

PALLIATIVKURSE FÜR ALTENPFLEGENDE

NEUER BEDARF IN DER ALTENPFLEGE

von Christine Behrens und Dr. Jochen Steurer, MediAcion/Hamburg

Die Deutschen werden immer älter und im Alter immer kränker – das gehört mittlerweile zum Allgemeinwissen. Die Palliativpflege öffnet sich dieser Erkenntnis aber erst seit wenigen Jahren. Immer noch wird viel von Kinderhospizarbeit, tumorbedingtem Sterben von Menschen im mittleren Alter und einem „Sterben daheim“ auch für den hochbetagten Menschen gesprochen und geschrieben. So wichtig dies alles ist – es gibt einen dringenden Handlungsbedarf in der Altenpflege.

AKTUELLE SITUATION

Die tatsächliche Erfahrung in der Altenpflege und die statistischen Jahrbücher geben folgendes Bild von der Realität des Sterbens in unserer Gesellschaft:

Von insgesamt 821.627 Verstorbenen (Statistisches Jahrbuch 2007 mit Zahlen von 2006) erreichten die Sterbenden folgendes Alter:

- 0 bis 7 Tage alt: 1.324, 8 bis 31 Tage alt: 426, 1 bis 12 Monate alt: 829 Kleinkinder (also 2.579 Kleinkinder, die alle nicht in Kinderhospizen versorgt werden, weder ambulant noch stationär), 1 bis 5 Jahre alt: 528, 5 bis 10 Jahre alt: 355, 10 bis 15 Jahre alt: 429 und 15 bis 20 Jahre alt: 691 (somit insgesamt 2.003 Kinder von 1 bis 20 Jahre)
- In der Altersgruppe von 20 bis 65 Jahren sterben jährlich bundesweit weniger als 100.000 Personen. Für viele von ihnen kommt der Tod plötzlich (nur 25% der Sterbenden sterben an Tumorleiden). Nur wenige sterben im Hospiz (weniger als 2% der Verstorbenen insgesamt) oder auf Palliativstationen (weitere 1 bis 2%) und wenige in der häuslichen Umgebung (max. 15%).



FOTO: JÖRG ZINSSER

- Es sterben hingegen in den höheren Altersgruppen folgende Menschengruppen: 65 bis 70 Jahre: 75.000, 70 bis 75 Jahre: 90.000, 75 bis 80 Jahre: 120.000 Personen (zusammen 285.000 Menschen). Dies ist beinahe ein Drittel der Verstorbenen und diese werden oft in der letzten Phase von Pflegediensten versorgt, viele sind an Demenz erkrankt und leben bisweilen im Heim.
- In den Altersgruppen 80 bis 85 Jahre sterben 150.000, 85 bis 90 Jahre: 120.000, 90 Jahre und mehr: 130.000 Personen (insgesamt 400.000 Verstorbene und damit mehr als die Hälfte aller Verstorbenen). Von ihnen wohnt jetzt (und wird dies auch in Zukunft tun) ein großer Teil im Heim bzw. wird kurz vor dem Tod ins Krankenhaus eingeliefert. Diese Menschen werden zum Sterben nicht „nach Hause“ gebracht, sondern sind „im Heim daheim“.¹

Das Sterben der Hochbetagten ist meist nicht so dramatisch, oft von den Sterbenden selbst herbeigesehnt und nicht immer von Komplikationen begleitet. Doch den Alten- und Pflegeheimen kommt eine zunehmende Bedeutung in der Sterbebegleitung zu. Diese Bedeutung erhöht sich eher noch durch die Verbesserung der ambulanten Pflege. Nur die Schwersterkrankten und die Menschen mit Demenz ziehen ins Heim ein, und von ihnen verstirbt mittlerweile jeder Dritte bundesdurchschnittlich binnen drei Monaten. Der Umgang mit Tod und Sterben in diesen Einrichtungen ist mit großen Belastungen verbunden. Nicht selten sind die Pflegekräfte auf die Begleitung Sterbender noch zu wenig vorbereitet. Das Bild der Pflege hat sich vollständig gewandelt. Immer weniger steht die Rehabilitation und

immer mehr die Palliativversorgung im Mittelpunkt.

