Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Oktober 2012 Ausgabe 53

Schwerpunkt:

HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG JENSEITS DER GRENZEN

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Gesundheitsexpertin von Human Rights Watch, Laura Thomas, schrieb noch im vergangenen Jahr: „Weltweit gibt es einen immensen Bedarf an Palliativversorgung, der jedoch von vielen Regierungen schlichtweg ignoriert wird“.

Mit den Beiträgen im Schwerpunktteil dieser Ausgabe des Hospizdialoges werfen wir einen Blick über Deutschlands Grenzen und bekommen einen Eindruck davon, was Thomas meint. Wir erhalten aber auch einen Einblick in das, was für die Weiterentwicklung der Palliativversorgung mitunter auf kreative Art und Weise getan wird, sei es in den Ländern selbst – unter Berücksichtigung der dortigen Gesellschaften und Kulturen – oder auch in grenzüberschreitenden Netzwerken, wie der European Association of Palliative Care oder der International Association for the Study of Pain, die sich über die europäischen Grenzen hinweg um die Förderung der Palliativversorgung weltweit bemühen.

Ein japanisches Sprichwort sagt: Hebt man den Blick, so sieht man keine Grenzen. Dies gilt wohl für die Hospiz- und Palliativversorgung im übertragenen wie im wörtlichen Sinne, in unserem Land wie auch im Blick auf andere Länder.

Eine gute Lektüre wünscht Ihnen

Ihre

G. Dingerkus

Gerlinde Dingerkus

Inhalt

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
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de

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

Layout
Art Applied und
Graphische Dienstleistungen
Hafenweg 26a, 48155 Münster

Druck
Druckhaus Stegemöller, 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.

Die Artikel auf den Seiten 15ff und 24f wurden von der Redaktion übersetzt.

INFORMATION

Energie geben und Energie nehmen? – Schlussfolgerungen für die Ehrenamtspraxis 4
Anna Niesing

Achtsamkeit und Yoga in der Palliativversorgung 7
Bettina Kraft, Christoph Gerhard

Landesstelle Pflegende Angehörige NRW – Information und Service für pflegende Angehörige 11
Silke Niewohner

Ehrenamt und Haftung – ein Überblick (Teil 2) 13
Petra O’Brien-Coker

SCHWERPUNKT
HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG JENSEITS DER GRENZEN

Die ‚European Association for Palliative Care‘: Eine Organisation jenseits der Grenzen 15
Sheila Payne

Begleitung und Versorgung kranker und sterbender Erwachsener in der Türkei 18
Asiye Balikci

Eine Welt der Schmerzmedizin 20
Andreas Kopf

Palliativversorgung in Indien: Herausforderungen und Möglichkeiten 24
Shuba Ranganathan

Veröffentlichungen 26
Veranstaltungen 27

Energie geben und Energie nehmen?

Schlussfolgerungen aus einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit für die Ehrenamtspraxis

Anna Niesing

Anna Niesing

Ehrenamtliches Engagement kostet Energie in Form von Zeit und Einsatz. Ziel der Diplomarbeit war es, zu untersuchen, ob und wie Ehrenamtliche durch das Geben von Energie wiederum Energie gewinnen können. Die Annahme war, dass dabei die Motivation für ehrenamtliches Engagement und die drei psychischen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit von Bedeutung sind.

Bezüglich der Motivation wurde zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation unterschieden. Die intrinsische Motivation bezeichnet den Wunsch, eine Tätigkeit ihrer selbst willen auszuführen, weil sie das Interesse geweckt hat, Freude bereitet oder eine Herausforderung darstellt (Myers, 2008). Bei extrinsischer Motivation hingegen geht man einer Tätigkeit nach, um bestimmte Vorteile zu erzielen oder Nachteile zu vermeiden (Myers, 2008). Das Verhalten ist also instrumentell, da es einen Nutzen bringen soll, welcher nichts mit der Tätigkeit an sich zu tun hat (Deci & Ryan, 2009). Der Wunsch, durch das ehrenamtliche Engagement die eigene Karriere zu fördern oder soziale Anerkennung zu bekommen, entspricht beispielsweise einer extrinsischen Motivation.

Bezüglich der drei psychischen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit wurde erfasst, inwieweit diese durch das ehrenamtliche Engagement befriedigt werden. Eine Befriedigung dieser Bedürfnisse ist notwendig, um eine optimale psychische Entwicklung, Leistung und Wohlbefinden zu erzielen (Deci & Ryan, 1985, 2000).

Insgesamt wurden in der Diplomarbeit also die Zusammenhänge zwischen den Voraussetzungen für ehrenamtliches Engagement (Art der Motivation), den Erfahrungen beim ehrenamtlichen Engagement (Befriedigung der drei psychischen Grundbedürfnisse) und den Auswirkungen ehrenamtlichen Engagements (Energiegewinn) untersucht.

Die endgültige Stichprobe von Ehrenamtlichen bestand aus 566 Personen (61% weiblich), die in unterschiedlichen Ehrenamtsbereichen (z. B. sozialer Bereich, Jugendarbeit, kirchlicher Bereich) tätig waren. Die Befragten waren zwischen 15 und 80 Jahren alt, das Durchschnittsalter betrug 34 Jahre. Sie gingen ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit im Durchschnitt 19,5 Stunden im Monat nach, wobei die Spannbreite von 4 bis 222 Stunden groß ist. Ebenso beachtlich sind die Unterschiede in der bisherigen Dauer des Engagements. Die minimale Dauer lag unter einem Jahr und die maximale Dauer bei 55 Jahren (Mittelwert = 9,4 Jahre).

Die Ergebnisse bestätigen den Zusammenhang „Energie geben“ und „Energie nehmen“ im Rahmen ehrenamtlichen Engagements. Die Ehrenamtlichen berichteten von Gefühlen von Energie (emotional und kognitiv) während ihres Engagements. Wie erwartet, spielt für diesen Zusammenhang jedoch die Art der Motivation eine Rolle. So zeigte sich, dass eine intrinsische Motivation für ehrenamtliches Engagement mit der Wahrnehmung von Energie im Ehrenamt einhergeht, nicht aber eine extrinsische Motivation. Diese Feststellung impliziert, dass Personen mit einer starken intrinsischen Motivation mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Energie aus ihrem ehrenamtlichen Engagement schöpfen, als Personen mit einer starken extrinsischen Motivation.

Die drei psychischen Grundbedürfnisse werden durch ein Ehrenamt im Durchschnitt gut bis sehr gut befriedigt. Ehrenamtliches Engagement ist demzufolge förderlich für das Wohlbefinden und die persönliche Weiterentwicklung.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Motivation für ehrenamtliches Engagement mit dem Alter der Ehrenamtlichen in Zusammenhang steht: Je älter die Ehrenamtlichen, desto weniger extrinsisch motiviert sind sie. Die Tendenz, ehrenamtliches Engagement als instrumentelle Tätigkeit wahrzunehmen, trifft also vor allem auf die jüngere Generation Ehrenamtlicher zu. Dies ist in erster Linie

darauf zurückzuführen, dass das Ziel, die eigene berufliche Karriere zu fördern, bei ihnen einen wesentlich höheren Stellenwert hat als bei den älteren, die sich in der Regel bereits beruflich orientiert haben. Hinsichtlich der allgemeinen Ausprägung der zwei Motivationsarten in der Stichprobe zeigte sich, dass die Befragten insgesamt mehr intrinsisch als extrinsisch motiviert sind.

Was lässt sich nun aus diesen Ergebnissen für die Ehrenamtspraxis ableiten? Zunächst einmal zeigt die Untersuchung, dass ehrenamtliches Engagement nicht nur eine Ressourcen fordernde Tätigkeit ist, sondern auch eine Ressourcen fördernde Tätigkeit sein kann. Gerade im Zuge der Debatte um die zunehmende Anzahl an Personen, die an Erschöpfungszuständen leiden, kommt dem Energie-fördernden Aspekt ehrenamtlichen Engagements eine besondere Bedeutung zu. Die Untersuchung gibt weiterhin Hinweise, wie ehrenamtliches Engagement zu einer Energie fördernden Tätigkeit wird. Dies ist insbesondere dann wahrscheinlich, wenn eine intrinsische Motivation vorliegt und die drei psychischen Grundbedürfnisse befriedigt werden. Eine extrinsische Motivation hingegen ist weniger förderlich.

Die untersuchten Zusammenhänge können für gemeinnützige Organisationen von Interesse sein, wenn es um die Frage geht, wie ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewonnen und langfristig gebunden werden können. Dadurch, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht materiell entlohnt werden, gewinnen persönliche Erwartungen sowie die Bedingungen und Erfahrungen im Ehrenamt an Bedeutung. Deswegen ist es wichtig, die Motivation und die Bedürfnisse der Ehrenamtlichen in besonderer Weise zu berücksichtigen.

Für viele gemeinnützige Organisationen mag es im Umgang mit Ehrenamtlichen verschiedener Altersgruppen ratsam sein, den gefundenen Unterschieden in der Motivation Beachtung zu schenken. Sie können dies beispielsweise tun, indem sie für verschiedene Personengruppen verschieden werben. Jungen Leuten könnten sie verstärkt solche Anreize bieten, die auf eine extrinsische Motivation abzielen. Eine Werbekampagne, die diese Zielgruppe erfolgreich erreichen will, sollte unter anderem die karrierebezogenen Vorteile einer ehrenamtlichen Tätigkeit mit einbeziehen. Für Personengruppen, die bereits beruflich etabliert sind, hätte die gleiche Werbekampagne hingegen vermutlich wenig Anreiz. Dafür sollten verstärkt positive Erfahrungen und die Bedeutung der ehrenamtlichen Tätigkeit betont werden.

Im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung hingegen scheint es sinnvoll, sich kritischer mit den untersuchten Zusammenhängen auseinanderzusetzen, denn die Art der Motivation kann durchaus Auswirkungen auf die ehrenamtliche Tätigkeit haben. So ist anzunehmen, dass die Art der Motivation, mitunter über den Zusammenhang mit der wahrgenommenen Energie, einen Einfluss auf den persönlichen Einsatz und die Zusammenarbeit hat. Während eine intrinsische Motivation energievolles Engagement und Interesse gegenüber anderen Personen erwarten lässt, ist dies bei einer extrinsischen Motivation weniger der Fall. Eine extrinsische Motivation ist somit für beispielsweise eine Sterbebegleitung aufgrund des erforderlichen Einsatzes wahrscheinlich weniger geeignet.

Sicher ist, dass sich für alle Gruppen von Ehrenamtlichen eine Ansprache der intrinsischen Motivation anbietet und dass Bedingungen, die zur Befriedigung der drei psychischen Grundbedürfnisse beitragen, Energie und Wohlbefinden der Ehrenamtlichen fördern. Es sollte also versucht werden, den Ehrenamtlichen Gefühle von Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit zu vermitteln. Anregungen zur Umsetzung sind beispielsweise:

- Mitbestimmungsmöglichkeiten bieten
- Möglichkeiten bieten, eigene Stärken und Ideen einzubringen
- Lob und Anerkennung für die geleistete Arbeit aussprechen
- Möglichkeiten bieten, Kompetenzen zu erweitern und zu erwerben
- informellen Austausch als festen Bestandteil in das Ehrenamt integrieren
- persönliche Ansprache
- Gemeinschaft erfahrbar machen

Eine Passung der Motivation und der Bedürfnisse der Ehrenamtlichen mit den Bedingungen und Zielen der Organisation kann dazu beitragen, dass die Ehrenamtlichen sich langfristiger engagieren, was wiederum positive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit und Arbeitsqualität hat.

