihre Breikost ein. Sie sagt: „Mund aufmachen“. Frau L. gehorcht. Viel zu viel Brei auf einmal landet in ihrem Mund. Sie schaut die Schwester verzweifelt an. Die sagt ungeduldig „Schlucken!“ Frau L. dreht den Kopf weg und lässt den Brei aus dem Mund rinnen.

Tipps für die Praxis: So vermeidet man Menschen mit fortgeschrittener Demenz zu verletzen

- Akzeptieren sie die Kranken vorbehaltlos so wie sie durch ihre Krankheit geworden sind. Sie können nicht anders sein!
- Die Betroffenen haben ein Recht auf ihre Wirklichkeit. Es ist nicht nur sinnlos sondern sogar kontraproduktiv zu korrigieren oder zu argumentieren.
- Vermeiden Sie bewusst alles, was die Kranken erschrecken und ängstigen könnte. Nehmen sie stets erst Kontakt auf, ehe sie mit einer Handlung beginnen.

- Menschen mit fortgeschrittener Demenz sind ausschließlich auf der Gefühlsebene zu Hause, nur dort können sie versuchen, ihnen begegnen.

- Versuchen Sie nicht gleich zu trösten und Lösungen anzubieten. Halten Sie den Schmerz lieber mit den Leidenden aus, tragen Sie Angst, Verletzung und Unsicherheit für eine kleine Weile mit ihnen gemeinsam, auch wenn sie ihre Ursache nicht kennen.

- Verlassen Sie sich nicht auf Worte, lassen Sie Ihre beseelten Hände sprechen! Lassen Sie große Nähe zu; bieten Sie Berührung und Körperkontakt an.

Dr. Dr. Marina Kojer

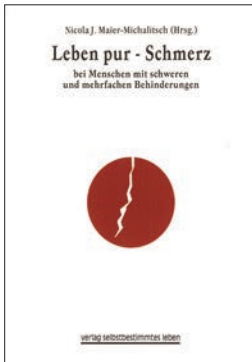
Ärztin für Allgemeinmedizin, Psychologin
Ernst Karl Winter-Weg 8/6
A- 1190 Wien

Literatur

- Gottschlich, M. (1998): Sprachloses Leid. Springer, Wien/ New York
- Gottschlich, M. (2007): Medizin und Mitgefühl. 2. Auflage Böhlau, Wien Köln Weimar
- Kunz, R. (2011): Schmerzmanagement bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Menschen. In: Kojer, M., Schmidl, M., Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Springer Wien/New York
- Shega, J.W., Hougham/ G.W., Stocking/ C.B., Cox-Hanley/ D., Sachs, G. (2006): Management of Non Cancer Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia. In: Journal of the American Geriatrics Society, 54(12)1892-1897
- Smalbrugge, M./ Jongenelis, L.K./ Pot, A.M./ Beekman, A.T./ Eefsting, J.A. (2007): Pain among Nursing Home Patients in the Netherlands. In: BMC Geriatrics 2007, 7:3

Anm. der Red.: Das Thema Schmerz und viele weitere Themen des Lebensendes bei Menschen mit Demenz finden sich in dem auf der vorletzten Seite des Hospizdialogs vorgestellten Buch von Marina Kojer ‚Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis‘ wieder.

Literatur



Nicola J. Maier-Michalitsch (Hrsg.)
Leben pur – Schmerz
 Bei Menschen mit schweren und
 mehrfachen Behinderungen
 verlag selbstbestimmtes leben, 2009
 € 17,40

Es stellt eine große Herausforderung dar, Schmerzen bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen zu erkennen und Schmerzäußerungen richtig zu interpretieren. In dem vorliegenden

Buch setzen sich Autoren aus verschiedenen Fachdisziplinen wie Medizin, Theologie, Psychologie, Sonderpädagogik aber auch Eltern und Betroffene mit den Dimensionen des Schmerzes bei Schwerstbehinderten auseinander. Es werden Wege aufgezeigt, dem Schmerz zu begegnen, ihn zu erfassen und zu lindern bzw. zu therapieren. Eine von Dr. Michel Belot entwickelte Skala zur Evaluation des Schmerzes, die besonders für Eltern und BetreuerInnen geeignet ist, wird vorgestellt. Medizinische, medikamentöse Möglichkeiten und homöopathische Ansätze der Schmerztherapie werden behandelt und praktische Hilfen zur Schmerzlinderung und Schmerzbewältigung gegeben.



Marina Kojer, Martina Schmidl
Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis
 Heilsame Betreuung demenzkranker
 Menschen
 Springer-Verlag, Wien 2011
 € 38,86

Pflege und Betreuung demenzerkrankter, hochbetagter Menschen erfordert Kompetenz, Wissen und eine von Wertschätzung und Respekt getragene Haltung den Betreuten gegenüber. „Um sie ein Stück weit

in ihre Welt begleiten zu können, müssen wir ihre Sprache erlernen. Dann zeigen uns die Demenzkranken selbst, wie wir ihnen helfen können, sich im Leben wohler zu fühlen.“ Mit der vorliegenden Publikation sollen Wege und Möglichkeiten dazu aufgezeigt werden. Themen sind u. a. ‚Kommunikation: Verstehen und verstanden werden‘, ‚Demenz und Schmerz‘, ‚Menschenbild und Haltung‘, ‚Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen‘, ‚Menschenrechte‘, ‚Die Bedürfnisse alter desorientierter Menschen‘, ‚Angehörige von Pflegeheimpatientinnen als Adressatinnen von Palliative Care‘. Das Buch ist in erster Linie an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Pflegeheimen gerichtet, aber auch Angehörige finden hier Informationen und Anregungen zur praktischen Umsetzung in der Betreuung von Demenzkranken.