PALLIATIVE CARE IN DER ALTENPFLEGE

DEFINITION „PALLIATIVE CARE“

Unter „Palliative Care“ wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, akut lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei sollen körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt – soweit möglich – am Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, evtl. bereits parallel zu kurativen Maßnahmen einzusetzen.

Im Einzelnen heißt dies, Palliative Care

- respektiert das Leben und seine Endlichkeit
 - wird unabhängig vom Lebensalter jedem Patienten angeboten, der an einer unheilbar fortschreitenden Krankheit leidet
 - achtet die Würde und Autonomie des Patienten und stellt dessen Prioritäten in den Mittelpunkt
 - strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst an
 - ermöglicht auch rehabilitative und lebenserhaltende Maßnahmen, wenn sie vom Patienten gewünscht werden und sinnvoll sind.
- Diese palliativen Grundsätze undhaltungen sollen nun auch für chronisch

Kranke, Menschen mit fortgeschrittener Demenz und sterbende alte Menschen gelten. Dabei geht es nicht darum, aus den Alten- und Pflegeheimen Hospize zu machen, sondern Palliativkompetenz und Hospizkultur in die Organisationsstruktur der Institutionen zu integrieren. Heime sollen in Zukunft die besten Versorgungsorte für sterbende Hochbetagte werden – das ist das Ziel. Im Sinne einer *radikalen Bewohnerorientierung* wird dabei die Begleitung eines hochbetagten sterbenden Menschen individuell geplant in einem kompetenten, multiprofessionellen Team, das aus Pflegepersonen, Ärzten und Therapeuten besteht und jederzeit auf Seelsorger, Psychologen und Sozialarbeiter zurückgreifen kann.

Der besondere Bedarf der Begleitung von Menschen mit Demenz im Sterben wurde immerhin nun auch von Expertengremien entdeckt (DGP 2007). Und es werden auch Schulungskonzepte für Pflegenden entwickelt, um dem besonderen Palliativversorgungsbedarf der Alten und Hochbetagten begegnen zu können.

BEDARF: BESONDERE PALLIATIVPFLEGEKURSE

Es gibt Kurse, die speziell und ausschließlich für Kranken- und Altenpflegende aus stationären Altenhilfeeinrichtungen konzipiert sind. Auf den ersten Blick erscheint diese zusätzliche Spezialisierung überflüssig – gerade angesichts des multiprofessionellen Ansatzes und der Notwendigkeit, über die Berufsgruppen- und Einrichtungsgrenzen hinweg zusammenzuarbeiten. Dennoch haben sich die Kurse bewährt: Der im Vergleich zu Hospizen und Palliativstationen deutlich geringere Stellenschlüssel in der stationären Altenpflege führte zu Missmut bei gemischten Kursen. Zeitaufwändige Behandlungsformen wurden erlernt und von Hospiz- und Palliativstations-Mitarbeiter/-innen auch erfolgreich eingesetzt. Der Einsatz in der Altenpflege scheiterte aber an der

¹ Siehe ausführlich: Steurer: <http://www.mediacion.de/service-download/aktuelle-texte-vortraege/palliativversorgung-mainz>

zur Verfügung stehenden Zeit und bisweilen auch am nötigen Geld für Materialien. Und so unterrichten in den spezifischen Kursen nur Dozent/-innen, welche die Verhältnisse in den Pflegeheimen gut kennen und nicht überidealisieren – die wissen, wie mit begrenzter Zeit gut umgegangen werden kann und die Ansprüche an die Sterbebegleitung im Kontext der Pflegeheimwirklichkeit sehen.

