



Qualifikation in der Sterbebegleitung. Curricula für ärztliche, pflegende, psychosoziale, physiotherapeutische und seelsorgerische Berufsgruppen.



Qualifikation in der Sterbebegleitung.

Curricula für ärztliche, pflegende, psychosoziale, physiotherapeutische und seelsorgerische Berufsgruppen.

Qualifikation in der Sterbebegleitung.



Die Palliativversorgung wie der Hospizgedanke befinden sich in einem Prozess der ständigen, bedürfnisorientierten Entwicklung – eine Entwicklung, die weder von einzelnen Personen noch von isolierten Berufsfeldern getragen werden kann, sondern sich auf alle Leistungserbringer verteilen muss, um wirksam und nachhaltig zu sein.

Der würdevolle Umgang mit Sterbenden fordert ein kontinuierliches Weiter- und Fortbildungsangebot für alle beteiligten Berufsgruppen.

Nicht nur Krankheiten, Diagnose- oder Behandlungsmethoden werden immer differenzierter, sondern auch die pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Ansätze haben in den vergangenen Jahren einen beständigen Erkenntnisgewinn verzeichnen können, der sich vor allem in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden widerspiegelt.

Um als Netzwerk auch in Zukunft eine immer bessere Informations- und Austauschplattform bieten zu können, ist es unabdingbar, dass alle beteiligten Berufsgruppen kooperativ zusammenwirken. Dies gilt nicht nur für die „klassischen“ Berufe der Palliativmedizin wie Ärzte, Seelsorger, Pflegekräfte und Sozialarbeiter, sondern auch für die am Prozess des Sterbens beteiligten Fachkräfte aus der Physiotherapie oder der Altenhilfe, die sich ihrerseits ebenfalls verstärkt mit den Anforderungen ihres Auftrags im Rahmen von Palliativmedizin und Sterbebegleitung auseinandersetzen.

Die vorliegende Zusammenstellung aller aktuellen Arbeitscurricula im Bereich der Palliativmedizin berücksichtigt die gegenwärtigen Entwicklungen in der jeweiligen Berufsgruppe und macht deren Leitbild transparent. Ebenso ermöglicht es einen Abgleich der verschiedenen Aufträge und Schwerpunkte, die in den unterschiedlichen Berufsfeldern verschieden angesiedelt sind.

Die Fachkräfte der jeweiligen Berufsgruppen können nur dann angemessen handeln, wenn ihre Ausbildung den aktuellen Bedürfnissen und Anforderungen angepasst ist. Dieser Notwendigkeit nachzukommen heißt, den Boden für mehr Würde und Respekt gegenüber dem Sterben zu bereiten.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich nochmals allen danken, die ihre praktischen Erfahrungen und Kenntnisse in die Ausarbeitung der Curricula eingebracht haben.

A handwritten signature in black ink, reading 'Karl-Josef Laumann'.

Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhaltsverzeichnis.

- 1. Kursbuch Palliativmedizin.**
Definition, Weiterbildungsordnung,
methodische Empfehlungen und
Lehr- und Lernziele. 10

- 2. Basiscurriculum Palliative Care –
Fortbildung für Pflegende.**
Hintergründe, Organisatorisches, Themen. 31

- 3. Basiscurriculum Palliative Care –
Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen.**
Hintergründe, Organisatorisches, Themen. 79

- 4. Basiscurriculum Palliative Care –
Fortbildung für den Bereich der Physiotherapie.**
Hintergründe, Organisatorisches, Themen. 127

- 5. Qualifikation in der Sterbebegleitung.**
Aufbaukurs Seelsorge. 167

1. Kursbuch Palliativmedizin.

- Kursweiterbildung.
- Fallseminar einschließlich Supervision.

nach den Richtlinien zur (Muster-)Weiterbildungsversorgung der Bundesärztekammer.

Herausgeber:
Bundesärztekammer
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)

in Zusammenarbeit mit:

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG),

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO),

Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen

und Internistischen Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO),

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)



Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung

Inhaltsverzeichnis.

I. Definition Palliativmedizin	10
II. (Muster-)Weiterbildungsordnung: Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	12
III. Kurs-Weiterbildung und Fallseminar einschließlich Supervision	14
A. Methodische Empfehlungen	14
1. Rahmenbedingungen	14
2. Kurs-Weiterbildung	14
3. Fallseminar einschließlich Supervision (in drei Modulen)	15
4. Veranstaltungsorganisation und Programmgestaltung	15
4.1 Kursleitung, Seminarleitung, Referentinnen und Referenten	15
4.1.1 Kurs-Weiterbildung	15
4.1.2 Fallseminar einschließlich Supervision	15
4.2 Gruppengröße	16
4.3 Lehr- und Lernprozess	16
4.4 Evaluation und Qualitätssicherung	16
B. Übergeordnete Lehr- und Lernziele des Kursbuches Palliativmedizin	17
C. Kurs-Weiterbildung	17
1. Gegenstandskatalog	17
1.1 Grundlagen der Palliativmedizin: 2 UE	18
1.2 Grundlagen von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen: 20 UE	18
1.3 Psychosoziale und spirituelle Aspekte: 2 UE	20
1.4 Ethische und rechtliche Fragestellungen: 4 UE	21
1.5 Wahrnehmung und Kommunikation: 6 UE	21
1.6 Teamarbeit und Selbstreflexion als implizite Themen: 2 UE	22
D. Fallseminar einschließlich Supervision	22
1. Themenschwerpunkte, verteilt auf drei Module	23
2. Zuordnung der Weiterbildungsinhalte nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung	23
2.1 Der schwerkranke, sterbende Patient, sein soziales Umfeld und das behandelnde Team	23
2.2 Der individuelle Prozess des Sterbens im gesellschaftlichen Kontext	23
2.3 Professionelles Handeln in der Palliativmedizin	24
3. Lernziele des Fallseminars einschließlich Supervision	24
4. Empfohlene Verteilung der Themen zur Ausgestaltung des Fallseminars mit Supervision	28

Ein wesentliches Ziel der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist es, Palliativmedizin flächendeckend und bedarfsgerecht zu etablieren. In allen Bereichen unserer Gesundheitsversorgung sind Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichem Ausmaß mit schwerkranken und sterbenden Menschen konfrontiert. In Analogie zu einer abgestuften bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung ist es notwendig, eine gleichfalls abgestufte und an der Praxis orientierte Weiterbildung in Palliativmedizin anzubieten.

Die Gesamtkonzeption des Kursbuches „**Palliativmedizin**“ ist sowohl das Ergebnis langjähriger palliativmedizinischer Lehrerfahrung in Deutschland als auch der Auseinandersetzung mit Konzepten aus dem europäischen Ausland¹. Übereinstimmend zeigt sich, dass eine angemessene Differenzierung der Qualifikation nicht durch Vermittlung unterschiedlicher Inhalte, sondern durch die abgestufte Intensität der Auseinandersetzung mit den entsprechenden Themen (Weiterbildungsebene) erreicht wird.

Ziele der Kurs-Weiterbildung sind daher die Sensibilisierung für die besondere Haltung, die palliativmedizinisches Handeln trägt, sowie ein geschärftes Bewusstsein für die *über rein medizinische Fragestellungen hinausgehenden* psychosozialen und spirituellen Aspekte der existenziell bedrohten Patientinnen und Patienten. Die Kurs-Weiterbildung vermittelt palliativmedizinische Kompetenz, die nach der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung für alle patientennahen Facharzneidisciplinen gefordert wird. Darüber hinaus ist sie Voraussetzung für den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz² absolviert werden kann.

Die Zusatz-Weiterbildung kann sowohl in der geforderten Weiterbildungszeit im Dialog mit dem palliativmedizinisch versierten Weiterbildungsbefähigten oder in dem an der Praxis orientierten Fallseminar einschließlich Supervision erworben werden. Weiterbildungszeit bzw. Fallseminar einschließlich Supervision dienen der Vertiefung, Übung und Reflexion komplexer Fragestellungen aus dem palliativmedizinischen Arbeitsfeld.

Die Arbeitsgruppe der DGP legt mit dem Kursbuch „**Palliativmedizin**“ ein erstes Instrument für die Ausgestaltung und Umsetzung der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin nach den Richtlinien der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vor.

Mai 2004

Für die Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

Bernadette Fittkau-Tönnemann MPH
Dr. med. Friedemann Nauck

¹ vgl. Aus- und Weiterbildung in „Palliative Care“ – Nationale Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin sowie die Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin.

² (Muster-)Weiterbildungsordnung zur Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin.

I. Definition Palliativmedizin.

Palliativmedizin ist ein umfassendes Konzept für den angemessenen Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden. In Anlehnung an die Definition der WHO³ formulierte 1994 die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. das Anliegen der Palliativmedizin:

Palliativmedizin

- widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung
- bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess an. Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab
- arbeitet multiprofessionell und basiert auf der Kooperation der Ärztinnen und Ärzte verschiedener Disziplinen und anderer Berufsgruppen, die mit der ambulanten und stationären Betreuung unheilbar Kranker befasst sind

Durch eine ganzheitliche Behandlung soll Leiden umfassend gelindert werden, um den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen⁴ bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und ihnen eine Verbesserung ihrer Lebenssituation zu ermöglichen.

Entsprechend der jüngsten Definition der WHO⁵ ist *Palliativmedizin ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.*

Die Mehrzahl der palliativmedizinisch betreuten Patientinnen und Patienten leidet an den Folgen einer inkurablen, progredienten Tumorerkrankung; aber auch wer an einer unheilbaren neurologischen oder chronischen internistischen Krankheit im fortgeschrittenen Stadium leidet, kann von den Möglichkeiten der Schmerztherapie und Symptomkontrolle profitieren.

Obwohl die Behandlung von Leiden seit jeher eine zentrale ärztliche Aufgabe ist, ist – bedingt durch die rasche Zunahme des ärztlichen Fachwissens und der technischen Möglichkeiten sowie die Veränderungen der gesellschaftlichen Lebensrealität – das Schicksal von unheilbar erkrankten Patientinnen und Patienten in den Hintergrund gerückt. Aus diesem Mangel heraus hat sich

³ WHO Technical Report Series 804, Geneva 1990.

⁴ „Angehörige“ sind im palliativmedizinischen Kontext die Personen, die den Kranken in besonderer Weise nahestehen: Familienangehörige, Verwandte oder Freunde.

⁵ Sepulveda C et al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. JPSM 2002; 24: 91–96.

die moderne Hospizbewegung entwickelt und von Großbritannien ausgehend weite Teile der Welt erreicht. Ein wesentlicher Aspekt palliativmedizinischer Betreuung ist das Einbeziehen des psychosozialen Umfeldes der Kranken in das Behandlungs- und Betreuungskonzept. Betroffene Angehörige erfahren im Verlauf der Erkrankung und über den Tod hinaus Unterstützung.

Entscheidende Elemente der Palliativmedizin in Anlehnung an Dame Cicely Saunders, der Begründerin der modernen Hospizbewegung, sind:⁶

- Betreuung und Behandlung der Patientinnen und Patienten im gesamten Versorgungssystem (ambulant, teilstationär, stationär, Pflegeheim) sowie in der häuslichen Umgebung mit dem Schwerpunkt eines personalintensiven anstelle eines medizinisch-technisierten Angebotes
- Symptomkontrolle und Schmerztherapie (bei Bedarf Konsil bzw. Behandlung durch Spezialisten)
- Verpflichtung zur kontinuierlichen Betreuung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Angebot weiterer Unterstützung der Hinterbliebenen über den Tod des Betreuten hinaus
- Interprofessionelles Team (Medizin, Pflege, Psychosozialogie und Seelsorge), individuelle Behandlung jeder Patientin und jedes Patienten mit Koordination des Teams durch das zuständige Teammitglied
- Integration ehrenamtlicher Mitarbeiter
- Verantwortlichkeit für Team und Supervision
- Forschung, systematische Dokumentation und statistische Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht und Ausbildung

Ziele palliativmedizinischer Betreuung sind ein angemessener Umgang mit Leben, Sterben und Tod sowie der Erhalt von Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender. Um diese Ziele zu erreichen, wurden in den letzten Jahrzehnten zunehmend evidenzbasierte palliativmedizinische Interventionen entwickelt, die unter anderem die Wirksamkeit schmerztherapeutischer, symptomlindernder, aber auch psychosozialer Maßnahmen eindrucksvoll belegen. Leider ist ebenfalls belegt, dass diese evidenzbasierten therapeutischen Möglichkeiten nur unzureichend Eingang in den medizinischen Alltag

gefunden haben. Ein Grund hierfür ist sicherlich die bisher fehlende Aus- und Weiterbildung in Palliativmedizin. Die Zusatz-Weiterbildung eröffnet die Möglichkeit, Palliativmedizin in die medizinische Weiterbildung zu integrieren und so mit *palliativmedizinisch erfahrenen*⁷ Ärztinnen und Ärzten die Regelversorgung (schwer) kranker Menschen in unserem Gesundheitssystem zu verbessern.

⁶ Shepard DA: Principles and Practice of Palliative Care. CMA Journal 1977; 116:522–6.

⁷ Gefordert in den Rahmenvereinbarungen zum § 39a SGB V (Förderung ambulanter Hospizdienste).

II. (Muster-)Weiterbildungsordnung: Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin⁸.

Die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit dem Ziel, unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicherzustellen.

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Palliativmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

- Facharztanerkennung
- Weiterbildungszeit: 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2
- oder anteilig ersetzbar durch 120 Stunden Fallseminar einschließlich Supervision
- 40 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Palliativmedizin

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

1. der Gesprächsführung mit Schwerstkranken, Sterbenden und deren Angehörigen sowie deren Beratung und Unterstützung
2. der Indikationsstellung für kurative, kausale und palliative Maßnahmen
3. der Erkennung von Schmerzursachen und der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände
4. der Symptomkontrolle, z. B. bei Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Obstruktion, ulzerierenden Wunden, Angst, Verwirrtheit, deliranten Symptomen, Depression, Schlaflosigkeit
5. der Behandlung und Begleitung schwerkranker und sterbender Patienten, psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen der Arbeit im multiprofessionellen Team einschließlich der Koordination
6. der interdisziplinären Zusammenarbeit einschließlich seelsorgerischer Aspekte

⁸ © Bundesärztekammer, letzte Änderung: 01.08.2003.

7. der palliativmedizinisch relevanten Arzneimitteltherapie
8. der Integration existenzieller und spiritueller Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen
9. der Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer sowie deren kulturellen Aspekten
10. dem Umgang mit Fragestellungen zu Therapieeinschränkungen, Vorausverfügungen und Sterbebegleitung
11. der Wahrnehmung und Prophylaxe von Überlastungssyndromen
12. der Indikationsstellung physiotherapeutischer sowie weiterer additiver Maßnahmen

III. Kurs-Weiterbildung und Fallseminar einschließlich Supervision.

A. Methodische Empfehlungen.

1. Rahmenbedingungen.

Die 40 Stunden Kurs-Weiterbildung und das 120 Stunden umfassende Fallseminar einschließlich Supervision werden von den Ärztekammern oder den von ihnen anerkannten Weiterbildungseinrichtungen unter der Verantwortung einer/s zur Weiterbildung in Palliativmedizin ermächtigten Ärztin/Arztes durchgeführt.

Zur fachlichen Betreuung und Qualitätskontrolle der palliativmedizinischen Kurs- bzw. Seminarweiterbildung berufen die Ärztekammern üblicherweise einen oder mehrere Beauftragte.

Den Ärztekammern wird die gegenseitige Anerkennung der Kurs-Weiterbildung und des Fallseminars einschließlich Supervision empfohlen, die nach Maßgabe des Kursbuches „Palliativmedizin“ absolviert wurden.

Mithilfe des Kursbuches kann die Vollständigkeit der Weiterbildungsinhalte vor dem Fachgespräch überprüft werden.

Kurs-Weiterbildung und Fallseminar einschließlich Supervision dienen dazu, beispielhaft die grundsätzlichen Strategien palliativmedizinischer Entscheidungsfindung und Handlungsweisen verstehen und auf die Herausforderungen der Praxis übertragen zu können.

2. Kurs-Weiterbildung.

Die Kurs-Weiterbildung ist obligatorischer Bestandteil der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin. Sie soll die während der Weiterbildungszeit praktisch erworbenen ärztlichen Kompetenzen theoretisch fundieren. Dies wird sowohl durch Erweiterung medizinischer Fachkenntnisse als auch durch Sensibilisierung für psychosoziale und spirituelle Aspekte erreicht, die für die Verbesserung der Lebensqualität Schwerkranker notwendig sind.

Um diese Zielsetzung zu erfüllen, muss die Kurs-Weiterbildung ein angemessen breites Spektrum an Lehrmethoden bieten. In diesem Kurs soll die Kompetenz der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nicht nur durch Wissensvermittlung, sondern gleichermaßen durch eine Weiterentwicklung ihrer Einstellung und Haltung gefördert werden. Grundvoraussetzungen dafür sind neben Vorträgen sowohl Kleingruppenarbeit am konkreten Fallbeispiel als auch strukturierter Austausch mit angeleiteter Reflexion der Praxis.

Das Kursprogramm umfasst 40 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und kann entweder als Wochenkurs oder aufgeteilt in Module einer zusammenhängenden Veranstaltung, die zwölf Unterrichtseinheiten nicht unterschreiten sollte, angeboten werden. Der Abschluss der Kurs-Weiterbildung berechtigt zur Teilnahme am Fallseminar einschließlich Supervision mit einem Umfang von 120 Unterrichtseinheiten.

3. Fallseminar einschließlich Supervision (in drei Modulen).

Das Fallseminar einschließlich Supervision dient der Übung, Vertiefung und Ergänzung der in der Kurs-Weiterbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten. Dies bedeutet, dass in noch stärkerem Maße als in der Kurs-Weiterbildung problemorientiert und teilnehmerzentriert gearbeitet werden muss. Referierende und Kursleitung müssen die Fähigkeit nachweisen, die Praxiserfahrung der Teilnehmenden kollegial zu supervidieren.

Das Programm umfasst 120 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten, die nach Themenschwerpunkten in drei Module à 40 Unterrichtseinheiten aufgeteilt werden. Die Module sollten als Wochenkurs angeboten werden, um Reflexion, notwendigen Erfahrungsaustausch und förderliche Gruppenprozesse zu ermöglichen. Die ersten beiden Module des Fallseminars einschließlich Supervision mit jeweils 40 Unterrichtseinheiten sollten flexibel, also nicht in fixierter Reihenfolge, besucht werden können. Diese Einheiten dienen der Vertiefung der Kurs-Weiterbildung und dem strukturierten Umgang mit Beispielen aus der Praxis. Voraussetzung dafür ist, dass die vorgeschlagenen Themenschwerpunkte, die den Modulen 1 und 2 zugeordnet wurden (Seite 21 bis 22), in diesen Einheiten bearbeitet werden.

Die Module 1 und 2 dienen der Vorbereitung der dritten Einheit, in der überwiegend komplexe Fragestellungen aus dem palliativmedizinischen Arbeitsfeld der Teilnehmenden erarbeitet werden sollen.

Modul 3 unterstützt die Vorbereitung auf das Fachgespräch für die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin. Die Teilnahme an den beiden ersten Modulen ist Voraussetzung für die Teilnahme am Abschlussmodul 3.

4. Veranstaltungsorganisation und Programmgestaltung.

Die für die Kurs- bzw. Fallseminar-Weiterbildung in Palliativmedizin wichtigen Aspekte werden wie folgt zusammengefasst:

- inhaltliche Orientierung an den Themenblöcken des Kursbuches „Palliativmedizin“
- in der Kurs-Weiterbildung:
Anteil interaktiver Kurselemente mindestens 50 %;
(Referate maximal 50 %)
- im Fallseminar einschließlich Supervision:
Anteil von Fallarbeit und interaktiven Seminarelementen mindestens 70 % (Impulsreferate und Überblicksvorträge maximal 30 %)

- prozessorientiertes Veranstaltungsprogramm
- für Kleingruppenarbeit geeignete Räumlichkeiten

Veranstalter, Kursleitung bzw. Referierende sind für die Erstellung geeigneter Arbeitsmaterialien verantwortlich. Die Arbeitsmaterialien verdeutlichen die individuelle Schwerpunktsetzung der Referierenden und ermöglichen eine authentische Darstellung palliativmedizinischer Praxis. Geeignet erscheinen Verfahren und Modelle wie Patientenvorstellungen, theoretische und praktische Fallvorstellungen, Rollenspiele, Fertigkeitstraining, Impulsreferate mit Dias und Folien, Moderationstechniken bzw. Materialien wie Tonaufnahmen und Filme/Videos sowie Unterlagen zum Selbststudium und Kursunterlagen.

4.1 Kursleitung, Seminarleitung, Referentinnen und Referenten.

4.1.1 Kurs-Weiterbildung.

Die Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin erfordert eine fachkompetente, palliativmedizinisch ausgewiesene Leitung, die je nach Thematik unterrichtende oder flankierende Funktion hat. Die kontinuierliche Anwesenheit der Leitung soll die inhaltliche Abstimmung der Unterrichtseinheiten mit den Referentinnen und Referenten, aber auch die organisatorische Abstimmung sowie die Unterstützung des strukturierten Austausches und Reflexionsprozesses der Teilnehmenden gewährleisten. Die ärztliche Leitung muss über angemessene Erfahrungen in Lehre und Moderation sowie im Umgang mit Gruppen verfügen. Ergänzt wird die Kursleitung durch Referentinnen und Referenten, die Wissen aus ihrer täglichen palliativmedizinischen Arbeit vermitteln. In der multiprofessionellen Zusammensetzung des unterrichtenden Teams (Palliativmedizin, Palliativpflege, psychosoziale Arbeitsfelder, Seelsorge) spiegeln sich die Gegebenheiten der Praxis wider.

4.1.2 Fallseminar einschließlich Supervision.

Das Fallseminar einschließlich Supervision erfordert eine fachkompetente, palliativmedizinisch ausgewiesene Leitung, die je nach Thematik unterrichtende, moderierende und supervidierende Funktion hat. Supervision darf in diesem Kontext nicht therapeutisch verstanden, sondern muss als gestalteter Lernprozess aufgefasst werden, der sich sowohl auf die aktuelle Erfahrung im Seminar als auch auf die beruflichen Herausforderungen der Teilnehmenden bezieht.⁹

⁹ Berker P, Buer F (Hrsg): Schriften der Deutschen Gesellschaft für Supervision; Band 1: van Kessel L: Theorie und Praxeologie des Lernens in der Supervision, Votum Verlag, Münster, 1998.

Durch die kontinuierliche Anwesenheit der Leitung soll die inhaltliche Abstimmung mit den Referentinnen und Referenten, aber auch die organisatorische Abstimmung sowie die Unterstützung des strukturierten Austausches und Reflexionsprozesses der Teilnehmenden gewährleistet werden. Seminarleitungen müssen über adäquate Schulungen bzw. Vorerfahrungen verfügen. Neben fachspezifischer Kompetenz sind folgende Fähigkeiten nachzuweisen:

- Programmgestaltung
- Grundzüge des problemorientierten Lernens
- Bearbeitung von Fallbeispielen
- Anleitung zu Rollenspielen
- Moderation von Kleingruppenarbeit und Gruppendiskussionen
- Moderation von Plenarveranstaltungen
- Herstellung von didaktischen Medien und Umgang mit ihnen
- Evaluation von Veranstaltungen

Der Nachweis einer Qualifizierung der Seminarleitung sollte sowohl eine didaktische (mindestens 40 Unterrichtseinheiten problemorientiertes Lernen, Fallarbeit, Gruppendynamik und Lerntheorie) als auch eine methodische Vorbereitung (mindestens 40 Unterrichtseinheiten zur kompetenten Umsetzung und Evaluation des Kursbuches) umfassen.^{10, 11}

Die Seminarleitung zieht Referentinnen und Referenten hinzu, die Wissen aus ihrer täglichen palliativmedizinischen Arbeit vermitteln (siehe auch unter 4.1.1) sowie über eine fundierte Expertise verfügen (z. B. Leitungsfunktion, Lehrerfahrung oder Publikationen).

4.2 Gruppengröße.

Um eine effektive Arbeit in Plenum und Kleingruppen zu gewährleisten, wird eine Gruppengröße zwischen 12 und 24 Teilnehmenden empfohlen.

4.3 Lehr- und Lernprozess.

Der Lehr- und Lernprozess muss nach Erkenntnissen der Erwachsenenbildung gestaltet werden. Das bedeutet, dass Kurs-Weiterbildung und Fallseminar einschließlich Supervision auf den Erfahrungen der Teilnehmenden aufbauen und an deren Bedürfnissen orientiert werden. Bereits erworbene Kompetenz soll erweitert, ergänzt und vertieft werden. Dies wird möglich, wenn die Teilnehmenden aktiv in den Lernprozess einbezogen und nicht nur passiv unterwiesen werden. Die Vorerfahrungen und das unterschiedliche Wissen der Lernenden sollten ebenso Teil des Lern- und Lehrprozesses sein wie die Fachkompetenz der Lehrenden. Der Kurs sollte so ausgeschrieben werden, dass Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Disziplinen und dem ambulanten und stationären Sektor der Gesundheitsversorgung teilnehmen können. Das multiprofessionell zusammengesetzte Team der Lehrenden ermöglicht Begegnung und Austausch mit anderen Berufsgruppen in der palliativen Versorgung.

4.4 Evaluation und Qualitätssicherung.

Kurs-Weiterbildung und Fallseminar einschließlich Supervision sind wichtige Elemente der Qualitätssicherung. Die für die Zusatz-Weiterbildung obligatorische Kurs-Weiterbildung soll gewährleisten, dass spezifisch palliativmedizinische Probleme in der medizinischen Regelversorgung angemessen gelöst werden können. Das fakultative Fallseminar einschließlich Supervision eröffnet neben dem Absolvieren der Weiterbildungszeit bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 einen zusätzlichen Weg, die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin zu erwerben.

Angesichts der besonderen organisatorischen und inhaltlichen Herausforderungen eines noch jungen Fachbereiches ist eine kontinuierliche Evaluation zur Überprüfung der Effektivität und zur Optimierung des Lehr- und Lernprozesses wünschenswerter Bestandteil der Veranstaltungen. Dies gilt in diesem Zusammenhang auch für eine wissenschaftliche Begleitforschung, um die Erwartungen der Lernenden und Lehrenden sowie die Entwicklung des Lernprozesses zu erfassen bzw. die erzielten Kompetenzerweiterungen und professionellen Haltungsänderungen zu überprüfen.

¹⁰ Doyle D, Hanks G, Cherny N, Eds: Oxford Textbook of Palliative Medicine: Calman K, Teaching the Teachers, Page 1158; Third edition, 2004.

¹¹ Eine entsprechende Empfehlung für die Gestaltung der Kursleiter-schulung wird zurzeit durch die AG Aus-, Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. erarbeitet.

B. Übergeordnete Lehr- und Lernziele des Kursbuches Palliativmedizin.

Den Teilnehmenden soll

- verdeutlicht werden, dass ärztliches Handeln mehr umfasst als Diagnosestellung und Heilung. Der Erkrankte soll in seiner Ganzheitlichkeit wahrgenommen, betreut, behandelt und begleitet werden. Neben der Berücksichtigung körperlicher Symptome und Einschränkungen schwerkranker Menschen sind in der Palliativmedizin psychosoziale, spirituelle und ethische Aspekte sowie die Integration der Angehörigen von hoher Bedeutung
- vermittelt werden, welche medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlungen belastende Beschwerden (Schmerzen und andere Symptome) lindern
- verdeutlicht werden, dass die palliativmedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen ein Prozess ist, in dem es nicht ausschließlich um Krisenintervention, sondern ebenso um eine vorausschauende, vorsorgende und nachsorgende Behandlung und Begleitung geht
- vermittelt werden, dass Betreuung und Behandlung an den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen orientiert werden müssen
- bewusst gemacht werden, dass eine kompetente Betreuung Schwerkranker und Sterbender nur gelingen kann, wenn die Behandelnden ihre Einstellung zu Krankheit, Sterben, Tod und Trauer reflektieren sowie ihre eigenen Grenzen wahrnehmen können
- Mut gemacht werden, die individuelle Einstellung der Betroffenen wahrzunehmen und zu respektieren
- bewusst werden, dass die Qualität ihrer ärztlichen Arbeit nicht allein durch vermehrtes Fachwissen verbessert wird, sondern gleichermaßen durch eine erweiterte Kompetenz, zu kommunizieren, in einem Team zu arbeiten und ethische Fragestellungen zu berücksichtigen

C. Kurs-Weiterbildung.

1. Gegenstandskatalog.

Der Gegenstandskatalog beinhaltet die wesentlichen palliativmedizinischen Themenkomplexe, die in unterschiedlicher Gewichtung in der Kursweiterbildung vermittelt

werden. Die Tabelle beschreibt den Anteil der Inhalte in Unterrichtseinheiten.

Inhalte	Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten
1. Grundlagen der Palliativmedizin	2
2. Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle)	20
3. Psychosoziale und spirituelle Aspekte	6
4. Ethische und rechtliche Fragestellungen	4
5. Wahrnehmung und Kommunikation	6
6. Teamarbeit und Selbstreflexion als implizite Themen	2

1.1 Grundlagen der Palliativmedizin: 2 UE.

Lerninhalt	Lernziel
Wissen	Sensibilisieren für
Internationale und nationale Entwicklung der Hospiz-idee und Palliativmedizin	
	die Komplexität der letzten Lebensphase
	die ärztliche Aufgabe, Kranke in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten
Definitionen Palliativmedizin	den multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz palliativer Betreuungen
Organisationsformen: <ul style="list-style-type: none"> • ambulant • konsiliarisch • teilstationär • stationär 	die Notwendigkeit unterschiedlicher Versorgungsstrukturen

1.2 Grundlagen von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen: 20 UE.

a) Grundsätze der Behandlung belastender Beschwerden:

Lerninhalt	Lernziel
Wissen	Sensibilisieren für
kurative/kausale Therapie palliative Therapie Palliativmedizin	die Steigerung der Lebensqualität durch einen frühzeitigen Beginn palliativmedizinischer Maßnahmen
Interdisziplinäre Therapiemöglichkeiten <ul style="list-style-type: none"> • chirurgisch • strahlentherapeutisch • medikamentöse und nicht medikamentöse Verfahren 	die Notwendigkeit interdisziplinärer und multiprofessioneller Behandlung eine dem Krankheitszustand angemessene Diagnostik und Behandlung
Therapieplanung und -überprüfung Dauer- und Bedarfsmedikation Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation Dokumentation	eine bedürfnisorientierte, vorausschauende Behandlung und Betreuung

b) Schmerztherapie:

Lerninhalt	Lernziel
Wissen	Sensibilisieren für
„WHO-Stufenschema“ <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzanamnese • Schmerzdiagnose • Pharmakologie <ul style="list-style-type: none"> – Opioide, Nichtopioide – Koanalgetika – medikamentöse Therapie • Grundregeln der Opioidtherapie • Prophylaxe unerwünschter Arzneimittelwirkungen • Applikationswege 	den mehrdimensionalen Ansatz der Schmerztherapie die Komplexität des Schmerzgeschehens bei Unheilbarkeit die Möglichkeiten der medikamentösen Schmerztherapie durch Nichtspezialisten
Organisatorische Probleme <ul style="list-style-type: none"> • BtMVV • Fahrtüchtigkeit • Reiseplanung 	

c) Symptomkontrolle:

Lerninhalt	Lernziel
Wissen	Sensibilisieren für
Gastrointestinale Symptome <ul style="list-style-type: none"> • Obstipation, Diarrhoe • Übelkeit und Erbrechen • Ileus Pulmonale Symptome <ul style="list-style-type: none"> • Dyspnoe • Husten Neuropsychiatrische Symptome <ul style="list-style-type: none"> • Verwirrtheit/Delir • epileptische Anfälle Anorexie-Kachexie-Syndrom <ul style="list-style-type: none"> • Appetitlosigkeit • Fatigue • Ernährung • Durst • Mundtrockenheit • Flüssigkeitsgabe Dermatologische Symptome <ul style="list-style-type: none"> • (ex)ulzerierende Wunden • Juckreiz Sterbephase <ul style="list-style-type: none"> • Angst • Unruhe • Schmerz • Rasselatmung 	die medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Aspekte in der palliativmedizinischen Behandlung von belastenden Symptomen

1.3 Psychosoziale und spirituelle Aspekte: 6 UE.

Lerninhalt	Lernziel
Wissen	Sensibilisieren für
Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten	<p>die Autonomie von Patientinnen und Patienten</p> <p>die Bedeutung von Wahrhaftigkeit</p> <p>das Wahrnehmen der Individualität</p> <p>das gefährdete Selbstwertgefühl</p> <p>das veränderte Körperbild</p> <p>die Bedeutung von Vitalität und Sexualität</p> <p>einen wertschätzenden Umgang mit den Gefühlen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen</p>
Soziales Umfeld der Patientinnen und Patienten	<p>die Komplexität des sozialen Umfeldes</p> <p>das Konzept der „Unit of Care“¹²</p> <p>spezifische Bedürfnisse der Angehörigen</p> <p>die Rolle der Familie für die Lebensqualität</p>
Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen	<p>die Vielfalt im Umgang mit schwerer Krankheit und nahem Tod</p> <p>die Bedeutung von Lebensqualität in der Palliativmedizin</p>
<p>Trauer als Prozess für alle Beteiligten</p> <p>Risikofaktoren für erschwerte Trauer</p>	<p>einen hilfreichen bzw. nicht hilfreichen Umgang mit der Trauer der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Diagnosestellung • während des Krankheitsverlaufs • bei Eintreten des Todes • in der Zeit nach dem Tod
<p>Spiritualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoffnungsbilder • Lebensbilanz • Glaubensbilder 	<p>die Differenzierung zwischen Spiritualität und Religiosität</p> <p>die eigene Spiritualität</p> <p>die Wahrnehmung der und Unterstützung für die Spiritualität der Patientinnen und Patienten</p>

¹² Das Konzept der „Unit of Care“ geht davon aus, dass nicht nur der/die Kranke „betroffen“ ist und allein im Mittelpunkt der Betreuung und der Begleitung stehen kann. Für die Lebensqualität der/des Kranken hat die Stabilität (und daher die notwendige Mitbetreuung) des sozialen Umfeldes eine herausragende Bedeutung..

1.4 Ethische und rechtliche Fragestellungen: 4 UE.

Lerninhalt	Lernziel
Wissen	Sensibilisieren für
Begriffsklärung Moral – Ethik Medizinethische Prinzipien	ethische Aspekte in medizinischen Entscheidungsprozessen die Reflexion der eigenen moralischen Grundhaltung Reflexion der eigenen Einstellung zu Sterben und Tod
Ethische und rechtliche Differenzierung <ul style="list-style-type: none"> • aktive Sterbehilfe • passive Sterbehilfe • indirekte Sterbehilfe • assistierter Suizid 	die Reflexion der ärztlichen Rolle am Lebensende
Verbindlichkeit von Verfügungen <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgevollmacht • Betreuungsverfügung • Patientenverfügung 	eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in
Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung Handreichungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientenverfügungen	die Wichtigkeit, Therapieziele zu definieren

1.5 Wahrnehmung und Kommunikation: 6 UE.

Lerninhalt	Lernziel
Wissen	Sensibilisieren für
Differenzierung: <ul style="list-style-type: none"> • verbale – nonverbale Kommunikation Besonderheiten der Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärungsgespräch • Entscheidungsgespräch • Konfliktgespräch • Angehörigengespräch 	das Wahrnehmen der Haltung und der Gefühle der Patientinnen und Patienten zu ihrer Krankheit die Stärken und Schwächen der eigenen Wahrnehmung und Kommunikation

1.6 Teamarbeit und Selbstreflexion als implizite Themen: 2 UE.

Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	<p>das Arbeiten im Team</p> <p>die Gefahr von Rollenkonflikten</p> <p>eine differenzierte Zuordnung von Kompetenz und Verantwortlichkeit</p> <p>den Ablauf von Prozessen der Entscheidungsfindung</p> <p>die Möglichkeiten zur gegenseitigen Entlastung im Team</p>
<p>Möglichkeiten eines patientenorientierten Betreuungsnetzes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungssysteme • Kooperationspartner • regionale Angebote 	Entlastung durch Delegation
„Burn-out“-Vermeidung (Self-Care)	<p>den eigenen Umgang mit Belastungen</p> <p>den eigenen Umgang mit Betroffenheit</p> <p>Entlastung durch Supervision</p>
Information, Dokumentation, Diskretion	die Bedeutung von Dokumentation im Prozess einer multidisziplinären Begleitung

D. Fallseminar einschließlich Supervision.

Fallseminare werden in der (Muster-)Weiterbildungsordnung wie folgt definiert: *Weiterbildungsmaßnahme mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers, wobei unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten anhand von vorgestellten Fallbeispielen und deren Erörterung Kenntnisse und Fähigkeiten sowie das dazugehörige Grundlagenwissen erweitert und gefestigt werden.*

Das Fallseminar einschließlich Supervision dient der Ergänzung und Vertiefung in der Praxis erworbener Fähigkeiten und Fertigkeiten. Es eröffnet neben dem Absolvieren der einjährigen Weiterbildungszeit einen zusätzlichen Weg, die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin zu erwerben.

Die grundsätzlichen Strategien palliativmedizinischer Entscheidungsfindung und Handlungsweisen werden exemplarisch reflektiert und auf die Herausforderungen der Praxis übertragen.

Das Programm umfasst 120 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten, die durch Bildung von modularen Themenschwerpunkten die Weiterbildungsinhalte der (Muster-) Weiterbildungsordnung umfassen.

Die ersten beiden Module des Fallseminars einschließlich Supervision sollten flexibel, also nicht in festgelegter Reihenfolge besucht werden können (vergleiche dazu auch die Ausführungen unter III A Punkt 3 und 4, Seite 8f.).

Die Module 1 und 2 dienen der Vorbereitung der dritten Einheit, in der überwiegend komplexe Fragestellungen aus dem palliativmedizinischen Arbeitsfeld der Teilnehmenden erarbeitet werden sollen.

1. Themenschwerpunkte, verteilt auf drei Module.

1.1 Modul 1.

Der schwerkranke, sterbende Patient, sein soziales Umfeld und das behandelnde Team (40 Unterrichtseinheiten):

Kommunikation, psychosoziale Aspekte, soziales Umfeld, Symptomkontrolle.

1.2 Modul 2.

Der individuelle Prozess des Sterbens im gesellschaftlichen Kontext (40 Unterrichtseinheiten):

Ethik, Trauer, Symptomkontrolle.

1.3 Modul 3.

Professionelles Handeln in der Palliativmedizin

(40 Unterrichtseinheiten):

Bearbeitung komplexer Fragestellungen aus dem palliativmedizinischen Arbeitsfeld anhand von Fallbeispielen der Teilnehmenden.

2. Zuordnung der Weiterbildungsinhalte nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung (Nummerierung vergleiche (Muster-)Weiterbildungsordnung auf Seite 16).

2.1 Der schwerkranke, sterbende Patient, sein soziales Umfeld und das behandelnde Team.

Modul 1 (40 Unterrichtseinheiten):

Kommunikation, psychosoziale Aspekte, soziales Umfeld, Symptomkontrolle.

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

1. der Gesprächsführung mit Schwerstkranken, Sterbenden und deren Angehörigen sowie deren Beratung und Unterstützung
2. der Indikationsstellung für kurative, kausale und palliative Maßnahmen
3. der Erkennung von Schmerzursachen und der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände
4. der Symptomkontrolle, z. B. bei Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Obstruktion, ulzerierenden Wunden, Angst, Verwirrtheit, deliranten Symptomen, Depression, Schlaflosigkeit

5. der Behandlung und Begleitung schwerkranker und sterbender Patientinnen und Patienten, psychogener Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen
6. der Arbeit im multiprofessionellen Team einschließlich der Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit einschließlich seelsorgerischer Aspekte
7. der palliativmedizinisch relevanten Arzneimitteltherapie
8. der Wahrnehmung und Prophylaxe von Überlastungssyndromen
9. der Indikationsstellung physiotherapeutischer sowie weiterer additiver Maßnahmen

2.2 Der individuelle Prozess des Sterbens im gesellschaftlichen Kontext.

Modul 2 (40 Unterrichtseinheiten):

Ethik, Trauer, Symptomkontrolle.