Anna Niesing
Diplom-Psychologin
Delpstr. 30
48151 Münster
Tel.: 0 15 77 - 3 88 67 87
anna_niesing@hotmail.com

Literatur

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985): The general causality orientations scale. Selfdetermination in personality. Journal of Research in Personality, 19(2), 109-134

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000): The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry, 11(4), 227-268

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2009): Self-determination theory: A consideration of human motivational universals. P. J. Corr & G. Matthews (Eds.), The Cambridge handbook of personality psychology (pp. 441-456). New York, NY US: Cambridge University Press

Herzig, C. (2006): Corporate volunteering in Germany: Survey and empirical evidence. International Journal of Business Environment, 1(1), 51-69

Hustinx, L. & Lammertyn, F. (2003): Collective and reflexive styles of volunteering: A sociological modernization perspective. Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, 14(2), 167-187

Myers, D. G. (2008): Psychologie (2nd ed., S. 363). Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Smith, K. A., Holmes, K., Haski-Leventhal, D., Cnaan, R. A., Handy, F. & Brudney, J. L. (2010): Motivations and benefits of student volunteering: Comparing regular, occasional and non-volunteers in five countries. Canadian Journal of Nonprofit and Social Economy Research, 1(1), 65-81

Achtsamkeit und Yoga in der Palliativversorgung

Bettina Kraft, Christoph Gerhard

Achtsamkeit im „Hier und Jetzt“ ist eine wichtige Haltung in der Palliative Care. Bei Achtsamkeit geht es nicht um Gedanken und Bewertungen aus der Vergangenheit. Es geht auch nicht um Hoffnungen oder Befürchtungen im Hinblick auf die Zukunft. Das Gewahrsein des gegenwärtigen Augenblicks und der dadurch ausgelösten Gefühle fernab von Bewertungen steht im Mittelpunkt. Achtsamkeit ist ein zentrales Anliegen des Yoga. Durch Meditation, Konzentration auf den Atem und auf die speziellen Yogapositionen (Asanas) sowie durch Körperwahrnehmung wird versucht, diese Achtsamkeit zu erreichen bzw. zu fördern. Für die Betroffenen kann Yoga die Chance bieten, sich auf eine ganzheitliche körperliche und emotionale Weise trotz aller durch die Krankheit bedingten Ausfälle wahrnehmen zu können. Symptome wie zum Beispiel Fatigue können nach Studienlage positiv beeinflusst werden. Yogaübungen können in erheblichem Umfang an die Situation der Erkrankten und die entsprechenden Ausfallsmuster angepasst werden, im Stuhl oder im Bett gemacht werden oder bei veränderter Konzentrationsfähigkeit verkürzt und dafür häufiger durchgeführt werden. Meditation ist in den meisten Krankheitssituationen problemlos möglich.

Achtsamer Zugang auf verschiedensten Ebenen

Yoga wird gegenwärtig vor allem von Gesunden zur Verbesserung der Fitness und des Wohlbefindens betrieben. Erkrankte, körperlich oder kognitiv veränderte Menschen betreiben eher selten Yoga. Es ist ein besonderes Anliegen, die Praxis ganz auf die individuellen Gegebenheiten der Betroffenen mit ihren Symptomen anzupassen und durch Achtsamkeit Überforderungen zu vermeiden.

Beispiele aus der Palliativversorgung

In der Palliativversorgung geht es vor allem um die Haltung dem betroffenen, leidenden Menschen und seinen Zugehörigen gegenüber. Im Sinne einer „radikalen Patientenorientierung“ wird alles getan, um das individuelle Leiden der Betroffenen auf der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene zu lindern. Mit der Kunst des achtsamen Gewahrseins des Augenblicks soll erreicht werden, dass die aktuelle Situation mit ihren Einschränkungen aber auch ihren Möglichkeiten ohne (negative) Bewertungen betrachtet wird.

Zur Veranschaulichung sei ein Beispiel aus der „Neuro Palliative Care“ (Gerhard, 2011) angeführt.

Bettina Kraft

Christoph Gerhard

Frau Meister hat ein fortgeschrittenes Coloncarcinom und leidet im Rahmen einer Fatiguesymptomatik an ausgeprägter Müdigkeit trotz Erholung. Bei Fatigue gibt es kaum erfolgreiche medikamentöse Therapieoptionen, aber milder Sport hilft. Sie betreibt regelmäßig Yoga, wobei sie durch die Körperwahrnehmung, die in (im Rahmen) der Yogastunde im Rahmen der Anfangs- bzw. Endentspannung angeboten wurde, gut gelernt hat, sich in ihren Körper einzufühlen und Überforderungen zu vermeiden. Sie hatte früher Krankengymnastik probiert, sich dann aber schnell überfordert. Sie war damals für viele Stunden, manchmal sogar noch am Folgetag so müde, dass sie nichts erledigen konnte. Dank Yoga lernte sie, dann aufzuhören, wenn sie die Erschöpfung bemerkt. Sie fühlt sich durch die regelmäßige Yogapraxis, die sie nur ca. 20 Minuten pro Tag, dafür aber täglich ausübt, deutlich leistungsfähiger und eher in der Lage mit ihren Energiereserven zu haushalten. Die Kunst der Achtsamkeit sich selber gegenüber hilft ihr, mit Fatigue besser zu leben.

Yoga und Meditation

Yoga als eine sehr alte indische philosophische Lehre spricht Betroffene auf einer geistigen, emotionalen und körperlichen Ebene an. Der im Westen bekannteste Yoga-Weg nennt sich Hatha-Yoga, bei dem praktische, körperbezogene Aspekte im Vordergrund stehen. Durch Körperhaltungen und Atemübungen soll Gleichgewicht zwischen Körper und Geist erreicht werden.

Zu einer Hatha-Yogasitzung gehören:

Asanas (Körperstellungen und -übungen):
Durch unterschiedlichste Körperstellungen, die im Sitzen, Liegen, Stehen ausgeführt werden und eine bestimmte Zeit lang gehalten werden, wird die Flexibilität des Körpers auf sanfte Weise gestärkt und die Geschmeidigkeit erhöht. Das Körperbewusstsein wird verbessert, Kraft und Ausdauer aufgebaut.

Pranayama (Atemübungen):
Die Atmung ist die wichtigste Funktion des Körpers. Durch das Atmen nehmen wir Sauerstoff und Lebensenergie („Prana“) auf. Viele Menschen atmen recht flach. Yoga unterstützt, zu einer tieferen Atmung zurückzukehren. Je nach Bedarf kann der Aspekt verfolgt werden, durch Atemübungen zu mehr Wachheit zu gelangen, aber auch im Gegenteil, mehr Ruhe und Gelassenheit aufzubauen.

Shavasana (Tiefenentspannung)
Sowohl zu Beginn, als auch am Ende der Yogastunde ist eine Entspannungsübung vorgesehen. Die Anfangsentspannung soll vor allem zum Loslassen der vorangegangenen Tagesereignisse und dem Ankommen im „Hier und Jetzt“ dienen. Am Ende einer jeden Yogastunde ist dann eine längere Tiefenentspannung vorgesehen, um Körper und Geist nach den praktischen Anwendungen weiter zur Ruhe kommen zu lassen und ein Nachspüren zu ermöglichen. Tiefe und vollkommene Entspannung kommt nicht von selbst, sondern wird am besten durch regelmäßiges Üben erreicht.

Die Hatha Yoga Übungspraxis umfasst außerdem:
Meditation
Die Meditation dient der Beruhigung und Sammlung des Geistes. Innere Ruhe, Entspannung, geistige Kraft und Ausgewogenheit stellen sich ein. Meditation kann auf unterschiedliche Art und Weise praktiziert werden. Sie wird größtenteils im Sitzen ausgeübt, wobei sich auf ein bestimmtes Objekt, wie z. B. Atem, Gesang, affirmative Wörter, Kerzenlicht konzentriert werden kann. Als aktivere Variante bietet sich die Möglichkeit einer Geh- oder Tanzmeditation.

Missverständnisse zum Yoga
Es gibt einige Missverständnisse in der Wahrnehmung von Yoga (Mc Call 2007):
1. Yoga sei nur für Menschen, die sich sehr gut dehnen können und einen hohen Fitnesslevel haben, durchführbar.
Da viele Yoga-Übungen an den individuellen Zustand des ausführenden angepasst werden können, ist Yoga somit von Jedem durchführbar, unabhängig davon, wie beweglich er ist. Yoga ist damit für körperlich eingeschränkte Erkrankte besonders geeignet, da viele Übungen an deren Situationen individuell angepasst werden können und z. B. im Rollstuhl oder im Liegen durchgeführt werden können.

2. *Yoga sei nur für Gesunde geeignet.*
Im Gegensatz dazu zeigen Umfragen, dass Betroffene mit zahlreichen Erkrankungen von Arthritis über kardiovaskuläre Erkrankungen bis hin zu neurologischen Erkrankungen Yoga durchführen und dies als hilfreich empfinden (Mc Call 2007; 5).

3. *Yoga sei eine Religion.*
Yoga wird von Menschen unterschiedlichster religiöser Hintergründe aber auch nicht-religiösen Menschen betrieben. Auch wenn die Wurzeln der Yoga Philosophie im Hinduismus und Buddhismus liegen, ist Yoga, beziehungsweise der Yoga-Praktizierende an keine der östlichen Religionen gebunden.

Studien zur Wirksamkeit des Yoga
Yoga versucht nicht, den Betroffenen nach einer Art Standardprogramm für eine bestimmte Erkrankung etc. nach völlig festgelegten Schemata zu behandeln. Richtschnur ist stets der einzelne individuell Yoga Ausführende mit seinen Möglichkeiten, Schwierigkeiten in seiner einzigartigen Situation. Es ist daher schwierig, den Erfolg dieser auf das Individuum abgestimmten Behandlung mit Yoga in klinischen Studien gut zu messen. Dennoch gelang es für zahlreiche Bedingungen überzeugende Evidenzen zu liefern.

1) Oken et al. (2004) konnten zeigen, dass Yoga in der Behandlung der Fatigue bei Multipler Sklerose wirksam ist.

2) Eine Studie von Schmid et al. (2010) zeigte, dass Yoga zu einer Verbesserung der Balance und der Sturzneigung bei älteren Menschen führt.

3) Eine Studie von Evans et al. (2010) zeigte Verbesserungen der Symptomatik bei Patienten mit

rheumatoider Arthritis, insbesondere was Schmerz, Depression und Selbstmanagement angeht.

4) Eine Studie von Carson et al. (2010) zeigte eine Verbesserung von Schmerz, Fatigue, Stimmung und Copingstrategien durch Yoga bei Fibromyalgiepatientinnen.

Yoga als Therapie
Yoga wird derzeit vor allem von Gesunden genutzt. Eine therapeutische Anwendung des Yoga für Erkrankte ist derzeit noch eine Ausnahme. In der gegenwärtigen Yogapraxis in Deutschland wird außerdem der körperliche Aspekt von Yoga gegenüber dem geistigen und emotionalen oft überbetont. Bestimmte Asanas eignen sich gut zur gezielten Symptombehandlung im Rahmen eines therapeutischen Yogakonzeptes.

Gerade für in ihrer Beweglichkeit eingeschränkte Betroffene können die Asanas gezielt angepasst werden. Zum Beispiel können Asanas, wenn jemand nicht stehen kann, auch im Sitzen oder Liegen ausgeführt werden. Yoga ist damit ein sehr auf den jeweiligen individuellen Menschen angepasstes Verfahren, das zur Kräftigung der Muskulatur, Stabilisierung der Körperhaltung, gezielten Muskelentspannnung, besseren Atmung, dem „Zur-Ruhe-Kommen“ dient.

Deshalb hilft es unter anderem auch Betroffenen dabei, mit ihrer Erkrankungssituation besser umzugehen und ihre dabei auftretenden „Stress“-Situationen abzubauen. Viele Erkrankte neigen dazu, sich bei körperlichen Therapien eher zu überfordern. Dem wirkt Hatha-Yoga, wenn es richtig praktiziert wird, entgegen. Die Achtsamkeit für den eigenen Körper steht im Vordergrund. Dabei wird versucht, dem im Westen so typischen Leistungsdruck entgegen zu wirken. Dies geschieht, indem zwischen den Übungen immer wieder in den eigenen Körper hinein gespürt wird.

Beispiele aus der Praxis des Yoga (nach Kraft und Gerhard 2011)
Beispielhaft werden nun zwei Asanas, nämlich der Drehsitz und die Vorwärtsbeuge, dargestellt.

a) Drehsitz (Ardha Matsyendrasana)
Diese Beschreibung gilt für den Drehsitz, fortgeschrittene Variante mit beidseitig angewinkelten Beinen.

Die Fotos zeigen jeweils zwei Varianten am Boden und auf dem Stuhl. Je nach Flexibilität und Übungspraxis kann man sich für die jeweilige Variante entscheiden.