ONKOLOGISCHE PALLIATIVPFLEGE SEIT 1996

Der bundesdeutsche Start für die Weiterbildung in Palliativpflege gelang 1996 mit der Publikation des Curriculums Palliative Care durch Martina Kern, Monika Müller und Klaus Arnhemmer (2007). Dieses auch „Bonner Curriculum“ oder auch „Basiscurriculum Palliative Care“ genannte Unterrichtsmodell setzte mit seinem Stundenumfang von 160 Stunden eine Grundlage für Weiterbildungen zur Palliativfachpflegekraft und blieb damit deutlich unter den analogen Kursmodellen für die staatlich anerkannten Fachweiterbildungen mit den vorgeschriebenen 720 Unterrichtsstunden. Es wurde dennoch als zentrale Qualitätsanforderung für leitende Krankenpflegekräfte im Hospiz nach § 39a SGB V zugrunde gelegt. Das Themenspektrum umfasste die Tumorschmerztherapie und Symptomkontrolle sowie psychosoziale, spirituelle, kulturelle, ethische und organisatorische Aspekte der Pflege. Die Themen sind nach Wissen, Haltung und Fertigkeiten gegliedert. Eine Neuauflage im Jahr 2008 speiste die nun notwendig gewordenen Erfordernisse in das Bonner Modell ein. Das Curriculum ist weiterhin maßgeblich für den Krankenhausbereich, für Hospize und Palliativstationen.

GESETZLICHE ANFORDERUNGEN

Mittlerweile bestimmen drei Gesetzes des fünften Sozialgesetzbuches (§

37b, 39a, 132 d) den Bedarf an Palliativkursen für Pflegende:

- § 37b Abs. 1 SGB V: Spezialisierte ambulante Palliativpflege daheim (SAPV durch ambulante Palliativdienste, seit 1. April 2007, Verträge gemäß § 132d SGB V erst seit Mitte 2009)
- § 37b Abs. 2 SGB V: Spezialisierte ambulante Palliativpflege im Heim (SAPV im Alten- und Pflegeheim, auch § 132d SGB V, seit 1. April 2007, Umsetzung noch nicht spezifisch geregelt)
- § 39a Abs. 1 SGB V: Spezialisierte Palliativversorgung im stationären Hospiz (seit 1998)
- § 39a Abs. 2 SGB V: Hospizbegleitung durch Ehrenamtliche im ambulanten Bereich (seit 2002) und im Pflegeheim (seit 1. April 2007) – koordiniert und unterstützt durch eine/n palliativ ausgebildete/n Hospizkoordinator/-in

Gefordert wird stets der Abschluss einer „Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden“ und ferner „die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung)“.² Zusätzlich wird in Bezug auf § 37b/132d noch mindestens Palliativberufserfahrung gefordert (Übergangsregelungen weichen von Bundesland zu Bundesland ab) und in Bezug auf § 39a eine mindestens dreijährige Berufserfahrung

2 SAPV-Richtlinie zu § 37b SGB V, hier § 5 Abs. 3, verfasst vom gemeinsamen Bundesausschuss unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-243/RL-SAPV_2007-12-20.pdf, und die Verträge gemäß § 132d SGB V – auf Bundeslandebene – siehe z.B. unter www.sapv.de (Hessen/NRW) und Grundsatzempfehlungen des VDEK unter http://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/SAPV/SAPV_Gemeinsame_Empf.pdf

in der Pflege vor Beginn der Weiterbildung zur Palliativfachpflegekraft.³ Der Begriff „Palliativfach(-pflege-)kraft“ bzw. „Palliativ(-fach-)pflegende“ hat sich zumeist durchgesetzt. Eine schriftliche Abschlussprüfung hat sich hingegen nicht durchgesetzt bzw. ist auch nicht intendiert (Ausnahme: Bayern). Kurse für andere Berufsgruppen gibt es natürlich auch (mindestens 40 plus 120 Stunden für Ärzte, mindestens 120 Stunden für psychosoziale Berufsgruppenzugehörige/Seelsorgende, 40 Stunden für Physiotherapeuten, ja sogar Fachkurse für Supervisoren).

PALLIATIVFACHKURSE FÜR ALTENPFLEGENDE

Der besondere Qualifizierungsbedarf für ambulant und stationär (Kranken- und) Altenpflegende ist eine zusätzliche Herausforderung hinsichtlich der Kursgestaltung: Derartige Palliativkurse werden seit sechs Jahren in Hamburg angeboten (deshalb „Palliativkurse nach dem Hamburger Modell“) und in gleicher Qualität u.a. auch in Bielefeld, Erfurt, Essen, Gifhorn, Hannover, Lüneburg, Stade und Vechta. Die Kurse werden von uns (MediAcion, Beratungsunternehmen und Weiterbildungsanbieter, Hamburg) in Kooperation mit dem DRK-Bildungszentrum Schlump bzw. dem Bildungszentrum am Uniklinikum Essen durchgeführt.⁴