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

1. der Erkennung von Schmerzursachen und der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände
2. der Symptomkontrolle, z. B. bei Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Obstruktion, ulzerierenden Wunden, Angst, Verwirrtheit, deliranten Symptomen, Depression, Schlaflosigkeit
3. der palliativmedizinisch relevanten Arzneimitteltherapie
4. der Integration existenzieller und spiritueller Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen
5. der Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer sowie deren kulturellen Aspekten
6. dem Umgang mit Fragestellungen zu Therapieeinschränkungen, Voraussetzungen und Sterbebegleitung
7. der Wahrnehmung und Prophylaxe von Überlastungssyndromen
8. der Indikationsstellung physiotherapeutischer sowie weiterer additiver Maßnahmen

2.3 Professionelles Handeln in der Palliativmedizin.

Modul 3 (40 Unterrichtseinheiten):

Bearbeitung komplexer Fragestellungen aus dem palliativmedizinischen Arbeitsfeld.

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

1. der Gesprächsführung mit Schwerstkranken, Sterbenden und deren Angehörigen sowie deren Beratung und Unterstützung
2. der Indikationsstellung für kurative, kausale und palliative Maßnahmen
3. der Erkennung von Schmerzursachen und der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände
4. der Symptomkontrolle, z. B. bei Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Obstruktion, ulzerierenden Wunden, Angst, Verwirrtheit, deliranten Symptomen, Depression, Schlaflosigkeit
5. der Behandlung und Begleitung schwerkranker und sterbender Patientinnen und Patienten, psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen
6. der Arbeit im multiprofessionellen Team einschließlich der Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit einschließlich seelsorgerischer Aspekte
7. der palliativmedizinisch relevanten Arzneimitteltherapie
8. der Integration existenzieller und spiritueller Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen
9. der Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer sowie deren kulturellen Aspekten
10. dem Umgang mit Fragestellungen zu Therapieeinschränkungen, Vorausverfügungen und Sterbebegleitung
11. der Wahrnehmung und Prophylaxe von Überlastungssyndromen
12. der Indikationsstellung physiotherapeutischer sowie weiterer additiver Maßnahmen

3. Lernziele des Fallseminars einschließlich Supervision.

3.1 Mit ihren Kenntnissen und Fähigkeiten in den Grundlagen und Organisationsformen der Palliativmedizin zeigen Ärztinnen und Ärzte:

3.1.1 Sicherheit im Umgang mit

- dem Erkennen eigener Grenzen
- den Fachkompetenzen anderer medizinischer und nicht medizinischer Disziplinen
- der Nutzung bestehender Netzwerke
- dem Delegieren von Zuständigkeit und Verantwortung

3.1.2 sowie einen reflektierten Umgang mit

- der ärztlichen Aufgabe, Kranke in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten
- der Komplexität der letzten Lebensphase
- dem multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz palliativer Betreuungen
- den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und der eigenen Situation vor Ort
- berufsübergreifender Zusammenarbeit und multidisziplinärer Betreuung
- Maßnahmen der Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) und deren praktischer Umsetzung
- den Schnittstellen innerhalb der Patientenversorgung
- Informationen, Dokumentationen, Diskretion

3.2 Mit ihren Kenntnissen und Fähigkeiten in der Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen zeigen Ärztinnen und Ärzte:

3.2.1 Sicherheit im Umgang mit

- den medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Aspekten in der palliativmedizinischen Behandlung von belastenden Symptomen

- den Vorstellungen und Wünschen der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen zum Vorgehen bei vorhersehbaren Komplikationen
- dem Management von „Notfällen“ in der Sterbephase (Blutungen, Lungenembolie, oberer Einflusstauung, Asphyxie und spinalem Schock)
- interdisziplinären multimodalen Therapiekonzepten sowie medikamentösen und nicht medikamentösen Verfahren
- einer dem Krankheitszustand angemessenen Diagnostik und Behandlung
- Therapieplanung und -überprüfung
- Dauer- und Bedarfsmedikation
- Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation einer bedürfnisorientierten, vorausschauenden Behandlung und Betreuung mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität
- der Prophylaxe unerwünschter Arzneimittelwirkungen
- den verschiedenen Applikationswegen
- dem mehrdimensionalen Ansatz der Schmerztherapie und Symptomkontrolle
- der Komplexität des Schmerzgeschehens bei Unheilbarkeit
- den Möglichkeiten der medikamentösen und nicht medikamentösen Schmerztherapie als Nichtspezialisten
- den organisatorischen Besonderheiten der Opioidbehandlung

3.2.2 sowie einen reflektierten Umgang mit

- schwersten Schmerzzuständen und Symptomen
- psychosomatischen Aspekten chronischer Schmerzen und Symptome
- additiven Behandlungsmethoden (z. B. Tens, Akupunktur, Naturheilverfahren)
- psychologischen und psychosozialen Aspekten bei Schmerzen und anderen Symptomen

- den eigenen therapeutischen Fähigkeiten
- der Notwendigkeit, bei Bedarf Spezialisten hinzuzuziehen
- der Entscheidungsfindung hinsichtlich differenzierter Indikationen für medizinische Interventionen
- der Aufklärung und stützenden Vorbereitung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen

3.3 Mit ihren Kenntnissen und Erfahrungen in psychosozialen und spirituellen Aspekten der Palliativmedizin zeigen Ärztinnen und Ärzte:

3.3.1 Sicherheit im Umgang mit

- der Komplexität des sozialen Umfeldes
- dem Konzept der „Unit of Care“ (Zusammengehörigkeit von Patienten und Angehörigen)
- der Bedeutung der Familie für die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten
- den spezifischen Bedürfnissen der Angehörigen

3.3.2 sowie einen reflektierten Umgang mit

- der Wahrnehmung von Trauer als Prozess für alle Beteiligten unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Trauer von Kindern und Jugendlichen
- der Differenzialdiagnostik bei Trauer, komplizierter Trauer und Depression
- dem unkomplizierten Trauerprozess in der Phase vor dem Tod, des Übergangs vom Leben zum Tod und nach dem Tod
- Risikofaktoren für komplizierte Trauer
- der eigenen Haltung gegenüber Trauernden und eigener Trauer
- der Wahrnehmung und Einordnung existenzieller Probleme (materiell und sozialrechtlich)
- dem sozialen Umfeld, den Bedürfnissen und dem Bedürfniswandel von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
- der Entscheidungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

- dem gefährdeten Selbstwertgefühl, veränderten Körperbild und der Sexualität von Patientinnen und Patienten
- wechselnden und widersprüchlichen Gefühlen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
- stillbaren und unstillbaren Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
- Auswirkungen von Belastungen auf Betroffene, soziale Systeme und Familienstrukturen
- möglichen Ressourcen und den Auswirkungen von Interventionen in Systemen
- Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
- der Biografie der Patientinnen und Patienten
- Möglichkeiten und Grenzen von Strategien in der Krisenintervention
- den eigenen Ressourcen als Behandler/in und Begleiter/in der Wahrnehmung von Spiritualität und spirituellem Entwicklungspotenzial von Patientinnen und Patienten
- den Unterschieden von Spiritualität und Religiosität
- der eigenen Spiritualität
- Vorstellungen, die von der eigenen Spiritualität und Religiosität abweichen
- ethischer und rechtlicher Differenzierung der Sterbehilfe (aktiv, passiv, indirekt, direkt, assistierter Suizid) sowie der eigenen ärztlichen Rolle am Lebensende
- den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung sowie zum Umgang mit Patientenverfügungen
- der Frage nach Euthanasie
- der nationalen und internationalen Sterbehilfediskussion
- der Entwicklung der Rechtsprechung
- der Verbindlichkeit von Verfügungen
- der Rolle des Beraters bei der Erstellung von Verfügungen bei schwerer Krankheit
- einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patient
- der Definition von Therapiezielen und Therapiezieländerungen (Verzicht oder Abbruch)
- Ernährung und Flüssigkeitsgabe
- Sedierung in der Palliativmedizin

3.4 Mit ihren Kenntnissen und Erfahrungen in ethischen und rechtlichen Fragestellungen der Palliativmedizin zeigen Ärztinnen und Ärzte einen reflektierten Umgang mit:

- der eigenen moralischen Grundhaltung
- der eigenen Einstellung zu Sterben und Tod
- der Einschätzung aller am Entscheidungsprozess Beteiligten
- ethischen Aspekten in medizinischen Entscheidungsprozessen
- philosophischen Ansätzen und ihren Auswirkungen auf den medizinethischen Diskurs
- der Notwendigkeit prospektiver und retrospektiver ethischer Fallbesprechungen

3.5 Mit ihren Kenntnissen und Erfahrungen in Wahrnehmung und Kommunikation zeigen Ärztinnen und Ärzte:

3.5.1 Sicherheit im Umgang mit

- den Besonderheiten in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen (Aufklärungsgespräch, Entscheidungsgespräch, Konfliktgespräch und Angehörigengespräch)
- stützenden Gesprächen
- der Moderation von Team- und Angehörigen-gesprächen
- Reaktionsweisen auf das Überbringen schlechter Nachrichten
- Unterstützung autonomer Entscheidungen von Patientinnen und Patienten
- Widerständen

- Vertrauen und Vertraulichkeit
- der Kommunikation im Team (Information, Dokumentation, Diskretion).

3.5.2 sowie einen reflektierten Umgang mit

- den Stärken und Schwächen der eigenen Wahrnehmung und Kommunikation
- der Haltung der Patientinnen und Patienten zu ihrer Krankheit
- der Wahrnehmung eigener und fremder Gefühle
- dem Aushalten von Unaussprechlichkeit und Stille
- den Besonderheiten der Kommunikation mit demen-ten oder verwirrten Menschen
- kulturellen Unterschieden und Besonderheiten
- den Unterschieden technischer und adaptiver Herausforderungen in Grenzsituationen

3.6 Mit ihren Kenntnissen und Erfahrungen in Teamarbeit zeigen Ärztinnen und Ärzte einen reflektierten Umgang mit:

- den Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- den Möglichkeiten eines patientenorientierten Betreuungsnetzes
- dem Arbeiten im Team
- den Möglichkeiten zur gegenseitigen Entlastung im Team
- der Gefahr von Rollenkonflikten
- den Grenzen der eigenen fachlichen Kompetenz und Rolle
- der Überweisung an und dem Einbeziehen von Spezialisten
- zielgerichteter Delegation und interprofessioneller Kooperation
- einer differenzierten Zuordnung von Kompetenz und Verantwortlichkeit
- dem Ablauf von Prozessen der Entscheidungsfindung

- eigenen Belastungen
- eigener Betroffenheit
- der Entlastung durch Team-Supervision und strukturierte Fallbesprechungen

3.7 Ihre Fähigkeit zur Selbstreflexion zeigen Ärztinnen und Ärzte in ihrem Umgang mit:

- eigener Belastung
- eigener Betroffenheit
- eigener Trauer
- Entlastung durch kollegialen Austausch
- Entlastung durch Einzel-Supervision

4. Empfohlene Verteilung der Themen zur Ausgestaltung des Fallseminars mit Supervision.

Um Inhalt und Struktur des Fallseminars einschließlich Supervision in den unterschiedlichen Weiterbildungseinrichtungen vergleichbar gestalten zu können, verdeutlicht die folgende Tabelle die vorgeschlagene modulare Struktur anhand der übergeordneten Themenbereiche. Die Module 1 und 2 werden in Vorbereitung auf das Ab-

schlussmodul 3 stärker themenzentriert gestaltet, um die geforderten Weiterbildungsinhalte der (Muster-)Weiterbildungsordnung exemplarisch abdecken zu können. Teilnehmende werden so für eine effektive und effiziente Arbeit an den eigenen Fragestellungen im Modul 3 befähigt.

Inhalte	Verteilung der Unterrichtseinheiten auf		
	Modul 1	Modul 2	Modul 3
1. Aktuelle Entwicklungen der Palliativmedizin mit ihren Versorgungsstrukturen	2	2	40 Unterrichtseinheiten Arbeit an komplexen Fragestellungen der Teilnehmenden
2. Symptomkontrolle Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen	8	8	
3. Psychosoziale und spirituelle Aspekte	12	8	
3.1. Soziales Umfeld	8		
3.2. Trauer		8	
3.3. Spiritualität	4		
4. Ethische und rechtliche Fragestellungen		12	
5. Wahrnehmung und Kommunikation	12	4	
6. Teamarbeit	4	4	
7. Selbstreflexion	2	2	

Autorenteam

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

Beate Augustyn, Krankenpflege, Palliativpflege
Dr. med. Frank Elsner, Anästhesie, Schmerztherapie,
Palliativmedizin
Bernadette Fittkau-Tönnemann MPH, Anästhesie,
Public Health, Medical Education
Manfred Gaspar M.A., Psychoonkologie
Irmgard Henseler-Plum, Palliativsozialarbeit
Martina Kern, Krankenpflege, Palliativpflege
Dr. med. Christian Leuschner, Psychotherapie,
Psychoonkologie
Monika Müller M.A., Supervision, Trauerarbeit,
Hospizarbeit
Dr. med. Friedemann Nauck, Anästhesie,
Schmerztherapie, Palliativmedizin
Dipl.-Med. Matthias Passon, Anästhesie,
Schmerztherapie, Palliativmedizin
Klaus Reckinger, Innere Medizin, Schmerztherapie,
Palliativmedizin
Achim Rieger, Allgemeinmedizin, Palliativmedizin
Otilie Schulte, Pflegepädagogik, Palliativpflege,
Hospizarbeit
Dr. Ruthmarijke Smeding, Educationalwissenschaften,
Palliative Care, Trauerbegleitung
Dr. med. Susanne Stehr-Zirngibl, Anästhesie,
Schmerztherapie, Palliativmedizin
Dr. med. Franz-Josef Tentrup, Anästhesie,
Schmerztherapie, Psychotherapie, Theologie, Palliativ-
medizin

unter Mitwirkung von:

Dr. med. Justina Engelbrecht (**Bundesärztekammer**)

Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik (**DGP**)

Prof. Dr. med. Reiner Hartenstein (**DGP/DGHO/DKG**)

Prof. Dr. med. Norbert Niederle (**DGHO**)

Prof. Dr. med. Ulrich Kleeberg (**BNHO/DKG**)

Dr. med. Werner Freier (**BNHO**)

Dr. med. Peter Engeser (**DEGAM**)



2. Basiscurriculum Palliative Care.

Eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care.

M. Kern, M. Müller, K. Aurnhammer

Inhaltsverzeichnis.

A. Einführung	35
1. Vorbemerkungen	35
2. Begriffliche Klärung	36
3. Elemente des Curriculums	36
3.1 Entstehung und Entwicklung des Curriculums	36
3.2 Zielgruppe	37
3.3 Ziele	37
3.4 Themenauswahl	37
3.5 Methoden	37
3.6 Grundannahmen	38
4. Kursorganisation	38
4.1 Rahmenbedingungen	38
4.1.1 Zeit	38
4.1.2 Ort	39
4.1.3 Weiterführende Fortbildungsangebote	39
4.2 Teilnehmer	39
4.3 Zusammensetzung der Kurswochen	39
4.4 Lernkontrolle, Reflexion und Selbsteinschätzung	39
4.5 Kursleitung	40
4.5.1 Aufgaben der Kursleitung	40
4.5.2 Anwesenheit der Kursleitung (Minimalanforderung)	40
4.5.3 Qualifikationsprofil der Kursleitung	40
5. Didaktische Grundstruktur	41
5.1 Basiswissen	41
5.2 Haltung	42
5.3 Fertigkeiten	43
B. Themen	44
1. Grundlagen von Palliative Care und Hospizarbeit	44
1.1 Nationale und internationale Entwicklung von Palliative Care und Hospizarbeit	44
1.2 Organisationsformen von Palliative Care und Hospizarbeit	45
2. Anwendungsbereiche von Palliative Care	46
2.1 Symptomorientiertes Arbeiten anhand exemplarischer Krankheitsbilder	46
3. Körperliche Aspekte der Pflege	47
3.1 Schmerztherapie	47
3.2 Mundpflege	48
3.3 Ernährung und Flüssigkeitsgabe	49
3.4 Übelkeit und Erbrechen	50
3.5 Obstipation	51
3.6 Respiratorische Symptome	51
3.7 Juckreiz und Ikterus	52
3.8 Verwirrtheit	53
3.9 Ödeme	54
3.10 Dekubitus (1) und (ex)ulzerierende/entstellende Tumore (2)	55
3.11 Wahrnehmung und Berührung	56
3.12 Umgang mit Verstorbenen	57

4. Psychosoziale Aspekte der Pflege	58
4.1 Kommunikation	58
4.2 Psychische Reaktionen	59
4.3 Familie und soziales Umfeld	60
4.4 Psychosoziale Beratung und Begleitung	61
4.5 Veränderung des Körperbildes und der Sexualität	62
4.6 Wahrheit am Krankenbett und Umgang mit existenziellen Fragestellungen	63
4.7 Trauer	64
5. Spirituelle und kulturelle Aspekte der Pflege	65
5.1 Lebensbilanz/Lebensidentität	65
5.2 Krankheit, Leid und Tod in spiritueller Sicht	66
5.3 Die Bedeutung von Ritualen	67
6. Ethische und rechtliche Aspekte der Pflege	68
6.1 Grundlagen der Ethik	68
6.2 Sterbehilfe und Sterbebegleitung	68
6.3 Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung	69
6.4 Umsetzungsformen ethischen Denkens in Einrichtungen	70
6.5 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung	70
7. Teamarbeit und Selbstpflege	71
7.1 Aspekte der Teamarbeit	71
7.2 Stressmanagement und Bewältigungsstrategien	72
8. Qualitätssicherung	72
8.1 Grundlagen des Qualitätsbegriffs	72
8.2 Dokumentation, Standards und Forschung	73
8.3 Vernetzung und Case Management	74
C. Hinweise zum Durchführungsplan	76
Hinweise zum Zertifikat	77
Autoren	77

A. Einführung.

1. Vorbemerkungen.

Das vorliegende Curriculum basiert:

1. auf langjährigen eigenen Erfahrungen der Autoren im Bereich der Palliativpflege und Betreuung schwerstkranker Tumorpatienten und ihrer Angehörigen;
2. auf den gemeinsam mit den Teilnehmern ausgewerteten Lernerfahrungen in den Kursen Palliative Care;
3. auf den Reflexionen mit anderen Kursleitern, die in den vergangenen Jahren nach diesem Curriculum Palliative-Care-Kurse durchgeführt haben

Regelmäßige Gespräche mit Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen sowie Fachdiskussionen in verschiedenen Gremien und Ausschüssen der Palliativmedizin und Hospizarbeit trugen zur Ausgestaltung des Curriculums bei. Durch die Bearbeitung einschlägiger Literatur wurde der Lernzielkatalog auf eine breite Basis gestellt.

Die Themensammlung wurde auf den Pflegebereich übertragen und dem Stand von Palliative Care in Deutschland angepasst. Die medizinisch-pflegerischen Inhalte und Lernziele gründen auf den bisher erarbeiteten Standards der Palliativmedizin und -pflege.

Die psychosozialen Inhalte und Lernziele des Curriculums basieren auf folgenden theoretischen Grundlagen therapeutischer Ansätze:

- *Systemische Sichtweise (z. B. Familientherapie):*
Diese entwickelt Strategien, wie das als Konflikt Erlebte als ein an sich sinnvoller Beitrag zum (weiteren) Zusammenleben mit anderen verstanden werden kann. Der systemische Ansatz vermeidet, in Eigenschaften und einseitigen Ursache-Wirkungsketten zu denken. Er hat zum Ziel, das Zusammenspiel eines Systems (z. B. Familie), seine Selbstorganisation und seine Beziehungsformen ohne Schuldzuweisung so zu verändern, dass dieses seine Aufgaben (wieder) erfüllen und allen Mitgliedern ihre Entwicklung ermöglichen kann
- *Gestaltpsychologie/Integrative Therapie*
Die Persönlichkeitstheorie der Gestalttherapie sieht den Menschen als ‚Ganzheit, deren körperliche, seelische, und geistige Dimension ihre Grundlagen in der Leiblichkeit hat‘ (H. Petzold). Ihr Ziel ist die Wiederherstellung einer verlorenen oder bedrohten Ganzheit (das Schließen der Gestalt). Sie liefert das geeignete Verständnis, wenn es um den Abschluss sogenannter, unerledigter Aufgaben‘ und um Veröhnungsarbeit geht

- *Analytische Psychologie (C. G. Jung)*
Sie betont den Ganzwerdungsprozess, den Jung Individuationsprozess nennt
- *Neurolinguistisches Programmieren (NLP)*
Das NLP bezeichnet ein Kommunikationsmodell. Es ermöglicht die Bewusstwerdung des Wahrnehmungsvermögens und eröffnet so neue vorurteilsfreie Zugänge zum anderen Menschen

2. Begriffliche Klärung.

Unter Palliative Care verstehen wir ein ganzheitliches Betreuungskonzept für Patienten, die sich im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren, progrediente Erkrankung mit einer begrenzten Lebenserwartung befinden (vgl. Definitionen Palliative Care der WHO, www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).

Ziel ist es, die Lebensqualität des schwerkranken, sterbenden Menschen in seiner letzten Lebensphase zu stabilisieren, zu verbessern bzw. möglichst langfristig zu erhalten. Dies erfordert

- eine symptomorientierte, kreative, individuelle ganzheitliche Therapie und Pflege
- die Berücksichtigung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Aspekte
- die Einbindung Angehöriger und
- die Vernetzung stationärer und ambulanter Unterstützungsmaßnahmen

Es existiert kein deutscher Fachbegriff, der die genannten Aspekte umfasst. Mögliche Zuordnungen zum Adjektiv palliativ wie Pflege, Versorgung oder Betreuung greifen zu kurz oder sind mit anderen Bedeutungen belegt. Die englische Sprache hat mit dem Ausdruck Palliative Care einen Terminus etablieren können, der die ganzheitliche Ausrichtung des Konzeptes benennt und fachübergreifend bündelt.

Mittlerweile hat sich der englische Begriff auch im deutschsprachigen Raum durchgesetzt, sodass wir in dieser Neuauflage an der Bezeichnung festhalten (vgl. auch Definitionen der Arbeitsgruppe „Definitionen und Versorgungsstrukturen“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, DGP, www.dgpalliativmedizin.de).

Zum Sprachgebrauch in diesem Basiscurriculum: Wir haben uns aus Gründen der besseren Lesbarkeit für die maskuline Form (Patient, Sterbender ...) entschieden. Je nach Institution spricht man von Patient, Bewohner, Gast oder Sterbender. Für unser Curriculum verwenden wir wahlweise sterbender Mensch, Sterbender oder Patient.

3. Elemente des Curriculums.

3.1 Entstehung und Entwicklung des Curriculums.

Die Entwicklung von Hospizarbeit und Palliativmedizin gründete in der Erkenntnis, dass die gewachsenen Institutionen und Dienste unseres Gesundheitssystems nicht über genügend Fertigkeiten und eine angemessene Haltung im Umgang mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen verfügen. Diese mangelnde Fähigkeit spiegelt die Unsicherheit einer ganzen Gesellschaft wider, dem Thema Sterben Raum zu geben. Hospizarbeit und Palliativmedizin bieten hier ein neues Denkschema an. Sie vertreten die Ansicht, dass vieles für und mit dem Patienten und seine(r) Familie getan werden kann.

Zu Beginn der Neunzigerjahre erlebten Hospizbewegung und Palliativmedizin in Deutschland einen Entwicklungsschub. Mit dem Entstehen von Palliativstationen und professionell geführten stationären und ambulanten Hospizen in Deutschland wuchs der Bedarf an qualifizierter Fort- und Weiterbildung bei Pflegekräften. Daher entschlossen sich Mitarbeiter der Palliativstation am Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg und am St. Michael Krankenhaus in Völklingen in Kooperation mit ALPHA (Ansprechstelle im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung), einen auf vier Wochen angelegten Kurs mit dem Titel Palliative Care zu konzipieren. Aus den Erfahrungen und Überarbeitungen der ersten beiden durchgeführten Kurse entstand Mitte der Neunzigerjahre das Basiscurriculum Palliative Care.

Die Absolvierung eines Kurses auf der Grundlage dieses Curriculums bzw. eines Kurses mit vergleichbarem Inhalt und Umfang ist mittlerweile Voraussetzung für die finanzielle Unterstützung und als Qualitätssicherung nach §39a SGBV gesetzlich vorgeschrieben.

Die positiven Rückmeldungen der Teilnehmer und die steigende Nachfrage aus ganz Deutschland ermunterten uns, in Palliative Care erfahrene Pflegende zu unterstützen, selbst als Kursleiter von Palliative-Care-Kursen tätig zu werden. So wurden im Zentrum für Palliativmedizin Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn dreiwöchige Befähigungskurse zur Tätigkeit als Kursleiter konzipiert und durchgeführt. Bis heute sind aus diesen Kursen über 60 Kursleiter hervorgegangen, die als Leiter von Palliative-Care-Kursen nach diesem Curriculum tätig sind. In den jährlich stattfindenden Kursleitertreffen ist das Curriculum regelmäßig reflektiert und weiterentwickelt worden. Wir entschlossen uns daher, die Früchte dieser Weiterentwicklung in eine Überarbeitung einfließen zu lassen und eine Neuauflage herauszugeben.

Palliativmedizin und Hospizarbeit haben sich in den letzten zehn Jahren in Deutschland rasant entwickelt. In den Entstehungsjahren des vorliegenden Basiscurri-

culums 1993–1996 gab es weniger als 50 Palliativstationen und Hospize, es existierte nicht ein Lehrstuhl für Palliativmedizin, kein Gesetz regelte in irgendeiner Form die palliativ-hospizliche Versorgung. Mittlerweile gibt es mehr als 200 Palliativstationen und Hospize, die Zahl der ambulanten Dienste beträgt an die Tausend. Palliativmedizinische Lehrstühle wurden eingerichtet, es existieren Curricula zur palliativ-hospizlichen Weiterbildung für nahezu alle Berufsgruppen, die in diesem Feld tätig sind.

Im Frühjahr dieses Jahres trat eine Gesundheitsreform in Kraft, die erstmals einen Rechtsanspruch von Versicherten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung definiert. Auch inhaltlich hat sich die Palliativmedizin weiterentwickelt. Standen anfangs fast ausschließlich Tumorpatienten im Fokus, so werden zunehmend auch andere Patientengruppen in den Blick genommen, z. B. Patienten mit neurologischen Erkrankungen, geriatrische Patienten sowie Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen. Nach Jahren der Pionierzeit sind Hospizarbeit und Palliativmedizin längst in eine Phase der Konsolidierung eingetreten. Die Entwicklung wird weitergehen und die Frage, wie man Pflegende in Palliative Care weiterbildet, wird ein wichtiges Thema bleiben. Mit der Neuauflage des Basiscurriculums Palliative Care wollen wir unseren Beitrag zu dieser Entwicklung leisten.

Bei der kritischen Durchsicht der Themen stellten wir zusammen mit vielen Kollegen fest, dass die meisten Aspekte und ihre didaktische Ausarbeitung weiterhin Gültigkeit haben. Einige Themen mussten neu strukturiert, ergänzt oder abgeändert werden, ein Beleg für die Gesamtentwicklung. An unseren didaktischen Grundannahmen halten wir bei leichten Modifizierungen fest. Sie haben sich in der Praxis vieler Palliative-Care-Kurse bewährt.

3.2 Zielgruppe.

Teilnehmer von Palliative-Care-Kursen für Pflegende sind staatlich examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger sowie staatlich examinierte Altenpfleger.

Das Curriculum wurde für diese Berufsgruppen konzipiert, um die Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen zu verbessern.

Ärzten, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Physiotherapeuten, ehrenamtlichen Mitarbeitern etc. bleibt jeweils ein eigenes Fortbildungskonzept vorbehalten.

3.3 Ziele.

Das Curriculum soll Kursleitern und Weiterbildungsträgern eine Hilfestellung anbieten, einen solchen Kurs vor Ort zu konzipieren und durchzuführen.

Ziele hierbei sind die:

- Erweiterung der pflegerischen Kompetenz innerhalb der Palliativmedizin und Hospizarbeit
- Verbesserung der psychosozialen Kompetenz Pflegender
- Verbesserung der Versorgung sterbender Menschen

Auch für Verantwortliche, die Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote in Bund- und Länderhoheit zusammenstellen und einfordern, soll die curriculare Zusammenstellung von Themen und Lernzielen sowie besonders deren Schwerpunktlegung ein Angebot darstellen.

Die Teilnahme am Palliative-Care-Kurs dient der persönlichen Fortbildung. Für eine „Ortbildung“, d. h. für die Implementierung hospizlicher und palliativer Inhalte in die Strukturen und Arbeitsabläufe einer Institution oder eines Dienstes, bedarf es ausdrücklich weiterführender Maßnahmen.

3.4 Themenauswahl.

Das Curriculum ist als sogenanntes Basiscurriculum angelegt, d. h., es vermittelt Grundlagenkenntnisse und Grundfertigkeiten sowie ein Fundament für eine entsprechende Grundhaltung aus dem Bereich Palliative Care. Es beinhaltet die Themen, die für eine erste intensive Auseinandersetzung mit der Pflege schwerkranker sterbender Menschen und deren Familien erforderlich sind. Die Lernschwerpunkte und Wissensbedarfe der Teilnehmer bestimmen die punktuelle Gewichtung der Themen in den Durchführungsplänen der laufenden Kurswochen.

Etlche Themen werden im Rahmen des Basiscurriculums nur in Grundzügen, andere, z. B. Notfälle in der Palliativmedizin, gar nicht behandelt, da dies zu einer Überfrachtung führen würde und nur auf Kosten einer tieferen Auseinandersetzung mit den Basisthemen im geplanten Zeitrahmen möglich wäre.

3.5 Methoden.

Folgende Methoden haben sich für die Durchführung von Palliative-Care-Kursen bewährt:

- Analysen von audiovisuellen Materialien (Film, Video ...)
- Einzelarbeit
- Entspannungsübungen
- Fantasiereisen
- Kasuistiken
- Kleingruppenarbeit
- Körperarbeit
- Kreative Medien (Malen, Schreiben, Collagen, Ton)
- Metaplan-Techniken
- Plenumsgespräch
- Problemorientiertes Lernen
- Rollenspiele
- Skulpturarbeit
- Vortrag

Für die Lerneffizienz der Teilnehmer ist es wichtig, dass die Methoden einander abwechseln. Auf eine Zuordnung der Methoden zu den einzelnen Themen wird bewusst verzichtet. Die Lehrmethoden sind abhängig von Zielen und Inhalten des jeweiligen Themas, der Einbettung in die Gesamtkonzeption des Kurses sowie von der Persönlichkeit, den Vorlieben und Fähigkeiten der Referenten.

3.6 Grundannahmen.

Bei der Arbeit mit Schwerkranken, Sterbenden und Trauernden lassen wir uns von bestimmten Grundannahmen leiten. Diese grundlegenden Gedanken haben auch die Konzeption des Kurses und die Entwicklung des Curriculums maßgebend bestimmt. Wir wollen sie daher benennen:

Patienten sind Individuen mit persönlichen Bedürfnissen. Sie haben das Recht auf Wahrnehmung und Berücksichtigung dieser Individualität.

Jeder Patient hat das Recht auf die beste zur Verfügung stehende Therapie und Pflege. Dabei ermöglicht erst die Kombination aus aktuellem Fachwissen, Fertigkeiten und reflektierter Erfahrung, die Belange des Patienten zu erkennen, und erschließt damit einen effektiven Weg zu einer qualifizierten Pflege und Behandlung.

Patienten sind von ihrer schweren Erkrankung ganzheitlich betroffen. Therapie, Pflege und supportive Maßnahmen sind daher nur sinnvoll, wenn sie Teil eines ganzheitlichen Konzeptes sind.

Der Patient, seine Familie und seine Freunde sind eine Einheit, die der Unterstützung und Hilfe bedarf. Die Aufgabe der professionellen Helfer besteht darin, diesen Personenkreis zu ermutigen, aktiv mitzuarbeiten und gemeinsam ihre realistischen Ziele herauszufinden und anzugehen. Palliative Krankenpflege ist Teil einer multiprofessionellen

Fürsorge. Sie ist da erfolgreich, wo sie die eigene Fachkompetenz mit der Fachkompetenz anderer (Ärzte, Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten etc.) zu verknüpfen weiß.

Pflegende können und müssen für ihr Handeln Verantwortung tragen.

Um als Pflegeperson professionell und kompetent arbeiten zu können, bedarf es beständiger Fort- und Weiterbildung. Aktuell verfügbares Fachwissen muss reflektiert, gelehrt, gelernt und in die praktische Arbeit integriert werden.

Der Kurs Palliative Care muss methodisch vollziehen, was der Inhalt vorgibt. Dies gelingt dann, wenn der Kurs

- die Individualität von Lernenden und Lehrenden berücksichtigt
- Lehrmethoden benutzt, die die Lernenden ganzheitlich ansprechen
- zu kritischem Denken und Hinterfragen ermutigt
- Fachkompetenz, Kommunikationsfähigkeit und Teamarbeit gleichermaßen fördert

Mod. nach: A Core Curriculum for a post-basic Course in Palliative Nursing, Canada.

4. Kursorganisation.

4.1 Rahmenbedingungen.

4.1.1 Zeit.

Der Kurs umfasst insgesamt 160 Unterrichtsstunden (à 45 Minuten), aufgeteilt in vier Blockwochen à 40 Stunden. Die Durchführung erstreckt sich auf etwa ein Jahr, sodass zwischen den Blockwochen genügend Zeit ist, das Gelernte im Alltag anzuwenden. Zu kurze (weniger als drei Monate) oder zu lange (mehr als sechs Monate) Abstände behindern entweder die Umsetzungsmöglichkeiten oder unterbrechen den Lernprozess des Einzelnen und der Gruppe.

Es wird nur während des Tages miteinander gearbeitet, der Abend dient dem Austausch und der Entspannung. Nach manchen Themenstellungen benötigen die Teilnehmer ausreichend Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten.

4.1.2 Ort.

Es ist sinnvoll, als Seminarort eine atmosphärisch schützende Einrichtung mit ausreichend Rückzugsmöglichkeiten zu wählen. Die räumliche Ausstattung muss neben einem ausreichend großen Seminarraum die Möglichkeiten zur Kleingruppenarbeit enthalten. Auf die ausreichende technische und mediale Ausstattung ist ebenfalls zu achten.

Eine gleichzeitige Unterbringung der Teilnehmer in der Nähe des Tagungshauses hat sich sowohl für das Zusammenwachsen der Gruppe wie auch als Schutzraum in der Auseinandersetzung mit existenziellen Themen bewährt. Gruppendynamische Prozesse sind in Kursen, bei denen die Teilnehmer am Tagungsort übernachten, in der Regel intensiver, sie bedürfen daher auch einer aufmerksamen Beobachtung und Steuerung.

4.1.3 Weiterführende Fortbildungsangebote.

Die Teilnahme an Kursen nach dem Basiscurriculum bildet die Basis für Pflegepersonen, im Bereich von Palliativmedizin und Hospizarbeit beruflich tätig zu sein. In der praktischen Tätigkeit werden sich Themen und Fragestellungen ergeben, die einer Vertiefung bedürfen. Aufbauend auf dem Basiscurriculum sind von daher weiterführende Bildungsangebote sinnvoll, die diesem Bedarf Rechnung tragen. So haben sich in den letzten Jahren Angebote entwickelt, die sich an die Absolventen eines Palliative-Care-Kurses richten. Der Umfang dieser Angebote ist sehr unterschiedlich und reicht von Tages- oder Zweitagesveranstaltungen bis hin zu einem Aufbaukurs Palliative Care mit weiteren 160 Unterrichtseinheiten.

4.2 Teilnehmer.

Eine Zahl von maximal 20 Teilnehmern hat sich als sinnvoll erwiesen. Da zumeist die Kursleitung und ein Referent anwesend sind, ist ein Kurs mit dieser Gruppenstärke durchführbar. Alle Plenumsrunden sollten immer wieder durch Kleingruppen und Einzelarbeit abgelöst werden, sodass dem Bedarf nach Mitteilen und Austausch ausreichend Rechnung getragen wird.

Die Herkunft der Teilnehmer aus allen Bereichen der Pflege mit Praxisbezug (Krankenhaus, Hospiz, Altenheim, ambulanter Pflegedienst) ist zu empfehlen. So können auch Fragen der Umsetzung in den jeweiligen Organisationsformen beleuchtet werden.

4.3 Zusammensetzung der Kurswochen.

Bei der Themenzusammenstellung der einzelnen Wochen, beim Tagesablauf und bei der Wahl von Methoden und Arbeitsmitteln sind folgende Aspekte zu bedenken:

- Wichtig ist die Balance zwischen kognitiven, affektiven und sozialen Lernfeldern. Der Wechsel und die jeweils themenabhängige Verknüpfung der genannten Lernfelder fördern nicht nur Aufmerksamkeit und Aufnahmefähigkeit der Teilnehmer, sondern sind Voraussetzung dafür, ein ganzheitlich ausgerichtetes Konzept für die Teilnehmer auch erlebbar zu machen.
- Die persönliche Auseinandersetzung der Teilnehmer mit Themen wie lebensbedrohende Krankheit, Sterben, Tod und Trauer ist integraler Bestandteil des Curriculums und fordert den Teilnehmern einiges ab. Die Psychohygiene der Teilnehmer zu berücksichtigen und zu stärken, ist ein wichtiges kompensatorisches Moment.

Folgende Möglichkeiten bieten sich an:

- Entspannungsübungen, Fantasiereisen
- gemeinsames Feiern
- Einbringen von Texten (Lyrik, Prosa)
- Bei bestimmten Themen und Zielsetzungen, z. B. Wahrnehmung, Team- oder Dialogfähigkeit, wird die Gruppe selbst zu einem wichtigen Lernort. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen zieht sich wie ein roter Faden durch die Kurswochen, obwohl sie explizit vielleicht nur einmal als Thema behandelt werden. Dies durch Metakommunikation an geeigneter Stelle wiederholt zu reflektieren, scheint ebenfalls wichtig, um einen entsprechenden Lernerfolg zu erzielen.

4.4 Lernkontrolle, Reflexion und Selbsteinschätzung.

Die Teilnehmer sollten Gelegenheit haben, den eigenen Wissensstand einzuschätzen und den Lernprozess bewusst zu verfolgen.

Dazu bieten sich folgende Möglichkeiten an:

- strukturierte Reflexionsrunden zu Beginn und Ende der Kurswochen

Durch den zeitlichen Abstand zwischen den Kurswochen haben die Teilnehmer die Möglichkeit, die Umsetzung des Erlernten vor Ort zu überprüfen und an Defiziten gezielt weiterzuarbeiten. Dies wird häufig im Rahmen der Reflexionsrunden deutlich. Am Ende der jeweiligen

Kurswoche können die Teilnehmer durch eine Reflexionsrunde überprüfen, welche Elemente im Kursverlauf besonders wichtig waren und woran sie in der Folgezeit konkret arbeiten möchten.

- Arbeit an Kasuistiken

Die Arbeit an Fallbeispielen (Patientenanamnese, Genogramm, Schmerztherapie und Symptomkontrolle, Problemerkennung, Behandlungsstrategien), die die bereits unterrichteten Themen beinhalten, ist eine konkrete Möglichkeit der Lernkontrolle für die Teilnehmer und Kursleiter.

Die Bearbeitung der Kasuistiken mit anschließender ausführlicher Besprechung im Plenum kann sowohl in Einzel- als auch in Gruppenarbeit durchgeführt werden.

Bewährt hat sich diese Methode am Ende einer jeweiligen Kurswoche. In einem Fallbeispiel werden die Themen der aktuellen Kurswoche gebündelt und gemeinsam reflektiert. Die Teilnehmer erhalten so eine sehr direkte und erfahrungsbezogene Rückmeldung über die Themengebiete, in denen sie sich bereits sicher bewegen, und über die, an denen sie noch arbeiten müssen.