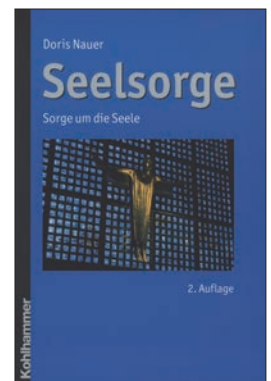
Eckhard Frick, Traugott Roser
Spiritualität und Medizin
 Gemeinsame Sorge um den Menschen
 Verlag W. Kohlhammer
 2. aktual. Auflage 2011
 € 29,90

Angesichts der sehr unterschiedlichen Definitionen und Operationalisierungen von ‚Spiritualität‘ scheinen die am Anfang dieses Bandes befindlichen Kapitel zu Begriffsgeschichte und -bestimmung sowie zur Begriffskritik als folgerichtiger Einstieg, ebenso wie die Frage der Einbettung: ‚Spiritualität zwischen säkularisierter Beliebigkeit und kirchlicher Normierung‘. Nach der theoretisch-wissenschaftlichen Auseinandersetzung sind Beiträge zur praktischen Umsetzung der spirituellen Sorge zu finden, wie z.B. Spiritualität in der Onkologie oder in der Kinderheilkunde, unter interreligiösen Aspekten oder im Gender-Zusammenhang. Mit ihren über dreißig verschiedenartigen Beiträgen deckt diese Publikation viele Fragestellungen ab und öffnet die Wege zu einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Begriff der Spiritualität.



Doris Nauer
Seelsorge – Sorge um die Seele
 Verlag W. Kohlhammer
 2. aktual. Auflage 2010
 € 24,80

Was bedeutet es, sich um die Seele seiner Mitmenschen zu sorgen? Die Theologin Nauer setzt sich intensiv mit dem Seelsorgekonzept auseinander und richtet sich in ihren Ausführungen u.a. an Seelsorgende, Theologiestudierende, an Professionelle, mit denen Seelsorgende zusammenarbeiten und auch an diejenigen, die ‚vielleicht Seelsorge für sich in Anspruch nehmen möchten‘. Sie beschäftigt sich dabei mit dem Gottesbild (theologisches Fundament) und mit dem Menschenbild (anthropologisches Fundament) unter dem Aspekt der Glaubwürdigkeit der Seelsorge und geht in der Folge auf die Inhalte und Ziele von Seelsorge ein. Das mitunter kontrovers diskutierte Rollenverständnis ebenso wie das Kompetenzprofil, welches von großer Komplexität gekennzeichnet ist, beschreibt die Autorin ebenfalls sehr umfassend und gibt damit dem Konzept von Seelsorge eine deutlichere Kontur.



Veranstaltungen

19.10.2011

Fachtagung Hospizliche und palliative Versorgung in Altenheimen
Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.
Tel.: 02 41 - 43 10
jspicher@caritas-ac.de
www.caritas-ac.de

Krefeld

21.10.2011

Kongress Haltungen gegenüber dem anderen Leben
Bundes Hospiz Akademie
Tel.: 02 02 - 94 67 33 30
info@bundes-hospiz-akademie.de
www.bundes-hospiz-akademie.de

Essen

26.10.-27.10.2011

Patientenverfügungen –
Ausbildung zum/r Berater/in
Bildungswerk Aachen – Servicestelle
Hospiz der Städteregion Aachen
Tel.: 02 41 - 5 15 34 90
info@servicestellehospizarbeit.de
www.servicestelle-hospizarbeit.de

Aachen

26.10.-28.10.2011

Die Rolle der Helfer im familiären Geflecht
Dr. Mildred Scheel Akademie
Tel.: 02 21 - 9 44 04 90
msa@krebshilfe.de
www.mildred-scheel-akademie.de

Köln

09.-11.10.11.2011

Palliative Care – Fachkongress zur Pflege des Menschen am Lebensende
Fachbuch Richter
Tel.: 02 51 - 27 87 88
info@faburi.de
www.faburi.de

Köln

18.11.-20.11.2011

Fundraising-Workshop für Non-Profit Organisationen
HVHS Alte Molkerei Frille
Tel.: 0 57 02 - 97 71
info@hvhs-frille.de
www.hvhs-frille.de

Petershagen

19.11.-21.11.2011

Spiritualität in der Sterbebegleitung
Fragen zulassen – Antworten wagen
Kolping-Bildungsstätte Coesfeld
Tel.: 0 25 41 - 8 03 03
info@bildungsstaette.kolping-ms.de
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.de

Coesfeld

24.11.-27.11.2011

Palliative Care – Interdisziplinäres Fallseminar einschließlich Supervision
Wannsee-Akademie
Tel.: 0 30 - 80 68 60 20/0 40
www.wannseeakademie.de

Berlin

25.11.-26.11.2011

Palliative Care Plus : Trauerseminar
Malteser Hospiz-Zentrum
Bruder Gerhard
Tel.: 0 40 - 6 03 30 01
palliativkurse@malteser-hospiz-hamburg.de
www.malteser-hospiz-hamburg.de

Hamburg

Die Gewähr für die Inhalte, Qualität und Konzeption der Veranstaltungen liegt ausschließlich bei den Veranstaltern.



ALPHA-Rheinland

Von-Hompesch-Straße 1
53123 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen

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

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