1. *Im Fersensitz sitzen und das Gesäß links neben die Fersen auf den Boden sinken lassen.*
2. *Rechtes Bein so aufstellen, dass das Knie Richtung Decke zeigt und den rechten Fuß auf die linke Seite des anderen Knies stellen. Das rechte Knie befindet sich somit direkt vor dem Oberkörper. Darauf achten, dass beide Sitzknochen den Boden berühren und nicht auf der Ferse gesessen wird.*

3. *Linken Arm um das rechte, aufgestellte Bein führen und möglichst das Knie in die Ellenbogenbeuge bringen.*
4. *Den Oberkörper und den rechten Arm einatmend nach oben strecken und ausatmend den Oberkörper nach rechts drehen. Den rechten Arm hinter dem Körper absetzen.*

5. *Kopf ist mit Blickrichtung nach hinten gewendet.*
6. *Position halten und atmen. Einatmend die Wirbelsäule aufrecht und lang werden lassen, ausatmend sanft tiefer in die Drehung hinein gehen. Schultern sind möglichst entspannt und in gleicher Höhe.*
7. *In umgekehrter Reihenfolge lösen und den Drehsitz auf der anderen (in diesem Falle rechten) Seite aufbauen.*

Ardha-Matsyendrasana soll für Flexibilität und Elastizität der Wirbelsäule sorgen. In der Seitwärtsdrehung werden Muskeln und Nerven auf der einen Körperseite zusammengedrückt und auf der anderen Seite gedehnt. Die Unterleibsorgane erhalten eine Massage und die Verdauungstätigkeit kann angeregt werden.

b) Sitzende Vorwärtsbeuge (Paschimothanasana)
1. *Mit nach vorne ausgestreckten, geschlossenen Beinen auf der Matte sitzen, Oberkörper aufrichten*

2. Einatmen und die Arme nach oben strecken
3. Ausatmen und den Oberkörper möglichst vom Becken aus nach vorne sinken lassen. Die Hände je nach Dehnungsgrenze auf den Knien, Schienbeinen oder bestenfalls auf den Zehen ablegen. Die Beine dabei gestreckt lassen, Zehen zeigen nach oben. Rücken und Kopf möglichst in eine gerade Linie bringen, Blick nach vorne richten.
4. Einige Atemzüge halten, Schultern und Arme sind entspannt.
5. In umgekehrter Reihenfolge lösen (mit der Einatmung wieder aufrichten)

Für Betroffene, die aufgrund von Ausfällen nicht am Boden sitzen können, lässt sich diese Übung variieren. Auf dem Stuhl sitzend wird der Oberkörper wie beschrieben nach vorne gebeugt. Dies wird im Bild dargestellt.

Paschimothanasana soll die gesamte Körperrückseite (Rücken, Becken, Beine) dehnen. Je nach Ausführungsgrad – Berührung des Bauches auf die Oberschenkel – erhalten die Bauchorgane eine Massage und die Verdauungstätigkeit kann angeregt werden.

Ausblick

Eine alleinige medikamentöse Therapie wird dem multidimensionalen Paradigma der Palliativversorgung nicht gerecht. Deshalb sind ergänzende nichtmedikamentöse Verfahren sinnvoll. Yoga ist ein multidimensionales Konzept, das sowohl körperliche als auch emotionale und spirituelle Dimensionen anspricht und daher gut zu der Multidimensionalität der Palliativversorgung, wie sie z.B. im Total Pain Modell gezeigt wurde, passt. Meditation fördert das achtsame Gewahrsein des Augenblicks und soll ein Anhaften an negativen Grundannahmen verhindern. Beide Verfahren können, wie gezeigt, an die besonderen Bedingungen erkrankter Betroffener angepasst werden und fördern die Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper. Sie stellen darüber hinaus eine Kraftquelle im Umgang mit der schweren Erkrankung dar.

Bettina Kraft
Zertifizierte Yogalehrerin
Krengelstr. 50
46539 Dinslaken
Tel.: 01 72 - 6 73 87 92
kraft_b@web.de

Dr. med. Christoph Gerhard
Arzt für Neurologie, Palliativmedizin,
spezielle Schmerztherapie
Oberarzt Neurologie und Leiter
des Palliativkonsiliardienstes
Katholische Kliniken Oberhausen (KKO)
Mülheimer Str. 83
46045 Oberhausen

Leiter des Kompetenzzentrums Palliativmedizin
der Universität Duisburg/Essen
Institut für Allgemeinmedizin
Pelmanstr. 81
45131 Essen
Tel.: 02 08 - 8 37 63 04
c.gerhard@kk-ob.de

Literatur bei den Autoren

Landesstelle Pflegende Angehörige NRW – Information und Service für pflegende Angehörige

Silke Niewohner

Pflegende Angehörige - was sie leisten, was sie brauchen lautete im Jahr 2003 der Titel der landesweiten Tagung für pflegende Angehörige im Landtag in Düsseldorf, mit der die Landesseniorenvertretung NRW e.V. (LSV) die besondere Lebenslage der pflegenden Angehörigen in den Blick genommen hat. Der Wunsch nach einer Anlauf- und Ansprechstelle für pflegende Angehörige in Nordrhein Westfalen wurde hier nachdrücklich geäußert. Dieser Bedarf wurde von der Landesregierung aufgegriffen. Um pflegende Angehörige besser zu unterstützen und das Netz an Informationen und Beratung für sie dichter zu knüpfen, wurde daraufhin 2004 die Landesstelle Pflegende Angehörige gegründet. Die Landesseniorenvertretung NRW e.V. als Initiator wurde Trägerin der Landesstelle. Seit September 2010 arbeitet die Landesstelle in Trägerschaft des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e.V. (KDA). Finanziert wird die Fachstelle vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter und den Pflegekassen Nordrhein-Westfalens.

Pflegebedürftige möchten in der Regel zu Hause und von Angehörigen, dazu zählen auch gute Freunde oder Nachbarn, versorgt werden. Viele Angehörige übernehmen gern diese Versorgung und Pflege zu Hause. Die Mehrzahl pflegebedürftiger Menschen lebt in der eigenen häuslichen Umgebung. In Nordrhein-Westfalen sind dies derzeit mehr als 350.000 Personen. Die Hilfe ambulanter Pflegedienste nimmt dabei ungefähr ein Drittel in Anspruch und über 230.000 Pflegebedürftige werden ausschließlich durch Angehörige betreut und dies mit steigender Tendenz. Die Hauptpflegeperson kommt in der Regel aus dem engsten Familienkreis.

Silke Niewohner

Pflegende Angehörige sind häufig Organisationstalente und schaffen es, die eigene Familie, die Pflege und teilweise auch noch die Berufstätigkeit unter einen Hut zu bringen. Nicht selten geht dann die Pflege im Lauf der Zeit über die Kraft der pflegenden Familienangehörigen hinaus. Es ist eine anstrengende Arbeit, bei der Angehörige an ihre Grenzen geraten können, sich selbst überfordern und ihren Gesundheitszustand nicht mehr wahrnehmen. Die unterschiedlichen Belastungen können sich dauerhaft auf die psychische und physische Gesundheit auswirken.

Wenn pflegende Angehörige nach ihren Wünschen befragt werden, steht an erster Stelle der Wunsch nach mehr Information und Beratung. Dazu gehören beispielsweise Informationen über direkte Hilfsangebote für den Pflegebedürftigen sowie konkrete Handlungsanweisungen für den Pflegealltag und Tipps. Daher werden kompetente und vertrauenswürdige Ansprechpartner bei Fragen und Problemen gebraucht, die auch den Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige im Beratungsprozess berücksichtigen. Viele pflegende Angehörige wollen gerne ihre eigenen Kompetenzen erweitern. Dazu gehören Informationen und Beratung zu Krankheitsbildern, häuslicher Pflege und den Leistungen der Pflegeversicherung. Vor allem die Angehörigen von Menschen mit Demenz benötigen Hilfen zur Bewältigung von Herausforderungen, die mit einer Demenzerkrankung einhergehen. Darüber hinaus werden konkrete Hilfsangebote für den Pflegalltag gewünscht (z. B. mehr Freizeit, Zeit zum Erholen und Kraft schöpfen sowie angemessene vorübergehende Entlastungsangebote). Ein bedeutender Wunsch ist aber auch die Gelegenheit, Sinnfragen und

Krisen zu erörtern. Auf der gesellschafts- und sozialpolitischen Ebene ist ein zentrales Anliegen der pflegenden Angehörigen der Wunsch nach Abbau von Bürokratie und nach Reduktion der Kosten für die Familie sowie mehr gesellschaftlicher Anerkennung und einem wertschätzenden Umfeld. Dies bedeutet konkret ein Klima, das die belastende Situation nicht verschweigt oder privatisiert, sowie die Möglichkeit der Teilhabe unter geschützten Rahmenbedingungen.

Heute ist die ‚Landesstelle Pflegende Angehörige', nach einer intensiven Zeit des Aufbaus in Nordrhein-Westfalen etabliert. In ihrer Funktion als Service-und Informationsstelle für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige nimmt sie für Ratsuchende eine wichtige Wegweiserfunktion ein, indem sie in örtliche Beratungsstrukturen weitervermittelt. Zu einem wesentlichen Ziel der Landesstelle gehört, pflegende Angehörige zu informieren und ihnen das oft unübersichtliche Hilfe- und Unterstützungssystem transparent und verständlicher zu machen. Neben der neu überarbeiteten Internetseite www.LPFA-NRW.de und einem gebührenfreien Servicetelefon (08 00 -2 20 44 00) bietet die Landesstelle praxis- und lebensnahe Informationsmaterialien an.

Besonders erwähnenswert ist hier die Broschüre ‚Was ist wenn … 22 Fragen zum Thema häusliche Pflege', die in leicht verständlicher Form die wichtigsten Fragen rund um die Pflege zu Hause beantwortet. Diese Handreichung wird von Fachleuten ebenso geschätzt wie von betroffenen Menschen, da sie den Informationsbedarf der Ratsuchenden passgenau aufgreift. Mit dem Faltblatt ‚Schritt für Schritt zur häuslichen Pflege' wird in Form einer Checkliste Punkt für Punkt erläutert, was im ‚Falle eines Falles' zu tun ist. Das nützliche Faltblatt ist sowohl in deutscher Sprache wie auch in sechs weiteren Sprachen (türkisch, russisch, polnisch, serbisch, bosnisch und kroatisch) erhältlich. Wenn ein Krankenhausaufenthalt bevorsteht, gibt es vieles zu bedenken; hier erleichtert das Faltblatt ‚Krankenhaus – was nun? Checkliste für Aufnahme und Entlassung' sowohl die Planung für die Aufnahme als auch zur Entlassung. Überdies bietet die Landesstelle Fachberatung für alle, die sich mit der Situation von pflegenden Angehörigen auseinandersetzen, diese verbessern wollen und pflegenden Angehörigen Entlastung und Unterstützung anbieten wollen. ‚Pflege-Wegweiser' bauen Brücken zwischen pflegenden Angehörigen und dem Hilfenetz – Zusatzqualifikation für Ehrenamtliche – auch aus der Hospizarbeit.

Im Rahmen ihres Ehrenamtes begegnen freiwillig Engagierte häufig pflegenden Angehörigen. Ehrenamtliche können einen Kontakt auf Augenhöhe zu den pflegenden Angehörigen aufbauen und sind daher in einer wichtigen Vermittlungsrolle. Mit den Seminaren für ‚Pflege-Wegweiser' bietet die Landesstelle Pflegende Angehörige eine Qualifikation für (ehrenamtliche) Multiplikatoren. Sie werden für die Situation von pflegenden Angehörigen sensibilisiert, lernen das Hilfesystem kennen und können pflegende Angehörige in die Beratungsstrukturen vor Ort verweisen. Der Arbeitsordner ‚Wegweiser Pflege', den die Landesstelle Ehrenamtlichen kostenfrei zur Verfügung stellt, ist ein Kernstück der Qualifizierung. Dieser Arbeitsordner bietet Informationen rund um das Thema häusliche Pflege und erleichtert es, bestehende Angebote in der Kommune zu recherchieren und kennen zu lernen. Ein bis zweimal im Jahr finden Seminare für ‚Pflege-Wegweiser' mit neuesten Informationen rund um das Thema Pflege an unterschiedlichen Standorten in NRW statt. Jahresthemen waren bisher die Finanzierung der Pflege, Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MDK) sowie der Einsatz von (osteuropäischen) Haushaltshilfen. ‚Pflege-Wegweiser' werden automatisch über wichtige Themen rund um die häusliche Pflege durch die Landesstelle informiert.