4.5 Kursleitung.

4.5.1 Aufgaben der Kursleitung.

Der gesamte Kurs wird durchgehend von einem Kursleiter begleitet. Er hat je nach Themenstellung unterrichtende oder flankierende Funktion. Seine Anwesenheit gewährleistet die inhaltlichen Abstimmungen der Unterrichtseinheiten und die organisatorische Feinabstimmung. Zu verschiedenen medizinischen, seelsorglichen oder psychosozialen Themen werden Fachreferenten eingebunden, die mindestens einen halben Tag mit der Gruppe verbringen sollten. Bei der Auswahl der Referenten beachtet der Kursleiter neben der fachlichen Kompetenz den palliativ-hospizlichen Praxisbezug und die methodisch-didaktische Kompetenz des Referenten. Die multidisziplinäre Zusammensetzung des unterrichtenden Teams (Pflege, Medizin, Seelsorge, Psychologie, Sozialarbeit/-pädagogik etc.) entspricht den Gegebenheiten des jeweiligen Arbeitsteams in der Praxis. Durch diese Konstellation, die verschiedenen Themenschwerpunkte und das gemeinsame Diskutieren wird die Multidisziplinarität von Palliative Care für die Teilnehmer konkret erfahrbar.

Die Kursleitung trägt Verantwortung für die Zusammenstellung der Themen, Referenten und Methoden. Dabei berücksichtigt der Kursleiter u. a. folgende Aspekte:

- Behutsamer Aufbau der Themen über die vier Wochen hin

- Passende Zusammenstellung von Themen innerhalb einer Woche (z. B. Schmerztherapie und Obstipation)
- Einbettung und Durchführung von Selbsterfahrungsanteilen
- Methodenwechsel im Ablauf eines Tages

4.5.2 Anwesenheit der Kursleitung (Minimalanforderung).

Die Kursleitung ist zu mindestens 60% der Zeit in jeder Kurswoche anwesend.

Bei Kooperation mit einem neuen Veranstalter begleitet der Kursleiter den gesamten Kurs. Der Anteil eigenen Unterrichts beläuft sich im Gesamtkursverlauf auf mindestens 25%. Bei ersten Selbsterfahrungseinheiten (z. B. Trauer) und bei der ersten Einheit eines neuen Referenten ist die Kursleitung stets anwesend. Diese Festlegungen ermöglichen es dem Kursleiter, die Dynamik des Kurses maßgebend mitzugestalten, die notwendigen Verbindungslinien zwischen den verschiedenen Themen herzustellen und im Bedarfsfall steuernd einzugreifen.

4.5.3 Qualifikationsprofil der Kursleitung.

Das Qualifikationsprofil für die Kursleitung erfordert

- eine abgeschlossene Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Altenpfleger
- die Teilnahme an einem Palliative-Care-Kurs nach diesem Curriculum
- aktuelle Praxiserfahrung im Feld Palliativmedizin und Hospizarbeit
- eine abgeschlossene Kursleiterschulung
- laufende Teilnahme an der Praxisbegleitung für Kursleiter

Auch bei den anderen beteiligten Referenten wird neben der jeweils thematisch relevanten Ausbildung besonders auf aktuelle Praxisnähe und Unterrichtserfahrung Wert gelegt.

Der Haltung im Umgang mit sterbenden und trauernden Menschen kommt eine besondere Bedeutung zu. Die unterrichteten Themen werden tiefer gehend reflektiert, daher muss die hierzu eingenommene Haltung auch und gerade im Umgang mit den Teilnehmern sichtbar und untereinander erlebbar gemacht werden können.

Ein Kurs, der auch die ethischen Komponenten des pflegerischen, psychosozialen und spirituell ausgerichteten Handelns betont, lebt von der Überzeugung und glaubwürdigen Darlegung dieser Komponenten durch die Lehrkräfte.

Bei der Auswahl der Referenten dürfte es nicht zuletzt auch angebracht sein, auf Humorfähigkeit zu achten. Für das Curriculum mit seinen ernstesten Themen und belastenden Arbeitsfeldern heißt das, Humor als lerntheoretische Grundlage zu berücksichtigen.

Humor scheint daher ein wichtiges Hilfsmittel, hier die Balance zu halten, und sollte durch die Referenten erfahrbar werden.

5. Didaktische Grundstruktur.

„Dass alle unsere Erkenntnis von der Erfahrung anfangt, daran ist gar kein Zweifel; denn wodurch sollte das Erkenntnisvermögen sonst zur Ausübung erweckt werden, geschähe es nicht durch Gegenstände, die unsere Sinne rühren.“
(Kant, Einleitung zur Kritik der reinen Vernunft)

Die Behandlung der Themen ist jeweils in drei Teile gegliedert:

1. Basiswissen
2. Haltung
3. Fertigkeiten/Können

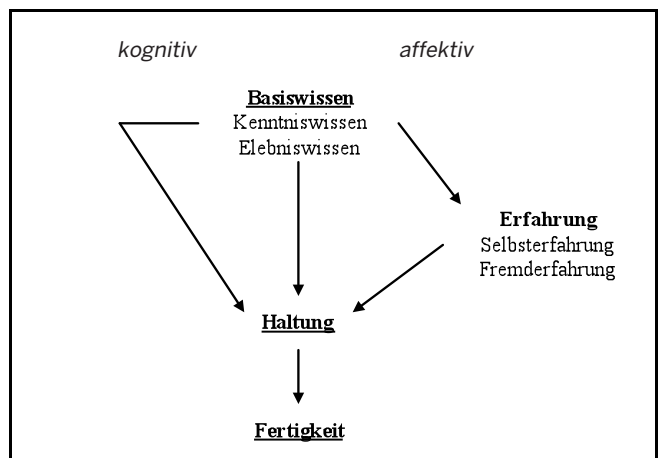
Die gewählte Reihenfolge ergibt sich aus dem Ziel- und Schwerpunkt der Aufgabenstellung sowie den didaktischen Erfahrungen, die wir im Laufe der Jahre in der Durchführung der Kurse gemacht haben. Hauptziel des Weiterbildungsangebotes ist es, den Teilnehmenden Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Patienten sowie deren Familien und Freunden zu erschließen. Dazu gehört selbstverständlich ein fundiertes Fachwissen. Darüber hinaus vertreten wir die Meinung, dass ein vordergründiges Erlernen von Techniken und eine ausschließliche Aneignung von Wissen nur unzureichende Prozesse der Um- oder Neubewertung im Umgang mit den Themen Leid, Angst, Sterben, Tod und Trauer initiieren können.

Angestrebte Verhaltensänderungen wie die Stimulation angemessener Reaktionen, die Entwicklung einer schärferen Wahrnehmung menschlicher Probleme, das Entdecken des eigenen Kreativitätspotenzials für die Orientierung in Konfliktbereichen können erst eintreten, wenn die Teilnehmer motiviert werden, sich mit den eigenen Einstellungen und Haltungen auseinanderzusetzen, und bereit sind, die bisherigen Einstellungen oder bisherigen Deutungsmuster zu vertiefen oder ggf. zu verändern.

Statt Kommunikationsformen einzuüben, die in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit als bloße Techniken erscheinen können, ist es sinnvoller, zunächst Haltungen zu reflektieren und diese modellhaft im Umgang mit den Teilnehmern zu demonstrieren. Dieser Vorzug der Haltung vor der Technik gilt besonders, wenn Interaktionsformen mit Patienten gelernt werden (nondirektive Gesprächsführung, speziell das aktive Zuhören, eine adäquate Form des Fragens und die offene Kommunikation). Diese stehen einer verbreiteten Kommunikationsform in der Pflege, nämlich einem aktiven, vorwiegend ratgebenden Handeln, entgegen.

Im vorliegenden Curriculum wird nicht auf die Vermittlung von konkreten Fertigkeiten (= Techniken) verzichtet, aber sie werden erst an dritter Stelle erarbeitet, als sich aus der Haltung ableitende Handlungsmöglichkeiten.

Aus diesen Überlegungen lässt sich ein Lern- und Lehrprozess ableiten, der in folgender Abbildung dargestellt wird:



5.1 Basiswissen.



Das Basiswissen setzt sich aus zwei Formen von Wissen zusammen: dem **Kenntniswissen** und dem **Erlebniswissen**. Die Vermittlung von Kenntnisswissen dient als Grundlage für eine kompetente, qualifizierte Pflege und wird somit zu einer theoretischen Richtlinie, an der die Erfahrung, die Haltung und das Handeln überprüft und abgeleitet werden können.

Im Rahmen medizinisch-pflegerischer Themen handelt es sich um erweitertes Fachwissen im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen. Dies ist erforderlich, um im positiven Sinne handlungsfähig zu bleiben.

Im Bereich psychosozialer Themen steht die Vermittlung von Grundwissen im Vordergrund. Vom Kenntnisswissen

können unmittelbare Fertigkeiten abgeleitet werden, angestrebt ist aber, sofern vom Thema her möglich, über den Zugang der Haltung zu den Fertigkeiten zu gelangen.

Beim Erlebnisswissen handelt es sich um ein Wissen, das das eigene wirkliche oder mögliche Leiden und Sterben mit einbezieht, also das eigene Leben betrifft. Wir sprechen daher auch von Lebenswissen. Maßgeblich für das Erlangen von Lebenswissen für den Bereich „Sterben und Tod“ sind die Erfahrungen aufgrund der Todkontakte des Einzelnen, die mit der Kommunikationskompetenz für diesen Themenbereich korrespondieren. Mit Todkontakten sind hier sowohl der berufliche Bereich und die institutionellen Aspekte gemeint als auch persönliche Betroffenheit beim Sterben eines geliebten Menschen oder auch Erfahrungen, die Analogien zum Sterben aufweisen (Ende einer Beziehung, Arbeitslosigkeit).

Erfahrungen.

Wenn Empfindungen und Wahrnehmungen auf ihre Ursachen zurückgeführt, in ihnen Gesetzmäßigkeiten gesehen, Schlussfolgerungen daraus gezogen werden, spricht man von Erfahrungen.

Die Arbeit mit **Selbsterfahrungen** sowie ihre Mitteilung haben sich als sehr lernwirksam erwiesen. Darauf deuten die Tiefe der Teilnehmerbeiträge hin sowie die Aufmerksamkeit, mit der solche Mitteilungen aufgenommen werden.

Eine andere Form der Erfahrung ist das Lernen durch Kunde (**Fremderfahrung**). Hierbei ist der Teilnehmer nicht unmittelbar dabei, d. h., er erfährt etwas nur ‚durch‘ jemanden.

Die Verknüpfung unmittelbarer Erfahrung (Selbsterfahrung) mit den mittelbaren Erfahrungen (Fremderfahrung) ist für die Wissensvermittlung von bleibendem Wert. Die mittelbaren Erfahrungen rufen durch Assoziationen die unmittelbaren Erfahrungen wieder ins Bewusstsein und machen sie dadurch für eine kognitive und affektive Bearbeitung zugänglich. Diesen Prozess der Verknüpfung eigener Erlebnisse mit denen anderer haben wir in unserem Curriculum im Bereich der Wissensvermittlung installiert. Soweit es das Thema jeweils hergibt, haben wir versucht, die diversen Kenntnisse mit Erfahrungsübungen zu koppeln. Vielfach wird dadurch eine tiefere Stufe des Wissens erreicht, nämlich ein Bewusstwerden.

Bewusstwerden.

Im Bewusstwerden werden nicht nur die Einzelkenntnisse, sondern auch ihre Zusammenhänge erkannt. Das Bewusstsein tritt erst ein, wenn ein Erlebnis nicht nur erlebt, sondern zum Gegenstand der Selbstwahrnehmung

erhoben wird, wenn es begrifflich gefasst, bearbeitet und in Wissenszusammenhänge gestellt wird. Auf der Schnittstelle zwischen Wissen und Haltung kommt der Bewusstwerdung eine zentrale Bedeutung zu.

5.2 Haltung.



Haltung nennen wir den Bewusstseinszustand, mit dem man an eine Sache, eine Person oder ein zu erwartendes Erlebnis herantritt und von dem die Auffassung der Sache, der Person und der Verlauf des Erlebens mitbestimmt werden. Haltung lässt sich als zentrales Fundament menschlichen Lebens beschreiben, das unser Handeln bestimmt. Haltung ist besonders entscheidend für den Umgang mit dem Sterben. Es ist davon auszugehen, dass sich aus einer Haltung, die geprägt ist

- von Respekt vor dem Leben,
- von Respekt vor der Autonomie des Patienten,
- von Fairness im Umgang mit sehr begrenzten Ressourcen bei Patient und Familie und
- von einem Handlungsansatz als Unterstützung statt selbsttätigem Aktionismus,

die erwarteten Handlungslinien sozusagen von selbst ergeben.

Die Arbeit an Haltungen ist ein Mittel erfahrungsbezogenen Unterrichts. Die von den Teilnehmern mitgebrachten Haltungen sind relativ stabil und durch bloße kognitive Belehrungen sicherlich nicht zu verändern. Deshalb müssen Lernsituationen geschaffen werden, in denen die Lernenden an jene Situationen rückerinnert werden, in denen sie die im Unterricht thematisierten Haltungen aufgebaut haben. Dazu bietet sich das Spiel an (Stegreifspiel, Rollenspiel, Theater, aber auch andere Formen der Selbsterfahrung). Verfestigte Haltungen können so wieder „verflüssigt“ werden, zum Fließen gebracht werden.

Haltung ist also nicht einmal erworben, sondern wird im Laufe des Lebens beständig neu geformt und entwickelt. Auf dieser Erkenntnis bauen die Teile eines Palliative-Care-Kurses auf, die in besonderer Weise die Haltung thematisieren.

Haltung als Fundament menschlichen Lebens ist nicht pauschal überprüfbar. Sie zeigt sich situativ am Verhalten. Oftmals benötigen Teilnehmer dabei die Wahrnehmung von außen, die Einschätzung anderer, um die Haltung erkennen zu können.

Damit kommt dem Lehrenden im Feld von Palliative Care eine besondere Bedeutung zu. Seine Lehrkompetenz ist eng verknüpft mit dem Stand der eigenen Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema. Seine Haltung wird in dem Maße erkennbar, wie auch er sich öffnet und selbst offenbart.

Die im Unterricht erkennbare Haltung des Lehrenden wird so zum Lernfeld für die Teilnehmer.

Die Erfahrungen der Kursarbeit zeigen deutlich, dass das ureigene palliative oder hospizliche Moment vor allem in der Haltung sichtbar und erlebbar wird. Erst durch die entsprechende Haltung wird palliatives und hospizliches Wissen und Handeln für Teilnehmer unterscheidbar von ihren bisher erlebten und angeeigneten Erfahrungswelten.

5.3 Fertigkeiten.



Die Fertigkeiten lassen sich nun anhand der Haltung, aus der heraus gepflegt, gehandelt und kommuniziert wird, ableiten und einüben. Sie ergänzen den oben aufgeführten Prozess. Durch medizinisch-pflegerische und kommunikative Fertigkeiten und zielgerichtetes Handeln

können Sicherheit hergestellt, Krisensituationen vermieden bzw. reduziert und die größtmögliche Selbstständigkeit des Patienten gestützt werden. Während der Kurswochen werden immer wieder Lernsituationen geschaffen, in denen die Teilnehmer ihre Fertigkeiten ausprobieren können. Der Übungsschwerpunkt, der durch wiederholtes Anwenden eintritt und der im Laufe der Zeit zu einer Fertigkeitenkompetenz des Einzelnen führt, liegt in der Zeit zwischen den Blockwochen. Um diesen Prozess zu fördern, können die Teilnehmer aufgefordert werden, sich jeweils kleine selbst gewählte Aufträge zu geben. Auch die Reflexionsrunden zu Beginn der Wochen zwei bis vier dienen u. a. diesem Ziel.

B. Themen.

Im Folgenden werden die einzelnen Themen des Palliative-Care-Kurses behandelt. Die Reihenfolge ergibt sich aus einer sachlichen Logik, entspricht aber nicht der Reihenfolge, in der sie unterrichtet werden. In ihrer Reihung wirken sie möglicherweise wie lose Fäden, sie sind aber inhaltlich miteinander verwoben. In der Bearbeitung einzelner Themen spiegeln sich somit immer wieder andere Themen des Curriculums wider oder berühren einander.

So durchzieht das Thema Kommunikation beispielsweise alle Bereiche, ist aber auch curricular gesondert bearbeitet.

Wir beschreiben die Lernziele und Inhalte skizzenhaft und differenziert bezüglich unserer didaktischen Auffächerung nach Wissen, Haltung und Fertigkeit. Sie sind in unterschiedlicher Tiefe aufgeführt und bei der Kursplanung im Gesamtkontext zu betrachten. Bei einer Modifikation der Schwerpunkte sind die Inhalte in Bezug zu den Lernzielen auszuwählen.

Vorangestellt haben wir jeweils Gedanken zur Bedeutung des Themas im palliativ-hospizischen Setting. Diese Vorbemerkungen entstanden in der jahrelangen konstruktiven Zusammenarbeit der Kursleiter¹, die in der Erstellung eines Handbuchs für Kursleiter mündete, in dem die im Curriculum aufgelisteten Themen noch einmal didaktisch

aufgearbeitet und am Beispiel konkreter Unterrichtsmethoden dargestellt sind.

1. Grundlagen von Palliative Care und Hospizarbeit.

1.1 Nationale und internationale Entwicklung von Palliative Care und Hospizarbeit.

Die Entwicklung von Palliative Care und Hospizarbeit hat in Deutschland im internationalen Vergleich mit Mitte der Achtzigerjahre spät begonnen. Jedoch ist seit Anfang der Neunzigerjahre eine eigene kontinuierliche Entwicklung zu beobachten. Seit April 2007 ist eine Gesundheitsreform in Kraft getreten, die erstmals einen Rechtsanspruch von Versicherten auf „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ definiert.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen den Ursprung und Inhalt der Hospizidee
- verfügen über eine Übersicht bezüglich der Grundsätze der Hospizarbeit
- haben einen Überblick über die Grundlagenliteratur

¹Das Kursleiterhandbuch erhalten ausschließlich zertifizierte Kursleiter nach Abschluss der Kursleiterausbildung.

Haltung:

Die Teilnehmer

- erkennen den Hospizgedanken als Arbeitsleitbild an
- akzeptieren, dass die psychosozialen, spirituellen und ethischen Komponenten der Begleitung ebenso wichtig sind wie die medizinischen und pflegerischen Komponenten
- sind bereit dazu, diesen Arbeitsansatz bei sich selbst, im Team und innerhalb des institutionellen Auftrags und institutioneller Zwänge immer wieder zu überprüfen und zu korrigieren, besonders wenn er sich zu einer starren Ideologie entwickelt
- achten den Patienten und seine Familie als unbedingten Mittelpunkt aller pflegerischen Bemühungen
- akzeptieren die Vorrangstellung des Ziels „Lebensqualität“ gegenüber allen anderen Zielen
- sind bereit, mit einem Team eine solide Arbeitsgrundlage für die Begleitung sterbender Menschen zu schaffen
- sind bereit zur Öffentlichkeitsarbeit, um die Hospizidee zu etablieren
- integrieren an der Hospizarbeit interessierte Kollegen (Hospitanten, Schüler, Medizinstudenten etc.) ins Team

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- beziehen Angehörige in die Begleitung ein und leiten sie an (mit Anleiten ist nicht nur der pflegerische Aspekt gemeint, sondern auch das Vermitteln psychosozialer und spiritueller Denkmuster und Begleitungsstrategien)
- organisieren Unterstützungsangebote für alle Beteiligten
- können interessierte Kollegen anleiten
- sind in der Lage, die Grundzüge von Palliative Care in der Öffentlichkeit zu vertreten

Inhalte:

- Die Hospizidee und ihre Grundsätze
- Externe und interne Praktikabilität in Bezug auf bestehende Versorgungssysteme

1.2 Organisationsformen von Palliative Care und Hospizarbeit.

Die Palliativversorgung in Deutschland hat sich sehr vielfältig entwickelt und sich strukturell immer differenzierter an die Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten angepasst. Dies zeigt sich an der Angebotspalette von niedrigschwelligeren Angeboten wie ambulanten Hospizdiensten, bis hin zu hoch spezialisierten Diensten im ambulanten und stationären Bereich.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen unterschiedliche Organisationsformen und deren Schwerpunkte und Unterscheidungen
 - stationär (Hospiz, Palliativstation)
 - palliativmedizinischer Konsiliardienst
 - teilstationär (Tagesklinik)
 - ambulant (amb. Hospizgruppe, amb. Hospizdienst, amb. Hospiz- und Palliativberatungsdienst, amb. Hospiz- und Palliativpflegedienst)
- kennen die aktuelle Gesetzeslage im Hinblick auf gesetzliche Ansprüche von Patienten und Angehörigen
- kennen Trauerbegleitungsangebote
- verfügen über einen Einblick in die Finanzierungsstrukturen der verschiedenen Dienste und Einrichtungen

Haltung:

Die Teilnehmer

- haben Einsicht in die unterschiedliche Entwicklungsgeschichte der Dienste und Institutionen und die damit verbundenen Chancen, aber auch Herausforderungen durch die Komplexität der Angebote
- respektieren die Angebotsschwerpunkte anderer Anbieter und bemühen sich um Kooperation, um die für den Patienten beste Versorgung zu erreichen
- setzen sich mit der Identität, dem Selbstverständnis und dem Angebot des eigenen Dienstes kritisch auseinander

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können die Angebote im Kontext von Palliative Care unterscheiden
- sind in der Lage, Patienten und Angehörige zu beraten, welches das „richtige“ Angebot für die Lebenslage darstellt im Hinblick auf
 - Bedürfnisse und Bedarfe
 - Finanzierbarkeit
 - bestehende Angebote vor Ort

Inhalte:

- Schwerpunkte und Unterschiede von Organisationsformen
- Entwicklungsgeschichte von Palliativ- und Hospizdiensten
- Finanzierung von Palliativ- und Hospizdiensten
- Gesetzliche Grundlagen

2. Anwendungsbereiche von Palliative Care.

2.1 Symptomorientiertes Arbeiten anhand exemplarischer Krankheitsbilder.

In der Definition der WHO zu Palliative Care wird deutlich, dass sich die Zielgruppe nicht nur auf Tumorpatienten beschränkt, wenngleich das Konzept zunächst für diese Zielgruppe entwickelt wurde. Die Notwendigkeit von Palliative Care ergibt sich insbesondere auch beim Vollbild der Infektionskrankheit Aids, bei Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen oder im Endzustand von chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankungen. Zunehmend wird auch der Bedarf an Palliativversorgung im Kinder- und Jugendbereich gesehen und strukturiert aufgebaut. Ebenso werden Palliative-Care-Konzepte im geriatrischen Bereich insbesondere für demente Patienten entwickelt und Implementierungsprozesse in Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen häufige Krankheitsbilder in Palliative Care

– Tumorerkrankungen

– Neurologische Erkrankungen (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose/ALS)

- haben einen Überblick über seltene Erkrankungen im Bereich Palliative Care
 - Pädiatrische palliative Erkrankungen
 - Aids
- haben einen Überblick über zu erwartende Symptome und Probleme im Verlauf der jeweiligen Erkrankung
- verfügen über einen Einblick in die Entstehung und den Verlauf der jeweiligen Erkrankung
- haben einen Überblick über die Besonderheiten der Betreuung von geriatrischen und pädiatrischen Palliativpatienten
- kennen häufige Metastasierungswege von Tumoren
- wissen, dass Krebs nicht zwangsläufig eine tödlich verlaufende Erkrankung ist
- haben einen Überblick über die möglichen Ursachen und die begünstigenden Faktoren der Krebsentstehung, wissen aber auch um die vielen offenen Fragen in der Entstehung von Krankheiten im Bereich Palliative Care

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sensibel dafür, dass Palliative Care sich nicht ausschließlich Tumorpatienten widmet, sondern auch gleichwertig andere Patientengruppen einschließt
- arbeiten im Rahmen ihrer Möglichkeiten daran mit, dass jeder Patient mit einer weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung im Sinne von Palliative Care eine ganzheitliche Begleitung erhält
- reflektieren die Bedeutung der zum Tode führenden Erkrankung für den Patienten und sein soziales Umfeld

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können aktuelle Symptome einschätzen und zum bestehenden Krankheitsbild zuordnen

- sind in der Lage, Hinweise auf möglicherweise auftretende Symptome und Probleme im Vorfeld zu erkennen
- sind in der Lage, die Besonderheiten in der Betreuung von geriatrischen und pädiatrischen Palliativpatienten in ihrem Handeln zu berücksichtigen

Inhalte:

- Krankheitsbilder
 - Krebs
 - Aids
 - Amyotrophe Lateralsklerose
- Pädiatrische Palliativversorgung
- Geriatrische Palliativversorgung

3. Körperliche Aspekte der Pflege.

3.1 Schmerztherapie.

Nach wie vor leiden in Deutschland viele Menschen in der letzten Lebensphase an Schmerzen. Die Mehrzahl dieser Patienten könnte erfolgreich schmerztherapeutisch behandelt werden. Die Gründe für die Unterversorgung der Patienten liegen sowohl in der Missachtung zugrunde liegender Ursachen, anerkannter Therapiestandards (z.B. mangelndes Wissen um die Nebenwirkungen und den Einsatz von Begleitmedikation) und der Notwendigkeit einer umfassenden Dokumentation als auch in Vorurteilen einiger Patienten, Angehöriger und Therapeuten gegenüber einer Behandlung mit starken Opioiden.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen den Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualität in der Pflege (DNQP)
- wissen um die Häufigkeit von Schmerzen bei Palliativpatienten
- kennen die Definition von Schmerz
- kennen die Grundlagen zur Schmerzentstehung und Schmerzleitung
- kennen unterschiedliche Schmerzformen
- kennen Faktoren, die den Schmerz beeinflussen
- kennen das WHO-Stufenschema

- kennen die wichtigsten Nichtopioid- und gebräuchliche Opioid- sowie ihre Wirkweisen, wichtigsten Nebenwirkungen und Applikationsformen
- kennen gebräuchliche Begleitmedikamente
- kennen nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten
- kennen Maßnahmen der invasiven Schmerztherapie
- kennen Darreichungsformen, Wirkdauer und Nebenwirkungen angewendeter Medikamente

Haltung:

Die Teilnehmer

- verfügen über die Einsicht, dass Schmerzsymptome einerseits differenziert erhoben werden müssen, andererseits aber auch in einem ganzheitlichen Kontext und dessen Wechselwirkungen zu sehen sind
- erkennen und respektieren, dass Schmerz auch Ausdruck anderer Probleme des Patientensein kann (z.B. Angst und Schuldgefühle als Schmerzverstärker)
- verfügen über die Einsicht, dass die Fremdeinschätzung von Schmerzen subjektiv ist und kritisch überprüft werden muss
- erkennen, dass Schmerz auch für die Familie des Patienten eine große Belastung darstellen kann
- erkennen und respektieren, dass Schmerz in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich ausgedrückt wird

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, zwischen akutem und chronischem Schmerz zu differenzieren
- können die Grundprinzipien der (Tumor-)Schmerztherapie anwenden
- können Schmerzskalen zur Einordnung von Schmerzen anwenden
- verstehen einen Therapieplan und können diesen umsetzen
- sind sicher in der Handhabung von Analgetika
- sind sicher in der Handhabung und Einschätzung des Einsatzes von Zusatzmedikationen

2. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care

- können Schmerzen dokumentieren
- erkennen die Zusammenhänge von Symptomen
- sind in der Lage, Krisensituationen vorauszusehen und die Familie in die Behandlung zu integrieren

Inhalte:

- Morphinmythos
- Schmerzformen
- Schmerzassessment und Dokumentation
- Schmerzarten
- Einflussfaktoren auf Schmerz
- Wirkung und Nebenwirkung der Analgetika
- Häufigkeit von Schmerzen in Palliative Care
- Individuelle Schmerzwahrnehmung
- Kulturelle Einstellung zu Schmerz
- Koanalgetika und Begleitmedikamente
- Applikationsformen
- Äquivalenzdosierungen
- Nicht medikamentöse Maßnahmen
 - Entspannungsverfahren
 - Massage
 - Visualisierung
 - TENS
- Invasive Schmerztherapie
- Strahlentherapie

3.2 Mundpflege.

Der Mundraum ist eine der wahrnehmungsstärksten Zonen des menschlichen Körpers. Probleme in diesem Bereich gehen für den Patienten mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher. Fast alle Patienten leiden im Verlauf ihrer Erkrankung unter Mundtrockenheit oder anderen belastenden und häufig quälenden Problemen im Mundraum.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Anatomie und Physiologie des Mundraumes
- wissen um die Bedeutung der Mundpflege
- kennen Zusammensetzung und Wirkungsweise unterschiedlicher Mundpflegemittel
- kennen krankheitsbedingte Veränderungen des Mundes

Haltung:

Die Teilnehmer

- erkennen, dass der Mund eines der wahrnehmungsstärksten Organe ist und bei den meisten Menschen zu den intimen Zonen gehört
- verstehen, dass die Mundpflege einen sensiblen Umgang erfordert
- erkennen, dass der Einsatz individueller, wohlschmeckender Mundpflegelösungen die Lebensqualität des Patienten günstig beeinflussen kann
- erkennen, dass bei wahrnehmungsgestörten Patienten die Mundpflege eine Orientierungshilfe für den Patienten darstellt
- erkennen, dass die Mundpflege auch in der Finalphase eine große Bedeutung hat und nicht vernachlässigt werden darf
- respektieren eine Ablehnung der Mundpflege seitens des Patienten

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- erkennen Veränderungen des Mundraumes
- erarbeiten individuelle Behandlungsstrategien im Rahmen der Mundpflege
- sind in der Lage, eine sensible Mundpflege durchzuführen
- sind in der Lage, Angehörige in die Maßnahmen der Mundpflege einzubeziehen und sie anzuleiten

Inhalte:

- Mundtrockenheit/borkiger Mund
- Übler Mundgeruch
- Hypersalivation
- Veränderungen der Mundschleimhaut/Ulzerationen/Stomatitis/Rhagaden/Soor
- Veränderungen von Geruchs- und Geschmackswahrnehmung
- Wirkungsweise und Zusammensetzung der Mundpflegemittel/Medikamente
- Grenzen der Mundpflege
- Bedeutung der Mundpflege für den Patienten und seine Angehörigen

3.3 Ernährung und Flüssigkeitsgabe.

Inappetenz oder der Verlust der Fähigkeit, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg aufzunehmen, stellt häufig für alle am Begleitungsprozess Beteiligten ein erhebliches Problem dar. Zwischen der Einsicht, dass in der letzten Lebensphase dieser Verlust zum natürlichen Verlauf gehören kann, und der gerade in längeren Krankheitsverläufen immer wieder entstehenden Frage, ob nicht mit einer „künstlichen“ Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung Symptome wie Mund- oder Hauttrockenheit, Durstgefühl und Bewusstseinsbeeinträchtigung doch positiv beeinflusst werden können, entsteht ein mitunter starkes Spannungsfeld. Angehörige, Patient, Pflegende und Ärzte erleben diesen Prozess sehr unterschiedlich, und einmal gefällte Entscheidungen können durch das täglich sich ändernde Gesamtbild des Kranken immer wieder infrage gestellt werden.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Ursachen und Symptome von Ernährungsstörungen
- kennen unterschiedliche Ernährungsformen/-möglichkeiten
- kennen medikamentöse und nicht medikamentöse Möglichkeiten zur Appetitsteigerung
- wissen um die veränderten Bedürfnisse der Nahrungsaufnahme am Lebensende

Haltung:

Die Teilnehmer

- reflektieren den eigenen Umgang mit Ernährung (welchen Stellenwert hat Ernährung?)
- reflektieren den Zusammenhang zwischen ausgewogener Ernährung und Gesundheit sowie fehlerhafter Ernährung und Krankheit
- akzeptieren, dass es zu einer Verschiebung der Wertigkeit von Essen bei fortgeschrittener Erkrankung kommen kann
- verabschieden sich von der Einstellung, dass ein kranker Mensch essen muss
- setzen sich kritisch damit auseinander, dass Inappetenz ein größeres Problem für die Begleiter als für den Patienten sein kann
- erkennen ihre eigene Unsicherheit und emotionale Beteiligung und damit die Gefahr, Situationen im Zusammenhang mit Flüssigkeitsgabe und Ernährung wertend zu beurteilen
- haben die Einsicht, dass es im Zusammenhang mit Flüssigkeitsgabe und Ernährung nur individuelle Entscheidungen gibt
- verstehen die Besorgnis von Angehörigen um die Thematik des „Verhungerns“ und „Verdurstens“

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- erkennen den Ernährungs- und Allgemeinzustand des Patienten
- erkennen die Bedeutung der Ernährung für den Patienten
- sind in der Lage, die unterschiedliche Bedeutung der Ernährung bei Patienten, Angehörigen und Begleiter zu differenzieren (welche Wünsche und Hoffnungen sind für wen mit der Nahrungsaufnahme verbunden?)
- sind in der Lage zu erfassen, wie viel an Nahrung und Flüssigkeit der Patient aufnehmen mag und kann
- erkennen die Ursachen von Ernährungsstörungen und leiten die folgerichtigen Behandlungsmaßnahmen ab
- sind in der Lage, gemeinsame Ziele mit Patient und Angehörigen bezüglich der Ernährung zu erarbeiten

- haben einen differenzierten Umgang mit der Indikation von parenteraler Ernährung
- sind sicher in der Handhabung mit Ernährungssonden und Sondenkost
- sind in der Lage, Behandlungsmöglichkeiten bei Inappetenz zu erarbeiten
- sind in der Lage, Ängste der Patienten und Angehörigen, die im Zusammenhang mit Inappetenz stehen, wahrzunehmen und zu begleiten

Inhalte:

- Bedeutung von Essen aus biologischer, sozialer und kultureller Sicht
- Ursachen von Ernährungsstörungen
 - durch die Erkrankung (z. B. Dysphagie, Ileus)
 - durch die Therapie (z. B. verzögerte Magen-Darm-Passage, veränderter Geschmackssinn)
 - durch andere Faktoren (z. B. Angst)
- Behandlungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Ernährungsstörungen (medikamentös, diätetisch, operativ, allgemein)
- Formen/Möglichkeiten der Ernährung

3.4 Übelkeit und Erbrechen.

Die Symptome Übelkeit und Erbrechen treten bei vielen Patienten in den letzten Wochen ihres Lebens auf. Sie sind häufig bedingt durch das Fortschreiten der Erkrankung, können aber auch als Nebenwirkung der Medikation auftreten. Die Übelkeit und das Erbrechen können vom Patienten als stark belastend erlebt werden und einen erheblichen Einfluss auf seine Lebensqualität nehmen. Häufig bestimmen diese Symptome den Tagesablauf des Patienten und können zum Rückzug in die Isolation führen.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Pathophysiologie von Übelkeit und Erbrechen
- wissen um die Ursachen von Übelkeit und Erbrechen
- kennen die häufig eingesetzten Antiemetika
- wissen, welche Bedeutung diese Symptome für Patienten und Angehörige haben können

Haltung:

Die Teilnehmer

- verstehen, dass Erbrechen nicht zwangsläufig ein Problem für den Patienten darstellt, häufig für die Begleiter aber unerträglich ist
- erkennen, dass es Grenzen der Behandlung gibt (Ileus)
- erkennen, dass Übelkeit und Erbrechen vielfältige, nicht nur organische Ursachen haben
- sind sich ihrer eigenen Gefühle im Zusammenhang mit den Symptomen Übelkeit und Erbrechen bewusst

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- erkennen, erheben und dokumentieren Übelkeit und Erbrechen
- erkennen mögliche Ursachen von Übelkeit und Erbrechen und leiten folgerichtige Maßnahmen ab
- differenzieren zwischen anhaltender Übelkeit (unerträglich), Würgereiz und gelegentlichem Erbrechen (für den Patienten u. U. erträglich)
- sind in der Lage, entsprechende Lagerung bei Erbrechen anzuwenden
- schätzen den Bedarf und das Bedürfnis nach Nahrungs- und Flüssigkeitssubstitution angemessen ein
- wenden adäquate Mundpflege an
- sind in der Lage, im Hinblick auf die Symptombehandlung vorausschauend zu denken und entsprechende Maßnahmen abzuleiten
- können den Fragen des Patienten und der Angehörigen adäquat begegnen.

Inhalte:

- Pathophysiologie von Übelkeit und Erbrechen
- Ursachen von Übelkeit und Erbrechen (durch die Erkrankung, die Therapie, andere Faktoren)
- Therapeutische Möglichkeiten (medikamentös, nicht medikamentös, operativ, allgemein)
- Eigene Gefühle wie Ekel, Abneigung

- Dokumentation
- Komplementäre Pflegemethoden
- Bedeutung des Symptoms für Patienten und Angehörige

3.5 Obstipation.

Obstipation ist ein häufiges und meist belastendes Symptom bei schwerstkranken Patienten. Oft ist die Opiatgabe zur Schmerztherapie eine wesentliche Ursache für die Obstipation. Ein notwendiges tägliches Thematisieren der Verdauung seitens der Betreuenden kann ein Schamgefühl bei dem Patienten hervorrufen. Dieses kann durch die neu aufgetretene Hilfsbedürftigkeit beim Toilettengang verstärkt werden.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- wissen um die (Patho-)Physiologie des Darmes
- kennen die Definition von Obstipation
- kennen die Ursachen von Obstipation
- kennen die häufig eingesetzten Laxanzien
- kennen die Maßnahmen der Obstipationsprophylaxe
- kennen die Begleitsymptome der Obstipation

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sensibel dafür, dass das Thema Ausscheidungen beim Patienten häufig Scham auslöst und deshalb vernachlässigt bzw. verharmlost wird
- haben Achtung vor der besonderen Schutzbedürftigkeit des Patienten bezüglich Stuhlgang (Ausscheidung als Teilbereich individueller Intimität)
- reflektieren die eigene Haltung zum Thema Stuhlgang und erkennen, dass die Bedeutung des Themas auch im pflegerischen Kontext unterschiedlich ist
- haben Verständnis für die Rolle der Angehörigen, wenn sie den Patienten bei der Stuhlausscheidung unterstützen müssen.

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, die Darmfunktion einzuschätzen
- erkennen die Wichtigkeit der täglichen Erhebung des Stuhlgangs bei Patienten unter Opioidtherapie
- leiten geeignete Behandlungsstrategien bei Obstipation ab
- sind in der Lage, angemessene und angepasste Obstipationsbehandlung einzuschätzen und durchzuführen
- können Angehörige unter der Wahrnehmung und Akzeptanz der Belastungsgrenzen anleiten

Inhalte:

- Definition
- Ursachen von Obstipation
- Körperliche Untersuchungsmethoden
- Herkömmliche Methoden zur Erhaltung der Darmtätigkeit
- Pharmakologie der am häufigsten eingesetzten Medikamente
- Wirkdauer und Darreichungsform von Laxanzien
- Obstipationsprophylaxe bei Opioidgaben (individuelle Dosierung und Dosisanpassung)
- Therapie der bestehenden Obstipation (Stufenschema)
- Manuelle Möglichkeiten (Colonmassage, evtl. digitales Ausräumen)
- Komplementäre Pflegemethoden
- Bedeutung des Symptoms für Patienten und Angehörige

3.6 Respiratorische Symptome.

Häufige respiratorische Symptome bei schwerstkranken Patienten sind die Dyspnoe und in der Finalphase die Rasselatmung.

Die Dyspnoe wird von dem Patienten als ein existenziell bedrohliches Symptom wahrgenommen. Der Patient

hat das subjektive Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen. Dieses Erleben geht mit Panik und Angst (bis hin zur Todesangst) einher, was wiederum zu einer Verschlimmerung der Atemnot führt. Es entsteht ein Kreislauf, den es zu durchbrechen gilt.