3 Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 2 SGB V, hier § 5 Abs. 1 in der Fassung vom 17. Januar 2006 (wird Frühjahr 2010 erneuert), siehe auch http://www.hospiz.net/stamhole/pdf/amb_rahmen_p39a-sgb5.pdf

4 Siehe www.palliativkurse.de und auch „Palliative Geriatrie“ von Markus Münch und Meike Schwermann (www.palliativegeriatrie.de), eine 160 Stunden umfassende Weiterbildungsmaßnahme mit einem ganzheitlichen Betreuungskonzept für chronisch kranke, schwerde- mente und sterbende Hochbetagte auf der Basis grundlegender Kompetenzen im Bereich der palliativen Geriatrie. Seit November 2003 wird sie jährlich mit vier Moduleinheiten, jeweils 5 Seminarta-

KURSINHALTE

Anders als das Curriculum von Kern, Müller und Aurnhammer, das sich auf Tumorpatienten konzentriert, legt das Hamburger Modell mit einer 160-stündigen Weiterbildung den Schwerpunkt auf Nicht-Tumorpatienten. Ausführliche Stundenpläne können eingesehen werden unter www.palliativkurse.de

- *Einführung in die Palliativ- und Hospizpflege*: gemeinsame Standortbestimmung Palliative Pflege und Hospizpflege
- *Kommunikation*: Einführung in die Arbeitsbereiche Palliativ- und Hospizpflege am Beispiel der unterschiedlichen Erfahrungen und Erlebnisse der Teilnehmer. Der eigene Kommunikationsstil, die Schwächen, Stärken und Blockaden werden gemeinsam beschrieben, analysiert und diskutiert.
- *Gesprächsführung*: Stärken der Wahrnehmungsfähigkeit und der kommunikativen Kompetenz
- *Grundkenntnisse der Tumorschmerztherapie*: eigene Reflexion zum Phänomen Schmerz sowie die Kenntnis verschiedener Methoden der Schmerztherapie, WHO-Stufenschema
- *Demenz*: Formen der Demenz, Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz, BESD-Schmerzfragebogen, Möglichkeit der palliativen Betreuung bei nicht mehr sprachfähigen Menschen
- *Mundpflege*: Mundassessment, Mundinspektion, Durchführung der Mundpflege, Mundtrockenheit, Soorinfektion, Stomatitis, Ziele der Mundpflege, Rolle des Pflegenden
- *Schmerz- und Symptomkontrolle*: siehe hierzu auch die Schmerzerfassung und -dokumentation bei

ge, am Erwin-Stauss-Institut in Bremen angeboten. Kurskonzept veröffentlicht unter dem Titel „Berufsbegleitende Weiterbildung: „Palliative Geriatrie – Pflegegerische Betreuung von Sterbenden in der Altenpflege““ als Kapitel XI.5.2 (Steuerer 2007–2009, Nachlieferung 11/2008)

- Demenz (BESD-Fragebogen, siehe Kapitel V.1 – Anhang III bei Steuerer 2007-2009; bzw. der ECPA-Fragebogen, bei Schwermann, M. Umsetzung eines fundierten Schmerzmanagements in Steuerer 2008)
- *Wundversorgung*
- *Basale Stimulation/Aromapflege/Akupressur* (hier nach der Form MediAkupress®)
- *Möglichkeiten der Grund- und Behandlungspflege*: Reflexion zum eigenen Umgang mit der täglichen Pflege anderer Menschen, Sensibilisierung der Teilnehmer für die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten; Vertiefung der Kenntnisse über Unterstützungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Pflegebereichen
- *Ethik*: Grundlagen, Definition, Entscheidungsflussdiagramm; Patientenwillen erfassen und dokumentieren, Patientenverfügung, Vollmachten, Betreuung; Krisen gestalten, Krisen- und Notfallplan; ethische Fallgespräche
- *Team und Teamarbeit/Ehrenamtliche integrieren*: Vertiefung und Klärung der Haltung und Einstellung der Teilnehmer zur Palliativ- und Hospizpflege, speziell zu ihren eigenen Einsatzgebieten; interdisziplinäres Team unter besonderer Berücksichtigung von Ehrenamtlichen und Ärzten
- *Lebensqualität/Bedeutung der Biografie*: Erkennen der Komplexität der eigenen und fremden Biografie. Entwickeln von Strategien, um sich und sein Gegenüber besser zu verstehen, die Problematik von Nähe und Distanz zu erkennen und zu stärken
- *Trauer und Trauerbegleitung*: Trauer als Entwicklungs- und Lernprozess verstehen; Hilfs- und Unterstützungsangebote für Angehörige entwickeln und umsetzen
- *Burnout und Psychohygiene*: Entlastungsmöglichkeiten für sich selber schaffen