Weitere Informationen und aktuelle Seminartermine für die ‚Pflege-Wegweiser' sowie die kostenfreien Informationsmaterialien erhalten Sie bei der Landesstelle Pflegende Angehörige NRW.

Silke Niewohner
Landesstelle Pflegende Angehörige NRW
Domplatz 1-3 (Dienstgebäude Geisbergweg)
48143 Münster
Tel.: 02 51 - 4 11 33 02
info@lpfa-nrw.de
www.LPFA-NRW.de

Ehrenamt und Haftung – ein Überblick (Teil 2)

Petra O'Brien-Coker

In der Ausgabe 51 des Hospizdialogs NRW habe ich in meinen Ausführungen von der Haftung eines ehrenamtlich Arbeitenden berichtet, der selbst einen Schaden angerichtet hat. In dieser Ausgabe wird es darum gehen, wie der im Ehrenamt Tätige selbst abgesichert ist, wenn er während seiner Tätigkeit oder auf dem Weg dorthin einen Schaden erleidet. Hier stellen sich Fragen wie:

- Kann ich selbst den Verein in Anspruch nehmen?
- Gibt es eine gesetzliche oder private Versicherung, die mir helfen kann?
- Welche Schäden werden von diesen Versicherungen überhaupt übernommen?

Haftung des Vereins

Nach unserem Vereinsrecht handelt es sich bei einem eingetragenen Verein um eine sogenannte eigenständige juristische Person, also um jemanden, der im Rechtsverkehr auftreten und auch handeln kann. Dazu braucht der Verein natürlich den Vorstand, der dann für den Verein nach außen hin auftritt und z. B. für den Verein alle Verträge abschließt. Im Vertrag taucht der Verein dann als eigene juristische Person auf, die durch ihre Vertreter handeln kann.

Wie bereits im ersten Teil meiner Ausführungen erörtert, haftet der Verein – und unter bestimmten Voraussetzungen auch die Vorstandsmitglieder – für Schäden, die ein ehrenamtliches Mitglied bei seiner Vereinstätigkeit einem Dritten zufügt, entsprechend § 31 BGB*. Im Kontext der Hospizarbeit ist der Dritte immer die zu begleitende Person und seine Familie.

Sollte auch das ehrenamtliche Mitglied bei seiner Tätigkeit selbst einen Schaden erleiden, der auf eine Sorgfaltspflichtverletzung des Vorstandes zurückzuführen ist, so handelt es sich bei dem Mitglied nicht um einen Dritten im Sinne des § 31 BGB. Schadensersatz kann das Mitglied daher nur verlangen, wenn der Vorstand eine sich aus der Satzung oder dem Mitgliedschaftsverhältnis ergebende Pflicht schuldhaft verletzt hat.

Petra O'Brien-Coker

Um also festzustellen, ob ein Mitglied einen Schaden gegenüber seinem Verein geltend machen kann, kommt es nicht nur auf die immer individuell zu bestimmende Sorgfaltspflichtverletzung an. Es muss zunächst anhand der Satzung und des Mitgliedschaftsverhältnisses festgestellt werden, welche Pflichten der Vorstand im Rahmen seiner Tätigkeit gegenüber seinen Vereinsmitgliedern zu erfüllen hat.

Insbesondere die Vereinssatzung setzt fest, welche Pflichten der Vorstand im Rahmen seiner Tätigkeit zu beachten hat. Tut er dies nicht oder nicht in ausreichendem Umfang und verursacht so einen Schaden bei einem seiner Mitglieder, kann dieses den Ersatz des ihm entstandenen Schadens, der sowohl materieller als gesundheitlicher Art sein kann, verlangen.

Gesetzliche Unfallversicherung

Weniger bekannt ist die Tatsache, dass nicht nur hauptamtlich Beschäftigte sondern auch ehrenamtlich Tätige durch die gesetzliche Unfallversicherung für Schäden an Körper und Gesundheit abgesichert sind. Materielle Schäden werden allerdings nicht berücksichtigt.

Die gesetzliche Unfallversicherung war zunächst als reine Arbeitnehmerversicherung konzipiert und beruhte auf der Ablösung zivilrechtlicher Ansprüche der Arbeitnehmer gegenüber dem fürsorgepflichtigen Arbeitgeber.

Zusätzlich wurden unmittelbar Beschäftigte von öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Religionsgemeinschaften mit einbezogen bis schließlich der Versicherungsschutz auch auf diejenigen ausgeweitet wurde, die in privatrechtlicher Organisation – also auch Vereinen – für öffentlich-rechtliche Körperschaften insbesondere im Wohlfahrts- und Gesundheitswesen tätig sind.

Der Unfall ist meldepflichtig und muss über den sogenannten Unfallarzt der zuständigen Unfallversicherung gemeldet werden. Ein Arbeitsunfall – dies gilt auch für ehrenamtlich Tätige – liegt immer dann vor, wenn die Verrichtung der Tätigkeit zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist. Das bedeutet, dass das ehrenamtliche Mitglied in seinem Aufgabenbereich tätig gewesen sein musste, als der Unfall passierte.

Eine versicherte Tätigkeit beinhaltet z. B. das Zubereiten der Speisen für den zu Betreuenden. Verbrennt sich der ehrenamtlich Tätige dabei an der Hand schwer, so liegt ein Arbeitsunfall vor; er muss also einen Gesundheitsschaden erlitten haben. Ein andauernder Gesundheitsschaden kann sogar einen Anspruch auf eine Verletztenrente begründen. Nicht nur die Tätigkeit selbst ist versichert, sondern auch die Wege von der Wohnung zum Verrichtungsort und umgekehrt. Wird der Weg jedoch erheblich unterbrochen, z. B. durch einen Privatbesuch vom Verrichtungsort nach Hause, so wird der Unfallschutz unterbrochen und gegebenenfalls nicht mehr gewährt.

Private Haftpflichtversicherung

Bin ich als Vereinsmitglied in meiner ehrenamtlichen Tätigkeit von dem zu Betreuenden oder durch einen anderen Dritten während meiner Tätigkeit zu Schaden gekommen, so muss mir die Haftpflichtversicherung des Schädigers den Schaden ersetzen.

Schwierig wird es, wenn der Schädiger – was immer wieder einmal vorkommt – keine Haftpflichtversicherung abgeschlossen hat. In dem Fall muss der Schädiger den Schaden aus seinem Vermögen begleichen, was bei hohen Schadenssummen zu Problemen führen kann. Hierbei handelt es sich eigentlich um den „Normalfall“, es gibt also keine besonderen Umstände zu beachten, die sich durch die Tätigkeit als Ehrenamtlicher ergeben würden. Die Haftpflichtversicherungen tragen in der Regel auch die materiellen Schäden, die von der Unfallversicherung nicht ausgeglichen werden. Beim Wegeunfall ist das die KFZ-Haftpflichtversicherung des Unfallgegners.

Petra O’Brien-Coker
Rechtsanwältin
Weststraße 73
33615 Bielefeld
Tel.: 05 21 - 17 57 47
Fax: 05 21 - 96 79 47 37
pmbrien@yahoo.de

*

§ 31

Haftung des Vereins für Organe

Der Verein ist für den Schaden verantwortlich, den der Vorstand, ein Mitglied des Vorstands oder ein anderer verfassungsmäßig berufener Vertreter durch eine in Ausführung der ihm zustehenden Verrichtungen begangene, zum Schadensersatz verpflichtende Handlung einem Dritten zufügt.

§ 31a

Haftung von Vorstandsmitgliedern

(1) Ein Vorstand, der unentgeltlich tätig ist oder für seine Tätigkeit eine Vergütung erhält, die 500 Euro jährlich nicht übersteigt, haftet dem Verein für einen in Wahrnehmung seiner Vorstandspflichten verursachten Schaden nur bei Vorliegen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit. Satz 1 gilt auch für die Haftung gegenüber den Mitgliedern des Vereins.

(2) Ist ein Vorstand nach Absatz 1 Satz 1 einem anderen zum Ersatz eines in Wahrnehmung seiner Vorstandspflichten verursachten Schadens verpflichtet, so kann er von dem Verein die Befreiung von der Verbindlichkeit verlangen. Satz 1 gilt nicht, wenn der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde.

Die ‚European Association for Palliative Care': Eine Organisation jenseits der Grenzen

Sheila Payne

Wer oder was ist die European Association for Palliative Care (EAPC)?

Noch bis vor kurzem war die Palliativmedizin ein relativ vernachlässigtes Feld in der Gesundheitsversorgung, möglicherweise weil es eher als eine ‚passive' Antwort auf die finale Phase einer Erkrankung statt als ‚aktive' klinische Option angesehen wurde.

In diesem Zusammenhang muss man berücksichtigen, dass die wichtige Arbeit der Hospize nicht nur darin besteht, den Patienten und ihren Familien Hoffnung, Trost und Unterstützung anzubieten, sondern auch in der aktiven Kontrolle von Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen sowie Lösungen für psychische, soziale und existentielle Belastungen.

Die EAPC wurde im Jahr 1988 von einer multidisziplinären Gruppe von 42 Personen gegründet, die sich aus Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Psychologen zusammensetzte (Blumhuber et al., 2002). Ihre ursprünglichen Ziele bestanden darin, ein Forum anzubieten, das die Entwicklung von palliativen Einrichtungen fördert und das klinische Kenntnisse und Erfahrungen in der Symptomkontrolle, vor allem in der Schmerzbehandlung, austauscht.

Die EAPC repräsentiert alle nationalen Gesellschaften und Verbände in der Palliativversorgung in Europa. Die WHO definiert die Europäische Region als ein Gebiet von 53 Ländern mit einer Gesamtbevölkerung von 879 Millionen Einwohnern. Die EAPC hat zur Zeit 51 Mitgliedsorganisationen in 31 Ländern sowie Einzelmitglieder aus 47 Ländern weltweit. Es wird geschätzt, dass die EAPC über 80.000 Mitglieder in Europa hat. Aus Deutschland kommen zwei Mitgliedsorganisationen: der ‚Bundesverband Kinderhospiz e.V.' und die ‚Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin'.

Es besteht eine deutliche Notwendigkeit, die engagierten Mitarbeiter im Gesundheitswesen und die ehrenamtlich Tätigen zu unterstützen, die sich um den Aufbau neuer Dienste und Hospize, sowie die Weiterentwicklung von Palliative Care in weniger gut ausgestatteten Regionen, insbesondere in Osteuropa, bemühen.

Sheila Payne

Die EAPC wird koordiniert durch ein kleines Sekretariat in Mailand. Der gewählte Vorstand der EAPC setzt sich aus einem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten und einer kleinen geschäftsführenden Gruppe zusammen. Darüber hinaus unterstützt eine Vielzahl Ehrenamtlicher die Arbeit der EAPC in speziellen Aktivitäten und Experten-Arbeitsgruppen, den sogenannten ‚Task Forces'. Unsere gesamte Arbeit ist – wie in unserem Leitbild ausgeführt – von dem Engagement geprägt, Palliative Care zu verbessern und die Weiterentwicklung zu fördern.

EAPC Leitbild

"The EAPC brings together many voices to forge a vision of excellence in palliative care that meets the needs of patients and families. It strives to develop and promote palliative care in Europe through information, education and research using multiprofessional collaboration while engaging with stakeholders at all levels."

Die Arbeit der EAPC

Die Arbeit der EAPC ist immer im internationalen Kontext zu betrachten. Dabei bemüht sie sich, gleichgesinnte Partnerschaften zu entwickeln, unterstützt von erfahrenen Klinikern, Forschern und anderen Interessenvertretern in Schlüsselfunktionen. Es gibt vier Typen sogenannter ‚Task Force'-Gruppen (Arbeitsgruppen mit einer definierten Dauer), die ihren Schwerpunkt auf folgende Themen gelegt haben: Klinisches Management, (Fort- und Weiter-) Bildung, Organisation und Entwicklung sowie spezifische Personengruppen.

Die meisten dieser Arbeitsgruppen werden von Interessengruppen vorgeschlagen und unter Mit-

wirkung der EAPC weiterentwickelt. Die EAPC beauftragt zudem Expertenstandards (evidenzbasierte Stellungnahmen) zu umfangreichen relevanten Themen, um den sogenannten ‚State of the Science' (Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse) zusammenzufassen und um Debatten und Dilemmata zu erfassen. Darüber hinaus erstellt die EAPC klinische Leitlinien z. B. zur Schmerzkontrolle bei onkologischen Erkrankungen (Caracini et al., 2012) und Leitlinien für die Umsetzung verschiedener Praktiken, z. B. palliative Sedierung (Cherny et al., 2009). Diese Dokumente werden weitgehend als maßgebliche Standards (‚Stimme') betrachtet und beeinflussen die Praxis und die Entwicklung von Richtlinien weltweit.