Die Rasselatmung tritt häufig in der Finalphase auf und stellt meist für das Umfeld ein stark belastendes Symptom dar, weniger für den Patienten selbst.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- haben eine Übersicht über die Ursachen von Dyspnoe, Husten und Rasselatmung
- kennen Medikamente zur Behandlung von Dyspnoe, Husten und Rasselatmung
- kennen unterstützende Behandlungsmaßnahmen

Haltung:

Die Teilnehmer

- haben die Einsicht, dass sich die Atemnot des Patienten stark auf das Umfeld überträgt (Atemlosigkeit der Betreuer)
- haben die Einsicht, dass Dyspnoe für den Patienten häufig als ein existenziell bedrohliches Symptom erlebt wird
- haben die Einsicht, dass Bluthusten für alle Beteiligten eine Bedrohung darstellt und Ängste auslöst
- sind sensibel dafür, dass die präfinale Rasselatmung häufig ein größeres Problem für die Angehörigen als für den Patienten darstellt
- erkennen die Notwendigkeit, die Angehörigen von Patienten mit präfinaler Rasselatmung und Dyspnoe in die Begleitung zu integrieren
- stehen dem Einsatz von Sauerstoff bei Atemnot und dem Absaugen bei Rasselatmung differenziert gegenüber

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- nehmen Ängste der Patienten und Angehörigen wahr und gehen angemessenen mit dieser Situation um
- sind in der Lage, Patienten mit Dyspnoe und Rassel-

atmung zu beobachten und die Situation einzuschätzen

- dokumentieren Dyspnoe, Husten und Rasselatmung in angemessener Weise
- verfügen über die Fähigkeit, pflegerelevante Behandlungsmöglichkeiten zu erkennen und anzuwenden
- differenzieren die Formen des Hustens (produktiv, trocken etc.) und leiten sinnvolle Behandlungsstrategien ab
- sind in der Lage, Krisensituationen (Atemnotattacken, Blutung, Hustenanfälle) vorausszusehen und ihnen angemessen zu begegnen
- nehmen ihre eigenen Ängste wahr und delegieren ggf. Aufgaben
- erkennen, dass eine ruhige Atmosphäre die Dyspnoe günstig beeinflusst
- können die Bedeutung der verschiedenen Ebenen von Atemnot unterscheiden

Inhalte:

- Ursachen von respiratorischen Symptomen (z. B. durch Tumor, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, pulmonale, mechanische Obstruktion)
- Therapeutische Möglichkeiten bei respiratorischen Symptomen (operativ, medikamentös)
- Allgemeine Maßnahmen bei respiratorischen Symptomen (Lagerungsmöglichkeiten, Atemübungen, Entspannungstechniken)

3.7 Juckreiz und Ikterus.

Juckreiz (Pruritus) ist ein häufiges und extrem belastendes Symptom, das mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergeht. Der ständige Juckreiz kann zu Verzweiflung, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Aggression oder Depression führen. Durch das Kratzen kann es zu Verletzungen der Haut kommen. Entzündungen der Haut und Schmerzen können die Folgen sein. Juckreiz zählt zu den schwierig zu behandelnden Symptomen in der Palliative Care.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Ursachen von Juckreiz und Ikterus

- kennen medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten von Juckreiz und Ikterus
- wissen um die Bedeutung der Symptome für Patienten und Angehörige

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sich bewusst, dass Juckreiz und Ikterus ernst zu nehmende Symptome für den Patienten darstellen (z. B. Schlaflosigkeit bei Juckreiz, verändertes Körpererleben bei Ikterus)
- haben die Einsicht, dass das Symptom Juckreiz auch belastend für das soziale Umfeld des Patienten sein kann

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- erkennen und dokumentieren Juckreiz und Ikterus in angemessener Weise
- differenzieren zwischen lokalisiertem und diffusem Juckreiz
- sind in der Lage, die Hautbeschaffenheit einzuschätzen
- wenden geeignete pflegerelevante Behandlungsmaßnahmen an
- können Patienten und Angehörige mit Juckreiz angemessen begleiten, auch wenn die Symptombehandlung nicht immer erfolgreich ist
- finden Wege, im Umgang mit dem evtl. auftretenden Gefühl der Hilflosigkeit umzugehen

Inhalte:

- Ursachen von Ikterus und Juckreiz (z. B. durch die Erkrankung, Therapie, unabhängig von der Erkrankung)
- Therapeutische Möglichkeiten bei Ikterus und Juckreiz (komplementär und medikamentös)
- Komplementäre Pflegemethoden
- Bedeutung des Symptoms für Patienten und Angehörige

3.8 Verwirrtheit.

Verwirrtheit kann in unterschiedlichen Ausprägungen im Verlauf der Erkrankung (vor allem in der Finalphase) auftreten und führt zu vielfältigen Problemen. Die Lebenswelt des Patienten unterscheidet sich immer mehr von der Lebenswelt seines Umfeldes. Daraus resultiert eine Orientierungslosigkeit beim Patienten, die Gefühle wie Angst, Unsicherheit, Wut, Aggression, Traurigkeit usw. auslösen kann. Oftmals kommt es bei den Begleitenden zum reaktiven Chaos.

Angehörige stoßen im Umgang mit dem Verwirrten häufig an ihre Grenzen und erleben diese Situation als stark belastend.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zwischen einer Demenz, einer Psychose und einem Delir
- erkennen die Zusammenhänge von Verwirrtheit und Wahrnehmung
- kennen die Bedeutung von Orientierung
- wissen um die Zusammenhänge von Verwirrtheit und Angst
- kennen die Ursachen von Verwirrtheit
- wissen um adäquate Behandlungsansätze
- kennen hilfreiche Konzepte (z. B. Validation)
- kennen den Unterschied zwischen akuten und chronischen Verwirrheitszuständen

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sich darüber bewusst, dass verwirrte Patienten eher mehr wahrnehmen als weniger
- bedenken, dass Verwirrtheit ein Symptom ist, das starke Auswirkungen auf Außenstehende (Angehörige, Team) haben kann
- achten die personale Würde des Patienten auch bei starken Verwirrheitszuständen
- reflektieren den eigenen Umgangsstil mit unruhigen, verwirrten und aggressiven Patienten

2. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care

- setzen sich mit der Ambivalenz beim Einsatz sedierender Medikamente auseinander (weil andere es nicht aushalten, wird der Patient sediert)
- zeigen Respekt vor einer möglichen inneren Logik in vermeintlich verwirrten Äußerungen
- setzen sich mit institutionellen und eigenen Möglichkeiten und Grenzen auseinander
- reflektieren eigene Gefühle im Umgang mit verwirrten Patienten und erkennen, dass unreflektierte, unterdrückte Gefühle zum unangemessenen Umgang (bis hin zu Gewalt) führen können.
- sind sensibel, eigene Entlastungsstrategien zu erarbeiten

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- nehmen verschiedene Verwirrtheitszustände wahr und können diese zuordnen
- entwickeln pflegerelevante Behandlungsmöglichkeiten und können diese anwenden
- sind in der Lage, verbal und nonverbal einen stabilisierenden Kontakt zu verwirrten Patienten aufzunehmen und zu halten
- können sich verwirrten Sprachbildern annähern
- können das Aggressions- und Gefahrenpotenzial bei stark verwirrten Patienten einschätzen und angemessen reagieren
- können medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten benennen
- sind in der Lage, Angehörige verwirrter Patienten zu stützen
- (er)kennen die Möglichkeiten für Gesprächsansätze und lernen, diese zu ergreifen

Inhalte:

- Definition und Differenzierung von chronischer und akuter Verwirrtheit
- Auswirkung von Verwirrtheit auf verschiedene psychische Funktionen
- Ursachen von Verwirrtheit

- Nicht medikamentöse Behandlungsprinzipien
- Medikamentöse Therapie
- Kommunikationskonzepte

3.9 Ödeme.

Ödeme, insbesondere Lymphödeme, sind eine eigenständige, zur Progression neigende, chronische Begleiterkrankung. Das Auftreten von Ödemen ist ein häufiges Symptom in der letzten Lebensphase. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen und Hautveränderungen sind die primären Folgen, die die Lebensqualität des Patienten deutlich einschränken.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Pathophysiologie von Ödemen (besonders des Lymphödems)
- wissen um die Behandlungsmöglichkeiten und ihre Grenzen
- kennen pflegerische Handlungsmöglichkeiten
- kennen die ambulanten und stationären Handlungsabläufe (Kooperation Pflege/Physiotherapie).

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sensibel für die funktionalen und psychischen Beeinträchtigungen, die durch ein Lymphödem auftreten können (Veränderung des Körperbildes, z. B. schwere, geschwollene Extremitäten, Bewegungseinschränkung)
- haben Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit (ein nicht behandeltes Lymphödem verschlechtert sich)
- haben Achtung vor der besonderen Rolle, die Angehörige in der Behandlung des Lymphödems haben (sie ermutigen den Patienten z. B., die meist als unangenehm empfundene Kompression zuzulassen)
- haben Einsicht in die Notwendigkeit der Integration von qualifizierten Physiotherapeuten in die Behandlung

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- erkennen ein Ödem (Daumendruckprobe, Stemmer-Zeichen, Sichtbefund)
- erkennen Behandlungsmöglichkeiten (Lagerung, komplexe physikalische Entstauungstherapie, Hautpflege) und können diese im Rahmen ihrer Kompetenz durchführen
- sind in der Lage, an Fachpersonal/Physiotherapeuten zu delegieren
- erkennen die Bedeutung eines Ödems für Patienten und Angehörige
- (er)kennen den Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Ruhe (dann können das Ödem und die Haut schlechter werden) und der Therapie des Ödems und unterstützen bei der Entscheidungsfindung

Inhalte:

- Komplexe physikalische Entstauungstherapie (Hautpflege, Lymphdrainage, Kompression, Bewegung)
- Behandlung von Infektionen bei Ödemen, insbesondere Lymphödem
- Lagerungstechniken
- Anleitung von Patienten/Angehörigen
- Komplementäre Methoden

3.10 Dekubitus (1) und (ex)ulzerierende/entstellende Tumore (2).

(Ex)ulzerierende Wunden oder große Dekubitalgeschwüre werden häufig von Patienten und ihren Angehörigen als extreme Belastung erlebt. Täglich werden sie mit dem Sichtbarwerden und Fortschreiten der Erkrankung konfrontiert. Die zunehmende Entstellung des Körpers und evtl. Geruchsbildung führen zu einem hohen Leidensdruck des Patienten. Vielfältige Gefühle wie Ekel, Scham und Wut können in dieser Situation auftreten.

Auch für Pflegenden kann die Begleitung dieser Patienten belastend sein. Auch sie erleben Gefühle wie Ekel und Scham, und nicht selten stoßen sie mit herkömmlichen Behandlungs- und Verbandsmethoden an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- kennen den Aufbau und die Funktionen der Haut (1)
- kennen die Definition eines Dekubitus (1) sowie das Entstehen und die Ursachen eines Dekubitus (1)
- kennen die häufigen Lokalisationen und Probleme (ex)ulzerierender Tumore (2)
- kennen Behandlungsmöglichkeiten (1, 2)

Haltung:

Die Teilnehmer

- akzeptieren, dass bei Patienten im terminalen Stadium der Erkrankung ein Dekubitus nicht zwangsläufig ein Pflegefehler ist (1)
- akzeptieren, dass je nach Krankheitszustand nur eine palliative Dekubitusbehandlung zu erreichen ist (Geruchseindämmung, kosmetisch akzeptabel etc.) (1)
- bedenken, dass (ex)ulzerierende/entstellende Tumore häufig eine Stigmatisierung und gesellschaftliche Vereinsamung des Patienten zur Folge haben (2)
- erkennen an, dass durch individuelle einfühlsame Verbandstechnik die Lebensqualität des Patienten verbessert werden kann (1, 2)
- bedenken, dass (ex)ulzerierende Tumore nicht nur für den Patienten und Angehörige, sondern auch für das Pflegepersonal eine große Belastung darstellen können (2)
- akzeptieren, dass der Verbandswechsel von (ex)ulzerierenden Tumoren eigene Grenzen überschreiten kann (2)
- sehen in der Delegation von Aufgaben eine Chance (1, 2)
- akzeptieren die Grenzen der Dekubitusprophylaxe und -therapie (Unmöglichkeit der Lagerung, Schmerzen, akute Minderdurchblutung etc.) (1)

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- erkennen den Hauttyp und führen entsprechende Hautpflege durch (1, 2)
- erkennen die Gefahren eines Dekubitus (1)
- differenzieren Möglichkeiten der Dekubitusprophylaxe (1)
- definieren das/die Behandlungsziel/e (1, 2)
- wenden angemessene und angepasste Dekubitusprophylaxe und -therapie an (1)
- leiten Angehörige bei der Lagerung an (1, 2)
- wenden angemessene Behandlung bei (ex)ulzerierenden/entstellenden Tumoren an (2)
- dokumentieren differenziert und angemessen (1, 2)
- führen eine regelmäßige Erfolgskontrolle durch und passen das/die Behandlungsziel/e an (1, 2)
- erkennen mögliche Schuldgefühle von Patienten und Angehörigen, wenn ein Dekubitus auftritt, und haben einen angemessenen Umgang damit
- beziehen Patient und Angehörige ggf. in therapeutische Überlegungen ein (1)
- erkennen, dass angemessene Zieldefinition der Behandlung ausschließlich in Geruchseindämmung bestehen kann (2)
- wenden adäquate Medikamente und Techniken bei exulzierenden/entstellenden Tumoren an (2)
- sind in der Lage, den möglichen Krankheitsverlauf vorzusehen – dies im Hinblick auf
 - eine Vorbereitung des Patienten/der Angehörigen
 - eine Vorbereitung auf evtl. Notfälle beim Verbandswechsel (Blutung) (1, 2)
 - eine Wahrnehmung und Sensibilität bezüglich Ängsten des Patienten (1, 2)
 - die Erarbeitung eigener Ressourcen im Umgang mit Patienten mit exulzierenden/entstellenden Wunden (2)
 - die Einsicht und das Wissen um Möglichkeiten der Delegation (Stomatherapeuten etc.) (1, 2)

Inhalte:

- Aufbau der Haut (Hauttypen, angepasste Pflege der Haut) (1, 2)
- Dekubitus (1)
- Gradeinteilung
- Prophylaxen
- Lagerungsmöglichkeiten
- Behandlungsziele/Grenzen (1, 2)
- Lagerungshilfsmittel (1, 2)
- Lagerungstechniken (1, 2)
- Behandlungsmöglichkeiten (lokale Antibiotikabehandlung, Einsatz von Kräutern, ätherischen Ölen, Kohle zur Geruchsbindung etc.) (2)
- Auffangen von Wundsekret (1, 2)
- Wirkungsweise und Einsatz von Hämostyptika (1, 2)
- Zusammensetzung und Wirkungsweise unterschiedlicher Medikamente und Pflegemittel (1, 2)
- Strategien der Wundbehandlung (1, 2)

3.11 Wahrnehmung und Berührung.

Die Wahrnehmung und die Berührung haben in der Palliativpflege eine zentrale Bedeutung. Dabei meint Wahrnehmung in diesem Zusammenhang die „Sensibilisierung“ für das „nicht ausgesprochene Wort“. Berührung ist Bestandteil professionellen Handelns. Dabei hat die Berührung einerseits einen funktionellen Aspekt („Ich berühre, weil ich einen Verband wechseln muss!“) sowie einen Aspekt der menschlichen Nähe („Ich berühre als Mensch den Anderen“). Andererseits hat Berührung auch einen biografischen Aspekt („Wie wurde Berührung und darüber Nähe in meiner Familie gelebt?“). Insofern vermischt sich beim Thema Berührung immer das Berühren als professioneller Helfer mit dem Aspekt des ganz Eigenen.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- können die Begriffe Wahrnehmung und Berührung im palliativen Zusammenhang definieren
- sind in der Lage, unterschiedliche Formen der Berührung zu unterscheiden

- kennen Ursachen und Formen von Wahrnehmungsstörungen
- wissen, dass Berührung nonverbale Kommunikation ist
- haben einen Überblick über nonverbale Kommunikation (z. B. basale Stimulation)

Haltung:

Die Teilnehmer

- verstehen Berührung als einen wichtigen Teil ihres professionellen Handelns
- reflektieren ihre eigenen Erfahrungen mit Berührung (in Familie, Beruf usw.)
- respektieren die Ablehnung von Berührung seitens des Patienten

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, die Berührung des Patienten der jeweiligen Situation anzupassen
- sind in der Lage, auftretende persönliche Grenzen der Berührung in den jeweiligen Situationen zu formulieren
- sind in der Lage, bei Ablehnung der Berührung seitens des Patienten eigene Strategien des Umgangs damit zu entwickeln
- sind in der Lage, individuell auf Wahrnehmungsstörungen des Patienten einzugehen

Inhalte:

- Bedeutung von Berührung
- Nonverbale Kommunikation
- Wahrnehmungsstörungen
- Eigener Umgang und Grenzen von Berührung

3.12 Umgang mit Verstorbenen.

Die Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen geht über den Tod hinaus. Die Menschenrechte enden mit dem Tod, die Menschenwürde reicht über den Tod

hinaus. Diese Grundhaltung prägt den Umgang mit dem Verstorbenen.

Die Veränderung des Körpers macht den Tod für Angehörige real und lässt ihn begreifen. Unterschiedliche Rituale und individuelle Verabschiedungen nach dem Tod haben eine wesentliche Bedeutung für die folgende Trauerarbeit der Angehörigen.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Grundlagen im Bestattungsrecht
- kennen die physischen Veränderungen nach Todesertritt
- kennen Gestaltungsmöglichkeiten der Verabschiedung
- wissen um die physischen und psychischen Reaktionsformen auf die Todesnachricht und die Verabschiedung am Totenbett
- kennen die Merkmale von Ritualen
- wissen um die Bedeutsamkeit dieses Zeitraumes für den weiteren Trauerweg der Angehörigen

Haltung:

Die Teilnehmer

- respektieren die Person und die Würde des Verstorbenen
- sind sensibel für die Bedürfnisse und Gefühle Angehöriger
- zeigen Verständnis oder Toleranz gegenüber unterschiedlichen Empfindungen in dieser Situation
- sind sensibel für unterschiedliche (z. B. religiöse) Rituale
- achten die eigenen Gefühle gegenüber (dem) Verstorbenen

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, Verabschiedungen zu gestalten
- binden Angehörige in die Betreuung des Verstorbenen ein

- leiten neue Mitarbeiter beim Kontakt mit Verstorbenen an
- sind in der Lage, Verstorbene verschiedener Glaubensrichtungen entsprechend zu versorgen bzw. diesbezügliche Kontakte zu den jeweiligen Glaubensgemeinschaften herzustellen

Inhalte:

- Sterbe-, Verabschiedungs- und Begräbnisrituale
- Rechtliche Bestimmungen über den Umgang mit der Leiche
- Versorgung Verstorbener
- Reaktionen von Angehörigen
- Versorgung Verstorbener unterschiedlicher Glaubensrichtungen

4. Psychosoziale Aspekte der Pflege.

4.1 Kommunikation.

Wo Menschen zusammentreffen, entsteht Kommunikation. Sie ist somit wesentlicher Bestandteil des Miteinanders. Palliative Care bedeutet multidisziplinäre Teamarbeit, die eine gelingende Kommunikation voraussetzt. Außerdem ist Kommunikation ein zentraler Bestandteil der Begleitung von Patienten und deren Angehörigen. Hilfreich ist die Berücksichtigung bestehender, unterschiedlicher Kommunikationsmodelle und das Anerkennen, dass es keine absolute oder objektive Wirklichkeit, sondern subjektive, zum Teil widersprüchliche Wirklichkeitsauffassungen gibt. Für eine gelungene Kommunikation ist daher das Finden einer „gemeinsamen Sprache“ von großer Bedeutung.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen verschiedene Kommunikationsmodelle
- erhalten eine Übersicht über verschiedene verbale und nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten
- kennen die geschlechtstherapeutischen Grundprinzipien (nach Rogers)
- kennen verschiedene Gesprächsstrategien und -techniken (z. B. aktives Zuhören, Intervenieren, weiterführende Fragen stellen)

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sensibel für den subjektiven Verarbeitungsprozess objektiver Nachrichteninhalte
- respektieren die Verweigerung und den Abbruch von Kommunikation vonseiten des Sterbenden und seiner Angehörigen
- erkennen Verleugnung, Verdrängung, Rationalisierung etc. als „seelische Nischen“ und Möglichkeiten der Auseinandersetzung an
- reflektieren die eigenen Gewohnheiten im Gesprächsverhalten und deren Auswirkung auf den Gesprächsteilnehmer (Atemlosigkeit, Wechsel der Wortwahl, Dialektgebrauch bei peinlichen Stellen, Schachtelsätze)
- erkennen, dass sogenannte Gesprächstechniken ausschließlich Hilfsmittel sind, die eine eigene reflektierte Haltung benötigen
- achten die Möglichkeiten und die Grenzen von Sprache
- erlangen die Einsicht, dass verstehende Kommunikation an eine weitgehend identische Wirklichkeit zwischen Partnern gebunden ist und dass es keine absoluten Wahrheiten, sondern immer mehrere Wirklichkeitsauffassungen gibt
- klären ihren Anspruch an ein gutes/gelungenes Gespräch
- achten die Fähigkeiten des Patienten, selbst zu verstehen und Entscheidungen zu treffen

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, ein geeignetes „Setting“ zu gestalten
- können eigene Sprachmuster und -barrieren im Zusammenhang mit Leid, Schmerz und Sterben reflektieren und analysieren
- überprüfen die eigenen Fähigkeiten,
 - in Beziehung zu treten
 - den Gefühlen des Sterbenden Raum zu geben (Angst, Wut, Enttäuschung)
 - Unterstützung anzubieten

- differenzieren ihre Wahrnehmungsfähigkeit im Hinblick auf
 - Gesamterscheinung
 - Körperhaltung
 - Mimik
 - Gestik
 - Stimmlage
- können Vermeidungsstrategien von Kommunikation (nicht in Kontakt treten) identifizieren
- sind in der Lage, Alternativen zur Überwindung von Kommunikationsstörungen zu finden
- können den Kenntnisstand des Patienten/Angehörigen über Diagnose und Prognose einschätzen
- sind fähig zum Ausdrücken eigener Beschwerden und Gefühle
- können den eigenen Anspruch an Kommunikation (was ist ein gutes Gespräch?) reflektieren

Inhalte:

- Gestalten des „Settings“ (Teilnehmer, Zeit, Ort, Distanz/Nähe, Eröffnung und Beenden, Körpersprache etc.)
- Nonverbale Kommunikation in der Pflege
- Pluralität der Botschaften innerhalb einer Nachricht (z. B. Nachrichten-Quadrat v. Schulz von Thun)
- Empathisches Eingehen auf (Nach-)Fragen
- Sprachlosigkeit bei Patienten und Angehörigen
- Heftige emotionale Reaktionen von Patienten und Angehörigen (z. B. Vorwürfe)
- Aktives Zuhören und Einfühlen
- Kommunikationsstörer/„Gesprächskiller“
- Ich-Aussagen
- Fragen stellen
- Sprechen über den Patienten in seiner Ab- und Anwesenheit
- Berücksichtigung von Familienmitgliedern/Freunden und Vermittlung untereinander
- Führen eines Gesprächs als in sich geschlossene Einheit

- Kommunikationsmodelle, z. B. von Schulz von Thun, Glaser und Strauß, Johari-Fenster, Eisberg-Modell
- Unterschiedliche Formen des Schweigens

4.2 Psychische Reaktionen.

In der Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung und seinem näher rückenden Tod wird der schwerkranke Patient eine breite Palette an Gefühlen und psychischen Verfassungen durchleben. Die Art der Emotion ist abhängig davon, wie er vorher gelebt und sein Leben erlebt hat. Der schwerkranke Patient bewegt sich in einem Spannungsbogen zwischen objektiver Todesbedrohung und subjektiv erlebter Gewissheit, sterben zu müssen. Dies geht für den Patienten meist mit großer physischer und psychischer Belastung einher und bedarf der intensiven Unterstützung und Begleitung, um Gefühle und Reaktionen zu erkennen, zu akzeptieren und ggf. gemeinsam zu bearbeiten.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen Mechanismen der Krankheitsbearbeitung (Coping)
- kennen Reaktionsformen auf ein (bevorstehendes) Krisen-/Verlustereignis
- kennen Unterscheidungsmerkmale von unkomplizierten („normalen“) Reaktionen und verkomplizierten („pathologischen“) Verhaltensweisen
- kennen Phasenmodelle und den kritischen Umgang damit

Haltung:

Die Teilnehmer

- verstehen Gefühle und ihre Äußerung als Mittel, die psychische Funktionsfähigkeit angesichts einer vitalen Bedrohung aufrechtzuerhalten
- tolerieren heftige Gefühle als Anpassungsreaktionen
- respektieren den Stellenwert von Hoffnung
- sind bereit, die Gefühle ihres Gegenübers auszuhalten, und verzichten darauf, sie zu ändern oder wegzunehmen
- akzeptieren, dass manche Bedürfnisse des Sterbenden unerfüllt bleiben werden

- verzichten darauf, das „Annehmen des Sterbens“ als Endleistung im Sterbeprozess zu fordern
- unterscheiden zwischen Helfen und Unterstützen und setzen sich damit auseinander
- akzeptieren die Intransparenz (die des Patienten und die eigene) als anthropologische Konstante
- Umgang mit unangenehmen Gefühlen
- Umgang mit Verleugnung
- Etablieren eines Gesprächs
- Trost und Vertrösten

Fertigkeiten/Können.

Die Teilnehmer

- können mit der eigenen Angst und Betroffenheit umgehen
- können mögliche Reaktionen auf schlechte Nachrichten und Verlust erkennen
- sind in der Lage, diese Reaktionen und Gefühle als angemessen und passend einzuordnen, auch die unangenehmen (z. B. Ärger, Furcht, Wut, Verleugnung, Verschleierung, Schuld, Schweigen, ungehemmter Ausdruck von Trauer, Scham, Neid, Ekel)
- können mit Übertragungs- und Ansteckungsmechanismen von Gefühlen umgehen
- sind fähig, über Gefühle zu sprechen, ohne zu beschwichtigen
- sind fähig, hinter den gezeigten oder verborgenen Gefühlen die Bedürfnisse des Patienten zu erkennen und auf sie einzugehen
- können zwischen dem Eingehen auf Gefühle und dem Erfüllen von Wünschen unterscheiden
- sind in der Lage, menschliche Grundbedürfnisse zu erkennen und an andere zu vermitteln, wie z. B. Wunsch nach Sicherheit, Selbstwertgefühl, Zuneigung
- entwickeln Möglichkeiten, mit dem Patienten an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten

Inhalte:

- Angst-Zustand und Angst-Disposition
- Vermittlung schlechter Nachrichten
- Beistand eines Patienten nach Erhalt einer Diagnose, Prognose oder Änderung von Therapiezielen
- „Heikle“ Fragen

4.3 Familie und soziales Umfeld.

Eine unheilbare Erkrankung betrifft nicht nur den Patienten, sondern das gesamte System Familie. Unter dem Begriff Familie sind auch familienähnliche und alle stützenden Beziehungen und Lebensgemeinschaften zu sehen. Die Erkrankung führt zu Veränderungen des Miteinander-Lebens und Miteinander-Umgehens. Bisherige Rollen innerhalb eines Familiensystems sowie Nähe und Distanz zueinander können sich durch die Erkrankung verändern. Die Konfrontation mit Sterben und Tod führt bei Familienmitgliedern zu Gefühlen wie Angst, Unsicherheit, Trauer und Wut. Unterschiedliche Familienstrukturen benötigen individuelle Hilfe und Unterstützung.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen den systemischen Denkansatz und damit die Bedeutung des sozialen Umfeldes
- wissen um den Einfluss des sozialen Umfeldes auf das Krankheitserleben und die Krankheitsbearbeitung des Patienten
- wissen Bescheid über das Gleichgewicht der Beziehungen in einem sozialen System („Familienhomöostase“)
- kennen die Begriffe Rolle, Bündnis, Koalition, Symbiose, Allparteilichkeit, Neutralität.

Haltung:

Die Teilnehmer

- reflektieren die Auswirkungen einer unheilbaren Erkrankung eines Familienmitgliedes auf das Gesamtsystem Familie
- respektieren das Bemühen, das Familiensystem angesichts der Erkrankung neu zu organisieren
- wertschätzen die Familienressourcen im Umgang mit Krisen
- sind zurückhaltend bei massiven Interventionen in Familien- und Angehörigensysteme

- wertschätzen andere Lebens- und Partnerschaftsformen
- erkennen, dass der einzelne Helfer nicht jedes Familienmitglied mit gleicher Intensität und Dauer unterstützen kann
- erkennen und respektieren die eigenen familiären Muster
- sind bescheiden im Wunsch, gestörte oder zerrüttete Beziehungen zu „reparieren“

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können den Kenntnisstand innerhalb der Familie über Art und Fortschreiten der Erkrankung einschätzen
- sind in der Lage, die Einstellungen und Erwartungen innerhalb einer Familie bezüglich Erkrankung und Behandlung zu erfassen
- können eine Anamnese der Familiengeschichte (Genogramm) erstellen
- sind fähig, familiäre Kommunikationsmuster und ihre zirkulär auftretenden Wiederholungen zu erkennen
- können (unter Umständen Angst machende) Veränderungen einzelner als Anpassungsbemühungen des gesamten Familiensystems an den Krankheitsverlauf identifizieren
- können Ressourcen im sozialen Umfeld des Sterbenden erkennen und fördern
- sind fähig, jeden einzelnen der Familie wertzuschätzen
- können Familienmitglieder in medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten anleiten
- sind in der Lage, den Beratungsbedarf und die erweiterte Unterstützungsbedürftigkeit einzelner Familienmitglieder zu erkennen und entsprechend weiterzudelegieren
- sind in der Lage, als besondere Bezugsperson des Sterbenden nicht in Konkurrenz zu anderen Familienmitgliedern zu treten

Inhalte:

- Theoretische und therapeutische Ansätze (u. a. systemische Therapie, Familientherapie)
- Gruppen- und Beziehungsdynamik
- Genogramm und seine Bedeutung für erlernte Verhaltensstrategien
- Versorgung von Patienten in unterschiedlichen Lebensabschnitten (ältere Menschen, Kinder)
- Praktische Anleitung von Angehörigen – verständliche Vermittlung von Fachwissen
- Integration des professionellen Helfers in das „Team Familie“
- Selbstreflexion der eigenen Familienbezüge

4.4 Psychosoziale Beratung und Begleitung.

Psychosoziale Beratung und Begleitung nehmen in der ganzheitlichen Betreuung Schwerstkranker und Sterbender einen wichtigen Raum ein. Patienten und ihre Angehörigen benötigen kompetente Ansprechpartner, um ihre Fragen, Sorgen und Probleme bezüglich der psychischen und sozialen Veränderungen, die mit der Erkrankung einhergehen, ansprechen und bearbeiten zu können. Dabei sollten die Betreuenden die individuelle Form der Krankheitsbearbeitung und die damit verbundenen Emotionen respektieren und aushalten können. Der Umgang mit Krisen- und Stresssituationen sowie die Gestaltung eines geeigneten Gesprächssettings sind nur einige Kompetenzen, über die die im Bereich von Palliative Care Tätigen verfügen sollten. Ebenso wichtig ist es, weiterführende psychosoziale Begleitungsangebote zu kennen, um diese bei Bedarf zeitnah mit einbinden zu können.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- verfügen über Grundkenntnisse beraterischer Tätigkeit
- wissen um die Arbeitsfelder psychosozial beratender Personen
- wissen um regionale Netzwerke von Institutionen und Diensten
- haben Grundkenntnisse im Sozialrecht mit Schwerpunkt der hospizlich-palliativen Strukturen

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sich bewusst, dass das Aufzeigen von Hilfsmöglichkeiten die Autonomie des Patienten stärkt, während die voreilige oder unreflektierte Übernahme von Dienstleistungen lediglich die eigenen Machtfantasien und das Defizitgefühl des Patienten stärken
- entwickeln Sensibilität für die mögliche Scham von Patient und Familie, psychische und soziale Hilfsbedürftigkeit zu bekennen
- reflektieren und erkennen die beraterischen Elemente innerhalb der Palliativpflege
- sind bereit, im Kontakt mit psychosozial beratenden Diensten für das Leitbild Palliative Care einzustehen und um Zusammenarbeit zu werben

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können Faktoren identifizieren, die psychosozial beratende Maßnahmen notwendig machen
- können einschätzen, wann ein Hinzuziehen eines beratenden Dienstes notwendig ist
- sind in der Lage, die Zusammenarbeit mit beratenden Diensten zu organisieren
- können beraterische Elemente in die pflegerische Kommunikation einbinden
- können das Hilfsangebot an der jeweils individuellen Lebenssituation des Kranken, seiner Familie und des Umfeldes orientieren

Inhalte:

- Innere und äußere Situation von Patient und Familie
- Grundlagen von Beratung; Beratung als Prozess
- Institutionen und Dienste der psychosozialen Beratung
- Einschlägige sozialrechtliche Regelungen aus dem Palliativ- und Hospizbereich

4.5 Veränderung des Körperbildes und der Sexualität.

Eine schwere Erkrankung führt (altersunabhängig) neben dem zunehmenden Autonomieverlust oftmals zu Ver-

änderungen des Körperbildes und der Sexualität. Diese Themen werden in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen häufig immer noch ausgeblendet, ignoriert und manchmal auch tabuisiert. So werden Palliativpatienten Bedürfnisse nach Sexualität und Intimität oft abgesprochen. Damit wird ein wesentliches Element innerhalb eines ganzheitlichen Betreuungsansatzes nicht ernst- und wahrgenommen. In den vergangenen Jahren hat sich zwar zaghafte ein Bewusstsein für das Thema Sexualität in der Sterbebegleitung entwickelt, nach wie vor herrschen aber Sprach- und Hilflosigkeit vor.

Für die Menschen, die Sterbende und ihre Angehörigen begleiten, ist es zunächst wichtig, um die Bedeutung von Sexualität zu wissen. Darüber hinaus sollten sie in der Lage sein, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, dieses Thema ansprechen zu dürfen, und entsprechend reagieren können.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- wissen, dass sowohl die Krankheit als auch die Therapie Einfluss auf die Libido, die sexuelle Reaktion und den Grad der Befriedigung haben kann
- kennen die gebräuchlichsten Medikamente, die die Sexualität beeinflussen
- kennen das PLISSIT-Modell als Hilfestellung zur Beratung

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sich darüber bewusst, dass jeder Patient in jedem Stadium seiner Erkrankung, unabhängig vom Alter, eine sexuelle Identität hat
- haben Verständnis dafür, dass Schwerstkranken ebenso ein Verlangen nach Intimität und Liebe haben können wie gesunde Menschen
- begreifen Sexualität als wichtigen Bestandteil von Lebensqualität
- respektieren, dass veränderte Sexualität die Beziehung des Patienten zu seinem Partner belasten kann
- erkennen, dass das Thema Sexualität häufig mit Ängsten, Unsicherheiten und Scham bei Patienten, Angehörigen und Begleitern besetzt ist und häufig tabuisiert wird
- akzeptieren verschiedene Ausdrucksformen von Sexualität

- akzeptieren, dass Sexualität in der Erkrankung evtl. keine Rolle mehr spielt
- entdecken, dass es eine pflegerische Aufgabe sein kann, dem Thema Sexualität Raum zu geben
- reflektieren unterschiedliche Berührungsqualitäten in der Pflege
- reflektieren die eigene emotionale und an Erziehung und Werten orientierte Einstellung zur Sexualität
- respektieren eigene und fremde Grenzen

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können die Wirkung von Grunderkrankung und Therapie auf Sexualität einschätzen
- sind in der Lage, eine Privatsphäre zu schaffen, um dem Patienten und der Familie die Möglichkeit zu geben, einander Zuneigung zu zeigen
- können den Patienten bei der Entwicklung von Strategien unterstützen, die sexuellen Bedürfnisse zu erkennen und in seiner jeweiligen Lebenssituation und Beziehung den Möglichkeiten gemäß zu leben
- sind sicher im Umgang mit Übergriffen
- sind in der Lage, in bestimmten Situationen an Fachkräfte zu delegieren

Inhalte:

- Reflexion der eigenen Sexualität
- Aufzeigen von Mythen, Ängsten und Wertsystemen im Zusammenhang mit Sexualität
- Konstruktive und behutsame Möglichkeiten, mit der Intimsphäre der Patienten umzugehen
- Spezifisches Wissen über die sexuellen Probleme und Behandlungsmöglichkeiten
- PLISSIT-Modell
- Reflexion der eigenen Rolle in der Begleitung

4.6 Wahrheit am Krankenbett und Umgang mit existenziellen Fragestellungen.

Der Patient bedarf in seiner letzten Lebensphase aufrichtiger und wahrhaftiger Zuwendung. Dies gilt im Besonderen beim Überbringen von schlechten Nachrichten. Palliative Care ist von der Idee geprägt, den Patienten in seiner Entscheidungsfindung zu unterstützen. Wichtige Voraussetzung für seine Entscheidungen ist dabei das Wissen über seine Situation. Wird der Patient nicht über seine Erkrankung aufgeklärt oder werden ihm Unwahrheiten mitgeteilt, so wird der Patient vielleicht um die rechtzeitige Regelung ihm wichtiger Dinge am Ende seines Lebens gebracht. Vertröstungen oder Beschwichtigungen führen unweigerlich zu einem Vertrauensbruch vonseiten des um seine wahre Situation betrogenen Patienten. Palliative Care bedeutet auch, hellhörig zu sein für existenzielle Fragestellungen und die Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten der menschlichen Existenz (Sinnfrage, Hoffnungsbilder, Grenzen, Wagnis, Entscheidung, ...) und ihnen nicht auszuweichen.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- sind vertraut mit den ethischen und juristischen Hintergründen für die Aufklärung von Patienten
- kennen die unterschiedlichen Argumente für oder gegen eine Patientenaufklärung
- kennen psychische Bewältigungsmechanismen nach Diagnose- und Prognosemitteilung
- wissen um „paradoxe“ Reaktionen (Wunsch nach Aufklärung und nachträgliche Verleugnung, Abspaltung, Übersprungshandlung)
- kennen Regeln für hilfreiche Aufklärungsgespräche
- kennen Gegebenheiten, die in der Existenz des Individuums verwurzelt sind (Angst, Hoffnung, Ambivalenzen)
- kennen existenzielle Fragestellungen

Haltung:

Die Teilnehmer

- respektieren den Aufklärungswunsch des Patienten ebenso wie eine (partielle) Verweigerung
- reflektieren kritisch die Weigerung zur Aufklärung, die mit der Absicht, den Patienten zu schonen, begründet ist

2. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care

- setzen sich mit unbehaglichen emotionalen Reaktionen eines Patienten und der Angehörigen nach Aufklärung auseinander
- entwickeln Interesse an offener Kommunikation
- erkennen an, dass Wahrheit in manchen Fällen ein längerer Prozess allmählicher „Wahrnehmung“ und Annäherung ist
- entdecken und reflektieren ihre Rolle als Pflegekräfte für den „Wahrnehmungsprozess“ des Patienten
- reflektieren die Unterscheidung von Wahrheit und Wahrhaftigkeit
- anerkennen, dass der Patient nicht nur Fragen hat, sondern (sich selbst) eine Frage ist
- reflektieren Begrifflichkeiten wie Intransparenz, Selbstverborgenheit, Back Box, Geheimnis
- Aufklärung als Prozess
- Ausgewählte (existenz)philosophische oder literarische Texte als Impulsgeber

4.7 Trauer.

Trauer ist ein wesentliches Thema in Palliative Care, da der gesamte Sterbeprozess schon sehr früh die Auseinandersetzung mit Verlusten vielfältiger und verschiedener Art beinhaltet. Diese Erfahrungen münden in die Annäherung an ein Begreifen der tatsächlichen und nicht umkehrbaren Endlichkeit des eigenen Lebens. Diese Auseinandersetzung betrifft nicht nur die sterbende Person, sondern jeden der ihr nahestehenden Menschen vor und während des Sterbens. Dazu gehören die Angehörigen ebenso wie die beteiligten Berufsgruppen. Die differenzierte und kompetente Begleitung der Hinterbliebenen in ihren Trauerprozessen vor und nach dem Sterben gehört zentral zum Thema Palliative Care. Es ist von großer Wichtigkeit, zwischen den zwar heftig, aber normal verlaufenden Prozessen und einer erschwerten Trauer unterscheiden zu lernen.