- *Spiritualität: Begriffsdefinitionen, Rituale in der Begleitung Sterbender; Kultursensible Pflege*
- *Angehörige: Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen; Unterstützung des Familiensystems*

ANGEPASSTE KURSINHALTE

Eine als „MediAkuPress®“ bezeichnete Form der Akupressur beispielsweise kommt in den Kursen besonders gut an und ist umsetzbar: Erlernt wird der kurze und gezielte Einsatz durch den Pflegenden selbst. Dieser Einsatz erfolgt zwar in Absprache mit Ärzten und den anderen Pflegenden, muss aber nicht erst langwierig beantragt und dann später umgesetzt werden, sondern kommt zum genau rechten Zeitpunkt: beim Entstehen eines Bedarfs (z. B. Schmerz, Übelkeit, Unruhe). Die Akupressur kommt ohne weitere Hilfsmittel aus, ist kostenneutral, braucht wenig Zeit und zeigt große Wirkung.

In ähnlicher Form sind alle Kursinhalte auf den besonderen Bedarf von (Palliativ-)Pflegediensten und Pflegeheimen ausgerichtet und auf die Lernwege und Berufskontexte der Mitarbeiter/-innen aus diesen Einrichtungen angepasst.

MATERIAL ZUM FACHKURS PALLIATIV

In der Flut der Hand-Outs, Kopien und losen Blättern kamen die Altenpflegenden bisher kaum zu einer geordneten Übersicht. Die Lehrbücher konzentrierten sich bis 2004 überwiegend auf Palliativmedizin. Positiv hervorzuheben ist das Buch von Knipping (2007) und die kostenlose Sammlung „Palliative Care Lehren, Lernen, Leben“⁵. Es fehlte ein kostengünstiges Buch zum Kurs, das die Sprache der Pflegenden im Pflegeheim und Pflegedienst spricht und auf die Situation in diesen Einrichtungen ausgerichtet ist. Es sollte zu

5 http://www.dgpalliativmedizin.de/ag-pf_lehren.html

dem handlich und überschaubar sein. In Schlüterverlag konnten wir 2008 ein Taschenbuch herausbringen, das diesen Anforderungen entspricht: „Palliative Care im Pflegeheim“ (Steuer 2008; die zweite, völlig überarbeitete Auflage erscheint Ende 2010). Für den Bedarf einer kompletten Umsetzung in den Einrichtungen entstand parallel das 1350-seitige Werk „Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln“ (Steuer 2007–2009). Hier sind ausführliche Beschreibungen sämtlicher Palliativthemen versammelt und es wird auch beschrieben, wie sie unterrichtet und umgesetzt werden können. Die Kursdozenten nutzen dieses Buch für ihre eigene Vorbereitung.

Das Konzept zum Fachkurs Palliativ (damals noch genannt „Basiskurs Palliative Care nach dem Hamburger Modell“) wurde zusammen mit dem Kursmodell Palliative Praxis im Herbst 2008 veröffentlicht und ist seit dem frei zugänglich (Steuer 2007–2009, Kapitel XI, S. 5: „Haupt- und Ehrenamtliche in Palliative Care/Hospizarbeit – Weiterbildungen qualifizieren“. Nachlieferung: 11/2008). Ebenso frei zugänglich sind die Unterrichtspläne der einzelnen Fachkurse Palliativ seit 2005: www.mediacion.de/fachkurse

WARUM ALS WEITERBILDUNG?