Ein Teil der Aktivitäten konzentriert sich auf die Verbesserung der klinischen Versorgung von Patienten, zum Beispiel auf die Entwicklung verbesserter Methoden zur Qualitätsmessung für die Praxis, und Empfehlungen, welche Methoden zu wählen sind. Eine Gruppe arbeitet an einem White Paper zum Thema Palliative Care bei Demenzerkrankten. Eine weitere Arbeitsgruppe erstellt europäische Leitlinien, wobei sorgfältig auf verschiedene Kulturen, Religionen und existentielle Perspektiven auf dem gesamten Kontinent geachtet wird.

Ein zweiter wichtiger Schwerpunkt der Arbeit der EAPC in den letzten 10 Jahren liegt auf der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen. Arbeitsgruppen haben Vorschläge gemacht für die Lehrpläne in der

- pflegerischen Ausbildung (De Vlieger et al., 2004),
- universitären Ausbildung in der Medizin, welche gerade überarbeitet wird (EAPC, 2007),
- postgraduierten Ausbildung von Ärzten (EAPC, 2009) und Psychologen (Jünger und Payne, 2011).

Desweiteren wird an Vorschlägen für Curricula in der Weiterbildung von Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und von den in der pädiatrischen Palliativversorgung Tätigen gearbeitet. Ein wesentlicher Beitrag dieser Arbeit war das Herausarbeiten von drei verschiedenen Bildungsabschlüssen sowie die Erstellung von Standards zum Benchmarking nationaler Lehrpläne.

Ein dritter wichtiger Teil der Arbeit der EAPC ist der Leistungserbringung und der Organisationsentwicklung gewidmet. Möglicherweise wurde dabei die bekannteste Arbeit von der Task Force für Entwicklung der Palliative Care, die ihre Arbeit 2003 aufgenommen hat, umgesetzt. Ihre Aufgabe bestand darin, Regierungen und politische Entscheidungsträger von der Wichtigkeit von Entwicklungsprogrammen zur Förderung von Palliative Care in der europäischen Region zu überzeugen. Sie hat maßgebliche Berichte und Kartenmaterial veröffentlicht, die die europäische Versorgung dokumentieren und eine Schablone für die weltweite Verteilung der Palliativmedizin darstellen. Darüber hinaus gibt es Gruppen, die sich auf die palliative Versorgung für ältere Menschen in Pflegeheimen und in der Primärversorgung spezialisiert haben. Schließlich hat die EAPC die Bildung von Arbeitsgruppen gefördert, die ihre Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse spezifischer Gruppen von Menschen gerichtet haben, wie z. B. ältere Menschen, Kinder und junge Menschen, Menschen mit neurologischen Erkrankungen oder Menschen mit geistiger Behinderung sowie pflegende Angehörige.

Das EAPC Research Network (EAPC RN), geleitet von Professor Stein Kaasa, wurde gegründet, um die Forschungszusammenarbeit zu fördern. Das EAPC RN bietet eine Plattform für internationale Forschung und den Aufbau von Forschungskapazitäten über ein ‚Junior Forum'. Dieses hat einen wachsenden Bestand an geförderten Studien mit hochrelevanten Ergebnissen in wissenschaftlichen Zeitschriften und stellt dadurch sicher, dass qualifizierte Forschungsnachweise verfügbar sind, die die Patientenversorgung und die Weiterentwicklung der Versorgung fördern.

Was sind die Vorteile einer europäischen Organisation im Vergleich zu nationalen Organisationen?

Der Vorteil einer europäischen Organisation besteht darin, dass sie auf mehreren Ebenen arbeitet:

- Für Einzelpersonen besteht z.B. die Möglichkeit, an den jährlichen EAPC-Kongressen teilzunehmen. Diese sind eine Plattform für eine internationale Vernetzung, den Wissenstransfer, die Vorstellung adäquater Forschung und Wissenschaft in Palliative Care weltweit.

- Die EAPC veröffentlicht sowohl auf ihrer Website (www.eapcnet.eu) als auch über interaktive Social Media wie Facebook, Twitter und Blogs und Newsletter in English und Russisch umfangreiche Informationen und aktuelles Fachwissen.

- Es gibt zwei Zeitschriften: ‚Palliative Medicine' und ‚The European Journal of Palliative Care'.

- Für die nationalen Verbände bietet die Mitgliedschaft den Vorteil, Zugang zu hochqualifizierten Dokumenten zu Politik, Entwicklung, Ethik sowie Normen, Standards und Initiativen wie das ‚Budapest Commitment' zu erhalten, um diese für Verhandlungen mit Regierungen zu nutzen und politische und strategische Veränderungen voranzutreiben.

- Darüber hinaus kann die Beobachtung von internationalen Entwicklungen im Vergleich mit ähnlichen oder benachbarten Ländern Entwicklung unterstützen und Fortschritt fördern.

Die EAPC arbeitet in Kooperation mit anderen internationalen Organisationen wie z. B. der Weltgesundheitsorganisation, der Menschenrechtsorganisation Human Rights Watch, der Worldwide Palliative Care Alliance und der International Association of Hospice and Palliative Care, um für einen besseren Zugang zur Palliativversorgung und bezahlbare Medikamente in der ganzen Welt einzutreten. Die EAPC wird vom Europarat als Nichtregierungsorganisation (NGO) anerkannt.

Das alles rechtfertigt unsere Bestrebungen, diese Arbeit in allen europäischen Ländern fortzusetzen und auf diese Weise allen Patienten einen Zugang zu bestmöglicher Palliativversorgung zu gewährleisten.

Professor Sheila Payne
President: European Association for Palliative Care
Director: International Observatory on End of Life Care
Division of Health Research
Faculty of Health and Medicine

International Observatory on End of Life Care

Faculty of Health & Medicine

Lancaster University
Lancaster, LA1 4YT
United Kingdom
Tel.: 00 44 (0) 15 24 - 59 37 01
Fax: 00 44 (0) 15 24 - 59 24 01
s.a.payne@lancs.ac.uk

Literatur

Blumhuber, H.; Kaasa, S. and de Conno, F. (2002): The European Association for Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management, 24(2), 124-27

Caraceni, A.; Hanks, G.; Kaasa, S. et al (2012): Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncology 13:e58-68

Cherny, N.I; Radbruch, L. et al (2009): European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine 23:581-593

De Vlieger, M.; Gorchs, N.; Larkin, P.J. and Porchet, F. (2004): A guide to the development of palliative nurse education in Europe. Report of the EAPC Task Force. September 2004

European Association for Palliative Care (2007): Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education. Milan: European Association for Palliative Care

European Association for Palliative Care (2009): Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine. Milan: European Association for Palliative Care

Junger, S. and Payne, S. (2011): Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. European Journal of Palliative Care, 18(5): 238-252

Begleitung und Versorgung kranker und sterbender Erwachsener in der Türkei

Asiye Balikci

Asiye Balikci

Sterben und Tod sind die unabdingbaren Realitäten des Lebens. In der türkischen Kultur werden Krankheit und Sterben in erster Linie als eine Familienangelegenheit betrachtet. Das kulturelle Verständnis vieler Familien ist, dass sterbende Familienangehörige nach Hause gehören, damit sie sich angemessen verabschieden und in Ruhe und Frieden sterben können. Die Gemeinschaft soll dem Sterbenden das Sterben durch ihre Anwesenheit auch erleichtern. In der Not hält man in der Familie und der Gemeinschaft zusammen und lässt keinen Kranken am Sterbebett alleine. Viele lehnen es daher ab, ihre Angehörigen in Krankenhäuser oder Hospize zu geben, da dies auch als fehlende Wertschätzung und mangelnder Respekt gegenüber den Sterbenden erlebt und oft sogar als „Abschieben“ gebrandmarkt wird. Dies ist einer der Gründe, warum die Hospizbewegung und Palliative Care in der Türkei bisher keine wesentliche Rolle gespielt haben.

Hinzu kommen kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung und Akzeptanz von Krankheit und Tod zwischen dem medizinischen Fachpersonal und Patienten in der Türkei sowie deren Familien, die eine angemessene Fürsorge am Ende des Lebens behindern können (Surbonne, 2008). Insbesondere der Tod durch Krebs ist in der türkischen Gesellschaft sehr gefürchtet. Oftmals empfinden die Angehörigen der Patienten es als sehr schmerzhaft, über unheilbare Krankheiten zu sprechen und neigen dazu, den Erkrankten nicht (ausreichend) zu informieren. Ein verbreitetes Vorgehen bei schweren Krankheiten in der Türkei ist, die Angehörigen über das Krankheitsbild zu informieren, die Patienten jedoch aus Sorge um das Wohlergehen damit zu „verschonen“ (Oguz et al., 2003). Türkische Patienten und deren Familien haben oft unterschiedliche Vorstellungen von einer „guten medizinischen Versorgung” als das medizinische Fachpersonal (De Graaff et al., 2010). Sie verstehen darunter eher Untersuchungen und Diagnosen als eine heilende Versorgung. Dies kann dazu führen, dass sie z. B. im Endstadium von Krebs noch nach einer weiteren ärztlichen Meinung oder sogar nach weiteren medizinischen Tests oder Chemotherapie verlangen.

Allerdings findet mittlerweile in der türkischen Gesellschaft diesbezüglich ein Wandel statt. Dies hat verschiedene Gründe: Die Erkrankten können von den Angehörigen zu Hause oftmals medizinisch nicht (ausreichend) versorgt werden, sei es, weil aus finanziellen Gründen die medizinische Ausstattung nicht vorhanden ist oder die alten Strukturen der Großfamilie durch Kleinfamilien abgelöst worden sind und Familien nicht mehr die örtliche Nähe zu Angehörigen haben. Ferner haben die pflegenden Angehörigen als medizinische Laien keine bis geringe Kenntnisse über das richtige Verhalten bei den jeweiligen Krankheitsbildern und sind durch die alleinige Versorgung des Erkrankten oftmals psychisch und physisch überfordert. Zwar sind in den Großstädten mittlerweile eine Handvoll ambulanter Pflegedienste entstanden, jedoch sind noch keine einheitlichen Strukturen von Pflegediensten in der gesamten Türkei vorhanden. Hinzu kommt, dass die Nutzung häufig gut situierten Menschen vorbehalten ist, da die Kosten von der staatlichen türkischen Sozialversicherungsanstalt lediglich bei Krebserkrankungen übernommen werden und nur wenige private Versicherungen die Übernahme dieser Kosten anbieten. Insbesondere Menschen aus ländlichen Regionen oder kleineren Städten können sich einen solchen Service daher weder finanziell leisten, wenn es sie denn vor Ort gibt, oder sie sind

Grabstein mit osmanischer Inschrift inmitten von Feldern im Dorf Ataköy, Provinz Trabzon (Foto: R. Benninghaus)

nicht (ausreichend) über die Voraussetzungen der Kostenübernahme durch die Sozialversicherungsanstalt informiert. Dies führt oftmals zu einem langen und schmerzhaften Sterbeprozess und stellt eine Qual sowohl für den Sterbenden als auch dessen Familie dar.

Palliative Care in der Türkei

Während sich in den letzten Jahren nur eine Handvoll Menschen mit dem Thema beschäftigte, hat sich die Situation in der medizinischen Landschaft in der letzten Zeit rapide verändert.

Um den sterbenden Patienten ein möglichst schmerzfreies und würdiges Lebensende zu ermöglichen, fanden in den letzten Jahren erhebliche Reformen im Gesundheitswesen statt. Zum einen wurde durch die Anerkennung und Etablierung von Palliative Care in Krankenhäusern sowie der Gründung von Palliative Care-Initiativen eine langsame Veränderung in der medizinischen Landschaft der Türkei in Gang gesetzt. Zum anderen ist ein namhaftes Projekt des Gesundheitsministeriums mit dem Namen „Pallia-Türk“ im Jahr 2009 gestartet. Ziel des Projektes ist es, die Palliativmedizin in allen Städten der Türkei strukturell zu etablieren.