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, mit dem Aufklärungswunsch des Patienten umzugehen
- sind in der Lage, mit emotionalen Reaktionen nach Aufklärung umzugehen
- sind fähig, Situationen und eine Atmosphäre zu schaffen, in denen Patienten und Angehörige offen kommunizieren können
- können mit Angehörigen umgehen, die den Patienten vor der Wahrheit verschonen wollen
- sind in der Lage, Schlüsselwörter oder -sätze, die auf existenzielle Fragestellungen verweisen, zu erkennen und darauf zu reagieren
- sind mit unterschiedlichen Fragemöglichkeiten vertraut
- können ggf. philosophische oder literarische Texte einsetzen, um dem Patienten zu helfen, sich seine individuelle Situation zu erschließen

Inhalte:

- Ethische und juristische Aspekte zur Aufklärung
- Falsche Schonhaltungen und offene Kommunikation
- Regeln für hilfreiche Aufklärungsgespräche

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Zusammenhänge von Bindung/Verlust/Symbiose
- kennen existenzphilosophische Deutungen von Trauer
- wissen um Trauerabläufe, einschließlich der physiologischen und psychologischen Reaktionen
- kennen unterschiedliche Trauermodelle (z. B. Kast, Worden)
- wissen um die Charakteristika verkomplizierter Trauer
- kennen Strategien und Rahmenbedingungen, die eine adäquate Trauerreaktion begünstigen

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sich eigener Verlusterfahrungen und Bearbeitungsprozesse bewusst
- anerkennen Trauer als „normalen“ Bearbeitungsprozess eines krisenhaften Lebensabschnittes
- respektieren den Trauernden als gleichberechtigten

Partner, der sich nur zurzeit in einer besonders belastenden Lebenssituation befindet

- reflektieren die Bedeutung von Begegnung und Begleitung im Prozess der Trauer
- begreifen Trauer als Möglichkeit für einen integrativen Wachstums- und Reifungsprozess/Selbstwertungsprozess
- setzen sich mit den Formen der selbstbezüglichen Trauerarbeit auseinander (Selbstwahrnehmung, Selbsterkenntnis, Selbstannahme, Selbstgestaltung)
- erkennen an, dass der Begleiter Trauer nicht beenden kann/soll
- reflektieren und relativieren eigene Ansprüche an sich selbst als Tröster oder Sinnstifter
- reflektieren, dass Trauer ein individueller und dynamischer Prozess ist, der sowohl lähmende als auch kraftvolle Aspekte zeigt
- respektieren den individuellen Ablauf und die individuelle Struktur von Trauerarbeit
- entwickeln ein vertieftes Verständnis des Spiralcharakters von Trauerabläufen und damit Skepsis gegenüber dem linearen Verständnis bei der Einteilung von Trauerphasen
- reflektieren die Trauerkultur im eigenen Team

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können Verhaltensmuster, die einer Auslösung von Trauer im Wege stehen, erkennen
- sind in der Lage, Risikofaktoren, die einen unkomplizierten Trauerablauf verhindern können, zu identifizieren (keine Ermöglichung von Verabschiedung, Stressabbaustrategien bei Patienten und Angehörigen)
- handhaben Counseling-Strategien (zuhören, intervenieren, verstärken, hinterfragen, evaluieren)
- können gemeinsame Ziele für die auf Zeit befristete Begleitung erarbeiten
- reflektieren vorhandene Trauermythen und korrigieren diese ggf.
- sind in der Lage, Kurzzeitziele zu evaluieren

- sind fähig zur Delegation an Therapeuten

Inhalte:

- Verschiedene Trauermodelle
- Verschiedene Trauerbegleitungsmodelle
- Antizipatorische/vorausseilende Trauer
- Persönliche Trauerbiografie
- Risikofaktoren für komplizierte Trauerverläufe
- Besondere Bedürfnisse trauernder Kinder
- Eigene Trauerkultur im Team und im Umgang mit Patienten
- Netzwerk anderer entlastender Dienste

5. Spirituelle und kulturelle Aspekte der Pflege.

5.1 Lebensbilanz/Lebensidentität.

Kranke und sterbende Menschen halten Lebensrückschau. Sie betrachten ihr bisher gelebtes Leben, beginnen sich zu erinnern und erzählen davon. Die Leitfragen dieser Rückschau sind: „Was habe ich im Leben bekommen? Was habe ich erreicht? Was ist gelungen?“ Aber auch: „Was ist mir genommen worden? Was habe ich nicht erreicht? Was ist misslungen?“ Die erinnernde Rückschau ist nicht beliebig, sondern dient der (nicht immer bewussten) Bilanzierung des Lebens. Eine Lebensbilanz hilft, Dinge abzuschließen, zu klären, das Leben abzurunden, letztlich, sich zu verabschieden.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- verfügen über Grundkenntnisse der Biografiearbeit
- wissen um die Bedeutung der Sehnsucht nach glücklichem Leben und geschlossenen „Lebensgestalten“
- kennen die Bedeutung von Erfahrungen des Scheiterns (Versagen und Schuld)
- kennen die Theorie der „Lebensskripte“ (schwarze Skripte/weiße Skripte) und „Lebenspositionen“ (Gewinner/Verlierer)
- kennen das Modell „Säulen der Identität“ (H. Petzold)

Haltung:

Die Teilnehmer

- erkennen die Bedeutung einer lebensgeschichtlichen Begleitung für den kranken und sterbenden Menschen
- sind offen für das Suchen nach Sinn oder dem „roten Faden“ im Leben des Patienten
- respektieren eine Lebensbilanz, auch wenn ihre Inhalte für Patient und/oder Begleiter erschreckend sind
- üben sich in Zurückhaltung bei Bewertungen
- reflektieren die Unterscheidung von veränderbaren und unveränderbaren Umständen
- reflektieren ihr eigenes Leben

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können Impulse und Anregungen zu Lebensbilanzgesprächen geben
- können Gespräche mit Patienten und Angehörigen zur Lebensbilanz strukturiert führen
- sind in der Lage, bei komplizierten Situationen an Fachleute (Seelsorger, Psychologe) zu delegieren
- schätzen realistisch ein, inwieweit offene Lebensgestalten abgeschlossen werden können

Inhalte:

- Bedeutung der Lebensbilanz als Ausdruck der Sehnsucht nach Sinn und geglücktem Leben
- Biografiearbeit
- Reflexion der Erfahrung von Scheitern und Versagen
- Deutungsmuster „Maschen“, „Lebensskripte“ und „Lebenspositionen“
- Modell „Säulen der Identität“

5.2 Krankheit, Leid und Tod in spiritueller Sicht.

Die Lebensthemen Krankheit, Leid und Tod fordern in besonderer Weise die spirituelle Dimension des Menschseins heraus. Denn gerade dann stellt sich für Menschen

die Frage nach dem Sinn des Lebens. Hier zeigt es sich, ob jemand für diese Dimension im Laufe seines Lebens offen war oder heute aufgeschlossen ist. Einem Menschen mit einer Spiritualität, die Krankheit, Leid und Tod als nicht zu umgehende Aspekte mit einbezieht, steht eine Ressource zur Verfügung, die in der Situation des Leidens hilfreich sein kann. Die verschiedenen Religionen bieten konkrete Glaubens- und Handlungssysteme zur Unterstützung an. Dabei ist es wichtig, festzustellen, dass Spiritualität und Religiosität nicht identisch sind. Religiosität ist Spiritualität, die sich die Äußerungsformen von Religion zu eigen macht. In der Begleitung Sterbender ist in erster Linie die eigene Spiritualität der Sterbenden von Bedeutung.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- wissen um das menschliche Bedürfnis nach Spiritualität und/oder Transzendenz
- kennen spirituelle und religiöse Deutungsmuster von Leid und Tod (Strafe, Prüfung, Lebensexistenzial)
- kennen spirituelle und religiöse Bewältigungspraktiken (klagen, hadern, kämpfen, sich fügen, die Chance in der Krise suchen, Trost in der Natur, im Gebet und in rituellem Handeln empfinden)
- kennen religiöse Formen des Umgangs mit Versagen und Schuld (Gebet, Rituale)
- haben ein begrenztes Grundwissen über Todes- und Jenseitsvorstellungen anderer Kulturen und Traditionen
- setzen sich mit den Fragen auseinander: „Was für ein Wissen vom Tod haben wir?“, „Können wir den Tod verstehen?“
- reflektieren den Unterschied zwischen einem Wissen „über“ den Tod und einem Wissen „von und um“ den Tod
- wissen, dass die Entwicklung der je eigenen Spiritualität und einer je eigenen Weltanschauung Resonanzboden für die Kommunikation mit dem Patienten zu diesem Thema ist

Haltung:

Die Teilnehmer

- reflektieren den Begriff Spiritualität und können ihn von Religiosität und Kirchlichkeit unterscheiden
- entwickeln ein Bewusstsein, dass Leid und Tod Le-

bensexistenziale sind, die das Leben sehr schwer, aber auch sehr kostbar machen können

- tolerieren unterschiedliche Deutungsmuster von Leid und Tod
- akzeptieren Reaktionen des Klagens, Haderns, Sich-Aufbäumens und Zweifelns als mögliche authentische Ausdrucksformen der spirituellen Befindlichkeit
- üben sich in Zurückhaltung bei der Interpretation fremder Schicksale und Geisteshaltungen
- achten die heilenden, bisweilen aber auch krank machenden Kräfte religiöser Überzeugungen
- sind sensibel für die eigenen spirituellen Fragen und Themen angesichts von Krankheit, Leid und Tod
- respektieren die lebensgeschichtlich und gesellschaftlich bedingte Intimität des Themas und die besondere Verletzlichkeit von Patienten in der Kommunikation dieses Themas
- setzen sich mit den Begriffen „Standpunkt“ und „Prozess“ in Bezug auf Spiritualität auseinander

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, mit dem Patienten einfühlsam über seine Befindlichkeiten und Vorstellungen zu sprechen
- können den Patienten bei der Suche nach (bewährten oder neuen) Bewältigungsmustern unterstützen
- ermöglichen spirituelle oder religiöse Lebensvollzüge (Raum für Stille und Gebet, Gottesdienst, Rituale)
- geben Raum für die Warum-Frage („Warum lässt Gott das zu?“, „Warum muss ich so leiden?“)
- sind in der Lage, spirituelle Ressourcen in den Gesamtbegleitungsprozess einzubeziehen
- sind zum Ausdrücken der eigenen Spiritualität fähig
- sind in Kontakt mit der eigenen Spiritualität und verzichten auf alle Formen von bewusster Übertragung
- achten den Austausch über Spiritualität als Frage nach dem individuellen Lebenssinn und sind wachsam gegenüber den Versuchen von Verallgemeinerungen und Vertröstungen

Inhalte:

- Spirituelle und religiöse Bewältigungsformen
- Naturbewusstsein, Gebet und Ritual
- Umgangsformen verschiedener Weltanschauungen, Religionen/Konfessionen mit den Themen Sterben und Tod
- Der Wille nach Sinn (V. Frankl)
- Ringparabel (Toleranz)
- Wie kommuniziere ich Spiritualität?
- Philosophische Deutungsversuche hinsichtlich des Todeswissens und Verstehens

5.3 Die Bedeutung von Ritualen.

Rituelle Vollzüge haben sowohl im Leben einzelner als auch in sozialen Bezügen eine sinnstiftende und lebensfördernde Bedeutung. Dennoch gibt es in unserer Gesellschaft eine Tendenz zur Entritualisierung. Mit dem Bedeutungsverlust von Religion und Weltanschauung schwinden die Möglichkeiten, rituelle Vollzüge in einem sozialen Kontext zu lernen und zu leben. Angesichts der Lebenskrise, in die der Sterbende und seine Familie geraten, wächst jedoch die Bereitschaft und Notwendigkeit, die Symbolkraft ritueller Vollzüge neu zu entdecken. Dabei geht es in der Begleitung sowohl darum, alte tradierte Rituale zu beleben, als auch darum, Erfahrungsräume mit neuen Ritualen zu gestalten.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die innere Struktur von Ritualen
- verstehen den Zusammenhang von rituell gestaltetem Verabschieden und dem weiteren Trauererleben (Übergangsrituale, Abschied-Tod-Neubeginn)
- kennen tradierte Rituale und ihre Bedeutung
- wissen um die heilsame Kraft symbolischer Handlungen

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sensibilisiert für den Stellenwert von Ritualen in Übergangs- und Krisenzeiten

2. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care

- reflektieren die Wichtigkeit und Bedeutung eigener Rituale
- wertschätzen die Bedeutung von Abschiedskultur im Bereich von Palliative Care
- kennen ethische Begründungslinien von Begriffen wie „Autonomie“ oder „Würde“
- kennen die spezifisch pflegerischen Aspekte innerhalb der Medizinethik

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, rituelle Vollzüge in ihre Arbeit einzubinden
- können Anregungen zur rituellen Gestaltung innerhalb ihrer Institution geben oder diese mit Patienten und Angehörigen entwickeln

Inhalte:

- Allgemeines und theoretisches Verständnis von Ritualen
- Ausgewählte Übergangs- und Abschiedsrituale.

6. Ethische und rechtliche Aspekte der Pflege.

6.1 Grundlagen der Ethik.

Ethik als philosophische Disziplin (praktische Philosophie) bezieht sich auf das Handeln des Menschen. Die Aufgabe der Ethik besteht wesentlich darin, die Begriffe, Probleme und Theorien des Guten und Richtigen zu untersuchen und Konzeptionen des moralischen und guten Lebens vernünftig zu begründen. Ihr Zweck ist es, die herrschende Moral kritisch zu hinterfragen und Grundsätze des guten und gerechten Handelns aufzustellen und zu rechtfertigen. In der Palliativpflege sind ethische Aspekte im Alltag ständig zu berücksichtigen. Schlagworte wie Autonomie oder Würde gehören zu den oft benutzten Begriffen, wenn Entscheidungen über Diagnostik, Therapie und Versorgung zu treffen sind. Es ist daher in besonderer Weise wichtig, Pflegenden im Bereich Palliative Care ethisches Denken zu erschließen und sie zu befähigen, das eigene Handeln auch ethisch zu begründen.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen Grundzüge ethischen Denkens
- wissen um unterschiedliche ethische Konzepte im Zusammenhang mit kranken und sterbenden Menschen (z. B.: christliche Ethik, Utilitarismus)

- kennen die Gefahr von Übertragungen eigener Werthaltungen in ethischen Konfliktsituationen

Haltung:

Die Teilnehmer

- reflektieren ihre eigene ethische Einstellung zu bestimmten Themen (z. B. aktive Sterbehilfe, Ernährung am Lebensende, palliative Sedierung)
- respektieren die Wertevorstellungen anderer, auch wenn sie nicht den eigenen Werten entsprechen
- tragen eine Bereitschaft zum Dialog bei ethischen Fragestellungen in sich.

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, bei ethischen Fragestellungen den Dialog mit dem Begleitungssteam zu suchen
- sind in der Lage, ethische Begründungslinien in Bezug auf bestimmte Entscheidungssituationen zu identifizieren und zu artikulieren
- ordnen unterschiedliche Entscheidungen unterschiedlichen ethischen Denkmustern und Prinzipien zu

Inhalte:

- Grundzüge ethischen Denkens
- Unterschiedliche ethische Konzepte und Begründungslinien

6.2 Sterbehilfe und Sterbebegleitung.

„Unwürdig sterben zu müssen“ – das ist laut vieler Umfrageergebnisse eine der großen Ängste in unserer Gesellschaft. Diese Angst umfasst aber nicht nur eine unerwünschte technisch-medizinische Überversorgung, sondern ebenso die Sorge, bei zunehmender Ressourcenknappheit nicht mehr auf eine angemessene und kompetente Versorgung am Lebensende hoffen zu können. Weitverbreitet ist auch die Vorstellung, bei einer unheilbaren Erkrankung unter Qualen und Schmerzen

sterben zu müssen. Der Gedanke an das Sterben weckt bei vielen Menschen Angst, hilf- und wehrlos zu sein, „wertlos“ zu werden, alltägliche Verrichtungen nicht mehr selbst vornehmen zu können. Auch die Angst vor der Sinnlosigkeit oder gravierender Veränderung des eigenen Erscheinungsbildes spielen eine zentrale Rolle. Solche Befürchtungen sind oftmals die Motivation für Forderungen nach aktiver Sterbehilfe. Dies macht eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung sowie ethischer und religiöser Fragestellungen und juristischer Problemfelder notwendig.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen der Bedeutung der Begriffe aktive, passive, indirekte Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid und medizinisch assistierter Suizid
- kennen die aktuellen gesetzlichen Grundlagen in verschiedenen Ländern
- kennen die Argumente der Befürworter und Gegner aktiver Sterbehilfe
- wissen um den Standpunkt der Hospizbewegung zur Euthanasie

Haltung:

Die Teilnehmer

- respektieren die Umstände, die einen Wunsch nach Euthanasie auslösen können
- anerkennen das menschliche Recht nach Selbstbestimmung (z. B. Behandlungsabbruch) und dessen Grenzen (z. B. Tötung auf Verlangen)
- reflektieren ihre eigene Einstellung zum Thema
- sind wachsam gegenüber persönlichen und gesellschaftlichen euthanasiefreundlichen Stimmungen
- sind skeptisch gegenüber Illusionen einer leidfreien Welt

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können Todes- und Tötungswünsche wahrnehmen und im Gesamtzusammenhang der Begleitung einordnen

- sind in der Lage, sich in die Situation von Patienten und Angehörigen mit Euthanasiegedanken einzufühlen
- können den eigenen Standpunkt artikulieren und die eigene berufliche Rolle wahren
- sind in der Lage, ihre eigene Position in der gesellschaftliche Debatte zu formulieren

Inhalte:

- Begriffsgeschichte und -bedeutung (aktive, passive, indirekte Sterbehilfe, Beihilfe zu Suizid, medizinisch assistierter Suizid)
- Rechtliche Situation und gesellschaftliche Diskussion in Deutschland
- Rechtliche Situation und Diskussion in ausgewählten Ländern (Niederlande, Belgien, Schweiz)
- Eigene Haltung und Standpunkt der Hospizbewegung und der Palliativmedizin

6.3 Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung.

Grundlegend für die Entstehung und Entwicklung von Palliative Care ist die Erkenntnis, dass für einen schwerkranken und sterbenden Menschen unter einem multidisziplinären und ganzheitlichen Ansatz therapeutisch vieles sinnvoll und möglich ist, um Lebensqualität zu erhalten und zu fördern. Diese Ansätze entwickeln sich aus einer ethisch reflektierten und begründeten Festsetzung oder Änderung des Therapieziels. Auch innerhalb der Palliativmedizin stellt sich immer wieder die Frage nach dem Ziel der Behandlung. Daraus kann sich eine Begrenzung von Therapie ergeben. Fragen der Ernährung und Flüssigkeitsgabe sowie des Lagerungsverzichtes unter bestimmten Bedingungen sind ebenso Beispiele wie die Frage nach einer palliativen Sedierung.

Es bedarf immer wieder eines kritischen Abgleichs der infrage kommenden therapeutischen Maßnahmen mit den zugrunde liegenden ethischen Prinzipien.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die vier Prinzipien der Medizinethik
- wissen um die ethischen Begründungslinien in ausgewählten palliativmedizinischen Situationen (z. B. terminale Sedierung, Ernährung, Flüssigkeitssubstitution)

Haltung:

Die Teilnehmer

- reflektieren die Auswirkungen, die eine Änderung des Therapiezieles mit sich bringt
- respektieren die Individualität ethischer Entscheidungen

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können die Prinzipien der Medizinethik auf verschiedene Situationen beziehen
- können Entscheidungen über Therapiebegrenzung ethisch reflektiert begründen
- sind in der Lage, die eigenen ethisch-moralischen Einstellungen mit den Prinzipien der Medizinethik in Beziehung zu setzen
- differenzieren zwischen der eigenen Einschätzung und der tatsächlich getroffenen Entscheidung

Inhalte:

- Prinzipien der Medizinethik
- Spezifische Anwendungsbeispiele

6.4 Umsetzungsformen ethischen Denkens in Einrichtungen.

Betreuende von schwerstkranken und sterbenden Menschen stoßen in ihrem Handlungsfeld auf Fragen nach der „richtigen“ Entscheidung. Eine Beleuchtung der ethischen Probleme aus unterschiedlichen Perspektiven, die durch Vertreter verschiedener Disziplinen erfolgt, ist hilfreich bei der Entscheidungsfindung. Verschiedene Umsetzungsformen ethischen Denkens und Handelns haben sich etablieren können. Ethikkomitees und ethische Fallbesprechungen sind wertvolle Instrumente in diesem Entscheidungsprozess.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Bedeutung von Ethikkomitees und ethischen Fallbesprechungen
- verfügen über ein Grundwissen bezüglich des Ablaufs und der Struktur ethischer Fallbesprechungen

- kennen grundlegende medizinethische Kriterien

Haltung:

Die Teilnehmer

- reflektieren und wertschätzen grundlegende medizinethische Kriterien wie Autonomie, Wohlergehen, Nichtschaden und Gerechtigkeit
- entdecken Möglichkeiten und Grenzen strukturierten ethischen Denkens in einer Einrichtung
- sind sich bewusst über ihren spezifischen palliativpflegerischen Auftrag im gemeinsamen ethischen Nachdenken

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können für Entscheidungssituationen die infrage kommenden ethischen Kriterien identifizieren und benennen
- sind in der Lage, ihre spezifische palliativpflegerische Sichtweise in der Diskussion zu artikulieren

Inhalte:

- Aufbau, Struktur und Arbeitsweisen von Ethikkomitees
- Ablauf von ethischen Fallbesprechungen
- Implementierung ethischer Strukturen in Einrichtungen

6.5 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung.

In den letzten Jahren ist das Bewusstsein vieler Menschen gewachsen, für die Fälle Alter und Krankheit Vorsorge zu treffen. Auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechtes werden Regelungen nachgefragt und eingefordert. Immer häufiger fragen kranke und sterbende Menschen oder ihre Angehörigen nach Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Aktuell werden in der Politik Möglichkeiten gesetzlicher Regelungen diskutiert.

So werden auch Pflegende im Hospiz- und Palliativbereich immer häufiger mit der Frage konfrontiert, was eine Vorsorgevollmacht sei oder welche Reichweite eine Patientenverfügung habe.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- verfügen über Grundkenntnisse der Rechtsinstrumente Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
- kennen weitere beratende Institutionen (Betreuungsbehörden, Betreuungsvereine etc.)
- kennen unterschiedliche Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten

Haltung:

Die Teilnehmer

- reflektieren die gesetzliche Verankerung des Selbstbestimmungsrechtes
- sind sensibel für den Rechtsraum von Patient und Familie
- wertschätzen das Mitspracherecht von Patient und Angehörigen in Medizin und Pflege

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, die Qualität vorhandener Patientenverfügungen einzuschätzen
- können die Grundkenntnisse über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen in beratende Gespräche mit Patienten und Angehörigen einfließen lassen

Inhalte:

- Rechtsgrundlagen zu den Themen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
- Standesrechtliche Aussagen der Bundesärztekammer
- Informationen zu umfangreicher beratenden Institutionen

7. Teamarbeit und Selbstpflege.

7.1 Aspekte der Teamarbeit.

Um dem Anspruch einer umfassenden Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen gerecht zu werden, bedarf es einer multidisziplinären Zusammen-

arbeit verschiedener Berufsgruppen. Kein einzelner Mensch ist in der Lage, die vielfältigen Probleme des Patienten und seiner Angehörigen zu sehen und ihnen kompetent zu begegnen. Für ein funktionierendes tragfähiges Team ist es notwendig, sich Konflikten zu stellen, seine Stärken und Schwächen einzuschätzen und zu entscheiden, ob und inwieweit die eigene Einbindung in den Prozess hilfreich oder nicht hilfreich ist.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen gruppendynamische Faktoren der Teamarbeit
- kennen die organisatorischen Aspekte von Teamarbeit
- wissen um unterstützende Maßnahmen für das Team

Haltung:

Die Teilnehmer

- anerkennen die Schutzfunktion eines Teams
- reflektieren die eigene Rolle im Zusammenspiel mit den Rollen anderer
- wertschätzen die Rollen der anderen Berufsgruppen
- sind sensibel für den synergetischen Effekt der Teamarbeit

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- können die eigene Kompetenz wahrnehmen und artikulieren
- erfassen die dynamische Struktur eines multidisziplinären Teams und seiner Konfliktfelder (Grenzen und Rivalitäten)
- sind fähig, Konflikte zu entdecken und auszutragen
- können arbeitsteilig arbeiten
- sind in der Lage, zu delegieren und Delegation anzunehmen
- können Feedback geben und annehmen

Inhalte:

- Aspekte der Gruppendynamik
- Organisation und kommunikative Struktur eines multidisziplinären Teams:
 - Rollendefinitionen und Aufgabenverteilung
 - Entscheidungsfindungsprozess
 - Teamunterstützende Maßnahmen (Teambesprechungen, Fallbesprechung, Supervision, Fortbildung)

7.2 Stressmanagement und Bewältigungsstrategien.

Für sich selbst Sorge zu tragen, ist ein wichtiger Auftrag an Pflegende. Nur ein „stabiler“ Pflegender kann ein stützender Begleiter sein. Die tägliche Begegnung mit Sterbenden und ihren Angehörigen kann zu Gefühlen der Überforderung, der Ohnmacht, der Machtlosigkeit führen. Eine Auseinandersetzung mit den persönlichen Schwierigkeiten und Grenzen im Arbeitsalltag sowie die Entwicklung von individuellen Strategien des Umgangs mit der Situation liegen sowohl in der Verantwortung des Einzelnen als auch in der Verantwortung der Organisation.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- wissen um die Stressfaktoren bei der Arbeit mit Sterbenden
- wissen um den Spannungsbogen zwischen angemessener Gefühlsreaktion und Überbelastung im Kontext des ständigen Umgangs mit Verlust und Trauer
- kennen das Syndrom des zwanghaften Helfens
- wissen um Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten von außen
- kennen die frühen Anzeichen eines „Burn-out“

Haltung:

Die Teilnehmer

- reflektieren die eigenen Bewältigungsstrategien und erkennen deren Nutzen (Schutz, Unterstützung, Kraftquelle)
- achten die eigenen Belastungsgrenzen und die anderer
- sind sensibel für die Wirkung von persönlicher Verlesterfahrung und Trauer auf die Pflege der Patienten

- reflektieren die eigene Motivation für die Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden
- sind sich der Gefahren eigener Abwehr- und Verdrängungsmechanismen (Wahrnehmungsverlust, Projektion) bewusst
- setzen sich mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen auseinander
- reflektieren den eigenen Umgang mit Aufträgen

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, Stresskumulation bei sich selbst und im Team wahrzunehmen
- können eigene und fremde Bedürfnisse erkennen und berücksichtigen
- sind fähig, eigene Ressourcen im Umgang mit Stress einzusetzen
- erfassen die unterstützende und schützende Funktion von Teamarbeit und beziehen sie in die eigene Arbeit ein
- sind in der Lage, mit Aufträgen konstruktiv und offen umzugehen

Inhalte:

- Belastungserfahrung in der eigenen Biografie
- Selbstwahrnehmung zum Thema Stress
- Burn-out-Syndrom/Helferpersönlichkeit
- Konstruktive Strategien im Umgang mit Stress

8. Qualitätssicherung.

8.1 Grundlagen des Qualitätsbegriffs.

Qualitätssicherung ist ein Begriff, der im Bereich des Gesundheitswesens häufig genutzt wird. Welche Anwendbarkeit hat dieser Begriff in der Sterbebegleitung? „Ist Qualität in diesem Bereich überhaupt messbar? Wie wird sie in der Sterbebegleitung definiert? Gibt es ein qualitätsgesichertes Sterben?“ sind Fragen, die nur schwierig zu beantworten sind. Gleichwohl müssen sich die verschiedenen Professionen diesen Fragen stellen, da sie Konzepte und Leistungen anbieten, die die Qualität des Lebens in den Hauptfokus nehmen.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen relevante Qualitätsbegriffe in Palliative Care (Prozess-, Struktur-, Ergebnisqualität)
- kennen Assessmentinstrumente (z. B. Lebensqualitäts- und Symptomscores)
- kennen Fortbildungsangebote im Bereich Palliative Care

Haltung:

Die Teilnehmer

- sind sensibel für das Spannungsfeld der Messbarkeit von Qualität (Gefahr der Schablonisierung) in einem Feld, in dem die Individualität des Patienten im Mittelpunkt steht
- verfügen über die Einsicht der Notwendigkeit regelmäßiger Fort- und Weiterbildung, um die Qualität der Arbeit im Feld zu sichern
- überprüfen den eigenen Wissensstand und die Auswahl geeigneter Fortbildungsangebote
- sind einsichtig in die Notwendigkeit von Assessmentinstrumenten und sind sich gleichzeitig deren Grenzen innerhalb eines ganzheitlichen Begleitungskontextes bewusst

Fertigkeiten:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, qualitätssichernde Maßnahmen zu begründen und anzuwenden

Inhalte:

- Begriff (Lebens-)Qualität
- Assessmentinstrumente

8.2 Dokumentation, Standards und Forschung.

Um Qualität und Transparenz im Handlungsfeld Palliative Care zu schaffen, sind adäquate Formen der Dokumentation und der Einsatz von Standards/Leitlinien wesentliche Instrumente. Der Einsatz von Standards/Richtlinien unterstützt ein Team dabei, die Pflege von Patienten individuell und an palliativpflegerischen Kriterien auszurichten. Durch Dokumentation können pflegerische Handlungen überprüft werden. In einem Bereich, in dem

in besonderem Maße ethische und juristische Konfliktfelder deutlich werden, ist eine präzise Dokumentation unerlässlich, um maximale Rechtssicherheit herzustellen. Darüber hinaus kann durch eine zielgerichtete Dokumentation eine Evaluation von Daten erfolgen, die zu neuen Erkenntnissen bzw. Handlungsrichtlinien führen (Forschung).

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die Schwerpunkte und Unterscheidungsmerkmale unterschiedlicher Dokumentationssysteme in Palliative Care
- kennen themenrelevante (Experten-)Standards
- kennen die Unterscheidungsmerkmale relevanter Forschungsmethoden in Palliative Care
- können Übergabemöglichkeiten erläutern

Haltung:

Die Teilnehmer

- verfügen über die Einsicht der Notwendigkeit qualifizierter Dokumentation und ihrer Ziele im Hinblick auf
 - den Patienten
 - die eigene Person
 - Vernetzung
 - die Grundlage wissenschaftlicher Arbeit
 - das Team
- sind überzeugt von der Notwendigkeit einer differenzierten systematischen Übergabe zur Informationsweiterleitung
- reflektieren kritisch die Anwendung von Standards auf den einzelnen Patienten
- setzen sich differenziert mit Forschungsfragen und Forschungsergebnissen auseinander

Fertigkeiten/Können:

Die Teilnehmer

- wenden eine differenzierte, zielgerichtete Dokumentation an
- sind in der Lage, zwischen Informationen zu unterscheiden, die der Patient nur ihnen persönlich gegeben hat, und denen, die auch dem Team oder anderen zugänglich sein dürfen

2. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care

- differenzieren Probleme und Belange im Rahmen einer Übergabe und sind in der Lage, hierzu adäquate Formulierungen zu wählen
- können palliativpflegerische Standards anwenden
- können themenrelevante Expertenstandards anwenden und hinterfragen
- kennen die Umsetzungsformen von Palliative Care (s. 1.2)
- kennen regionale und überregionale Netzwerke
- kennen die methodischen Grundzüge von Unterstützungsmanagement (eine stark an den Ressourcen und Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete Variante des Case Managements)

Inhalte:

- Qualitätssichernde Maßnahmen im Hinblick auf
 - den Patienten (Pflegeplanung, Verlaufsübersicht, Transparenz)
 - die eigene Person (rechtliche Absicherung, Reflexion des eigenen Handelns)
 - Vernetzung (Öffentlichkeitsarbeit, Zusammenarbeit vor Ort, mit anderen Diensten)
 - wissenschaftliche Arbeit
 - Vergleichbarkeit von Daten, Auswertung
 - das Team
 - Konzeptüberprüfung und ggf. -änderung
- Übergabekonzepte und -aufbau
- Dokumentationssysteme
- Zugang zu aktuellen Forschungsfragen im Feld Palliative Care
- Evaluation

8.3 Vernetzung und Case Management.

Die infrastrukturellen Rahmenbedingungen im Handlungsfeld von Palliative Care haben sich in Deutschland in den letzten Jahren differenziert entwickelt. Es werden medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Unterstützungen angeboten. Darüber hinaus werden leistungsgesetzliche Hilfen immer stärker zergliedert, und der Patient und seine Angehörigen haben große Probleme, Zugang zu den Angeboten zu bekommen.

In der Begleitung von Patienten im Bereich von Palliative Care begegnet man häufig komplexen Problemlagen. Umfassende Hilfemaßnahmen sind zu planen, zu organisieren und zu koordinieren.

Basiswissen:

Die Teilnehmer

- kennen die im Bereich Palliative Care relevanten leistungsgesetzlichen Grundlagen (schriftliches Material)

- kennen die Schnittstellenproblematik im Bereich von Palliative Care
- kennen Kooperationsmöglichkeiten
- kennen den Entlassungsstandard (DNQP)

Haltung:

Die Teilnehmer

- haben die Einsicht, dass die Begleitung eines Patienten in Palliative Care über die eigene Institution hinausreichen muss
- sind offen für Vernetzung und Austausch mit anderen Diensten und Strukturen
- sind bescheiden in der Einschätzung der alleinigen Wichtigkeit der eigenen Institution (Begleitung findet nicht nur im System Familie, sondern auch im institutionellen System statt)
- haben die Einsicht, dass die Arbeit an den Schnittstellen genauso viel (manchmal mehr) Engagement und Kraft erfordert und sinnvoll ist wie die Patientenbegleitung
- reflektieren kritisch die eigene institutionelle Begrenzung (wie kooperieren wir in unserer Institution?).

Fertigkeiten:

Die Teilnehmer

- sind in der Lage, sensibel und mutig an den Schnittstellen zu kommunizieren
- können einen Hilfeplan erarbeiten, in dem die Wertvorstellungen, Vorlieben und Lebensperspektiven des Patienten berücksichtigt werden
- sind fähig, über die eigenen institutionellen Grenzen hinaus zu wirken
 - reflektieren und erproben die Möglichkeit, den Hospizgedanken in bestehende Einrichtungen und Dienste teilweise oder ganz zu integrieren (Infiltration)

– differenzieren hierbei zwischen Machbarkeit und Utopie

- sind in der Lage, ein umfassendes Entlassungsmanagement durchzuführen
- sind in der Lage, Schwachstellen zu sehen und diesen angemessen zu begegnen (Delegation an Leitung oder selbstständige Lösungsangebote erarbeiten)
- sind bestrebt, für eine Leistungsgerechtigkeit einzustehen

Inhalte:

- Konzeptionelle Grundlagen des Case Managements
- Entlassungsplanung
- Aufbau von Netzwerken
- Evaluation

C. Hinweise zum Durchführungsplan.

Nr.	Thema	Woche	UE
1.1	Nationale und internationale Entwicklung von Palliative Care und Hospizarbeit	1	1
1.2	Organisationsformen von Palliative Care und Hospizarbeit	1 o. 2 o. 3	2
2.1	Grundlagen der Palliativmedizin	1	2
2.2	Exemplarische Krankheitsbilder	1	4
3.1	Schmerztherapie	1, 2, 3	12–16*
3.2	Mundpflege	1	2
3.3	Ernährung und Flüssigkeit	2 o. 3	4
3.4	Übelkeit/Erbrechen	2 o. 3	2
3.5	Obstipation	1	2
3.6	Respiratorische Symptome	2 o. 3 o. 4	4
3.7	Juckreiz und Ikterus	3 o. 4	1
3.8	Neurologische Symptome	2, 3, 4	6–10*
3.9	Lymphödem	3 o. 4	2
3.10	Dekubitus/(ex)ulzerierende Tumore	2 o. 3 o. 4	4
3.11	Wahrnehmung und Berührung	3 o. 4	8
3.12	Umgang mit Verstorbenen	2 o. 3 o. 4	2
4.1	Wahrnehmung und Kommunikation	1, 2, 3, 4	16 u. ges. Kv.

Nr.	Thema	Woche	UE
4.2	Psychische Reaktionen	1, 2, 3, 4	ges. Kv.
4.3	Familie und soziales Umfeld	1, 2, 3, 4	6 u. ges. Kv.
4.4	Psychosoziale Beratung und Begleitung	3, 4	4
4.5	Veränderung des Körperbildes und der Sexualität	3 o. 4	6
4.6	Wahrheit am Krankenbett	1 o. 2 o. 3 o. 4	2
4.7	Trauer	1, 2, 3, 4	12
5.1	Lebensbilanz/Lebensidentität	2 o. 3 o. 4	4 u. ges. Kv.
5.2	Krankheit, Leid und Tod in spiritueller Sicht	2 o. 3 o. 4	4 u. ges. Kv.
5.3	Die Bedeutung von Ritualen	2 o. 3 o. 4	4
6.1	Grundlagen der Ethik	2 o. 3 o. 4	2
6.2	Sterbehilfe und Sterbebegleitung	2 o. 3 o. 4	4
6.3	Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung	2 o. 3 o. 4	2
6.4	Umsetzungsformen ethischen Denkens in Einrichtungen	2 o. 3 o. 4	2
6.5	Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung	2 o. 3 o. 4	2
7.1	Aspekte der Teamarbeit	3 o. 4	2
7.2	Stressmanagement und Bewältigungsstrategien	2 o. 3 o. 4	4 u. ges. Kv.
8.1	Dokumentation, Standards, Forschung	2 o. 3 o. 4	2
8.2	Vernetzung und Case Management	3 o. 4	4
	Lernkontrolle, Reflexion	1, 2, 3, 4	16

Anmerkung: Die Hinweise zum Durchführungsplan sind nur Anhaltspunkte.
ges. Kv. = gesamter Kursverlauf

* =Je nach medizinischem Schwerpunkt können die Symptome mit unterschiedlicher Gewichtung unterrichtet werden.J

Hinweise zum Zertifikat

Die Teilnehmer des Kurses Palliative Care für Pflegende erhalten nach Abschluss ein Zertifikat, das den bislang gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen entspricht und von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sowie dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) anerkannt ist.

Zur Ausstellung des von oben genannten Fachgesellschaften unterstützten Zertifikates ist nur berechtigt, wer die Bedingungen zur Kursleitung erfüllt (s. 4.5.3).

Das vorliegende Curriculum Palliative Care ist urheberrechtlich geschützt.

Autoren

Martina Kern

Gesundheits- und Krankenpflegerin
Bereichspflegedienstleitung
Zentrum für Palliativmedizin
Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg
Zusatzqualifikation in NLP und Case Management (DGCC)
seit 1990 im Bereich Palliative Care tätig
Mitglied der EAPC, DGP und der DGSS

Monika Müller M.A.

Studium der Philosophie, Pädagogik und Literaturwissenschaft
Therapeutin für integrative gestalterorientierte Verfahren,
Supervisorin
seit 1992 Leiterin von ALPHA Rheinland (Ansprechstelle
im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung)
Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für
Palliativmedizin
Gründungsmitglied des TrauerInstituts Deutschland e.V.

Klaus Aurnhammer

Diplom-Theologe, Gesundheits- und Krankenpfleger
Zusatzqualifikation Integrative Therapie für Alte, Kranke und
Sterbende
seit 1991 auf der Palliativstation im St. Michael Krankenhaus
Völklingen als Seelsorger tätig

3. Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen*.

Hrsg.: M. Kern, M. Müller, K. Aurnhammer, B. Uebach

Unter Mitarbeit von:

K. Aurnhammer

D. Blümke

U. Füllbier

M. Kern

M. Müller

F.J. Margat

F. Nauck

C. Ostgathe

I. Stiegler

W. Tewes

K. Wauschkuhn

Inhaltsverzeichnis.