Warum kann dieses Wissen nicht bereits in der Altenpflegeausbildung unterrichtet werden? Natürlich ist es sinnvoll, etwas über die spezielle Palliativ-Behandlung bereits in der Grundausbildung zu erfahren. Nach übereinstimmender Ansicht der Kursleiter ist es aber weiterhin sinnvoll, den Kurs als Weiterbildung anzubieten. Dafür spricht nicht nur die gesetzliche Vorgabe, nach der nur examinierte Kräfte zur 160-stündigen Weiterbildung zugelassen werden – es scheint auch ein gewisses Mindestalter und Lebens- und Berufserfahrung vonnöten, um die bewegenden Themen der Trauer, des Mit-

gefühls und der Begegnung mit dem Tod gut verarbeiten zu können.

ZUSÄTZLICHE KURZZEITKURSE

Der Gesetzgeber und die Kassen sehen es nicht vor, die Weiterbildung in der Länge zu beschneiden. Kurze Kurse scheinen nicht die nötige Tiefe zu ermöglichen und schon die 160 Stunden sind knapp bemessen. Als ergänzende Schulungsmaßnahme, um Pflegekräfte gezielt zu qualifizieren und ihnen mehr Sicherheit im Umgang mit Sterbenden zu geben, kann aber der 160-Stunden-Kurs durch eine 40-stündige Inhouse-Schulung ergänzt werden, z. B. der Kurs Praxis Palliativ⁶. Entstanden ist dieses Modell aus den Erfahrungen mit den Kursen zur palliativen Praxis. Diese wurden 2006 von der Robert-Bosch-Stiftung unter Mitwirkung von Palliativexpert/-innen entwickelt und von geschulten Trainerinnen durchgeführt.⁷ Hintergrund: Für die wachsende Gruppe der Menschen mit Demenz, die mittlerweile über die Hälfte der Bewohnerschaft von stationären Altenpflegeeinrichtungen ausmacht, mussten noch geeignete Wege der palliativen Praxis gefunden werden. Den knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen in der stationären Altenpflege und im niedergelassenen Bereich wird mit dem Umfang von nur 40 Stunden Rechnung getragen.

Es ist empfehlenswert, diese 40-stündige Weiterbildung auch mit Mitarbeitern aus der Küche, aus der Verwaltung und mit Ehrenamtlichen durchzuführen. Die Kursteilnehmer, die am Versorgungsprozess beteiligt sind, können sich schon während des

6 http://www.mediacion.de/praxis_kurse/praxis_palliativ/einsteigerkurs-palliative-praxis.html

7 Größter Anbieter/Zentrale im Süden Deutschlands: www.palliative-praxis.de. Die meisten Kurse in nördlichen Bundesländern: www.bildungszentrum.drk.de/bildungszentrum/pflegeberufe/krankenpflege/palliativpraxis.php



Kurses austauschen, Probleme benennen und evtl. lösen. Die Berufsgruppen, die nicht an der Pflege beteiligt sind, haben eine Möglichkeit, auch ihren Arbeitsbereich auf die palliative Versorgung zu erweitern und mehr über die Arbeit der Pflegenden und die Bedürfnissen der Sterbenden zu erfahren.

QUALITÄTSSICHERUNG

Die Fachkurse unterliegen einer Qualitätskontrolle: Am Ende jeder Kurswoche gibt es eine Wochenauswertung durch die Teilnehmenden. Am Ende der 160 Stunden findet eine Gesamtauswertung unter Anwesenheit der Gesamtverantwortlichen für die Kurse statt. Zweimal im Jahr gibt es einen verpflichtenden Qualitätszirkel, an dem alle Kursleitungen und die Veranstalter teilnehmen. Dieser Qualitätszirkel wird wie ein Unterrichtstag vergütet. Dort werden sowohl strukturelle als auch inhaltliche Themen besprochen und die Kurse weiterentwickelt. Die mittlerweile sieben Kursleitungen tauschen ihre Erfahrungen über die einzelnen Fachdozenten aus. In diesem Gremium wird der Stundenplan stets neu gestaltet und weiterentwickelt.