Dazu sollen in allen Onkologiezentren palliativmedizinische Einheiten eingerichtet werden, angefangen von den Großstädten bis hin zu den mittleren und kleinen Städten, so dass eine medizinische Rundum-Versorgung von Sterbenden in der gesamten Republik erfolgen kann. Ein wichtiger Baustein des Projektes soll auch die Ausbildung der medizinischen Fachkräfte, wie z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Therapeuten, Physiotherapeuten etc., im Bereich der Palliative Care sein, die mit den Sterbenden und deren Angehörigen arbeiten werden. Dazu sollen mehr als 23.000 Mediziner und mehr als 500 ambulante Pflegeanbieter in Palliative Care ausgebildet werden, damit diese die schwerkranken Patienten und deren Angehörigen begleiten können.

Um die ambulante Versorgung von schwerkranken Menschen in den eigenen vier Wänden auszubauen, sollen Angehörige informiert und für die Pflege speziell geschult werden. Die begleitende Unterstützung von Ärzten und Pflegepersonal soll durch Hausbesuche ermöglicht werden. Diese erste Stufe der Versorgung soll durch weitere Zentren unterstützt werden und in der Entwicklung von speziellen stationären Hospizen gipfeln, die zur Zeit in drei Städten der Türkei, u.a. Ankara, als Pilotprojekte laufen. Das Besondere an diesen Hospizen wird sein, dass sie die Unterbringung von Familienmitgliedern umfassen, aber auch Räume für gemeinsame Aktivitäten in den Familien schaffen. Damit wird auch der traditionellen Familienstruktur in der Türkei Rechnung getragen.

Friedhof der Kleinstadt Cizre an der türkisch-syrischen Grenze (Foto: R. Benninghaus)

Das erste Palliative Care-Forschungszentrum der Türkei hat im Jahre 2010 an der Ege Universität in Izmir mit 10 Betten seine Arbeit aufgenommen. Das Zentrum richtet sich insbesondere an schwerkranke Krebspatienten, die einen schmerzhaften und langen Sterbeprozess vor sich haben. Das Team, das die Palliative Care-Versorgung durchführt, ist multiprofessionell und besteht aus Ärzten, Krankenschwestern, Pflegern, Psychiatern, Psycho- und Physiotherapeuten u. a. Die Angebote beinhalten eine medizinische, psychologische und therapeutische Versorgung sowohl der Sterbenden als auch der Angehörigen.

Durch diese Bestrebungen wird sich die Sterbekultur in der Türkei wandeln und die enorme Bedeutung von Palliative Care als Menschenrecht wird weiter wachsen.

Asiye Balikci
Juristin, Trauerbegleiterin, Familientherapeutin und Trainerin für kultursensible Altenarbeit und Palliative Care
a.balikci@gmx.de

Literatur

Surbone, A. (2008): Cultural aspects of communication in cancer care. Support Care Cancer.; 16: 235-240

Oguz, N.Y.; Miles, S. H.; Buken, N.; Civaner, M. (2003): End of life care in Turkey, in: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 12,: 279-284

De Graaff, F. M.; Francke, A. L.; Van den Muijsenbergh, METC et al. (2010): ‚Palliative care‘: a contradiction in terms?: A qualitative study of cancer patients with a Turkish or Moroccan background, their relatives and care providers in: BMC Palliative Care. 9, 2010: 19

Eine Welt der Schmerzmedizin

Andreas Kopf

Andreas Kopf

Ein ‚Recht auf Schmerzbehandlung' wird inzwischen als selbstverständlich angesehen und die Ergebnisse der klinischen und Grundlagenforscher ermöglichen es uns heute, Schmerzen besser zu verstehen, zu vermeiden und zu behandeln.

Leider wird oft übersehen, dass dies fast nur für wenige Länder Westeuropas und Nordamerikas gilt. Die weltweite Realität ist, dass es an der Wahrnehmung von zu behandelnden Schmerzen meist fehlt und auch einfache Therapiealgorithmen und Analgetika nicht zur Verfügung stehen.
Der Sprecher der Developing Countries Taskforce der IASP[1], Sir Michael Bond, stellte fest: „In developing countries available resources for health care understandably focus on the prevention and treatment of „killer"diseases. Yet most such conditions are accompanied by unrelieved pain which is why pain control matters in the developing world."

Also gerade weil es in den meisten Ländern mindestens mittelfristig keine adäquaten kausalen Therapieangebote geben wird, ist es notwendig, zumindest palliative Therapieansätze der Symptomkontrolle, insbesondere ein adäquates Schmerzmanagement, zur Verfügung zu stellen. In einem Memorandum der WHO heißt es dazu: "most, if not all, pain due to cancer could be relieved if we implemented existing medical knowledge and treatments."

Weltweit leiden Millionen von Menschen unnötig unter akuten und chronischen Schmerzen, da geeignete Schmerzmittel, adäquate Aus-, Fort- und Weiterbildung und Gelder für den Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung fehlen. Nach Ansicht von Human Rights Watch entspricht dies einer Verletzung der Menschenrechte. Man muss davon ausgehen, dass vier von fünf Menschen weltweit keinen oder nur einen unzureichenden Zugang zu einer wirksamen Schmerztherapie haben. Beispielsweise werden von den weltweit eingesetzten morphinartigen Schmerzmitteln nur 6% in den sogenannten Schwellen- und Entwicklungsländern eingesetzt, obwohl dort ca. die Hälfte der weltweit an Krebs erkrankten und die Mehrheit der AIDS-Patienten leben. In Albanien beispielsweise werden nach aktuellen Erhebungen der Pain & Policy Study Group (2011) 4,5 mg Morphinäquivalente/ Einwohner eingesetzt. Zum Vergleich beträgt die Morphinäquivalent-Menge in den USA und den nordwesteuropäischen Staaten > 150 mg. Dabei hat Albanien – wie auch die meisten anderen Schwellen- und Entwicklungsländer die ‚Single Convention' der UN unterzeichnet, in der sich die Unterzeichner verpflichten, ausreichend Opioide für die Behandlung von (Tumor-)Schmerzen dem Gesundheitssystem zur Verfügung zu stellen.

Der Schlüssel für ein adäquates Schmerzmanagement in Schwellen- und Entwicklungsländern sind Behandler (Ärzte, Clinical Officer, zertifizierte Pflege), die die therapeutischen Möglichkeiten von Opioiden und anderen Analgetika einschätzen können und bereit sind, diese Pharmaka auch zu verschreiben. D. h., das bloße Vorhandensein von Opioiden durch Import oder eigene Herstellung sichert keine ausreichende Patientenversorgung!

Der International Narcotics Control Board hat die Barrieren für ein adäquates Schmerzmanagement zusammengefasst (INCB Survey, 1995):

- Angst vor Suchtgefahren und Opioidhandel
- unzureichende Ausbildung
- restriktive Gesetzgebung und administrative Vorgaben
- insuffizienter Import bzw. Herstellung von Opioiden und Opioidkosten
- Fehlen einer nationalen Leitlinie für Schmerzmanagement

Die fehlende Ausbildung des Gesundheitspersonals in palliativen Therapieoptionen, bei denen eine angemessene Schmerztherapie ein essentieller

1 IASP- International Association for the Study of Pain

Herstellung von Morphinsirup im Hospice Africa Uganda, Kampala, Uganda

Bestandteil ist, ist wahrscheinlich das Haupthindernis bei der Bewältigung der genannten Defizite. Ein langjähriges Projekt unter Leitung von Kopf in Kenia (Kopf, 2007) hat die ‚Barrieren' dokumentiert und eine ‚Taskforce Opioid Availability' eingerichtet. Die palliativmedizinische (KEHPCA)[2] und schmerzmedizinische Fachgesellschaft (Kenya Pain Society) arbeiten zusammen daran, Restriktionen und Wissensdefizite zu vermindern.

Ärzte können ihre Ausbildung abschließen, ohne sich je mit den Möglichkeiten des Schmerzmanagements auseinandergesetzt zu haben, obwohl Schmerzen der bei weitem häufigste Grund sind, warum Patienten einen Arzt aufsuchen. Die resultierende Unsicherheit ist einer der Hauptgründe, warum eine angemessene Behandlung unterbleibt. Beispielsweise werden bestimmte Vorurteile durch eine fehlende adäquate Ausbildung gefördert, wenn Behandlungen mit den bei den meisten Tumorerkrankungen erfolgreich einsetzbaren morphinartigen Schmerzmitteln unterbleiben, weil irrationale Ängste beispielsweise vor Abhängigkeit, Suchtentwicklung und Atemfunktionsstörungen bestehen. Ebenso führt die unzureichende Ausbildung zu einer mangelhaften Wahrnehmung der Bedeutung von Schmerzen für den einzelnen Patienten. Viele Patienten beklagen daher zu recht eine Ignoranz seitens des medizinischen Personals gegenüber ihrem Leiden. Seitens der Patienten bestehen aber ebenso Vorbehalte und Verhaltensbesonderheiten, die einem verbesserten Schmerzmanagement entgegen stehen. Insbesondere das Phänomen des „being a good patient" (Beschwerden ertragen und den Behandler nicht „belästigen") führt zu einer fatalen Fehlkommunikation: Schmerzen werden nicht berichtet und Behandler nehmen diese (daher) nicht wahr.

In der informellen Siedlung Mathare Valley in Nairobi können Tumorkranke mithilfe der „German Doctors" seit 2010 Morphin zur Schmerzkontrolle erhalten. Studien zeigen, dass ca. 95% der Patienten bis zu ihrem Lebensende mit Morphin ausreichend schmerzkontrolliert werden können.

Dem Anspruch auf Schmerzassessment und der Sicherstellung der ausreichenden Therapie akuter und chronischer Schmerzen gebührt daher höchste Priorität. Neben der verbesserten Verfügbarkeit von Opioiden und dem Abbau rechtlicher Einschränkungen der Einsetzbarkeit kommt dabei insbesondere der Implementierung der Schmerzmedizin in die studentischen Curricula der medizinischen Fakultäten eine wichtige Aufgabe zu. Weiterhin können Aufklärung und krankenhausinterne ‚SOPs' (Standard Operating Procedures) helfen, die ‚Awareness' für Schmerz zu steigern. In einem Pilotprojekt ist dies Kopf und einheimischen Behandlern in einem mittelgroßen Krankenhaus in Nairobi gelungen (Zaslansky, R., et al., 2011).

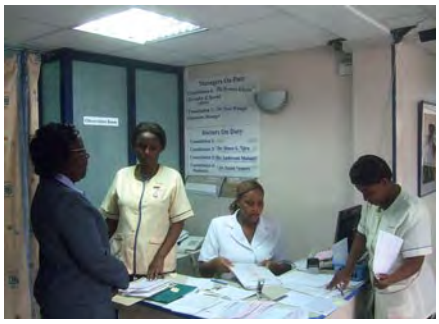
Teilnehmer der Konferenz: „Focus on Essential Pain Medication Accessability", Entebbe, Uganda

Die Deutsche Schmerzgesellschaft (ehemals DGSS) als eine der größten Schmerzgesellschaften aus einem der entwickeltsten Länder der Welt möchte dabei helfen, schmerzmedizinisches Wissen weiterzugeben. Zu diesem Zweck wurde bei der letzten Jahrestagung in Mannheim 2011 nach Anregung des Präsidiums ein Arbeitskreis ‚Schmerzmedizin weltweit' gegründet. Der Name ‚Schmerzmedizin weltweit' wurde gewählt, da der beispielsweise in der IASP verwendete Begriff ‚Developing Countries' irreführend ist: viele wirtschaftlich entwickelte Länder sind hinsichtlich der schmerzmedizinischen Versorgung unterentwickelt, z. B. Serbien, Ukraine oder Malaysia.

Die Gründungsmitglieder vereinbarten bereits erste praktische Aufgaben des Arbeitskreises, nämlich die Unterstützung und Anerkennung der bereits existierenden internationalen Projekte im Iran und in Serbien. Im Iran ist die Entwicklung der Schmerzmedizin schon fortgeschritten. Herr Benrath und Herr Treede von der Universität Mannheim haben mit dem Präsidenten der iranischen Schmerzgesellschaft IPS[3], Herrn Sharify, be-

2 KEHPCA – Kenya Hospices and Palliative Care Association

reits eine intensive Zusammenarbeit mit Hospitationen und Vortragsreisen begonnen. Gleiches gilt für die Kooperation mit Serbien, die auf Anregung des Educational Committees der EFIC[4] entstanden war. In Serbien ist die Schmerzmedizin noch ganz am Anfang ihrer Entwicklung. Die bei verschiedenen Hospitationen und Fortbildungen kennengelernten jungen und engagierten serbischen Ärzte machen aber Mut, die Zusammenarbeit mit der serbischen Schmerzgesellschaft SAPRT[5] unter Leitung von Frau Miroslava Pjevic fortzusetzen.