1. Einleitung	82
1.1 Vorbemerkungen	82
1.2 Begriffsbestimmung „Palliative Care“	83
1.3 Situationsanalyse	83
1.4 Zielsetzung	84
1.5 Zielgruppe	84
1.6 Kurskonzept	85
1.6.1 Themenauswahl und -gewichtung	85
1.6.2 Themenzusammenstellung	85
1.6.3 Lernkontrolle, Selbsteinschätzung	85
1.6.4 Methodenwahl	86
1.7 Kursorganisation	86
1.7.1 Rahmenbedingungen	86
1.7.2 Teilnehmer	86
1.7.3 Kursleitung	86
1.7.4 Referenten	87
Literatur	87
2. Grundlagen der Palliativmedizin und Hospizarbeit	88
2.1 Nationale und internationale Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizarbeit	88
Literatur	89
2.2 Organisationsformen in der Palliativmedizin und Hospizarbeit	89
Literatur	90
3. Anwendungsbereiche der Palliativmedizin	91
3.1 Krankheitsbild Krebs	91
Literatur	92
3.2 Krankheitsbild Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	92
Literatur	92
3.3 Krankheitsbild Humanes Immundefizienz-Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (Aids)	93
Literatur	93
4. Medizinisch-pflegerische Aspekte	94
4.1 Schmerz und Schmerztherapie	94
Literatur	95
4.2 Palliative Wundversorgung (ex)ulzerierender Tumore	95
Literatur	96
4.3 Ernährung	96
Literatur	97
4.4 Mundpflege	97
Literatur	98
4.5 Juckreiz	98
Literatur	99
4.6 Übelkeit und Erbrechen	99
Literatur	99
4.7 Stuhlverstopfung (Obstipation)	100
Literatur	100
4.8 Atemnot und Husten	100
Literatur	101
4.9 Umgang mit der Lebenswelt verwirrter Menschen	101
Literatur	102
4.10 Finalphase	103
Literatur	103

5. Psychische und soziale Aspekte	104
5.1 Auftragsklärung und Hypothesenbildung als Instrumente zur Erstellung einer psychosozialen Anamnese	104
Literatur	105
5.2 Psychosoziale Arbeit im Kontext von Palliative Care	105
Literatur	106
5.3 Psychosoziale Beratung und Begleitung	105
Literatur	106
5.4 Sozialrechtliche Beratung	106
Literatur	107
5.5 Lösungsorientiertes Arbeiten	107
Literatur	107
5.6 Wahrnehmung und Kommunikation	107
Literatur	108
5.7 Krisenintervention im Bereich von Palliative Care	108
5.8 Lebensbilanzarbeit	109
Literatur	109
5.9 Familie und soziales Umfeld	109
Literatur	110
5.10 Arbeit mit dem Genogramm	110
Literatur	111
5.11 Grundlagen der Trauerarbeit	111
Literatur	112
5.12 Veränderungen des Körperbildes und der Sexualität	112
Literatur	113
6. Ethische Aspekte	114
6.1 Ethische Aspekte im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen	114
6.2 Parenterale Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase	115
Literatur	116
6.3 Sterbehilfe und Sterbebegleitung	116
Literatur	117
7. Spirituelle Aspekte	118
7.1 Die Bedeutung von Ritualen	118
Literatur	118
7.2 Spiritualität	119
Literatur	119
7.3 Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen	119
Literatur	120
8. Aspekte der Teamarbeit und Selbstpflege	121
8.1 Teamarbeit	121
Literatur	122
8.2 Psychische Belastung und Burn-out	122
Literatur	123
9. Zeitrichtwerte	124

1. Einleitung.

1.1 Vorbemerkungen.

Die spezifische Qualifizierung psychosozialer und therapeutischer Berufsgruppen in Palliative Care ist die notwendige Folge der dynamischen Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizarbeit in der Bundesrepublik Deutschland in den vergangenen Jahren. Die zunehmende, auch monetäre Anerkennung dieser wichtigen Arbeit spiegelt das Inkrafttreten des § 39a Absatz 2 Satz 6 SGB V am 01.01.2002 wider, welcher die Förderung der Arbeit ambulanter Hospizdienste bislang durch die gesetzlichen Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen festschreibt. Zu den personellen Voraussetzungen eines Koordinators im Hospizdienst zählen:

- eine abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulbildung im Bereich Pflege, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit (oder andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen, die im Einzelfall zu prüfen sind),
- der Nachweis eines Koordinatoren-Seminars (40 Stunden),
- die Teilnahme an einem Seminar zur Erlangung von Führungskompetenz (80 Stunden),
- der Abschluss einer „Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme für nicht Pflegende“ (120 Stunden)

- bzw. der Abschluss einer „Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegende“ (160 Stunden)

Das vorliegende Curriculum bildet die Grundlage für die Qualifizierungsmaßnahme „Palliative Care für nicht Pflegende“. Der Abschluss dieses Basiskurses berechtigt darüber hinaus zur Teilnahme am multidisziplinären Aufbaukurs Level 2 (siehe auch 1.7.1, S. 86).

Die Ausgestaltung des Curriculums basiert:

1. auf den langjährigen Erfahrungen der Autoren in der Betreuung schwerstkranker und sterbender (Tumor-)Patienten und ihrer Angehörigen
2. auf den gemeinsam mit den Kursteilnehmern ausgewerteten Lernerfahrungen in den bereits durchgeführten Kursen „Palliative Care für Mitarbeiter psychosozialer Berufsgruppen“
3. auf dem regelmäßigen Austausch mit Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen sowie Fachdiskussionen in den verschiedenen Gremien und Ausschüssen der Palliativmedizin und Hospizarbeit
4. auf der Analyse einschlägiger Literatur

Der Aufbau des Curriculums orientiert sich im Wesentlichen am „Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für Pflegende in Palliativmedizin“ von M. Kern, M. Müller und K. Aurnhammer.

Die Themensammlung wurde dem besonderen Aufgabenbereich der psychosozialen Berufsgruppen angepasst und orientiert sich an dem derzeitigen Erkenntnisstand der Palliativmedizin in Deutschland.

Zur besseren Verständlichkeit des Textes werden die mit einem „*“ gekennzeichneten Fachbegriffe jeweils nach den Literaturangaben eines jeden Themas erläutert. Bezüglich weiter gehender und zusätzlicher Erklärungen wird u. a. auf medizinische Lexika verwiesen.

Ebenso sei angemerkt: Wenn von Patienten, Kursteilnehmern, Sozialarbeitern, Referenten usw. die Rede ist, dann bedeutet das aus Gründen der Vereinfachung verwendete Maskulinum die geschlechtsabstrakte Form.

1.2 Begriffsbestimmung „Palliative Care“

Hinter dem Begriff „Palliative Care“ verbirgt sich ein ganzheitliches Betreuungskonzept für Patienten, die sich im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren, progredienten Erkrankung mit einer begrenzten Lebenserwartung befinden. Ziel ist es, die Lebensqualität des Patienten in seiner letzten Lebensphase zu verbessern bzw. möglichst langfristig zu erhalten. Dies erfordert

- eine symptomorientierte, kreative, individuelle Therapie, Pflege und Begleitung,
- die Berücksichtigung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Aspekte,
- die Einbindung Angehöriger und
- die Vernetzung ambulanter und stationärer Unterstützungsmaßnahmen

Der nicht adäquat zu übersetzende englische Begriff „palliative care“ findet sich in Deutschland inhaltlich in den Begriffen Palliativmedizin und Hospizarbeit wieder. In Anlehnung an die Definition der WHO formulierte 1994 die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. das Anliegen der Palliativmedizin:

- Die Palliativmedizin widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung.
- Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess an. Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab.
- Die Palliativmedizin arbeitet multidisziplinär und basiert auf der Kooperation der Ärzte verschiedener Disziplinen und anderer Berufsgruppen, die mit der

ambulanten und stationären Betreuung unheilbar Kranker befasst sind.

- Durch eine ganzheitliche Behandlung soll Leiden umfassend gelindert werden, um den Patienten und ihren Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und ihnen eine Verbesserung ihrer Lebenssituation zu ermöglichen

In der Präambel der Satzung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz wird zudem betont:

- Zur Hospizarbeit gehört als wesentlicher Bestandteil der Dienst Ehrenamtlicher.
- Professionelle Unterstützung geschieht durch ein multidisziplinäres Hospizteam von Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Sozialarbeitern u. a.
- Vorrangige Zielperspektive der Hospizarbeit ist es, ein „Sterben zu Hause“ zu ermöglichen.
- Zur Sterbebegleitung gehört im notwendigen Umfang auch die Trauerbegleitung

1.3 Situationsanalyse.

Die Begleitung und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen sowohl zu Hause als auch in stationären Einrichtungen ist für alle beteiligten Berufsgruppen mit psychischen Belastungen und organisatorischen Anforderungen verbunden. Ursachen für diese Belastungen können zum einen unspezifischer Natur sein, d. h., sie sind nicht unmittelbar mit der Tatsache verbunden, dass es sich bei den betreuten Menschen um Sterbende handelt. Dies sind z. B. unklar abgegrenzte Kompetenzbereiche, Rollenambiguitäten und -konflikte oder massive Arbeitsbelastung.

Spezifische Ursachen der Belastungen sind in der Konfrontation mit Sterben, Tod und Trauer zu finden. Derartige Belastungen resultieren beispielsweise aus der großen Anzahl von Verlusten in den Begleitungen oder sogar einer Kumulation von Verlusten, ohne dass Zeit bleibt, diese zu reflektieren oder zu betrauern. Oftmals entstehen Ängste, die durch die permanente Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit hervorgerufen werden.

Auch wenn Untersuchungen gezeigt haben, dass Mitarbeiter aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativarbeit weniger Stress und Burn-out empfanden als Mitarbeiter auf Allgemeinstationen, so weisen dennoch Untersuchungen darauf hin, dass Hospizarbeit ganz eigene, berufsfeldspezifische Stressoren besitzt (vgl. Wittkowski; Krauß 2000, 177 ff.). „Dazu zählen u. a. die Ideologie der Hospize und besonders der hohe Anspruch des „guten Sterbens“ (Sterben in Würde), der nicht immer verwirk-

licht werden kann; implizite Vorstellungen von einem regelhaften Sterben (Phasen-Modell), die oft durch die Wirklichkeit widerlegt werden; starkes emotionales Engagement der Betreuer aufgrund einer Identifikation mit den Wertvorstellungen der Hospizarbeit; hohe emotionale Forderungen der Patienten, unrealistische Erwartungen der Angehörigen speziell an die Betreuung in einer Hospizeinrichtung ...“ (Wittkowski; Krauß 2000, 177 ff.).

Berufsgruppen wie die der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, die sich im Bereich von Palliative Care überwiegend mit den psychosozialen Fragestellungen im Rahmen einer lebensbedrohlichen Erkrankung beschäftigen, schildern oftmals (zumal wenn sie im ambulanten Bereich als „Einzelkämpfer“ unterwegs sind) ganz eigene Problemlagen:

- unzureichendes Wissen bezüglich der Erkrankung und der damit verbundenen Symptome des Patienten;
- Hilflosigkeit angesichts der Tatsache, dass auch Mediziner und Pflegekräfte den Symptomen aufgrund oftmals fehlender Kenntnisse hilflos gegenüberstehen;
- Schwierigkeiten, sich in den Sprach- und Denkstil der anderen Berufsgruppen wie Ärzte, Krankenpflegekräfte einzufinden, und damit Kommunikationsprobleme, wenn es um Vermittlungs-/Moderationstätigkeiten geht;
- mangelndes berufliches Rollenbewusstsein (hierarchisches Denken, Rücktreten vor der körperlich bedingten Bedürfnislage des Patienten) und damit verbundene Hemmung, Kenntnisse und Fähigkeiten in Beratung und Begleitung adäquat zu vertreten und in die Praxis umzusetzen

Mit dem vorliegenden Curriculum soll auf die oben nur knapp skizzierten spezifischen Belastungen und Problemfelder der psychosozialen und therapeutischen Berufsgruppen reagiert werden. Dies geschieht sowohl durch die Vermittlung fachspezifischen Wissens – vor allem aus dem Bereich der Palliativmedizin und Palliativpflege – als auch durch die Vertiefung und Erweiterung spezifischer Methoden.

1.4 Zielsetzung.

Hauptziel der Durchführung des Basiskurses auf Grundlage dieses Curriculums ist es, den Teilnehmern Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Familien und Freunden zu erschließen. Es geht dabei nicht um ein vordergründiges Erlernen von Techniken oder die ausschließliche Aneignung von Wissen; denn dadurch können nur unzureichende Prozesse der Um- oder Neubewertung im

Umgang mit den Themen Leid, Angst, Sterben, Tod und Trauer initiiert werden. Die Entwicklung einer schärferen Wahrnehmung menschlicher Probleme, das Entdecken des eigenen Kreativitätspotenzials für die Orientierung in Konfliktbereichen und die Erschließung neuer Handlungsoptionen können erst dann eintreten, wenn die Teilnehmer motiviert werden, sich mit den eigenen Einstellungen und Haltungen auseinanderzusetzen, und bereit sind, die bisherigen Deutungsmuster zu vertiefen oder auch ggf. zu verändern.

Das Curriculum orientiert sich an den Bedingungen und Realitäten in Nordrhein-Westfalen, die zeigen, dass die wenigsten Hospizdienste über ein multiprofessionelles, in Palliative Care geschultes Leitungsteam – bestehend aus Arzt, Pflegekraft und Sozialarbeiter – verfügen. Überwiegend werden die Hospizdienste allein von Mitarbeitern aus dem psychosozialen Bereich koordiniert. Es ist deshalb wichtig, die Kursteilnehmer für Problemstellungen zu sensibilisieren, die nicht allein psychosozialer Natur sind, die aber schwerstkranken und sterbende Menschen im Alltag häufig belasten. Dabei geht es nicht darum, dass die Teilnehmer die medizinisch-pflegerischen Probleme selbst lösen, sondern darum, durch eine differenzierte Beobachtung basierend auf medizinisch-pflegerischem Basiswissen im Bereich von Palliative Care zu lernen, die „richtigen“ Fragen zu stellen und ggf. entsprechende Dienste/Berufsgruppen zu involvieren, um anschließend den Prozess weiterzubegleiten.

Der Palliative-Care-Basiskurs für psychosoziale und therapeutische Berufsgruppen will keine umfassende palliativmedizinische oder -pflegerische Kompetenz vermitteln. Die Teilnehmer sollen dagegen in die Lage versetzt werden, sich ein ganzheitliches Bild vom Patienten machen zu können, in dem körperliche, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse gleichermaßen erkannt und anerkannt werden. Auch die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen soll durch ein vertieftes Verständnis für deren Arbeit verbessert werden. Gleichzeitig wird die bereits vorhandene sozialarbeiterische, -pädagogische und -beratende Kompetenz für dieses spezielle Betätigungsfeld geschult, überprüft, stabilisiert und erweitert.

Kompetent ist nicht zwingend die Fachkraft, die alles allein weiß und anwenden kann, sondern die, die etwas in des Wortes bestem Bedeutungssinn (competere) kann, nämlich: zusammengelangen, zusammentreffen, zusammenstimmen mit allen anderen Beteiligten in der Sorge um den sterbenden Menschen und die, die zu ihm gehören.

1.5 Zielgruppe.

Zielgruppe der Fortbildung auf Grundlage des Curriculums sind nach § 39a Absatz 2 Satz 6 SGB V Personen,

die über ein abgeschlossenes Universitäts- bzw. Fachhochschulstudium aus dem Bereich der Pflege, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit verfügen (oder andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen, die im Einzelfall zu prüfen sind) und eine mindestens dreijährige, der Ausbildung entsprechende hauptberufliche Tätigkeit nachweisen können.

1.6 Kurskonzept.

1.6.1 Themenauswahl und -gewichtung.

Das hier vorgestellte Curriculum ist so konzipiert, dass die Themenauswahl durch die Kursleitung eines Basisurses individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmer abgestimmt werden kann, d. h., Lernschwerpunkte und Wissensdefizite der Kursteilnehmer bestimmen die punktuelle Gewichtung der Themen. Dies ist möglich, indem man die Unterrichtseinheiten als Module betrachtet. Vor Kursbeginn können die Interessen der Kursteilnehmer schriftlich abgefragt werden. So kann anschließend der jeweilige Kurs so konfiguriert werden, dass er den Vorstellungen und Bedürfnissen der Teilnehmer entspricht. Dies erscheint sinnvoll, da sich in den kommenden Jahren Personen mit sehr unterschiedlichen Erfahrungshorizonten in Palliative Care nach § 39a Absatz 2 Satz 6 SGB V qualifizieren werden. So stieß beispielsweise die Unterrichtseinheit „sozialrechtliche Beratung“ bei Befragung der Teilnehmer in den schon stattgefundenen Kursen auf keine Resonanz, da die Inhalte wie Patientenverfügung etc. hinlänglich bekannt waren.

Das ist der Grund, weshalb am Ende des Curriculums nur eine Empfehlung zum Zeitrichtwert angegeben wird. Welche Stundenzahl für die Vermittlung der mit dem Thema verbundenen Lerninhalte benötigt wird, können Träger und Kursleitung nach vorangehender Bedingungsanalyse der Kursteilnehmer weitgehend selbst entscheiden. Wichtig ist, dass die Gesamtstundenzahl von 120 Stunden nicht unterschritten und die notwendige Kompetenz für eine palliative Beratung vermittelt wird.

1.6.2 Themenzusammenstellung.

Bei der Themenzusammenstellung der einzelnen Wochen und Tage sind folgende Überlegungen zu berücksichtigen:

Wichtig ist die Balance zwischen kognitiven, affektiven und psychomotorischen Lernzielen, wohlwissend, dass eine stringente Trennung der drei Bereiche nicht möglich ist. Ein Wechsel der Zielbereiche und – damit zusammenhängend – meist auch der Methoden fördert nicht nur Aufmerksamkeit und Aufnahmefähigkeit der Teilnehmer, sondern ist Voraussetzung dafür, ein ganzheitlich ausgerichtetes Kurskonzept für die Teilnehmer auch erlebbar zu machen.

Die Auseinandersetzung der Teilnehmer mit dem eigenen Verhältnis zu Krankheit, Sterben, Tod und Trauer, aber auch die Hinterfragung des eigenen Rollen- und Selbstbildes stellt für alle am Prozess Beteiligten eine große Anstrengung und Herausforderung dar. Die Psychohygiene der Teilnehmer zu berücksichtigen und zu stärken, ist ein wichtiges kompensatorisches Moment.

Folgende Möglichkeiten bieten sich an:

- Kurzmeditationen (z. B. vor Arbeitsbeginn)
- Entspannungsübungen
- Fantasiereisen
- gemeinsames Feiern
- Vorlesen

Bei bestimmten Themen wie z. B. Wahrnehmung, Kommunikation, Team- oder Dialogfähigkeit und Rollen- und Selbstverständnis wird die Gruppe selbst zu einem wichtigen Lernfeld. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen zieht sich wie ein roter Faden durch die Kurswochen, obwohl sie explizit vielleicht nur einmal als Thema behandelt werden. Diese Lerninhalte an geeigneter Stelle wiederholt zu reflektieren, scheint wichtig, um einen entsprechenden Lernerfolg zu erzielen.

1.6.3 Lernkontrolle, Selbsteinschätzung.

Die Kursteilnehmer sollten Gelegenheit bekommen, den eigenen Wissensstand einzuschätzen und den Lernprozess bewusst zu verfolgen. Ebenso ist es im Sinne des Veranstalters, sich einen Überblick über den Lernfortschritt und die Zufriedenheit seiner Teilnehmer zu verschaffen.

Dazu bieten sich folgende Möglichkeiten an:

- *Strukturierte Reflexionsrunden* zu Beginn und am Ende der Kurswochen
- *Die Reflexionsrunde* zu Beginn einer Kurswoche hilft den Teilnehmern dabei, sich bewusst zu machen, inwieweit sie die erarbeiteten Lerninhalte der vorherigen Kurswochen in ihre Berufspraxis integrieren konnten. Am Ende der jeweiligen Kurswoche können die Teilnehmer überprüfen, welche Themen für sie besonders wichtig und hilfreich waren und woran sie in der Folgezeit konkret arbeiten möchten
- *Selbsteinschätzungsbögen*. Die Teilnehmer erhalten zu Beginn des Kurses einen Selbsteinschätzungsbogen mit Themen aus den Bereichen Schmerztherapie und Symptomkontrolle, ethische und psychosoziale Fragestellungen. Die Teilnehmer werden gebeten, ihren aktuellen Wissensstand (Wissen, Fertigkeiten,

Haltungen) einzuschätzen und entsprechend einzutragen. Die Ersteinschätzungen der Fragestellungen werden am Ende des Kurses mit einer abschließenden Selbsteinschätzung verglichen

- *Bearbeitung von Fallbeispielen.* Die Bearbeitung von Fällen verlangt die Anwendung von Erlerntem in komplexen Handlungszusammenhängen der Praxis. Eine gelungene Integration unterschiedlicher Lerninhalte in der Auseinandersetzung mit Fallbeispielen ist ein Indiz für den Lernerfolg
- *Evaluationsbögen.* Für die Veranstalter des Basiskurses empfiehlt sich die Bewertung ihrer Themenauswahl, der Präsentation durch die Referenten und der Ablauforganisation des Kurses durch die Teilnehmer mittels Evaluationsbögen am Ende einer jeden Kurswoche

1.6.4 Methodenwahl.

Folgende Methoden empfehlen sich für die Durchführung der Unterrichtseinheiten:

- Vortrag
- Plenumsgespräch
- Problembestimmung und Problemzuordnung
- Kleingruppenarbeit
- Kasuistiken
- Analysen von audiovisuellen Materialien (Film, Video ...)
- Rollenspiele
- Körperarbeit (Massage ...)
- Kurzmeditationen (vor Arbeitsbeginn)
- Entspannungsübungen
- Fantasiereisen

Für die Lerneffizienz der Teilnehmer ist es wichtig, dass die Methoden einander häufig abwechseln. Jede Unterrichtseinheit enthält Methodenhinweise, die aber ebenfalls nur als Vorschläge zu verstehen sind, denn ihre Auswahl hängt nicht nur vom Thema, sondern auch von der Persönlichkeit, den Vorlieben und Fähigkeiten des Referenten ab.

1.7 Kursorganisation.

1.7.1 Rahmenbedingungen.

Zeit:

Der Kurs umfasst insgesamt 120 Unterrichtsstunden (à 45 Minuten). Die Durchführung erstreckt sich auf ein Jahr. Die geplanten längeren Intervalle sind für den Lernwert (Verarbeitung) und die Überprüfbarkeit des Gelernten in der Praxis hilfreich.

Es wird nur während des Tages miteinander gearbeitet, der Abend dient dem Austausch und der Entspannung. Nach manchen Themenstellungen benötigen die Teilnehmer ausreichend Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten.

Ort:

Es ist sinnvoll, als Seminarort eine atmosphärisch schützende Einrichtung mit ausreichend Rückzugsmöglichkeiten zu wählen. Eine gleichzeitige Unterbringung im Tagungshaus hat sich sowohl für das Zusammenwachsen der Gruppe wie auch als Schutzraum in der Auseinandersetzung mit existenziellen Themen bewährt.

Anschließende Fortbildungsangebote:

Nach Beendigung des Basiskurses „Palliative Care“ sollten die Gruppenmitglieder die Möglichkeit erhalten, an ergänzenden und vertiefenden Kursen im Bereich von Palliative Care teilzunehmen. Sinnvoll ist es zudem, sie zu Fachausschüssen und Konferenzen gezielt einzuladen. Darüber hinaus haben die Teilnehmer die Möglichkeit, im Anschluss eine weiterführende, auf dem Basiskurs aufbauende Fortbildung zu besuchen, die in der Zusammensetzung der Teilnehmer einem Palliativteam gleicht. Ärzte, Pflegekräfte, Mitarbeiter psychosozialer und therapeutischer sowie seelsorglicher Berufsgruppen arbeiten in diesem Kurs gemeinsam an den Themen, sodass die Gruppe hier zum Lernfeld für eine konstruktive Teamarbeit werden kann.

1.7.2 Teilnehmer.

Eine Zahl von maximal 20 Teilnehmern hat sich als möglich und sinnvoll erwiesen. Da zumeist die Kursleitung und ein Referent anwesend sind, ist ein Kurs mit dieser Gruppenstärke durchführbar.

Die Herkunft der Teilnehmer aus allen Bereichen psychosozialer Arbeit mit Praxisbezug (Krankenhaus, Hospiz, Altenheim, ambulante Hospiz- und Palliativdienste etc.) ist zu empfehlen. So können auch Fragen der Umsetzung in den jeweiligen Organisationsformen beleuchtet werden.

1.7.3 Kursleitung.

Der Palliative-Care-Kurs für psychosoziale und therapeutische Berufsgruppen erfordert eine fachkompetente Kursleitung mit Praxisbezug und Zusatzqualifikation als Kursleitung in Palliative Care, die je nach Thematik unterrichtende oder flankierende Funktion hat. Durch die kontinuierliche Anwesenheit der Kursleitung soll die inhaltliche und organisatorische Abstimmung der Unterrichtseinheiten mit den Referenten sowie die Unterstützung des strukturierten Austausch- und Reflexionsprozesses der Teilnehmenden gewährleistet werden.

1.7.4 Referenten.

Ergänzt wird die Kursleitung durch Referenten, die die wissenschaftlichen Erkenntnisse ihres jeweiligen Fachgebietes (soweit vorhanden) mit ihren palliativmedizinischen und hospizlichen Erfahrungen verknüpfen und vermitteln können. In der multidisziplinären Zusammensetzung des unterrichtenden Teams spiegeln sich die Gegebenheiten der Praxis wider.

Literatur.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ: Präambel der Satzung der BAG: www.hospiz.net/bag/satzung.html

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN E.V.: Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. 2002: www.dgpalliativmedizin.de

KERN, M.; MÜLLER, M.; AURNHAMMER, K.: Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für Pflegende in Palliativmedizin. Bonn 1996

WITTKOWSKY, J.; KRAUSS, O.: Konzeption, Inhalte und Methoden deutschsprachiger Kurse für den Umgang mit Schwerstkranken. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 4/2000, 177–192

2. Grundlagen der Palliativmedizin und Hospizarbeit.

2.1 Nationale und internationale Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Definition von „palliative care“ und „Palliativmedizin“ durch die WHO und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und können aus diesen die Grundsätze der Palliativmedizin ableiten
- wissen um die Entstehung und Entwicklung des Hospizgedankens in Großbritannien und dessen zunehmende, weltweite Ausbreitung
- haben einen Überblick über die Entwicklung und den Stand der Palliativmedizin und der Hospizarbeit in Europa sowie einen vertieften Einblick in die deutsche Entwicklung
- kennen die Dachverbände von Hospizarbeit und Palliativmedizin
- verstehen, dass die Hospizidee als Arbeitsleitbild und ganzheitliches Betreuungsmodell überall dort integriert werden sollte, wo schwerstkranke und sterbende Menschen betreut werden
- erkennen, dass die spirituellen und psychosozialen Komponenten der Betreuung einen ebenso großen Stellenwert besitzen wie medizinische und pflegerische Aspekte
- können zwischen Begriffen wie Supportivtherapie, Palliativtherapie und kurative Therapie differenzieren
- erkennen, dass die Lebensqualität schwerkranker Menschen durch einen frühzeitigen Beginn palliativmedizinischer Maßnahmen deutlich gesteigert werden kann
- reflektieren die bisherige Umsetzung der Hospizidee in ihrer Institution

Lerninhalte:

- Hospizidee, ihre Leitlinien und Grundsätze
- Historischer Abriss der Entwicklung des Hospizgedankens
- Stand und Entwicklung der Hospizidee in Europa, insbesondere Deutschland
- Dachverbände

- Bedeutung und Möglichkeiten der Integration von Hospizidee und Palliativmedizin in unser Gesundheitswesen
- Palliativmedizin als ganzheitliches Betreuungskonzept, umgesetzt durch ein multidisziplinäres Team
- Begriffsdefinitionen: Supportivtherapie, Palliativtherapie, kurative Therapie

Methodik:

- Vortrag
- Einzelarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Arbeitsaufträge

Literatur.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospizzeitschrift. Heft 14, 2002/4: „Hospiz und Palliative Pflege international“

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospizzeitschrift. Heft 4, 2000/2: „Hospiz-Palliativ: Ein Streit um Kaisers Bart?“

GOLEK, M.: Standort und Zukunft der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland. New York – München – Berlin 2001

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

KLASCHIK, E.: Palliativmedizin in Deutschland. In: Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 5, Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung. Stuttgart 2002

NAUCK, F.: Hospizarbeit und Palliativmedizin: Europäischer Ausblick. In: Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 5, Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung. Stuttgart 2002

PICHLMAIER, H.: Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland. In: Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 1, Palliativmedizin – ein ganzheitliches Konzept. Stuttgart 1998

RADBRUCH, L.; ZECH, D.: Definition, Entwicklung und Ziele der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

SIMON, A. M.: Palliativmedizin in Frankreich. In: Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 5, Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung. Stuttgart 2002

VISSER, J.F.: Palliativmedizin in den Niederlanden. In: Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 5, Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung. Stuttgart 2002

WESTRICH, A.: „Wie alles begann: Geschichte der Hospizbewegung“. Würdig leben bis zum letzten Augenblick. In: Everding, G.; Westrich, A. (Hrsg.): Idee und Praxis der Hospizbewegung. München 2000

2.2 Organisationsformen in der Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen stationäre, teilstationäre und ambulante Organisationsformen und deren jeweilige Besonderheiten
- wissen, dass es innerhalb der verschiedenen Organisationsformen mangels einheitlicher Standards große qualitative Unterschiede gibt
- erkennen die Wichtigkeit der Vernetzung und des Austausches mit anderen regionalen hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen
- sind in der Lage, sich Informationen über die regionalen Strukturen zu beschaffen und Kontakte zu knüpfen
- haben einen Überblick über Kosten- und Finanzierungsmöglichkeiten
- wissen, welchen Platz ihre Organisation im Versorgungsnetz einnimmt

Lerninhalte:

- Stationäre Einrichtungen, deren Aufgaben und Schwerpunkte: Hospiz, Palliativstation, Konsiliarteam (Hospital-Support-Team)
- Teilstationäre Einrichtungen, deren Aufgaben und Schwerpunkte: palliativmedizinische Tagesklinik, Tageshospiz
- Ambulante Strukturen, deren Aufgaben und Schwerpunkte: Hausarzt und ambulanter Pflegedienst, ambulante Hospizinitiative/-gruppe, ambulanter Hospizdienst, ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst, ambulanter Hospiz- u. Palliativ-Pflegedienst
- Information über wichtige Nachschlagewerke, bestehende palliative und hospizliche Versorgungsstrukturen, Internetadressen

3. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen

- Kosten- und Abrechnungsmöglichkeiten

Methodik:

- Vortrag

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospiz-Zeitschrift. Heft 13, 2002/3: „Leitbilder und Hospiz“

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospiz-Zeitschrift. Heft 9, 2001/3: „Hospizmanagement – selbstverständlich hochprofessionell und ehrenamtlich“

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

KLASCHIK, E.: Organisationsformen in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 1, Palliativmedizin – ein ganzheitliches Konzept. Stuttgart 1998

LESSER, D.; WERNICK, B.: Organisationsformen in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

RASS, R.: Curriculum für die Koordination ambulanter Hospizdienste. Personen begleiten; Beziehungen gestalten; Organisationen führen. Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von ambulanten Hospizdiensten. Bonn 2003

SABATOWSKI, R. et al.: Hospiz- und Palliativführer 2003. Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. Neu-Isenburg 2003. Internet: www.hospiz-und-palliativfuhrer.de; Bestellung beim MediMedia Verlag per E-Mail: redaktion@medimedia.de oder Tel.: 016102/5020; Fax: 01602/53779

3. Anwendungsbereiche der Palliativmedizin.

3.1 Krankheitsbild Krebs.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- wissen, dass die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken und daran zu versterben, stetig steigt
- können den Begriff „Tumor“ definieren und jeweils Merkmale für einen benignen, malignen und semimalignen Tumor benennen
- haben einen Überblick über die Ursachen und die begünstigenden Faktoren der Krebsentstehung
- kennen den Begriff und die verschiedenen Arten der Metastasierung
- erhalten einen Einblick in den Zusammenhang von Tumorart und typischen Symptomen und Komplikationen
- erkennen eigene Ängste und Unsicherheiten und können diese in den Begleitungsprozess einordnen.

Lerninhalte:

- Altersentwicklung/Alterspyramide, Zunahme der Krebsinzidenz, Stagnation der Heilungschancen
- Definition Tumor, Klärung der Begriffe „benigne, maligne, semimaligne“
- Mögliche Ursachen und begünstigende Faktoren der Tumorenstehung
- Definition der Begriffe Metastasierung, Metastasierungswege
- Entwicklung von typischen Symptomen und Komplikationen eines Tumors anhand eines Beispiels

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

BRUHN, H.D.: Onkologische Therapie. Stuttgart, New York 2004

CARSTEN, W.; DEMPKE, M.: Onkologie kompakt. Wiesbaden 1998

DEUTSCHE KREBSHILFE: Die „blauen Ratgeber“. www.krebshilfe.de

KRAUSE, D.; AULBERT, E.: Onkologische Erkrankungen. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

KREBSINFORMATIONSDIENST (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg), www.krebsinformation.de

RÖTTGER, K.: Psychosoziale Onkologie für Pflegenden. Hannover 2003

3.2 Krankheitsbild Amyotrophe Lateralsklerose (ALS).

Lernziele:

Die Teilnehmer

- wissen, dass ALS die häufigste sporadisch auftretende degenerative Erkrankung des Motoneurons im mittleren bis höheren Lebensalter ist und meist mit einer mittleren Erkrankungsdauer von drei Jahren zum Tode führt
- haben einen Einblick in die Entstehung der Erkrankung
- haben einen Überblick über allgemeine Symptome, Symptome bei Affektion des Gehirnstammes und Symptome, die indirekt durch die Erkrankung verursacht werden
- wissen, dass weder Intelligenz noch Gedächtnis, noch Psyche durch die Erkrankung beeinträchtigt werden
- wissen um Möglichkeiten und Hilfen der Kommunikation bei Beeinträchtigung oder Ausfall der Sprechfähigkeit
- reflektieren die Bedeutung der Erkrankung für den Patienten und sein Umfeld und entwickeln Strategien im Umgang mit psychosozialen Fragestellungen
- reflektieren mögliche ethische Fragestellungen, die im Spätstadium der Erkrankung auftreten können (z. B. Beatmung, künstliche Ernährung)

Lerninhalte:

- Epidemiologie

- Krankheitsentstehung
- Symptome (allgemeine, durch Affektion des Gehirnstammes, indirekte)
- Bedeutung der Erkrankung für den Patienten und seine Angehörigen
- Ethische Fragestellungen

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

BORASIO, G.D.: ALS – Eine Information für Patienten und Angehörige. Freiburg 2003, www.dgm.org

BORASIO, G.D. et al.: Die amyotrophe Lateralsklerose: ein Paradigma für nichtonkologische Palliativforschung. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 3/2002, S. 105–112, Stuttgart 2002

DENGLER, R. et al.: Amyotrophe Lateralsklerose. Stuttgart, New York 2000

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR MUSKELKRANKE E.V. (Hrsg.): Amyotrophe Lateralsklerose ALS. Mit der Krankheit leben lernen. Praktische Hilfen und Tips für den Alltag. 5. Aufl., Freiburg 2003, www.dgm.org

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR MUSKELKRANKE E.V. (Hrsg.): Kostbare Jahre (Video). Direktbezug über die DGM: www.dgm.org, E-Mail: info@dgm.org

POECK, K.: Neurologie. 11., überarb. u. aktual. Aufl., Berlin – Heidelberg – New York 2001

VOGEL, H.P.: Neurologische Erkrankungen. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

VOGEL, H.P.: Symptomatische Behandlung neuropsychiatrischer Symptome. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

3.3 Krankheitsbild Humanes Immundefizienz-Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (Aids).

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Entwicklung und weltweite Ausbreitung des HI-Virus seit seiner Entdeckung bis heute
- wissen um mögliche Übertragungswege und wie sie sich vor einer Ansteckung schützen können
- haben einen Einblick in die Krankheitsentstehung
- haben einen Überblick über die verschiedenen Stadien der HIV-Infektion
- kennen typische Symptome und Krankheitsbilder, die in den verschiedenen Stadien, insbesondere beim Krankheitsvollbild von Aids, auftreten können
- haben einen Überblick über die Möglichkeiten der Behandlung
- reflektieren die Auswirkungen der Infektion auf das Leben der oftmals jungen Patientengruppe, deren Umfeld, die betreuenden Personen
- reflektieren eigene Gefühle (z. B. Ängste, Unsicherheiten) und Grenzen im Umgang mit HIV-infizierten und aidserkrankten Menschen und können diese in den Begleitungsprozess einordnen

Lerninhalte:

- Epidemiologie
- Übertragung und Krankheitsentstehung
- Stadieneinteilung und Krankheitsverlauf
- Klinik und Therapiemöglichkeiten
- Bedeutung der Infektion für den Patienten, das Umfeld, die Betreuer

Methodik:

- Vortrag
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

ARASTEH, K.; WEISS, R.: Buch gegen Panik – Leben mit der HIV Infektion. 4. Aufl., Berlin 1998

BRODT, H.-R. et al.: AIDS 1999. Diagnostik und Therapie. 4. Aufl., Wuppertal – Beyenburg 1999

DEUTSCHE AIDS-HILFE e.V.: www.aidshilfe.de

GÖLZ, J.; MAYR, C.; HEISE, W.: HIV und AIDS. Praxis der Beratung und Behandlung. 3. vollst. neu bearb. Aufl., München – Jena 1999

VAN LUNZEN, J.; HOFFMANN, C.: Erworbene Immunschwäche (Aids). In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

4. Medizinisch-pflegerische Aspekte.

4.1 Schmerz und Schmerztherapie.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Definition von Schmerz
- haben einen Überblick über die Ursachen von Schmerzen, die Schmerzentstehung und -verarbeitung bei Tumorpatienten
- kennen die verschiedenen Formen von Schmerz
- wissen um die Gründe unzureichender Schmerztherapie
- kennen Möglichkeiten, den Schmerz einzuschätzen, und können Schmerzskaalen anwenden, interpretieren und Ergebnisse dokumentieren
- kennen die Ziele der Tumorschmerztherapie
- wissen um die Grundsätze der medikamentösen Tumorschmerztherapie (WHO-Stufenschema)
- haben einen Überblick über die wichtigsten Nichtopioiden, ihre Wirkweise, wichtigsten Nebenwirkungen und Applikationsformen
- haben einen Überblick über die gebräuchlichen Opioiden, ihre Wirkweise, Nebenwirkungen und Applikationsformen
- wissen um die Notwendigkeit der prophylaktischen Behandlung von Nebenwirkungen
- erkennen die Wichtigkeit von Adjuvantien (Begleitmedikamenten) im Rahmen der Schmerztherapie
- haben einen Überblick über nicht medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung
- reflektieren die Subjektivität und Multidimensionalität (physisch, psychisch, sozial und spirituell) von Schmerzen („Total Pain“)
- reflektieren die Auswirkungen von Schmerzen des Patienten auf das gesamte familiäre System
- reflektieren eigene Ängste im Umgang mit Schmerzen von Patienten und versuchen, persönliche Grenzen anzuerkennen

Lerninhalte:

- Definition Schmerz
- Ursachen von Schmerzen (tumorbedingt, thera-

piebedingt, tumorassoziiert, unabhängig von der Tumorerkrankung)

- Schmerzformen: nozizeptiver Schmerz (durch Irritation von Schmerzrezeptoren), neuropathischer Schmerz (durch Irritation von Nerven)
- Gründe unzureichender Schmerztherapie (u. a. Morphinmythos)
- Schmerzskalen, Schmerztagebücher, die „W“-Fragen zur Schmerzeinschätzung: wo, wie stark, wann, welcher Charakter, wie beeinflussbar
- Ziele der Schmerztherapie (hier v. a. Durchführbarkeit in häuslicher Umgebung)
- Faktoren, die den Schmerz beeinflussen können
- (z. B. Angst, Langeweile); Hilfestellungen, die dem Phänomen entgegenwirken
- Grundsätze der Tumorschmerztherapie
- Nichtopioide und Opioide: Charakteristika, Wirkweisen und Nebenwirkungen, Applikationsformen, Verschreibung
- Prophylaxe von Obstipation, Übelkeit und Erbrechen
- Wichtige Adjuvantien (u. a. Antidepressiva¹, Antikonvulsiva², Kortikosteroide³) und deren Wirkung
- Nicht medikamentöse Maßnahmen, z. B.: Entspannung, Massage, TENS⁴, Visualisation
- Persönliche Schmerzwahrnehmung, Ängste, Grenzen
- Kulturelle Einstellung zu Schmerzen
- Belastung der Familie durch Schmerzen des Patienten

Methodik:

- Vortrag
- Partnerarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Fragebogen

Literatur.

BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. 2. Aufl., München – Jena 2004

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospiz-Zeitschrift. Heft 12, 2002/2: „Der Schmerz“

GROND, S.; ZECH, D.: Systemische medikamentöse Schmerztherapie. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

HANKEMEIER, U. et al.: Tumorschmerztherapie. 2., völlig neubearbeitete und erw. Aufl., Berlin – Heidelberg – New York 2001

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

JAGE, J.: Medikamente gegen Krebs Schmerzen. Weinheim 1998

KLASCHIK, E.: Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Ein Leitfaden. 7. Aufl., Bonn 2002

KREBSINFORMATIONSDIENST (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg) www.krebsinformation.de

NAUCK, F.; KLASCHIK, E.: Schmerztherapie. Kompendium für Ausbildung und Praxis. Stuttgart 2002

SCHUG, S.A.; ZECH, D.: Prinzipien der Schmerztherapie. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

SORGE, J.: Epidemiologie, Klassifikation und Klinik von Krebs Schmerzen. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

ZENZ, M.; JURNA, I.: Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung. 2. Aufl., Stuttgart 2001

ZENZ, M.: Taschenbuch der Schmerztherapie. Stuttgart 1994

4.2 Palliative Wundversorgung (ex)ulzerierender⁵ Tumore.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- reflektieren ihre Gefühle, ihre Umgangsstrategien und ihre Grenzen in der Begegnung mit Patienten mit (ex)ulzerierenden Tumoren
- können ihre eigenen Grenzen akzeptieren
- reflektieren die Bedeutung eines (ex)ulzerierenden Tumors für den Patienten/die Angehörigen im alltäglichen Leben

¹ Antidepressiva: Medikamente, die sich gegen eine Depression richten

² Antikonvulsiva: Medikamente, die zur Therapie von Krampfanfällen eingesetzt werden

³ Kortikosteroide: körpereigene Wirkstoffe (u. a. Cortison), welche in der Nebenniere gebildet oder als Medikament von außen zugeführt werden und v. a. entzündungshemmende und abschwellende Wirkung besitzen

⁴ TENS: Transkutane (über die Haut) elektrische Nervenstimulation

⁵ ulzerierender Tumor: Geschwürbildung eines Tumors an der Haut oder Schleimhaut. Exulzerierender Tumor: Zerfall eines ulzerierenden Tumors

3. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen

- wissen, dass sich die Zielsetzung in der Versorgung eines (ex)ulzerierenden Tumors von der Zielsetzung sonstiger Wundbehandlung unterscheiden kann
- haben einen Überblick über wichtige Medikamente und Verbandsarten
- wissen, an wen sie sich zwecks Beratung und Versorgung bei einem (ex)ulzerierenden Tumor wenden können

Lerninhalte:

- Wahrnehmung eigener Unsicherheiten, Ängste, Grenzen, Ressourcen
- Veränderung des Körperbildes des Betroffenen, der Partnerschaft, des Familiensystems
- Stigmatisierung, Einsamkeit und soziale Isolation des Patienten und der Angehörigen als Folge des (ex)ulzerierenden Tumors
- Chance der Verbesserung von Lebensqualität durch individuelle Verbandswechsel
- Wundarten und dementsprechende Ziele in der Wundversorgung: z. B. Auffangen von Sekret, Stillung von Blutungen, Geruchseindämmung, Schutz der umgebenden Haut, Schmerzlinderung
- Möglichkeiten der Geruchsbindung: u. a. lokale Antibiotika, Kräuter, ätherische Öle, Kohle
- Möglichkeiten der Blutstillung
- Stomatherapeuten, Palliativstationen etc. als mögliche Beratungsstellen, Zusammenarbeit mit Chirurgen und Strahlentherapeuten

Methodik:

- Kleingruppenarbeit
- Vortrag
- Plenumsdiskussion
- Geplante Lernzielkontrolle
- Fallbeispiel
- Reflexion

Literatur.

ALBRECHT, G.: Dermatologische Symptome. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. München, Jena 2004

KERN, M.: Zieldefinition in der Behandlung exulzierender Wunden unter palliativen Gesichtspunkten. In: Metz, C. et al. (Hrsg.): Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und Palliativer Betreuung. Freiburg im Breisgau 2002

KERN, M.: Palliativpflege – Richtlinien und Pflegestandards. Bonn 2000

4.3 Ernährung.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen den normalen Flüssigkeits- und Ernährungsbedarf und haben einen Überblick über die Veränderungen des Ernährungszustandes
- wissen um die verschiedenen Ernährungsformen/-möglichkeiten bei Schwerkranken
- erkennen, dass jede Ernährungsart individuell auf die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen abgestimmt und seinem Krankheitsverlauf entsprechend dynamisch angepasst werden sollte
- haben einen Überblick über gebräuchliche Ernährungssonden und zentralvenöse Zugänge
- kennen die Ursachen von Ernährungsstörungen, Appetitlosigkeit (Anorexie) und Kachexie⁶ bei Tumorkranken
- reflektieren den eigenen Umgang mit Ernährung
- erkennen, dass es zu einer Verschiebung der Wertigkeit von Essen bei fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen kommen kann
- fühlen sich in die verschiedenen Sichtweisen bezüglich der Nahrungsaufnahme von Patient, Angehörigen und Begleiter ein
- sind in der Lage, eine gemeinsame Zieldefinition mit Angehörigen und Patienten bezüglich der Ernährung zu erarbeiten
- reflektieren mögliche Konfliktfelder, die sich aus den unterschiedlichen Haltungen der beteiligten Berufsgruppen ergeben können, und überlegen, welche Rolle sie in diesem Feld einzunehmen bereit wären

⁶ Kachexie: Auszehrung, Abnahme des Körpergewichtes um mehr als 20 % des Sollgewichtes

(siehe auch Thema 6.2: „Parenterale Flüssigkeits-
substitution in der Finalphase“)

- lernen medikamentöse und nicht medikamentöse Möglichkeiten der Appetitsteigerung kennen

Lerninhalte:

- Bedeutung von Essen und Trinken bezüglich kultureller, psychischer und physiologischer Einflussfaktoren
- Die Ernährung des gesunden Menschen
- Veränderungen des Ernährungszustandes (EZ): reduzierter EZ, Untergewicht, Kachexie (= existenzielle Bedrohung), Anorexia nervosa⁷, Adipositas⁸
- Symptome von Ernährungs- und Flüssigkeitsmangel
- Verschiedene Ernährungsformen
- Mittel der enteralen Ernährung: Sonden
- Mittel der parenteralen Ernährung: z. B. Port, Broviak
- Stufenschema parenteraler Ernährung
- Ursachen von Ernährungsstörungen: durch den Tumor (z. B. Dysphagie⁹, Ileus¹⁰), durch die Therapie (z. B. verzögerte Magen-Darm-Entleerung, veränderter Geschmackssinn), durch andere Faktoren (z. B. Angst, Verwirrtheit)
- Behandlungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Ernährungsstörungen: medikamentös, diätetisch, allgemein
- Möglichkeiten zur Appetitsteigerung: medikamentös, nicht medikamentös
- Möglichkeiten der Kommunikation mit Patient und Angehörigen bei Ängsten in Bezug auf Appetitlosigkeit
- Konfliktfelder, resultierend aus unterschiedlichen beruflichen Haltungen, eigene Haltung und Rolle

⁷ Anorexia nervosa: Magersucht

⁸ Adipositas: Übermaß an Fettgewebe, das Körpergewicht liegt 20–30 % über dem Normalgewicht

⁹ Dysphagie: Schluckstörung

¹⁰ Ileus: komplette oder inkomplette Störung der Darmpassage durch ein mechanisches Hindernis (Darmverschluss) oder infolge einer Darmlähmung.

Methodik:

- Brainstorming
- Vortrag
- Fallbeispiel
- Rollenspiel
- Gruppenarbeit
- Demonstration (Sonden, Infusionen etc.)
- Geplante Lernzielkontrolle
- Rollenspiel
- Reflexion

Literatur.

- BORDE, D.: Enterale Ernährung. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- KELLNHAUSER, E. et al. (Hrsg.): Pflege. 9., völlig neu bearbeitete Aufl., Stuttgart 2000
- KERN, M.: Palliativpflege – Richtlinien und Standards. Bonn 2000
- LÜBKE, H.J.: Parenterale Ernährung. In: Aulbert, E.; Zech D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- OLLENSCHLÄGER, G.: Ernährungsprobleme in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- PLANDOR, B.: Appetitlosigkeit – Anorexie. In: Metz, C. et al. (Hrsg.): Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und Palliativer Betreuung. Freiburg im Breisgau 2002
- THUL, P.: Enterale Ernährungssonden, zentralvenöse Katheter und Pumpen. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- TWYGCROSS, R.: Symptom Management in Advanced Cancer. Oxford – New York 1995

4.4 Mundpflege.

Lernziele:

Die Teilnehmer:

- wissen, dass der Mund zu den Intimzonen des Menschen gehört und somit ein einfühlsamer Umgang bei der Durchführung der Mundpflege wichtig ist
- erkennen, dass sowohl eine unreine Mundschleimhaut als auch das Symptom der Mundtrockenheit die Lebensqualität des Betroffenen deutlich reduzieren können

3. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen

- wissen um die Häufigkeit des Symptoms der Mundtrockenheit bei (terminalen) Patienten
- haben einen Überblick über häufige Ursachen der Mundtrockenheit
- kennen die Folgen von Mundtrockenheit
- kennen Behandlungsmöglichkeiten von Mundtrockenheit, die die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten integrieren
- erkennen Veränderungen des Mundraumes und informieren die zuständigen Berufsgruppen
- wissen um den besonderen Stellenwert der Mundpflege in der Finalphase (für den Patienten, die Angehörigen)
- erspüren die Sensibilität, Vielfältigkeit und Differenziertheit des Organes Mund
- reflektieren eigene Gefühle (z. B. Ekel) im Zusammenhang mit der Mundpflege

Lerninhalte:

- Mund als zentrales Sinnesorgan
- Mundtrockenheit als häufiges Symptom, v. a. in der Finalphase
- Ursachen der Mundtrockenheit am Beispiel von Tumorpatienten: tumorbedingt, tumorassoziiert, therapiebedingt, medikamentös
- Folgen von Mundtrockenheit, z. B.: Geschmacksveränderungen, Zungenbrennen, Schluckbeschwerden
- Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten der Mundtrockenheit
- Veränderungen der Mundschleimhaut (Soor¹¹, Stomatitis¹² ...)
- Mundpflege als Orientierungshilfe bei wahrnehmungsgestörten Patienten
- Akzeptanz von Grenzen im Rahmen der Mundpflege

Methodik:

- Vortrag

- Kleingruppen/Partnerarbeit
- Geplante Lernzielkontrolle
- Reflexion
- Praktische Übungen

Literatur.

- BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. 2. Aufl., München, Jena 2004
- BIENSTEIN, C., FRÖHLICH, A.: Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf 1991
- HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003
- KELLNHAUSER, E. et al. (Hrsg.): Pflege. 9., völlig neu bearbeitete Aufl., Stuttgart 2000
- KERN, M.: Palliativpflege – Richtlinien und Standards. Bonn 2000
- KERN, M.; NAUCK, F.: Patientenzentrierte Pflege und Aufgaben der Symptombehandlung. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- TWYGCROSS, R.: Symptom Management in advanced cancer. Oxford, New York 1995

4.5 Juckreiz.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen mögliche Ursachen von Juckreiz
- kennen die Behandlungsmöglichkeiten von Juckreiz und deren Grenzen
- wissen um die Folgeprobleme bei Patienten mit Juckreiz
- reflektieren die Bedeutung des Juckreizes für den Patienten (quälendes Symptom), das Umfeld (Belastung), die Betreuer (fühlen sich hilflos)

Lerninhalte:

- Ursachen von Juckreiz: erkrankungsbedingt, therapiebedingt, therapie- und erkrankungsunabhängig
- Therapeutische Möglichkeiten: Waschungen und Einreibungen, medikamentös
- Verhaltensmaßnahmen

¹¹ Mundsoor: Pilzerkrankung des Mundes

¹² Stomatitis: Entzündung der Mundschleimhaut

Methodik:

- Vortrag

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

ALBRECHT, G.: Dermatologische Symptome. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. 2. Aufl., München, Jena 2004

KERN, M: Palliativpflege – Richtlinien und Standards. Bonn 2000

TWYXCROSS, R.: Symptom Management in Advanced Cancer. Oxford, New York 1995

4.6 Übelkeit und Erbrechen.**Lernziele:**

Die Teilnehmer

- kennen die möglichen Ursachen von Übelkeit und Erbrechen
- können zwischen Übelkeit, Erbrechen, Regurgitation¹³ und Würgereiz differenzieren
- kennen die grundsätzliche Wirkweise der häufig gebrauchten Antiemetika¹⁴
- verstehen, dass es Grenzen der Behandlung gibt (z. B. Ileus)
- wissen um den Stellenwert der Mundpflege bei dem Symptom des Erbrechens
- fühlen sich in die Wahrnehmung der Bedeutung der Übelkeit/des Erbrechens aus der Sicht des Patienten ein
- fühlen sich in die Wahrnehmung der Bedeutung der Übelkeit/des Erbrechens aus der Sicht der Angehörigen ein
- reflektieren den Zusammenhang zwischen der Fremdbeurteilung von Übelkeit und Erbrechen einerseits und den eigenen Empfindungen andererseits

¹³ Regurgitation: Zurückströmen/Wiederheraufwürgen von Speisen aus dem Magen in den Mund

¹⁴ Antiemetika: Medikamente zur Verhinderung/Linderung des Erbrechens und der vorhergehenden Übelkeit

Lerninhalte:

- Definition Übelkeit/Erbrechen
- Ursachen von Übelkeit und Erbrechen (durch den Tumor, durch die Therapie, durch andere Faktoren)
- Bedeutung des Symptoms Übelkeit/Erbrechen für Patient und Angehörige (unter der Übelkeit leidet der Patient, unter dem Erbrechen leidet die Umgebung oft mehr als er selbst)
- Therapeutische Möglichkeiten: medikamentös, operativ
- Pflegerische Optionen: Mundpflege, Gestaltung des Umfeldes

Methodik:

- Vortrag
- Plenumsdiskussion
- Fallbeispiel

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Arbeit am Fallbeispiel

Literatur.

BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. München, Jena 2004

HARTENSTEIN, R. et al.: Gastrointestinale Symptome. In: Aulbert, D.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

KLASCHIK, E.: Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Ein Leitfaden. 5. Aufl., Bonn 1999

KREBSINFORMATIONSDIENST (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg) www.krebsinformation.de

MAIER, C.: Das Symptom Übelkeit und Erbrechen lindern (Fallbeispiel). In: Pleschberger, S. et al. (Hrsg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien 2002

SPOHR, M.: Ekel und Umgang damit. In: Böke, H. et al.: Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motivationen – Schutzräume – Problemfelder. Gütersloh 2002

4.7 Stuhlverstopfung (Obstipation).

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Definition von Obstipation und wissen um die häufigsten Ursachen dieses Symptoms bei Tumorpatienten
- erkennen den Zusammenhang von Opioidgabe und Stuhlverstopfung
- wissen um Möglichkeiten der Prophylaxe von Stuhlverstopfung
- haben einen Überblick über häufig eingesetzte Abführmittel (Laxanzien) und deren Wirkweise
- haben einen Überblick über manuelle und physiotherapeutische Behandlungsformen der Stuhlverstopfung
- wissen, dass eine Verstopfung differenzialdiagnostisch¹⁵ von einem Ileus zu unterscheiden ist
- erkennen, dass die Thematisierung dieses Symptoms sowohl bei den Patienten als auch bei ihren Begleitern Scham auslöst und die Problematik deshalb oft verschwiegen oder verharmlost wird

Lerninhalte:

- Definition und häufige Ursachen der Stuhlverstopfung bei Tumorpatienten
- Stuhlverstopfung als häufige Nebenwirkung bei Opioidgabe
- Herkömmliche Methoden zur Erhaltung der Darmtätigkeit
- Häufig gebrauchte Abführmittel (Laxanzien) und deren unterschiedliche Pharmakologie
- Medikamentöses „Stufenschema“ in der Therapie mit Laxanzien bei Opioidgabe
- Manuelle Möglichkeiten der Obstipationsbehandlung (Ausräumen)
- Physiotherapeutische Maßnahmen (Colonmassage, Fußreflexzonenmassage, Bauchwickel)

¹⁵ Differenzialdiagnose: Krankheitsbestimmung durch unterscheidende, abgrenzende Gegenüberstellung mehrerer Krankheitsbilder mit ähnlichen Symptomen

- Mögliche Diagnostik zur Abgrenzung einer Stuhlverstopfung von einem Ileus
- Möglichkeiten der Thematisierung des Problems mit dem Patienten

Methodik:

- Vortrag
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

CONRAD, A.: Symptomkontrolle bei Tumorpatienten. Obstipation. In: Palliativmedizin heute. Berlin 1994

HARTENSTEIN, R. et al.: Gastrointestinale Symptome. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

HUSEBØ, S., KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

KLASCHIK, E.: Symptome in der Palliativmedizin: Obstipation. 1. Aufl., Hannover 2003

KLASCHIK, E.: Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Ein Leitfadens. 7. Aufl., Bonn 2002

LOMMER, C.M.: Obstipation und Laxantien. In: Med Mo Pharm 10/02 1987

MÜLLER-LISSNER, S.; BEIL, W.: Moderne Therapie mit Laxantien. 1. Aufl., Bremen 2001

4.8 Atemnot und Husten.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Definition von Atemnot und Husten
- haben eine Übersicht über die häufigsten Ursachen von Atemnot und Husten bei unheilbaren Erkrankungen
- kennen die wichtigsten Medikamente zur Behandlung von Atemnot und Husten
- wissen um pflegerische/alternative Maßnahmen zur Linderung von Atemnot und Husten und können den Angehörigen und Begleitenden diesbezügliche Hinweise geben

- wissen, wie sie sich in bedrohlichen Situationen (Atemnotattacke, Bluthusten, Hustenanfall) zu verhalten haben und können Angehörige und Begleiter diesbezüglich anleiten
- entwickeln ein Gespür dafür, dass Luftnot für den Patienten ein existenziell bedrohliches Symptom ist, welches bei dem Patienten, den Angehörigen und den Begleitenden selbst zu Panik führen kann
- spüren, dass sich die Atemnot eines Patienten oft auf das Umfeld überträgt (Atemlosigkeit der Begleiter)
- erkennen die Zusammenhänge von Angst und Luftnot
- überprüfen ihre eigene Ausstrahlung und Reaktion in einer solch bedrohlichen Situation
- sind sensibilisiert, eigene Ängste wahr- und ernst zu nehmen
- wissen, wann sie sich Hilfe holen müssen

Lerninhalte:

- Definition von Atemnot und Husten
- Ursachen der Atemnot: pulmonal¹⁶, kardial¹⁷, neuromuskulär¹⁸, psychogen
- Ursachen des Hustens: pulmonal, kardial, medikamentös
- Medikamentöse Therapie der Luftnot: v. a. Opiode, Benzodiazepine (gehören zu den Schlaf- und Beruhigungsmitteln)/Phenothiazine (gehören zu den Psychopharmaka)
- Medikamentöse Therapie des Hustens: v. a. Antitussiva¹⁹
- Therapeutische Möglichkeiten bei Luftnot und Husten: allgemeine Maßnahmen, Atemübungen, Entspannungstechniken, Lagerungsmöglichkeiten
- Maßnahmen/Verhalten in bedrohlichen Situationen
- Besondere Bedeutung des Symptoms „Luftnot“ für Patient, Angehörige und den Betreuer: Todesangst, Panik, schnelle Übertragung auf das Umfeld

¹⁶ pulmonal: die Lunge betreffend

¹⁷ kardial: das Herz betreffend

¹⁸ neuromuskulär: die Nerven und Muskeln betreffend

¹⁹ Antitussiva: Hustenstiller

- Reflexion eigener Ängste, Verhaltensstrategien

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Fallbeispiel

Literatur.

BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. 2. Aufl., München, Jena 2004

BINSACK, T.: Respiratorische Symptome. In: Aulbert, E., Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

CORNER, J.: Die nicht-medikamentöse Unterstützung von Patienten mit Atemnot. In: Aulbert, E., Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

FRÖHLICH, A.: Basale Stimulation. Das Konzept. Düsseldorf 1998

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

KERN, M.: Palliativpflege – Richtlinien und Standards. Bonn 2000

4.9 Umgang mit der Lebenswelt verwirrter Menschen.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- wissen, dass Verwirrtheit das Symptom einer Erkrankung und keine eigenständige Krankheitsdiagnose ist
- wissen, inwiefern die Psyche eines verwirrten Menschen beeinträchtigt sein kann
- haben einen Überblick über mögliche Ursachen von Verwirrtheit
- kennen die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zwischen einer Demenz, einer Psychose und einem Delir
- wissen um die typischen Charakteristika eines Deliriums

3. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen

- wissen, was der Begriff der sensorischen Deprivation bedeutet, durch welche Faktoren diese begünstigt und wie ihr begegnet werden kann
 - kennen die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten von Verwirrtheit
 - reflektieren, wann eine medikamentöse Therapie der Verwirrtheit bei Palliativpatienten indiziert ist, und haben einen Überblick darüber, wie diese in den Grundzügen aussehen kann
 - reflektieren eigene Gefühle in der Begegnung mit verwirrten Menschen
 - reflektieren ihre Haltung im Umgang mit verwirrten Menschen
 - haben einen Überblick über Konzepte, die bei der Reflexion der eigenen Haltung hilfreich sein und neue Impulse setzen können
 - können sich verwirrten Sprachbildern annähern
 - können Angehörigen und Freunden eine Hilfestellung im Umgang mit unklaren Aussagen oder Gefühlszuständen des verwirrten Menschen anbieten
 - reflektieren die ethischen und rechtlichen Aspekte bezüglich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen wie z. B. der Fixation eines verwirrten Menschen
- Hilfreiche Konzepte: u. a. Validation, basale Stimulation, Realitätsorientierungstraining
 - Annäherung an verwirrte Sprachbilder
 - Ethische und rechtliche Aspekte bezüglich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen (z. B. Fixierung)

Methodik:

- Vortrag
- Gruppen-/Plenumsdiskussion
- Fallbeispiel
- Rollenspiel
- Übungen zur Kommunikation

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Übungen
- Fallbeispiel

Lerninhalte:

- Verwirrtheit als Symptomkomplex: als Teil einer Demenz, Depression, Psychose, eines deliranten Syndroms
- Störungen psychischer Funktionen (z. B.: Bewusstsein, Wahrnehmung, Erinnerung, Denken, Verhalten, Aufmerksamkeit)
- Risikofaktoren und auslösende Faktoren von Verwirrtheit
- Behandlungsmöglichkeiten von Verwirrtheit (Behandlung reversibler Ursachen, symptomatische Behandlung, unterstützende, strukturgebende Maßnahmen)
- Indikationen symptomatischer, medikamentöser Behandlung der Verwirrtheit bei Palliativpatienten
- Grundzüge der medikamentösen Therapie bei Verwirrtheit

Literatur.

- BUNDEARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospiz-Zeitschrift. Heft 8, 2001/2: „Demenz – verwirrt und verworren“
- FEIL, N.: Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 7. Aufl., München 2002
- FRÖHLICH A.; BIENSTEIN, C.; HAUPT, U. (Hrsg.): Fördern – Pflegen – Begleiten. Beiträge zur Pflege- und Entwicklungsförderung schwerstbeeinträchtigter Menschen. Düsseldorf 1999
- GROND, E.: Die Pflege verwirrter alter Menschen: psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander. 8. Aufl., Freiburg im Breisgau 1996
- KOJER, M.: Alt, krank und verwirrt. Einführung in die palliative Geriatrie. Freiburg im Breisgau 2002
- KOSTRZEWA, S.; KUTZNER, M.: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002
- SCHNEGG, M.: Fremd anmutendes Erleben Sterbender. In: Böke, H.; Schwikart, G.; Spohr, M. (Hrsg.): Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Gütersloh 2002
- STRACKE-MERTES, A.: Aufgeschlossen zuhören. In: Forum Sozialstation 10/2002, S. 40–42
- THOMSEN, M.: Risikoeinschätzung bei Verwirrtheit. In: Heilberufe 7/2001

4.10 Finalphase.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- wissen, was der Begriff der Finalphase bedeutet, und kennen mögliche Anzeichen für das Eintreten in dieses Stadium der Erkrankung
- kennen die in der Finalphase häufig auftretenden Symptome, verstehen ihre Ursachen und können diese den Angehörigen erklären
- wissen um die Dynamik von Schmerzen in der Finalphase
- haben einen Überblick über nicht medikamentöse und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten von terminaler Agitation und motorischer Unruhe
- wissen um die veränderte Atmung in der Sterbephase und die Häufigkeit und Ursachen des „death rattle“
- kennen nicht medikamentöse und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten des „death rattle“ und ihre Grenzen
- reflektieren eigene Erfahrungen im Umgang mit dem Symptom des „death rattle“ und lernen, wie sie sich selbst und den Angehörigen den Umgang mit dem Symptom erleichtern können
- wissen, wie sie die Angehörigen auf die Situation der Finalphase vorausschauend vorbereiten können
- reflektieren eigene Gefühle und Ängste

Lerninhalte:

- Phasen einer Tumorerkrankung
- Definition der Finalphase
- Mögliche Anzeichen des Eintritts in die Finalphase (zunehmende Schwäche, Bettlägerigkeit, Schläfrigkeit, Desorientiertheit, begrenzte Aufmerksamkeit, eingeschränktes Interesse an Essen und Trinken, Schluckunfähigkeit ...)
- Häufige Symptome in der Finalphase (Schmerz, Unruhe, Luftnot, „death rattle“²⁰, Somnolenz²¹, Phasen von Desorientiertheit/Verwirrtheit)

²⁰ death rattle: rasselndes Atemgeräusch, das häufig kurz vor dem Tod auftritt

²¹ Somnolenz: schläfriger Zustand, aus dem der Patient durch äußere Reize weckbar ist

- Dynamik von Schmerzen in der Finalphase und ihre Ursachen
- Möglichkeiten der Einschätzung von Schmerzen bei „nicht ansprechbaren“ oder desorientierten Patienten
- Definition des Begriffs der terminalen Agitation sowie deren medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten als auch deren Grenzen
- Definition des „death rattle“ sowie dessen medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten
- Schwierigkeiten im Aushalten des „death rattle“ für Angehörige und Begleiter, Möglichkeiten des Umgangs
- Voraussetzungen und Möglichkeiten der Durchführung eines vorausschauenden Gesprächs über die Finalphase

Methodik:

- Vortrag
- Rollenspiel
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Rollenspiel

Literatur.

BABANEK, A.: Wenn Sterbende aufhören zu sprechen. In: Böke et al. (Hrsg.): Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motivationen – Schutzräume – Problemfelder. Gütersloh 2002

BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. 2. Aufl., München, Jena 2004

JONEN-THIELEMANN, I.: Die Terminalphase. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

KERN, M.; NAUCK, F.: Patientenzentrierte Pflege und Aufgaben der Symptombehandlung. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

PRIBIL, U.: Die letzten Stunden – sterbende Menschen begleiten und pflegen. In: Pleschberger, S. et al. (Hrsg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien 2002

TAUSCH-FLAMMER, D.: Die letzten Tage und Wochen. Eine Hilfe zur Begleitung in der Zeit des Sterbens. Hrsg.: Diakonisches Werk der EDK, Krebsverband Baden-Württemberg e.V., o.J.

5. Psychische und soziale Aspekte.

5.1 Auftragsklärung und Hypothesenbildung als Instrumente zur Erstellung einer psychosozialen Anamnese.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Vielfalt der psychischen Bearbeitungsprozesse eines unheilbar kranken Menschen, seiner Angehörigen und seines sozialen Umfeldes und bringen ihre Kenntnisse in die psychosoziale Anamnese mit ein
- lernen aus miteinander vermischten, unklaren, unabgegrenzten Gefühlszuständen der Beteiligten Problemstellungen abzuleiten, aus denen sich wiederum konkrete Begleitziele und Handlungsschritte ergeben
- kennen die Instrumente der Auftragsklärung und der Hypothesenbildung und wenden sie auf die spezifische Situation des Palliativpatienten und seines sozialen Umfeldes an
- können eine psychosoziale Anamnese erstellen und beherrschen das Formulieren eines Begleitungsangebots, welches der individuellen Situation, den Bedürfnissen des Palliativpatienten und seines sozialen Umfeldes angemessen ist

Lerninhalte:

- Theorie der Auftragsklärung und Theorie der Hypothesenbildung
- Erstellung einer psychosozialen Anamnese im Bereich palliativer Arbeit
- Besonderheiten der psychosozialen Situation von Palliativpatienten und ihres sozialen Umfeldes
- Formen psychosozialer Unterstützung
- Erstellung eines Dokumentationsbogens für das Erstgespräch bzw. Überarbeitung von bereits vorhandenen Bögen
- Typen von Klienten (Besucher, Klagende, Kunden)

Methodik:

- Vortrag
- Arbeit in Kleingruppen
- Austausch im Plenum

- Rollenspiel „Erstgespräch“ mit kurzen Rollenanleitungen und anschließender Analyse (Auftragsklärung/Hypothesenbildung)

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Rollenspiel

Literatur.

BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Dortmund 1999

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 5. Aufl., Frankfurt 2002

LÜSSI, P.: Systemische Sozialarbeit. 2. Aufl., Bern 1992

RASS, R.: Curriculum für die Koordination ambulanter Hospizdienste. Personen begleiten; Beziehungen gestalten; Organisationen führen. Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von ambulanten Hospizdiensten. Bonn 2003

SCHWEIZER, J.; VON SCHLIPPE, A.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 2000

VON SCHLIPPE, A.: Familientherapie im Überblick. Paderborn 1984

5.2 Psychosoziale Arbeit im Kontext von Palliative Care.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- definieren ihre berufsspezifischen Kenntnisse und Methoden im Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung des Palliativpatienten
- übertragen ihre berufsspezifischen Methoden, Beratungs- und Begleitungsangebote in das Arbeitsfeld der palliativen Betreuung von unheilbar kranken Menschen
- kennen die besonderen psychosozialen Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihres sozialen Umfeldes
- definieren und reflektieren ihr berufliches Selbstverständnis im multidisziplinären Team

Lerninhalte:

- Auswahl und Übertragung der Methoden sozialarbeiterischen Handelns auf die spezifische Situation der Palliativpatienten und ihres sozialen Umfeldes

- Rollendefinition der Vertreter von „Nichtpflegeberufen“ im multidisziplinären Betreuungsteam

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit
- Austausch und Zusammenfassung im Plenum

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

AULBERT, E. (Hrsg.): Bewältigungshilfen für den Krebskranken. Stuttgart 1993

BITSCHNAU, K.W.: Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliative Care: Was ist das? In: Zeitschrift für Palliativmedizin 1/2003

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospiz-Zeitschrift. Heft 10, 2001/4: „Palliative Pflege – eine andere Art zu pflegen“

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

ÖSTERREICHISCHE PALLIATIVGESELLSCHAFT: Berufsprofil für die Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliative Care, Standards für palliative Sozialarbeit. Download unter: www.hospiz.at, Rubrik Service, Standards für Österreich

RÖTTGER, K.: Was heißt psychosoziale Beratung von Krebskranken? Essen 2002

SELLSCHOPP, A.: Ziele psychosozialer Intervention. In: Aulbert, E.; Zech, D.: Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

STRITTMATTER, G.: Familienzentrierte Unterstützung Krebskranker. In: Der Kassenarzt 18/1994

STRITTMATTER, G.: Psychosoziale Unterstützung als familienzentrierter Ansatz: Angehörige erfahren Hilfe. In: Pflegezeitschrift, Beilage Pflegepraxis. 47/1994

5.3 Psychosoziale Beratung und Begleitung.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- wissen um die Notwendigkeit, Inhalte und Ziele von psychosozialer Beratung und Begleitung im Kontext palliativer Arbeit
- wissen, wie sie mit Krisen- und Stresssituationen entlastend umgehen können

3. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen

- respektieren die individuelle Form der Krankheitsverarbeitung und der damit verbundenen Emotionen und können diese aushalten
- wissen um Möglichkeiten, wie sie den Patienten und seine Familie dabei unterstützen können, Zugang zu ihren Emotionen zu finden, diese anzunehmen und (konstruktiv) auszudrücken
- respektieren die „seelischen Nischen“ von Patienten
- können ein geeignetes Gesprächssetting gestalten
- können das Hilfsangebot an der jeweils individuellen Lebenssituation des Kranken, seiner Familie und des Umfeldes orientieren
- überprüfen ihre eigenen Fähigkeiten
 - in Beziehung zu treten
 - den Gefühlen des Patienten/Angehörigen Raum zu geben
 - Unterstützung anzubieten
 - das Autonomiebestreben des Patienten zu verstärken
- reflektieren, durch welche Faktoren die Beratungskompetenz einer Person beeinflusst wird

Lerninhalte:

- Notwendigkeit, Inhalte und Ziele psychosozialer Beratung/Begleitung
- Stressbewältigung
- Ursachen und Formen der Angst, entlastender Umgang mit Ängsten
- Gestaltung eines geeigneten Gesprächssettings (Teilnehmer, Zeitfaktor, Distanz/Nähe, Eröffnung und Beenden)
- Formen und Funktion „seelischer Nischen“ (z. B. Verleugnung/Verdrängung)
- Beratungskompetenz: Verbindung von Wahrnehmungs- und Kommunikationsvermögen, Gesprächsführungsfähigkeiten, Wissen über die spezifischen Themen in der Sterbe- und Trauerbegleitung und Reflexionsfähigkeit über das beraterische Handeln

Methodik:

- Vortrag
- Rollenspiele

- Kleingruppenarbeit an Fällen
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Rollenspiele
- Arbeit mit Fallbeispielen

Literatur.

DEUTSCHE AIDS HILFE E.V. (Hrsg.): Krankheits- und Sterbebegleitung. Weinheim, 1995

MÜLLER, B.: Sozialpädagogisches Können: ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 3. Aufl., Freiburg im Breisgau 1997

RIEMANN, F.: Grundformen der Angst. München, Basel 1992

THIERSCH, H.: Lebensweltorientierte Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 3. Aufl., Weinheim 1997

5.4 Sozialrechtliche Beratung.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die durch soziale Unsicherheiten ausgelösten Ängste des Palliativpatienten und seines sozialen Umfeldes
- haben einen Überblick über die für die soziale Beratung des Palliativpatienten relevanten Gesetzestexte
- können die soziale Beratung zur größtmöglichen Vermeidung sozialer Härten im Verlauf einer unheilbaren Erkrankung anbieten
- bauen eine Informationsliste über die in ihrem Umfeld bestehenden Beratungsstellen auf

Lerninhalte:

- Überblick über die für die soziale Beratung in Betracht kommenden Gesetzestexte (SGB XII, Pflegeversicherung, Rentengesetz, Betreuungsgesetz, Patientenverfügung, Erbrecht etc.)

Methodik:

- Vortrag

- Fallbesprechung in Kleingruppen
- Austausch im Plenum

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Fallbesprechung

Literatur.

WERNICKE, B.: Verordnung von Hilfsmitteln, häusliche Hilfen, Heime. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

5.5 Lösungsorientiertes Arbeiten.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Grundzüge des lösungsorientierten Arbeitens und die Übertragungsmöglichkeiten in die Arbeit mit Palliativpatienten und ihrem sozialen Umfeld
- kennen die Vorteile des lösungsorientierten Arbeitens in Kurzzeitbegleitungen

Lerninhalte:

- Grundlagen der Kurzzeittherapie nach Steve de Shazer
- Grundlagen des lösungsorientierten Arbeitens nach Insoo Kim Berg
- Transfer der lösungsorientierten Methode in die Arbeit mit Palliativpatienten

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Übung zum Thema Umdeuten
- Reflexion

Literatur:

BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Dortmund 1999

DE SHAZER, S.: Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Stuttgart 1989

SCHWEIZER, J.; VON SCHLIPPE, A.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 2000

5.6 Wahrnehmung und Kommunikation.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- reflektieren die Bedeutung der Kommunikation als Form der Anteilnahme und Klärungshilfe
- kennen die spezifischen Themen, Formen, Blockaden und die unterstützenden Interventionen in der Kommunikation mit Palliativpatienten und ihrem sozialen Umfeld
- kennen Formen und Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation (z. B. basale Stimulation)
- kennen Wahrnehmungsstörungen im fortschreitenden Prozess einer unheilbaren Erkrankung und deren Bedeutung für die Kommunikation
- entwickeln Sensibilität für den subjektiven Verarbeitungsprozess objektiver Nachrichteninhalte
- entwickeln ein Verständnis dafür, dass es nicht die eine Wirklichkeit gibt, sondern immer mehrere Wirklichkeitsauffassungen, die aber durch verstehende Kommunikation überein gebracht werden können
- reflektieren ihre eigenen Gewohnheiten im Gesprächsverhalten und deren Wirkung auf die beteiligten Gesprächsteilnehmer
- analysieren eigene Sprachmuster und -barrieren in der Kommunikation von Themen wie Leid, Schmerz und Sterben
- klären ihren Anspruch an ein gutes/gelungenes Gespräch
- respektieren die Verweigerung und den Abbruch von Kommunikation vonseiten des Patienten/seiner Familie

Lerninhalte:

- Wahrnehmung als Voraussetzung für gelungene Kommunikation

3. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen

- Kommunikationsmodell von Schulz von Thun
- Die pragmatischen, metakommunikativen Axiome von Watzlawik
- Kommunikationsblockaden und Möglichkeiten zur Intervention
- Wahrnehmungsstörungen als Besonderheit in der Kommunikation mit sterbenden Menschen
- Formen und Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation (z. B. basale Stimulation)
- Grundgedanken konstruktivistischer Wirklichkeitsauffassung
- Analyse und Bewusstmachung eigener Gewohnheiten/Muster/Barrieren im Gesprächsverhalten
- Klärung des eigenen Anspruchs an ein Gespräch
- Umgang mit der Verweigerung, dem Abbruch von Kommunikation

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit
- Übungen zur basalen Stimulation
- Rollenspiele
- Austausch im Plenum

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Rollenspiele
- Partnerübungen

Literatur.