Die Anforderungen an die einzelnen Tagesdozenten und insbesondere an die Kursleitungen sind hoch: Sie müssen sowohl Erfahrung in der Erwachsenenbildung als auch einen reflektierten Umgang mit der Begleitung von Sterbenden selbst erfahren haben. Jeder Dozent muss Erfahrungen in seinem Spezialgebiet nachweisen, die Kursleitung selber muss sich stets weiter fortbilden. Die Kursleitungen haben sich entweder nach einem Palliative-Care-Ausbildungsmodell in Bonn (vornehmlich Pflegenden) oder in München (vornehmlich andere Berufsgruppen und Akademiker) qualifiziert oder durchlaufen die unten beschriebene Berufseinführung nach dem Hamburger Modell. Ferner haben

sie idealerweise in einem Hospiz oder einer Palliativstation gearbeitet. Und sie haben Erfahrungen aus der ambulanten bzw. stationären Altenpflege. Es erstaunt, dass es diese vielseitig gebildeten Personen tatsächlich gibt. Und die meisten sind zudem auch noch Pflegewissenschaftler/-innen oder Pflegepädagog/-innen. Das sind also die Voraussetzungen, die für eine gute Kursleitung nötig sind: spezifische und allgemeine (Palliativ-)Pflegeerfahrung sowie pädagogisches Können und entsprechende Zusatzausbildungen.

Neue Kursleitungen treffen sich in den ersten zwei bis drei Kursdurchläufen regelmäßig mit der Qualitätsbeauftragten für den Kursbereich. Die Kurserfahrungen werden auf Inhalte und Gruppendynamiken hin reflektiert. Die Kursleitung ist für den Gesamtverlauf des Kurses und die Lernerfahrung der Teilnehmenden hauptverantwortlich. Sie bucht die Tagesdozenten und stellt sicher, dass sich die Unterrichtsinhalte möglichst nicht doppeln und die Tagesdozenten auf die Dynamik der Gruppe eingestellt sind. Da hilft es, am Anfang einen Ansprechpartner zu haben, mit dem sich die Kursleitungen am Abend telefonisch und nach einer Kurswoche auch persönlich austauschen können. Zusätzlich zu den Qualitätstreffen gibt es für die neuen Kursleitungen drei- bis viermal im Jahr ein zusätzliches Lern-Treffen. Die breit angelegte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der onkologisch orientierten Palliativpflege Weiterbildung seit 1996 und der hier beschriebenen Fachkursweiterbildung seit 2005 steht noch aus.

AUSTAUSCHFORUM

Den Fachkursen Palliativ und der Schulung und Qualitätssicherung nach dem Hamburger Modell haben sich bereits Mitarbeiter/-innen von Pflegefachschulen und Bildungsträgern aus vier Bundesländern angeschlossen und wir

sind offen für neue Interessenten. Ein offener Austausch findet am 21. September 2010 in Hamburg statt. Ein weiteres Treffen im Süden Deutschlands (Ende Februar 2011 in Bamberg) ist angedacht.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Fuchs, Gerhard, Pfisterer, Steurer et al. (2007). AG Nicht-Tumor-Patienten. Definition, Bedarf und Formen der Palliativversorgung von Patienten mit Demenz. Siehe: <http://www.dgpalliativmedizin.de> – und dort: „DGP Arbeitsgruppe: Nicht-Tumorpatienten“. Stand: 15.03.2010.
- Kern, M., Müller, M., Aurnhammer, K. (2007). Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für Pflegenden in Palliative Care. Bonn: PalliaMed
- Knipping, C. (Hrsg.) (2007). Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber
- Steurer, J. (Hrsg.) (2008). Palliative Care in Pflegeheimen. Hannover: Schlütersche
- Steurer, J. (Hrsg.) (2007–2009). Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Bewährte Mustervorlagen, Arbeitshilfen und Erfahrungsberichte für Pflegeheime und Pflegedienste. Behrs
- Reutter, U. (Hrsg.) (2007). Palliative Geriatrie – Sterbende betreuen. Praxiskonzepte bearbeitet von Meike Schwermann. Bremen: Erwin-Stauss-Institut



Dr. Jochen Steurer

Supervisor DGsv, OE-Berater. Begleitet mit seinem Team von MediAcion die Palliativweiterbildung und -implementierung in über 100 Pflegeeinrichtungen.

jochen.steurer@mediacion.de



Christine Behrens

Diplom-Theologin, Supervisorin (DGTA), Pädagogische Leitung und Kursleitung der Palliative-Care-FachKurse bei fünf Bildungsträgern in Norddeutschland.