In einem internationalen Benchmarking-Projekt zur Behandlung akuter postoperativer Schmerzen („PainOUT") hat auch eine kenianische Klinik teilgenommen. Dargestellt ist das hochmotivierte Team einer chirurgischen Station, der es mit „Low Tech Medicine" und gleichzeitiger Anwendung einfacher Algorithmen zur Schmerzmessung und -therapie gelungen ist, mit europäischen Kliniken vergleichbare positive Ergebnisse zu erzielen.

Der Arbeitskreis ‚Schmerzmedizin weltweit' wird v. a. Koordinierungsaufgaben haben. Inhaltliche Grundlage der ‚Schmerzmedizin weltweit' ist die online frei verfügbare IASP Press Publikation ‚Pain Management in Low Resource Settings' (www.iasp-pain.org, Hrsg. Kopf, A. und Patel, N.). Für Fortbildungsinitiativen wird aktuell von einer Arbeitsgruppe des PainOUT Konsortiums unter Leitung von Kopf ein ‚Lecturer Tool Kit' erarbeitet, das es ermöglichen wird, nach Train-the-Trainer-Kursen Aus-, Fort- und Weiterbildung durch lokale ‚Champions' durchführen zu lassen (http://pain-out.med.uni-jena.de).

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die von uns in Deutschland teilweise zu recht kritisierte Versorgungsqualität von Schmerzpatienten mit Ausnahme weniger Länder weltweit eine Ausnahme ist. In den meisten Weltregionen – einschließlich Osteuropas – fehlen fast alle Voraussetzungen für eine schmerzmedizinische Versorgung. Veränderungen können nur erreicht werden, wenn auf drei verschiedenen Ebenen angesetzt wird: erstens der administrativen Ebene (Import von Analgetika, Reduzierung administrativer Hürden bei der Verschreibung), zweitens der Behandlerebene (Aus-, Fort- und Weiterbildung) und drittens der Patientenebene (Edukation). Das ‚Recht auf Schmerztherapie' kann nur von einheimischen ‚Champions' verwirklicht werden, internationale Experten können und sollten aber als ‚Facilitators' (Vermittler) helfend zur Seite stehen, um einerseits die internationale Bedeutung des Themas sichtbar zu machen und andererseits konkrete Hilfestellungen anbieten zu können. Internationale Fachgesellschaften haben schon vor einigen Jahren begonnen, sich des Themas anzunehmen. In Deutschland, mit seiner fehlenden Tradition internationaler Verbindungen in der Medizin, existieren bislang nur isolierte und individuelle Einzelprojekte zur Kooperation.

‚Schmerzmedizin weltweit' wird hoffentlich die Wahrnehmung des Problems des insuffizienten Schmerzmanagements in vielen Regionen der Welt verbessern helfen. Insbesondere die Fachgesellschaften und Universitäten sind aufgerufen, durch die Etablierung längerfristiger Kooperationsverträge nachhaltige Veränderungen in den Partnerländern zu befördern.

Dr. Andreas Kopf
Sprecher des Arbeitskreises
„Schmerzmedizin weltweit"
Benjamin Franklin Schmerz- und
Palliativzentrum
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30, 12202 Berlin
Dept. of Medical Physiology,
University of Nairobi, Nairobi, Kenia
andreas.kopf@charite.de

Literatur

Kopf, A. (2007): Opioidverfügbarkeit in Kenia in: Der Schmerz 2007; 21: 160-3

Zaslansky, R., et al. (2011): European Journal of Pain 2011; Epub ahead of print). In Pubmed ist die Publikation bis zur Printveröffentlichung als "ahead of print" elektronisch einzusehen

3 IPS - Iranian Pain Society
4 EFIC -The European Federation of IASP Chapters
5 SAPRT - Serbian Association of Pain Research and Treatment

Palliativversorgung in Indien: Herausforderungen und Möglichkeiten

Shuba Ranganathan

In der heutigen komplexen, multikulturellen Welt gibt es auf Grund einer großen Mobilität immer mehr Beziehungen zwischen den Gesellschaften, die gleichzeitig zu einer Vermischung der Kulturen führen.

Während es einerseits ein immer weiter wachsendes gegenseitiges Geben und Nehmen zwischen den Kulturen gibt, ist die heutige Welt immer noch mit großen ethnischen und rassischen Problemen konfrontiert. Die Notwendigkeit von Toleranz und Wertschätzung zwischen den Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen ist unerlässlich. Kulturelle Sensibilität ist insbesondere im Bereich der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen, wo wichtige Entscheidungen, basierend auf dem Lebenshintergrund des Einzelnen, getroffen werden, ein sehr bedeutsames Thema. Den Fokus auf Indien gerichtet, sollen in diesem Beitrag die kulturellen Aspekte, die ihre Berücksichtigung in der Praxis von Palliative Care finden müssen, diskutiert werden.

Ungeachtet der wachsenden Zahl an Palliativeinrichtungen und Hospizen in Indien, wird hier der Schwerpunkt mehr auf die körperliche Pflege als auf die psychische Gesundheit gelegt. Es besteht jedoch ein großer Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen, die nicht nur das körperliche, sondern auch das psychische und geistige Wohlbefinden sterbender Patienten im Blick haben, um eine kultursensible Lebensqualität am Lebensende und ein ‚gutes Sterben' zu gewährleisten.

Psychosoziale Probleme in der Palliativmedizin: Notwendigkeit kultureller Sensibilität

Die Einstellungen gegenüber dem Alter und dem Sterben sind tiefverwurzelt in kulturellen Werten. Diese Werte müssen bei den zu treffenden individuellen medizinischen Entscheidungen Berücksichtigung finden. Viele Aspekte der Entscheidungen am Lebensende werden von kulturellen Faktoren intensiv beeinflusst und weisen diesbezüglich große Unterschiede auf (Searight & Gafford, 2005). Aus diesem Grund müssen die medizinische Praxis und die Palliativversorgung diese kulturellen Aspekte wahrnehmen und berücksichtigen. Es gibt zum Beispiel große Unterschiede zwischen westlichen und östlichen Kulturen bzgl. der Kommunikationsregeln beim Überbringen schlechter Nachrichten, beeinflusst durch die jeweilige medizinische Ausbildung und Praxis. Diese unterschiedlichen Normen nehmen auch Einfluss darauf, welche Informationen an die Patienten und ihre Angehörigen weitergegeben werden.

Shuba Ranganathan

Wissenschaftler haben herausgefunden, dass sich fast 50% der Patienten, die sich in einer Krebsbehandlung befinden, nicht über Diagnose und Therapie im Klaren sind. Zudem tendieren die Ärzte im Zusammenwirken mit den Angehörigen dazu, die Patienten – wenn überhaupt – eher über die Behandlung der Krankheit als über die Prognose und mögliche Rückfälle zu informieren (Chaturvedi, Loiselle, Chandra, 2009).

Die Beteiligung an medizinischen Entscheidungen hängt auch noch von anderen Faktoren ab, wie z. B. den Machtverhältnissen innerhalb der Familie, welche natürlich beeinflusst sind von den traditionellen Geschlechterrollen. So werden Frauen in Bezug auf ihre eigene Krankheit oft nicht in die notwendigen Entscheidungsprozesse einbezogen; die älteren Familienmitglieder hingegen spielen innerhalb der Familie eine wichtige Rolle bzgl. der medizinischen Entscheidungen.

Solange diese zwischenmenschlichen und psychosozialen Themen in der medizinischen Ausbildung nicht berührt werden, bleibt für die im Gesundheitswesen Tätigen das Überbringen schlechter Nachrichten eine unangenehme und, wenn irgendwie möglich, zu vermeidende Aufgabe. Insbesondere wenn es Kinder betrifft, wird es als besonders problematisch empfunden (Seth, 2010). Diese Ergebnisse verdeutlichen, welche Bedeutung die Vermittlung kultureller Sensibilität in der Ausbildung von Fachkräften in Palliative Care hat.

Palliative Care in Indien: Probleme und Herausforderungen

Palliative Care in Indien steht noch vor vielen Herausforderungen, die Antworten und Lösungen unter Einbeziehung der indischen Situation verlangen. Westliche Modelle sind aufgrund einer Reihe von Gründen oft nicht auf den indischen Kontext zu übertragen. Erstens hat Indien eine große Bevölkerung mit über einer Milliarde Menschen, wovon die meisten den unteren sozio-ökonomischen Schichten der Gesellschaft angehören. Zweitens, obwohl der Schwerpunkt der Behandlung in Indien eher auf der Heilung von Krankheiten als auf Schmerzmanagement und Palliative Care liegt, kommen rund 80% der Patienten erst im fortgeschrittenen Stadium ins Krankenhaus, wo eine Palliativbetreuung nur noch als einzig realistische Option angeboten werden kann (Venkateswaran & Manoj Kumar, 2006). Schließlich erfordert die Vielfalt der kulturellen Überzeugungen, Werte, Religionen und Ethnien in Indien Ansätze, die auf den kulturellen Kontext zugeschnitten sind.

Es gibt noch eine große Zahl von Herausforderungen, um eine hochqualifizierte Palliativbetreuung bereitzustellen. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ist es nur in 13 von den 28 indischen Bundesstaaten und sieben Unionsterritorien möglich, ein Genehmigungsverfahren für eine Narkotika-Lizenz zu beantragen. Dies hat natürlich Auswirkungen auf die Bereitstellung von Schmerzmanagement und -linderung. Darüber hinaus haben weniger als 3% der Inder Zugang zu Palliativbetreuung oder anderer medizinischer Hilfe dieser Art (Koshy, 2009). Es gibt zwar 138 Hospize und Palliativdienste in 16 Bundesstaaten und Unionsterritorien, die meisten von ihnen (mit Ausnahme von ‚Kerala') befinden sich aber in den großen Städten. Daher ist die ländliche Bevölkerung von der Versorgung ausgeschlossen (McDermott, Selman, Wright & Clark, 2008).

Die geografische Verteilung der palliativen Versorgung zeigt gravierende Unterschiede in der Anzahl: im Süden ist sie deutlich höher und in einigen Bundesstaaten und Unionsterritorien fehlt sie ganz. Faktoren wie Armut, geografische Lage, schlechte Straßenverhältnisse, Bevölkerungsdichte und Verfügbarkeit von Opioiden führen zu diesem unausgewogenen Verhältnis. Diese Probleme und Gegebenheiten erfordern die Entwicklung und Anwendung von Ansätzen, die nicht einfach nur die westlichen Modelle kopieren, sondern auf die indischen Verhältnisse zugeschnitten sind.

Neue Möglichkeiten in der Palliativversorgung

Als Antwort auf diese Herausforderungen wurden in Indien neue Modelle der Palliativversorgung entwickelt und in die Praxis umgesetzt. Die Vorgehensweisen basieren auf den sogenannten ‚community care models' (kommunale oder gemeindenahe Versorgungsmodelle) und versuchen sich über die Begrenzungen der westlichen Hospiz- und Palliativmodelle hinweg zu bewegen. Es gibt zwei wichtige Merkmale dieser Modelle: sie beziehen die Beteiligung der örtlichen Gemeinden ein und sie legen den Schwerpunkt auf die häusliche statt auf die institutionelle Versorgung.

Indien hat eine lange Tradition spiritueller und häuslicher Versorgung für die Kranken, da die Pflege Sterbender immer schon in den Händen der Familienmitglieder lag und weniger durch den Staat erfolgte. Dies liegt teilweise in der Unzulänglichkeit des medizinischen Personals und teilweise an den familienorientierten Werten (Chaturvedi & Chandra, 1998). Es wurde aufgezeigt, dass die westlichen Modelle in Indien unhaltbar sind, einerseits wegen der zu erwartenden hohen Kosten, andererseits wegen des ausgeprägten Stigmas, das die Unterbringung von sterbenden Patienten in stationären Einrichtungen mit sich bringen würde (Seamark, Ajithakumari, Burn, Saraswathi Devi, Koshy, Seamark, 2000). Ambulante häusliche Versorgung, die zudem auf eine große Anzahl von Freiwilligen der örtlichen Gemeinden zurückgreift, ist die bevorzugte Option für ein Niedriglohn- und Entwicklungsland wie Indien. In diesem Zusammenhang ist der gemeindenahe Zugang in Kerala eine willkommende Alternative zu einem hospiz-basierten Modell (Venkateswaran & Manoj Kumar, 2006).

Der Kerala-Weg: Vom ‚Hospiz-Modell' zum gemeindenahen Modell

Viele Regionen von Kerala haben gemeindenahe Modelle der Palliativversorgung implementiert. Eines davon ist das ‚Neighbourhood Network in Palliative Care' (NNPC), welches im Jahr 2001 initiiert wurde. Geschulte Freiwillige engagieren sich in der Arbeit häuslicher Begleitung und in der Öffentlichkeitsarbeit in Form von bewusstseinsbildenden Programmen oder der Teilnahme an häus-

lichen Pflegebesuchen. Das Bemühen darum, kommunale Zugänge in der Palliativversorgung zu aktivieren, führt zu einem den spezifischen Situationen und Bedürfnissen angemesseneren optimalen Umgang. Gemeindemitglieder werden erwartungsgemäß ein besseres Verständnis der Probleme haben, mit denen Ihre Mitbürger konfrontiert sind, und befinden sich dadurch in der Lage, pragmatische und effektive Lösungswege umzusetzen.

Da geschulte Freiwillige aus der Kommune eher eingesetzt werden als medizinisches Personal, sind die gemeindenahen Modelle darüber hinaus viel tragfähiger als Hospizmodelle (Kumar & Numpeli, 2005). Letztere basieren typischerweise auf einer kostenintensiven und spezialisierten institutionalisierten Versorgung durch medizinisches Personal. In einem Land mit einem akuten Mangel an diesem Personal und einem schlechten Arzt-Patient-Schlüssel, ist die Möglichkeit einer solch individualisierten fachlichen Pflege unbeschreiblich gering.

Letztendlich ist das NNPC eine der ersten Institutionen, die das Wissen der örtlichen Bevölkerung nicht nur ernst nehmen sondern auch daraus lernen. Wie Stjernsward (2005) hervorhebt, ist es „dem NNPC … gelungen, Palliative Care zu einer bürgerorientierten Gesundheitsbewegung zu machen, indem es in einer pragmatischen und realistischen Weise einem der wesentlichen Lebensereignisse, dem Tod, begegnet, und Verantwortung für die Begleitung und Versorgung Sterbenskranker in ihrer Gesellschaft übernimmt“ (S.25).

In einem Land, in dem die medizinische Praxis durch ausgeprägte Hierarchien zwischen Experten und Laien, durch eine paternalistische Haltung, durch ungleiche Machtverteilung sowie durch problematische staatliche Einstellungen zum Gesundheitswesen gekennzeichnet sind, stellen solche kommunalen Bemühungen, die das Potenzial der örtlichen Kenntnisse anerkennen, eine willkommene Entlastung dar. Es ist wünschenswert, dass dieses aus dem indischen kulturellen Kontext hervorgegangene Vorgehen ein besseres Verständnis für die gelebte Wirklichkeit im Umgang mit lebensbedrohlichen Erkrankungen in Indien schafft.

Dr. Shuba Ranganathan
Assistant Professor
Department of Liberal Arts
Indian Institute of Technology Hyderabad
Tel.: 00 91 40 - 23 01 70 88
Mobil: 0 94 40 19 02 55
shubha@iith.ac.in
oder shubha.ranganathan@gmail.com
https://sites.google.com/a/iith.ac.in/dr-shubha-ranganathan/

Literatur

Chaturvedi, S.K. & Chandra, P.S. (1998): Palliative care in India. Support Care Cancer, 6, 81-84

Chaturvedi, S.K. , Loiselle, Chandra, P.S. (2009): Communication with relatives and collusion in palliative care: A cross-cultural perspective. Indian Journal of Palliative Care, 15 (1), 2-9

Koshy, C. (2009): The palliative care movement in India: Another freedom struggle or a silent revolution? Indian Journal of Palliative Care, 15 (1), 10-13

Kumar, S. & Numpeli, M. (2005): Neighborhood network in palliative care. Kerala. Indian Journal of Palliative Care, 11 (1), 6-9

McDermott, E., Selman, L., Wright, M., & Clark, D. (2008): Hospice and Palliative Care Development in India: A Multimethod Review of Services and Experiences. Journal of Pain and Symptom Management, 35 (6), 583-593

Seamark, D., Ajithakumari, K., Burn, G., Saraswathi Devi, P., Koshy, R., & Seamark, C. (2000): Palliative care in India. Journal of the Royal Society of Medicine, 93, 292-295

Searight, H. R. & Gafford, J. (2005): Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. American Family Physician, 71(3), 515-522. Retrieved June 6, 2005, from Academic Search Elite database

Seth, T. (2010): Communication to pediatric cancer patients and their families: A cultural perspective. Indian Journal of Palliative Care, 16 (1), 26-29

Stjernsward, J. (2005): Community participation in palliative care. Indian Journal of Palliative Care, 11 (1), 22-27

Venkateswaran, C. & Manoj Kumar, T. (2006): Psycho-oncology in India: Emerging trends from Kerala. Indian Journal of Palliative Care, 12 (1), 34-38

Veröffentlichungen

Carola Reifenhäuser, Sarah G. Hoffmann, Thomas Kegel
Freiwilligen-Management
Ziel-Verlag; 2. überarb. Auflage, 2012
€ 19,80

Die Publikation richtet sich an Führungskräfte und andere Beschäftigte, die im sogenannten Non-Profit-Bereich mit ehrenamtlich Tätigen arbeiten. Dabei führen die Autoren zunächst aus, warum und wofür man sich engagiert, und beschreiben dann den in den letzten Jahren vollzogenen Strukturwandel vom traditionellen Ehrenamt zum neuen Freiwilligenmanagement. Sie legen den Satz „Management ist die schöpferische Kunst, Talente richtig einzusetzen“ zu Grunde und sehen dabei gleichzeitig die strategische Organisationsentwicklung als notwendige Maßnahme. Diese stellen sie u. a. mit den Bestandteilen Gewinnung, Anerkennung, Qualitätssicherung und Evaluation dar auf der Basis des Satzes: „… auch, wenn das freiwillige Engagement unentgeltlich ist – es ist weder umsonst noch kostenlos.“

Michael von Brück
Ewiges Leben und Wiedergeburt: Sterben, Tod und Jenseitshoffnung in europäischen und asiatischen Kulturen
Herder, 2012
€ 9,99

Der Religionswissenschaftler Michael von Brück setzt sich in diesem Buch mit den Vorstellungen über den Tod und das Jenseits auseinander, damit, wo diese Vorstellungen herkommen, wie sie sich widersprechen oder ergänzen und was sie bewirken. Er führt dies aus für die europäisch-christliche Tradition und die hinduistischen und buddhistischen Lebens- und Sterbensformen. Innerhalb dieser Betrachtungen geht er ein auf die Mythen, die diese beiden Glaubensformen historisch bis zum heutigen Tag begleitet haben, beschreibt den Hintergrund und die Bedeutung von Riten und Symbolen und endet mit dem letzten großen Kapitel überschrieben mit ‚Geheimnis der Hoffnung‘. Mit seinen sachlichen und umfassenden Ausführungen wünscht sich der Autor, dass die Leserin oder der Leser auf der Basis eigener Erfahrung und Reflexion die religionswissenschaftlichen, ästhetischen und existentiell-religiösen „Fäden aufnehmen und weiterknüpfen möge zu einem formvollendeten Teppich menschlicher Kulturbildung, der Halt unter den Füßen bietet.“

Monika Thomm
Schmerzmanagement in der Pflege
Springer, 2012
€ 29,95

Ziel eines multiprofessionellen Teams in der Pflege muss sein, das Schmerzmanagement so zu beeinflusssen, „dass unsere Patienten nach erfolgreicher Schmerzbehandlung so empfinden können wie Wilhelm Busch es in Abenteuer eines Junggesellen (1875) formulierte: ‚Gehabte Schmerzen, die hab ich gerne.‘“ Das vorliegende Buch bietet umfassende Informationen zum Thema Schmerzbehandlung, der Fokus ist dabei nicht ausschließlich auf Schmerzmanagement in der Palliativ- oder Hospizversorgung gerichtet. In 19 Kapiteln wird Basiswissen zur Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie von Schmerzen und zu schmerztherapeutischen Möglichkeiten, zu Ressourcen und professionellem Umgang mit Schmerzpatienten vermittelt‘. Ausführlich behandelt werden außerdem ‚Tumorschmerz‘, ‚Palliative Care und Palliativpflege‘, ‘Schmerzbehandlung bei dementen Menschen‘ oder ‚Fibromyalgie‘, wobei die Inhalte dem Curriculum der Weiterbildung zur ‚Algesiologischen Fachassistenz‘ der DGSS entsprechen.

Christoph Gerhard
Neuro-Palliative Care: Interdisziplinäres Praxishandbuch zur palliativen Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen
Huber, 2011
€ 39,95

Neurologisch erkrankte Menschen leiden häufig an kommunikativen, kognitiven und neurophysiologischen Beeinträchtigungen. Hinzu kommen oft noch körperliche Einschränkungen wie z. B. Lähmungen oder Sehstörungen. In der Betreuung und Begleitung dieser Patienten bedarf es neuer Wege sowohl in der Erfassung von Schmerzen und deren Symptomen als auch in der Kommunikation und Begleitung. In der Palliativversorgung neurologisch erkrankter Menschen sind neurologische Kenntnisse ebenso vonnöten wie eine ausgeprägte palliative Haltung und Expertise. Der Autor erläutert in seinem interdisziplinär angelegten Buch u. a. das Grundverständnis von Palliative Care und überträgt es auf die Versorgung neurologischer Patienten. Er zeigt, wie man mit bewusstseinsgestörten oder sprachlich beeinträchtigten Menschen kommunizieren kann oder widmet sich dem Umgang mit Symptomen neurologischer Palliativpatienten. Auch ethischen Fragen in der Neuro-Palliative Care werden Raum gegeben.

Veranstaltungen

12.10.2012 **Berlin**
7. Fachtagung Palliative Geriatrie
Unionhilfswerk-Senioren-Einrichtungen
Tel.: 0 30 - 42 26 58 35
post@palliative-geriatrie.de
www.palliative-geriatrie.de

19.10.-21.10.2012 **Engelskirchen**
Palliative Care und Demenz
Malteser Hospizarbeit & Palliativmedizin
Tel.: 0 22 63 - 80 00
malteser.akademie@maltanet.de

26.10.-28.10.2012 **Coesfeld**
Die Wiederentdeckung der Achtsamkeit
Kolping-Bildungsstätte Coesfeld
Tel.: 0 25 41 - 8 03 03
info@bildungsstaette.kolping-ms.de
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.de

05.11.-06.11.2012 **Hamburg**
Palliative Care Plus – Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung
Malteser Hospiz-Zentrum Bruder Gerhard
Tel.: 0 40 - 6 03 30 01
palliativkurse@malteser-hospiz-hamburg.de
www.malteser-hospiz-hamburg.de

12.11.-16.11.2012 **Dresden**
Pädiatrische Palliative Care – Teil 1 von 4
Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden gGmbH
Tel.: 03 51 - 44 40 29 02
www.palliativakademie-dresden.de

14.11.2012 **Bielefeld**
Wohnungslose sterben früher! – Zur gesundheitlichen Situation von wohnungslosen Menschen
Bildung & Beratung Bethel
Tel.: 05 21 - 1 44 57 70
bildung-beratung@bethel.de
www.bildung-beratung-bethel.de

26.11.-30.11.2012 **München**
Ausbildung zur Moderation für das Curriculum Palliative Praxis der Robert Bosch Stiftung für Mitarbeitende der Altenhilfe
Koordinationsstelle Palliative Praxis am KDA
Tel.: 02 21 - 93 18 47 11
palliative-praxis@kda.de
www.palliative-praxis.de

07.12.-09.12.2012 **Wesseling**
Qualifizierung und Professionalisierung der ehrenamtlichen Vorstände und Mitarbeiter, Modul 7: Projektmanagement
Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.
Tel.: 0 22 36 - 7 07 42 76
anna.emons@kas.de
www.kas.de/eichholz

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**