AULBERT, E.: Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

FRÖHLICH A.; BIENSTEIN, C.; HAUPT, U. (Hrsg.): Fördern – Pflegen – Begleiten. Beiträge zur Pflege- und Entwicklungsförderung schwerst beeinträchtigter Menschen. Düsseldorf 1999

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

KOSTRZEWA, S.; KUTZNER, M.: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung. Bern 2002

SCHMIDT, P.F.: Personale Begegnung. Der personenzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. 2. Aufl., Würzburg 1995

SCHULZ VON THUN, F.: Miteinander reden. Band 1, Störungen und Klärungen. Reinbek bei Hamburg 1991

SCHULZ VON THUN, F.: Miteinander reden. Band 2, Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Reinbek bei Hamburg 1991

VON GLASERSFELD, E.: Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawik, P. (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. München 1998

WEBER, W.: Wege zum helfenden Gespräch. München 1996

5.7 Krisenintervention im Bereich von Palliative Care.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Krisenpunkte bei der Krankheitsbearbeitung einer unheilbaren Erkrankung
- kennen die Anzeichen einer Krise und den Unterschied zwischen Krise und Problemsituation
- kennen die Auswirkungen einer Krise auf das soziale System des Palliativpatienten
- kennen die Interventionsmöglichkeiten in einer Krise

Lerninhalte:

- Krisendefinitionen
- Krisenverläufe (akute und stille Krisen)
- Reifungs-/Lebensveränderungskrisen und traumatische Krisen
- Phänomene einer Krise
- Methodik der Krisenintervention

Methodik:

- Kleingruppenarbeit
- Plenumsdiskussion
- Vortrag

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

EGIDI, K.; BOXBÜCHNER, M. (Hrsg.): Systemische Krisenintervention. Tübingen 1996

OELHAF-BOLLIN, D. et al.: Führen und Leiten eines ambulanten Hospizdienstes. Seminar zum Nachweis von Führungskompetenz nach § 39a Absatz 2 Satz 6 SGB V., im Druck, Info über: www.alpha-nrw.de

RÖTTGER, K.: Was heißt psychosoziale Beratung von Krebskranken? Essen 2002

5.8 Lebensbilanzarbeit.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- erkennen die heilsame Kraft des Erzählens in der Lebensbewältigung und dem Lebensabschluss
- reflektieren die Bedeutung einer lebensgeschichtlichen Begleitung für den kranken und sterbenden Menschen
- können Impulse und Anregungen geben, die den Patienten dabei helfen, ihrem Leben „auf die Spur“ zu kommen
- suchen nach kreativen Wegen des Bewahrens von Lebensgeschichten
- reflektieren ihr eigenes Leben

Lerninhalte:

- Bedeutung von Erinnern und Erzählen
- Persönliche Lebensbilanzarbeit
- Impulse für Begleiter
- Methoden der Lebensbilanzarbeit
- Anwendung der Lebensbilanzarbeit in der Praxis

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit

- Einzelarbeit

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

BÖKE, H.: Lebensgeschichtlich begleiten. In: Böke, H.; Schwikart, G.; Spohr, M. (Hrsg.): Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Gütersloh 2002

DAHLEMANN, P.; MÜNCHMEIER, A.; SAUTTER, A.: Leben erinnern – Biografiearbeit mit Älteren. München 1999

OSBORN, C.; SCHWEITZER, P.; TRILLING, A.: Erinnern – Eine Anleitung zur Biografiearbeit mit alten Menschen. Freiburg 1997

PETZOLD, H. (Hrsg.): Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden. München 1985

RUHE, H.G.: Methoden der Biografiearbeit. Weinheim 2003

SPECHT-TOMANN, M.: Erzähl mir dein Leben. Düsseldorf, Zürich 2003

5.9 Familie und soziales Umfeld.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Bedeutung des sozialen Umfeldes für den schwerstkranken und sterbenden Menschen
- wissen um den Einfluss des sozialen Umfeldes auf Krankheitserleben und Krankheitsbearbeitung des Patienten
- haben Einblick in die Ansätze der systemischen Familientherapie (Genogramm, Hypothesenbildung etc.)
- werden sich ihrer eigenen systemischen Eingebundenheit und der daraus möglicherweise resultierenden mangelnden Objektivität bewusst
- reflektieren die Auswirkungen einer unheilbaren Erkrankung eines Familienmitgliedes auf das Gesamtsystem Familie
- können familiäre Kommunikationsmuster und ihr zirkuläres Wiederauftreten erkennen
- können positive Veränderungen und neue Impulse innerhalb einer Familie, die der Anpassung an die neue Situation dienen, erkennen und fördern

3. Basiscurriculum Palliative Care – eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen

- kennen die Bedeutung der Lebenszyklen, Traditionen, Rollenverteilung für die Begleitung einer Familie
- können abwägen, wann der Beratungsbedarf eines Familienmitgliedes endet und die Therapiebedürftigkeit beginnt
- reflektieren ihre Einstellung und ihren Umgang mit unterschiedlich gelebten Lebens- und Partnerschaftsformen
- reflektieren die Grenzen der Einflussnahme auf gestörte und zerrüttete Familienverhältnisse
- können Ressourcen im Umfeld des Sterbenden erkennen und fördern
- können Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige ermitteln und organisieren
- kennen die Bedeutung von sozialen Netzwerken und wissen um die Tragfähigkeit und Arbeitsentlastung durch ein Netzwerk
- wissen, wie sie ein Netzwerk erreichen oder aufbauen
- reflektieren ihre Rolle als Berater/Begleiter innerhalb des familiären Systems

Lerninhalte:

- Aspekte der Systemlehre, Bindungstheorie und Familientheorie (V. Satir)
- Dynamik in Gruppen und Beziehungen
- Selbsterfahrung der eigenen Familienbezüge
- Integration des professionellen Helfers in die zu begleitende Familie
- Reflexion der eigenen Einstellung gegenüber unterschiedlichen Lebens- und Partnerschaftsformen
- Ermittlung und Organisation von Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige (z. B. Sitzwachen, Haushaltshilfen, Hilfsmittel, Pflegegeld)
- Ressourcenmobilisation innerhalb der Familie und des sozialen Umfeldes
- Zurückhaltung vor massiver Intervention in Familien- und Angehörigensysteme, Grenzen des Sanierens zerrütteter/gestörter Beziehungen
- Bedeutung von Lebenszyklen, Rollenverteilung, Traditionen für die Begleitung einer Familie

- Struktur der Netzwerkarbeit – Schlüsselrollen

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit (u. a. Fallbeispiele)
- Einzelarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Fallbeispiele

Literatur.

GOLDBRUNNER, H.: Trauer und Beziehung. Systemische und gesellschaftliche Dimension der Verarbeitung von Verlusterlebnissen. Mainz 1996

LOOS-HILGERT, V.: Verlusterleben und Trauerprozesse in Familien – eine systemische Perspektive. In: Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.): Palliativmedizin – Verpflichtung zur Interdisziplinarität. Stuttgart 2000

SCHWEIZER, J.; VON SCHLIPPE, A.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 2000

STRITTMATTER, G.: Einbeziehung der Familie in die Krankenbetreuung und begleitende Familientherapie. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

STRITTMATTER, G.: Die Bedeutung der Unterstützung der Familie für die Krankheitsbewältigung des Krebskranken. In: Aulbert, E. (Hrsg.): Bewältigungshilfen für den Krebskranken. Stuttgart 1993

5.10 Arbeit mit dem Genogramm.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen und erproben das Genogramm als Instrument ressourcenorientierten Arbeitens
- verstehen das Genogramm als Möglichkeit der Anamnese und Dokumentation und wenden es in diesem Bereich an

Lerninhalte:

- Theorie Genogrammarbeit
- Methodik und Einsatzmöglichkeiten der Genogrammarbeit

- Einbeziehung der gesamten Familie in den Prozess der Genogrammerstellung

Methodik:

- Vortrag
- Einzelarbeit
- Partnerarbeit
- Austausch im Plenum

Geplante Lernzielkontrolle:

- Erstellen eines eigenen Genogramms
- Austausch und Interpretation in Zweiergruppe

Literatur.

SCHWEIZER, J.; VON SCHLIPPE, A.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 2000

VON SCHLIPPE, A.: Familientherapie im Überblick. Paderborn 1984

- wissen um Strategien, damit unkompliziertes Trauern ermöglicht wird
- haben einen Überblick über die besonderen Bedürfnisse trauernder Kinder
- reflektieren und relativieren ihre eigenen Ansprüche als Tröster und Sinnstifter
- reflektieren die Trauerkultur im eigenen Team
- können erkennen, wenn ein Teammitglied in der Trauerbegleitung seine professionelle Distanz verliert und Unterstützung benötigt
- machen sich eigene Verluste und Trauerprozesse bewusst
- wissen um die Wichtigkeit der Vernetzung und des Austausches mit anderen (hospizlichen) Versorgungsstrukturen
- erkennen, dass eine Trauerbegleitung zeitlich befristet sein und ein mit dem Trauernden gemeinsam erarbeitetes Ziel verfolgen sollte
- können ein erreichbares Ziel in einer Trauerbegleitung formulieren und evaluieren

5.11 Grundlagen der Trauerarbeit.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die Definition von Trauer und leiten daraus ihre wesentlichen Charakteristika ab
- tauschen sich über die ihnen bekannten Trauermythen aus und können diese korrigieren
- lernen exemplarisch das Phasenmodell der Trauer von V. Kast kennen und können solche Phasenmodelle reflektiert für ihre Arbeit nutzen
- kennen den Kreislauf der Trauer nach W.M. Lamers und reflektieren seine Bedeutung für das Verständnis von Trauerarbeit innerhalb eines familiären Systems
- wissen um die Charakteristika komplizierter Trauer und können Faktoren benennen, die schon im Vorfeld eines drohenden Verlustes auf den komplizierten Trauerprozess eines Menschen hindeuten (Traueranamnese)
- reflektieren, welche Verhaltensmuster und Rahmenbedingungen (eigene/kollegiale/organisationale) adäquate Trauerreaktionen begünstigen, welche diese verhindern

Lerninhalte:

- Definition Trauer, wesentliche Charakteristika
- Korrektur bekannter Trauermythen
- Reflektierter Umgang mit Trauermodellen (am Beispiel des Phasenmodells von V. Kast)
- Trauerkreislauf nach Lamers
- Trauer innerhalb einer Familie – potenzielle Konfliktfelder
- Pathologische Trauerreaktionen nach Worden, Merkmale pathologischer Trauer nach Littlewood
- Verhaltensmuster/Rahmenbedingungen, die eine adäquate Trauerreaktion begünstigen/verhindern (z. B. Möglichkeit der Verabschiedung in einer entsprechenden Atmosphäre)
- Möglichkeiten der Begleitung in der Zeit der Trauer
- Counseling-Strategien (Zuhören, Intervenieren, Verstärken, Hinterfragen)
- Bedürfnisse trauernder Kinder

- Reflexion der Trauerkultur des eigenen Teams; der Ansprüche an sich selbst in der Rolle als Tröster/ Sinnstifter
- Zeichen des Verlustes professioneller Distanz, Zeichen eines drohenden Burn-out eines Teammitgliedes
- Eigene Trauerbiografie
- Netzwerk anderer, entlastender Dienste
- Erarbeitung realistischer Zieldefinitionen für die zeitlich begrenzte Begleitung

Methodik:

- Vortrag
- Einzelarbeit
- Kleingruppenarbeit mit Fallbeispielen und Übungen

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Fallbeispiele
- Übungen

Literatur.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospiz-Zeitschrift. Heft 3, 2000/1: „Trauerbegleitung – ein Trauerspiel?“

CARDINAL, C.: Trauerheilung. Düsseldorf 2002

GOLDBRUNNER, H.: Trauer und Beziehung. Mainz 1996

KAST, V.: Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart 2002

LEISNER, B.: Abschied nehmen. Freiburg im Breisgau 1998

LEITER, K.E.: Ach wie gut, daß jemand weiß... Innsbruck 1996

MÜLLER, M.; SCHNEGG, M.: Der Weg der Trauer. Freiburg 2004

WORDEN, W.: Beratung und Therapie in Trauerfällen. Bern 1999

5.12 Veränderungen des Körperbildes und der Sexualität.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- entwickeln ein Verständnis dafür, dass Schwerst- kranke ebenso ein Verlangen nach Intimität und Liebe haben wie gesunde Menschen
- erkennen, dass jeder Mensch, unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand, eine eigene sexuelle Identität hat
- begreifen Sexualität als wichtigen Bestandteil von Lebensqualität
- wissen, dass schwerstkranke Patienten, bedingt durch den Verlust ihrer Autonomie und Veränderungen ihres Körperbildes, oftmals ihre Sexualität infrage stellen
- wissen, dass sowohl die Krankheit als auch ihre Behandlung Einfluss auf die Libido, die sexuelle Reaktion und den Grad der Befriedigung haben kann
- erkennen, dass der Verlust von gelebter Sexualität eine Partnerschaft belasten kann
- erkennen, dass das Thema Sexualität oft mit Ängsten, Unsicherheiten und Scham bei Patienten, Angehörigen und Begleitern besetzt ist und dadurch tabuisiert wird
- reflektieren, welchen Raum das Bedürfnis des Patienten nach Sexualität in ihrem persönlichen Betreuungskonzept einnimmt und suchen nach möglichen Gründen
- erkennen, dass sie als professionelle Betreuer angesprochen sind, dem Patienten hinsichtlich seiner sexuellen Bedürfnisse Information, Hilfe und Unterstützung anzubieten
- kennen das PLISSIT-Modell als mögliche Hilfestellung zur sexuellen Beratung
- wissen um die Voraussetzungen eines Gesprächs über Sexualität
- erkennen, wie wichtig Kreativität und Fantasie zum Auffinden verborgener Ressourcen sind

Lerninhalte:

- Bedeutung der Sexualität für den Schwerkranken

- Einfluss von Krankheit und Therapie auf die Sexualität
- Ungestörtes/gestörtes Sexualverhalten
- Gründe der Ignorierung/Tabuisierung des Themas Sexualität in der Betreuung Schwerkranker
- Auswirkung von nicht gelebter Sexualität auf eine Partnerschaft
- Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten, Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema Sexualität
- Rolle und Aufgabe des Sozialarbeiters im Umgang mit dem Bedürfnis des Patienten nach Sexualität
- PLISSIT-Modell von Jack Annon
- Gesprächsvoraussetzungen (persönliche, äußere Rahmenbedingungen)

Methodik:

- Vortrag
- Gruppenarbeit
- Plenumsdiskussion
- Videoanalyse einer gelungenen/nicht gelungenen Gesprächssequenz zwischen Patient und Betreuendem

Geplante Lernzielkontrolle:

- Videoanalyse
- Reflexion

Literatur.

- KERN, M.: Sexualität bei Schwerkranken und Sterbenden. In: Böke, H. et al.: Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motivationen – Schutzräume – Problemfelder. Gütersloh 2002
- KREBSINFORMATIONSDIENST (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg) www.krebsinformation.de
- SHERMAN, B.: Sex, Intimacy & Aged Care. London, Philadelphia 1999
- TOUCH, J. D.: Die Berührung. Paderborn 1994
- WEYLAND, P.: Hilfestellungen bei tumor- und therapiebedingten sexuellen Störungen. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- YANIV, H.: Sexualität und Intimität bei Schwerkranken. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- ZETTL, S.; HARTLAPP, J.: Krebs und Sexualität. Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner. St. Augustin 1996

6. Ethische Aspekte.

6.1 Ethische Aspekte im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- erkennen, womit sich Ethik als Disziplin beschäftigt
- kennen den Unterschied zwischen Moral und Ethik sowie zwischen Werten und Normen
- können zwischen deskriptiver und normativer Ethik unterscheiden und verstehen sie als Begründungsversuche sittlich-praktischen Handelns; reflektieren die Bedeutung der unterschiedlichen Argumentationsweisen im Bereich der Ethik (deskriptiv, normativ) für das Urteilen und Handeln der in die Betreuung Sterbender involvierten Berufsgruppen
- können ethische Fragen von Fragen anderer Bereiche unterscheiden und im Rahmen von Fallbeispielen selbstständig formulieren
- reflektieren aktuelle ethische Fragen und ethische Probleme in der Betreuung sterbender Menschen
- reflektieren die ethische Fallbesprechung als eine Möglichkeit, multidisziplinär und systematisch ein ethisches Problem zu bearbeiten

- wissen um die Voraussetzungen für eine ethische Fallbesprechung, reflektieren besonders die Rolle des Moderators und die Rolle des Patienten und seiner Familie
- erleben den Ablauf einer ethischen Fallbesprechung

Lerninhalte:

- Begriffsdefinition: Moral, Ethik, Werte, Normen
- Möglichkeiten und Grenzen der Ethik, Grundfragen der Ethik
- Ethische Modelle: deskriptive/normative Ansätze
- Angewandte Ethik: aktuelle ethische Fragen/Probleme in der Betreuung sterbender Menschen
- Ziele und Grenzen der ethischen Fallbesprechung (z. B. Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung)
- Allgemeine und spezifische nicht ethische Voraussetzungen der Ethischen Fallbesprechung, Rollenklärung
- Durchführung der ethischen Fallbesprechung

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Rollenspiel: ethische Fallbesprechung
- Lösen eines ethischen Problems nach unterschiedlichen Prinzipien, z. B. deontologisch vs. konsequentialistisch

Literatur:

EIBACH, U.; SCHÄFER, K.: Patientenautonomie und Patientenwünsche. MedR 2001, Heft 1, 21–28

HÖFFE, O.: Medizin ohne Ethik? Frankfurt am Main 2002

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

MÜLLER-BUSCH, C.: Zur Behandlung von ethischen Problemen und Konflikten in der Palliativmedizin. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. 3/2002

PATERNOSTRE, B.; BURUCOA, B.: Ethical Questions at the End of Life. European Journal for Palliative Care 2003; 10(1), 16–19

ROY, D.J.: Ethische Fragen in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

STEINKAMP, N.; GORDIJN, B.: Die Nimwegener Methode für Ethische Fallbesprechungen. Rheinisches Ärzteblatt 5/2000, 22–23

6.2 Parenterale²² Flüssigkeits- substitution in der Finalphase.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- machen sich mit den Begriffen der Dehydrierung²³ und der Rehydrierung²⁴ vertraut
- haben einen Überblick über die möglichen Applikationsformen von Flüssigkeit
- wissen, dass die parenterale Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase Gegenstand kontroverser Diskussion ist
- kennen die zentralen Argumente für und gegen eine parenterale Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase
- beschäftigen sich mit den ethischen Aspekten parenteraler Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase

- erkennen, dass die Entscheidung für oder gegen Flüssigkeitssubstitution immer individuell, für den einzelnen Patienten getroffen werden muss
- erkennen, dass die Art der Therapie insbesondere im häuslichen Bereich von den dort gegebenen Möglichkeiten determiniert wird und somit ebenfalls individuell ausgerichtet sein sollte
- lernen den Zusammenhang von Durstgefühl und Mundtrockenheit kennen
- entwickeln eine Haltung, die es ihnen erlaubt, Entscheidungen für oder gegen Flüssigkeitssubstitution zu akzeptieren, auch wenn ihre Einschätzung eine andere ist

Lerninhalte:

- Klärung der Begrifflichkeiten parenterale Flüssigkeitssubstitution, Dehydrierung, Rehydrierung
- Symptome von Dehydratation
- Applikationsmöglichkeiten von Flüssigkeit: enterale Sonden, zentralvenöse Zugänge, Hypodermoklyse²⁵, Proctoklyse²⁶
- Häufig gebrauchte Argumente für eine Flüssigkeitssubstitution: z. B. Exsikkose²⁷, Unruhe, Bewusstseinsstörung, Durst, Muskelkrämpfe
- Häufig gebrauchte Argumente gegen eine Flüssigkeitssubstitution, z. B.: diese fördert möglicherweise die Ödembildung in der Körperperipherie und der Lunge; solange die Mundschleimhaut feucht ist, verspürt der Patient nur selten Durst; es gibt keine Belege dafür, dass minimale Flüssigkeitszufuhr das Leben verkürzt oder Leiden vergrößert; parenterale Flüssigkeitszufuhr erschwert oft die häusliche Betreuung ...
- Ethische Aspekte der parenteralen Flüssigkeitszufuhr, z. B. Wille des Patienten als maßgebliches Entscheidungskriterium, Entscheidungshilfen (die 5 Ws nach Brown und Cheryn 1989)

²² parenteral: unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes, z. B. durch Infusion
²³ Dehydrierung, Dehydratation: gesteigerte Wasserabgabe ohne ausgleichende Zufuhr von Flüssigkeiten
²⁴ Rehydrierung, Rehydratation: Zufuhr von Flüssigkeiten im Falle einer Dehydratation (s.o.)
²⁵ Hypodermoklyse: Gabe von Flüssigkeit in das Fettgewebe unter der Haut
²⁶ Proctoklyse: Gabe von Flüssigkeit in den Enddarm
²⁷ Exsikkose: Austrocknung

Methodik:

- Fallbeispiel
 - Debatte oder Pro-Contra-Diskussion
 - Vortrag
 - Kleingruppenarbeit
- wissen um die Haltung der Hospizbewegung und Palliativmedizin zur Frage der aktiven Sterbehilfe und können diese argumentativ vertreten
 - reflektieren ihre persönliche Haltung zur aktiven Sterbehilfe vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Rolle
 - haben einen Überblick über Organisationen im angrenzenden Ausland, die Sterbenachhilfe leisten, und kennen deren Argumente, Methoden und Aufnahme-kriterien (z. B. Dignitas/Schweiz)

Geplante Lernzielkontrolle:

- Fallbeispiel
 - Reflexion
- reflektieren die Euthanasiepraxis der Niederlande (z. B. anhand der Ergebnisse der Studie von Van der Wal et al. 1996)

Literatur.

AULBERT, E. et al. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 4, Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin. Stuttgart 2001

BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. München, Jena 2004

KLASCHIK, E.: Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Ein Leitfaden. 7. Aufl., Bonn 2002

LUDWIG, C.A.: Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

TAUSCH-FLAMMER, D.: Die letzten Tage und Wochen. Eine Hilfe zur Begleitung in der Zeit des Sterbens. Hrsg.: Diakonisches Werk der EDK, Krebsverband Baden-Württemberg e.V., o.J.

- versuchen, sich in die Situation von Patienten und Angehörigen mit Euthanasiegedanken einzufühlen
- setzen sich mit der Bedeutung von häufig in der Euthanasiedebatte benutzten Begriffen wie z. B. „Leid“, „unerträglich“, „unwürdig“, „friedvoll“ auseinander
- erkennen, dass gängige Formulierungen in der Euthanasiedebatte Lebenswert- und Lebensunwerturteile enthalten, und setzen sich mit deren möglichen oder dargelegten Begründungen auseinander
- reflektieren die Bedeutung solcher immanenter Lebenswert- bzw. Lebensunwerturteile in Bezug auf die Gesellschaft, die Berufe mit Fürsorgeauftrag und sich selbst als Berufs- und Privatperson

6.3 Sterbehilfe und Sterbebegleitung.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- reflektieren die Bedeutung des Begriffs Euthanasie und kennen seine Geschichte
- kennen die Bedeutungen der Begriffe aktiver, passiver, indirekter Sterbehilfe, Sterbenachhilfe und Sterbebegleitung/-beistand
- haben einen Überblick über die juristischen Aspekte der Sterbehilfe in Deutschland
- kennen die wichtigsten Argumente der Befürworter und Gegner der aktiven Sterbehilfe und nehmen Stellung dazu
- haben einen Überblick über bekannte Organisationen in Deutschland, die sich für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe aussprechen (z. B. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben)

Lerninhalte:

- Bedeutung und Geschichte des Begriffs Euthanasie
- Definition der Begriffe aktiver, passiver, indirekter Sterbehilfe, Sterbenachhilfe und Sterbebegleitung
- Juristische Aspekte der Sterbebegleitung in Deutschland
- Aktueller Stand der gesellschaftlichen Diskussion zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland
- Standpunkt der Hospizbewegung/Palliativmedizin zur Frage der aktiven Sterbehilfe
- Mögliches Konfliktpotenzial von persönlicher Haltung zur aktiven Sterbehilfe/Sterbenachhilfe einerseits und den Anforderungen der Berufsrolle andererseits (z. B. Frage der Wahrhaftigkeit in der konkreten Auseinandersetzung mit dem Patienten: Identifizierung und Bewältigung)

- Erfahrungen in den Niederlanden zur aktiven Sterbehilfe
- Mögliche Motive von Patient und Angehörigen für den Wunsch nach Euthanasie
- Organisationen in Deutschland, die aktive Sterbehilfe befürworten; Organisationen im angrenzenden Ausland, die Sterbenachhilfe leisten, deren Argumente, Methoden, Aufnahmekriterien
- Bedeutung von Begriffen wie „Leid“, „unerträglich“, „unwürdig“, „friedvoll“
- Offene und „versteckte“ Lebenswert- und Lebensunwerturteile in den gängigen Formulierungen der Euthanasiedebatte; ihre Bedeutung für das einzelne Mitglied der Gesellschaft, die Berufsgruppen mit Fürsorgeauftrag, die Entwicklung einer Gesellschaft als Sozialgefüge

SHELL, W.: Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements). 1. Aufl., Hagen 1998

VAN DER WAL, G.; VAN DER MAAS, P.J.; BOSMA, J.M.: Evaluation of the Notification Procedure for Physician-Assisted Suicide and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands. In: N Engl J Med 335/1996, 1706-1711

WURMELING, H.-B.: Gebotenes Sterbenlassen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 96, Heft 36, 10. September 1999, B-1788 - B-1791

Methodik:

- Vortrag
- Pro-Contra-Debatte
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Von den Teilnehmern moderierte Pro-Contra-Debatte

Literatur.

BUNDESÄRZTEKAMMER: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 95, Heft 39, 29. September 1998, B-1852-1854

GORDIJN, B.: Sterbehilfe. Diskussionsstand, Gesetzeslage und zukünftige Entwicklungen in den Niederlanden. Vortrag in der Mildred-Scheel-Akademie in Köln, 9. Juni 1998

HÖFTKEN, K. et al: Sterbehilfe - Sterbebegleitung - Palliativmedizin. Kommentar der Herausgeber und Briefwechsel zu einem Vortrag im Rahmen des Deutschen Krebskongresses 2002, Der Onkologe 2002; 8: 996-1003

HUSEBØ, S.; KLASCHIK, E.: Palliativmedizin. 3. Aufl., Berlin 2003

KLINKHAMMER, G.: Sterbehilfedebatte in der Schweiz. In der Eidgenossenschaft soll künftig „Suizid unter Beihilfe eines Dritten“ für Ärzte und Pflegepersonal geregelt werden. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 42, 17. Oktober 2003, A2704-A2705

ROY, D.J.: Ethische Fragen in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E.; Zech, D.: Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

7. Spirituelle Aspekte.

7.1 Die Bedeutung von Ritualen.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen tradierte und neue Rituale und ihre Bedeutung
- wissen um die Möglichkeiten ihres Einsatzes und ihrer möglichen Wirkweisen in der Begleitung Sterbender
- reflektieren die Wichtigkeit und Bedeutung eigener Rituale
- wissen um die integrative Wirkung von symbolischen Handlungen
- reflektieren die Bedeutung der Abschiedskultur im Bereich der Hospizarbeit
- wissen um die Wichtigkeit der Vernetzung und des Austausches mit angrenzenden hospizlichen Versorgungsstrukturen wie z. B. Trauergruppen, Gemein-deseelsorge

Lerninhalte:

- Allgemeine Ritualtheorie

- Beständigkeits- und Übergangsrituale
- Unterscheidung: Rituale, Zeichen, Symbole in unserer Gesellschaft
- Rituale als Orientierungshilfe
- Bestandteile und Sinnhaftigkeit (oder Unsinn) eines Rituals

Methodik:

- Märchen/Gedichte erzählen
- Vortrag
- Kleingruppenarbeit

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion

Literatur.

COOPER, J. C.: Illustriertes Lexikon der traditionellen Symbole. Leipzig 1986

JUNG, C.G.: Der Mensch und seine Symbole. Olten 1981

LEITER, K.E.: Ach wie gut, daß jemand weiß ... Innsbruck 1996

NIJS, M.: Trauern hat seine Zeit. Göttingen 1999

7.2 Spiritualität.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- reflektieren den Begriff Spiritualität
- unterscheiden ihn von den Begriffen Religiosität, Glauben und Kirchengemeinschaft
- wissen um das menschliche Bedürfnis nach Spiritualität und/oder Transzendenz
- verstehen und respektieren die lebensgeschichtlich und gesellschaftlich bedingte Intimität des Themas und die besondere Verletzlichkeit von Patienten in der Kommunikation dieses Themas
- sind in Kontakt mit der eigenen Spiritualität und verzichten auf alle Formen von bewusster Übertragung
- setzen sich mit den Begriffen „Standpunkt“ und „Prozess“ in Bezug auf Spiritualität auseinander
- haben ein begrenztes Grundwissen über Todes- und Jenseitsvorstellungen anderer Kulturen und Traditionen
- achten den Austausch über Spiritualität als Frage nach dem individuellen Lebenssinn und sind wachsam gegenüber den Versuchen von Verallgemeinerungen und Vertröstungen

Lerninhalte:

- Begriffsdefinition Spiritualität
- Der Wille nach Sinn (Frankl)
- Ringparabel (Toleranz)
- Wie kommuniziere ich Spiritualität?

Methodik:

- Impuls
- Rundgespräch
- Selbsterfahrung

- Kommunikationsübungen

Geplante Lernzielkontrolle:

- Übung mit Reflexion

Literatur:

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospiz-Zeitschrift. Heft 11, 2002/1: „Spiritualität“

EURICH, C.: Spiritualität und Ethik. Auf einem Weg zu einem Ethos des Einsseins. Stuttgart 2003

MÜLLER, M.: Eigene Spiritualität im Kontext palliativmedizinischen Handelns. In: Beiträge zur Palliativmedizin. Band 5, Stuttgart 2002

NEUBERGER, J.: Die Pflege Sterbender unterschiedlicher Glaubensrichtung. Berlin 1995

WEIHER, E.: Die Religion, die Trauer und der Trost – Seelsorge an den Grenzen des Lebens. Mainz 1999

7.3 Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- kennen die physischen Veränderungen nach Todesertritt
- reflektieren den Sinn der Versorgung von Verstorbenen
- kennen die Bedeutung und die Besonderheiten der Versorgung von Verstorbenen in den unterschiedlichen Religionen
- wissen um Gestaltungsmöglichkeiten der Verabschiedung
- reflektieren erlebte Reaktionsformen von Angehörigen auf die Todesnachricht und lernen, angemessen zu reagieren
- wissen um ihre besondere Aufgabe in der Angehörigenbegleitung
- respektieren ihre eigenen Gefühle im Umgang mit dem Toten
- achten die Würde des Verstorbenen
- können Angehörige bezüglich der weiteren Organisation nach dem Tod eines Angehörigen (z. B. Bestattung) beraten

Lerninhalte:

- Physische Veränderungen nach Todeseintritt
- Bedeutung der Versorgung für den Verstorbenen, die Angehörigen, die professionellen Begleiter
- Sterbe-, Verabschiedungs-, Begräbnisrituale in den verschiedenen Religionen
- Reaktionsformen von Angehörigen und dementsprechende Umgangsstrategien
- Rechtliche Bestimmungen über den Umgang mit der Leiche

Methodik:

- Vortrag
- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiel (Reaktionsformen Angehöriger)
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Rollenspiel
- Reflexion

Literatur.

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER VERBRAUCHER-VERBÄNDE E.V. (Hrsg.): Was tun, wenn jemand stirbt? Ein Ratgeber in Bestattungsfragen. (2001) mail@agv.de

AULBERT, E. et al.: Die Sterbestunde – Obduktion – Bestattung. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

KAST, V.: Trauern – Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart 1982

MÜLLER, M.; SCHNEGG, M.: Der Weg der Trauer. Freiburg 2004

SCHORMANN, H.; SCHORMANN, C.W.: Ratgeber bei Trauerfällen I + II (Hrsg.: Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes)

TANZLER, M.: Wenn der Tod eingetreten ist ... Die Aufgaben der Pflege. In: Pleschberger, S. et al. (Hrsg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien 2002

THOMAS, C.: Berührungängste? Vom Umgang mit der Leiche. Köln 1994

ZIMMERMANN, W.: Rechtsfragen bei einem Todesfall. 2. Aufl., München 1995

8. Aspekte der Teamarbeit und Selbstpflege.

8.1 Teamarbeit.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- wissen um die unterschiedlichen Bedeutungen des Begriffs „Team“
- kennen die Bedingungen, die für die Entwicklung/das Bestehen eines Teams unabdingbar sind
- wissen um die Notwendigkeit und die Umsetzungsmöglichkeiten einer Teamkultur
- erfassen die dynamische Struktur eines Teams und seine potenziellen Konfliktfelder
- üben das Sich-mit-anderen-Auseinandersetzen, das Feedback-Geben und -Annehmen ein
- erkennen die Synergieeffekte, die durch die Arbeit in einem multiprofessionellen Team entstehen
- erkennen die Wichtigkeit von Arbeitsteilung und der Delegation von Tätigkeiten innerhalb des Teams
- reflektieren ihre eigene Rolle innerhalb des Teams
- reflektieren, welchen spezifischen Beitrag die Sozialarbeit bei der Entwicklung eines Teams leisten kann

- kennen Arbeitsauftrag, Aufgaben und Arbeitsformen der anderen Teammitglieder
- kennen psychosoziale Anteile in der Arbeit der anderen Teammitglieder und deren berufsspezifische psychosoziale Konzepte
- reflektieren die besondere Rolle und das Aufgabengebiet der ehrenamtlichen Mitarbeiter innerhalb des Teams
- spüren, wie wichtig Akzeptanz und Wertschätzung der anderen Berufsgruppen für die Arbeit in einem Team ist

Lerninhalte:

- Verschiedene Bedeutungen des Begriffs „Team“
- Bedingungen der Teamentwicklung
- Umsetzungsmöglichkeiten von Teamkultur (z. B. Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Supervision)

- Aspekte der Gruppendynamik, Besonderheiten der Teamleitung, häufige Konfliktfelder innerhalb eines multidisziplinären Teams
- Konfrontieren/Feedback geben und annehmen
- Darstellung der eigenen Berufsrolle
- Schnittstellenanalyse
- Rolle und Aufgabengebiet von ehrenamtlichen Mitarbeitern

(weiterführende Lernziele/Lerninhalte zu diesem Thema siehe auch Oelhaf-Bollin, D. et al.: Führen und Leiten eines ambulanten Hospizdienstes. Seminar zum Nachweis von Führungskompetenz nach § 39a Absatz 2 Satz 6 SGB V., im Druck, Info über: www.alpha-nrw.de)

Methodik:

- Vortrag
- Übungen zur Konfrontation/zum Feedback geben
- Gruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Reflexion
- Übungen

Literatur.

BENDER, S.: Teamentwicklung: Der effektive Weg zum „Wir“. München 2002

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT HOSPIZ (Hrsg.): Die Hospiz-Zeitschrift. Heft 6, 2000/4: „Wieviel Tod verträgt der Mensch? Begleitung der BegleiterInnen“

FENGLER, J.: Feedback geben. Strategien und Übungen. Weinheim 1998

FISHER, K. et al.: Tipps für Teams: Teameinsatz optimal realisieren. 2. Aufl., Landsberg am Lech 2000

HELLER, A. (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. Freiburg 1994

SCHMANDT, J.: Entlastung des Personals. Kommunikation im Team und interdisziplinäres Arbeiten. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997

STRÄTLING, B.; STRÄTLING-TÖLLE, H.: Kursbuch Hospiz. Paderborn 2001

8.2 Psychische Belastung und Burn-out.

Lernziele:

Die Teilnehmer

- wissen um die spezifischen Stressoren in der Arbeit mit Sterbenden und ihren Angehörigen
- unterscheiden die verschiedenen Phasen des Burn-out-Prozesses
- kennen die Symptome des Burn-out
- können die eigene psychische Belastungssituation erkennen
- reflektieren ihre berufliche Rolle im Gesamtgefüge der Begleitung
- lernen Strategien der Burn-out-Prophylaxe kennen

Lerninhalte:

- Stressfaktoren in der Arbeit mit Sterbenden
- Theorie und Modell des Burn-out
- Phasen des Burn-out-Prozesses
- Symptome des Burn-out
- Möglichkeiten und Grenzen der eigenen beruflichen Rolle
- Strategien der Burn-out-Prophylaxe

Methodik:

- Vortrag
- Übung zur Selbstreflexion
- Gruppenarbeit
- Plenumsdiskussion

Geplante Lernzielkontrolle:

- Übungen zur Selbstreflexion

Literatur.


FENGLER, J.: Helfen macht müde: zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. 3., durchge. u. erw. Aufl., München 1994

SCHMIDBAUER, W.: Hilfloze Helfer. Reinbek bei Hamburg 1992

9. Zeitrichtwerte.

Thema	Zeitrichtwert (h)
Grundlagen der Palliativmedizin und Hospizarbeit	5
Nationale und internationale Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizarbeit	3
Organisationsformen in der Palliativmedizin und Hospizarbeit	2
Anwendungsbereiche der Palliativmedizin	5
Krankheitsbild Krebs	2
Krankheitsbild Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	2
Krankheitsbild Humanes Immun-Defizienz Virus (HIV), Aquired Immundeficiency Syndrome (Aids)	1
Medizinisch-pflegerische Aspekte	34
Schmerz und Schmerztherapie	4
Palliative Wundversorgung (ex)ulzerierender Tumore	3
Ernährung	4
Mundpflege	3
Juckreiz	2
Übelkeit und Erbrechen	3
Stuhilverstopfung (Obstipation)	3

Atemnot und Husten	4
Umgang mit der Lebenswelt verwirrter Menschen	4
Finalphase	4
Psychische und soziale Aspekte	45
Auftragsklärung und Hypothesenbildung als Instrumente zur Erstellung einer psychosozialen Anamnese	3
Psychosoziale Arbeit im Kontext von Palliative Care	4
Psychosoziale Beratung und Begleitung	4
Sozialrechtliche Beratung	2
Lösungsorientiertes Arbeiten	2
Wahrnehmung und Kommunikation	10
Krisenintervention	3
Lebensbilanzarbeit	2
Familie und soziales Umfeld	4
Arbeit mit dem Genogramm	2
Grundlagen der Trauerarbeit	6
Veränderungen des Körperbildes und der Sexualität	3
Ethische Aspekte	12
Ethische Aspekte im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen	4
Parenterale Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase	4
Sterbehilfe und Sterbebegleitung	4
Spirituelle Aspekte	11
Die Bedeutung von Ritualen	3
Spiritualität	4
Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen	4
Aspekte der Teamarbeit und Selbstpflege	8
Teamarbeit	4
Psychische Belastung und Burn-out	4
Stundenzahl (à 45 Minuten) gesamt	120



4. Basiscurriculum

Physiotherapie in Palliative Care.

Palliativmedizin und Hospizwesen.

S. Mehne, P. Nieland, R. Simader

Inhaltsverzeichnis.

Geleitworte	130
1. Einleitung	134
1.1 Entstehung	135
1.2 Begriffsbestimmung „Palliative Care“	135
1.3 Begriffsbestimmung „Hospiz“	135
1.4 Die Rolle des Physiotherapeuten in Palliative Care	136
1.5 Situationsanalyse Physiotherapie	136
1.6 Zielsetzung	136
1.7 Zielgruppe	136
1.8 Konzept	136
1.8.1 Themenauswahl	136
1.8.2 Lernkontrolle, Selbsteinschätzung	137
1.8.3 Methodenwahl	137
1.9 Organisation	137
1.9.1 Rahmenbedingungen	137
1.9.2 Kursleitung und Referenten	137
2. Grundlagen der Palliativmedizin und Hospizarbeit	138
Inhalt	138
3. Medizinische Aspekte – klinische Grundlagen	139
3.1 Krankheitsbilder (Krebs, Aids, ALS etc.)	139
3.2 Symptome, die physiotherapeutisch begleitend behandelt werden können	139
3.2.1 Schmerz/Tumorschmerz	139
3.2.2 Respiratorische Symptome/Atemnot/Husten	140
3.2.3 Obstipation	140
3.2.4 Lymphödem	140
3.2.5 Dekubitus und (ex)ulzerierende Tumore	141
3.2.6 Kontrakturen	141
3.2.7 Atrophien	141
3.2.8 Parästhesien und Lähmungserscheinungen	142
3.2.9 Kreislaufstörung und Schwindel	142
3.3 Symptome, die physiotherapeutisch nicht behandelt werden, die jedoch die Therapie beeinflussen	142
3.3.1 Mundpflege	142
3.3.3 Übelkeit und Erbrechen	143
3.3.4 Juckreiz und Ikterus	143
3.4 Finalphase	143
4. Physiotherapeutische Aspekte.	144
4.1 Die Ebenen physiotherapeutischer Behandlungsziele in der Palliativmedizin im Spiegel der symptomorientierten Physiotherapie und der bedürfnisorientierten Physiotherapie	144
4.2 Physiotherapeutische Methoden und Maßnahmen	145
4.2.1 Atemtherapie	145
4.2.2 ATL-Training (Training der Aktivitäten des täglichen Lebens)	145
4.2.3 Angehörigenarbeit	145
4.2.4 Kreislauftraining	146
4.2.5 Bewegungsbad	146
4.2.6 Krankengymnastik (passive, assistive und aktive Verfahren)	147
4.2.7 Colonmassage	147
4.2.8 Entspannungstherapie	147

4.2.9 Elektrotherapie	148
4.2.10 Hilfsmittelversorgung und Gebrauchsschulung	148
4.2.11 Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)	149
4.2.12 Lagerung	149
4.2.13 Massage	149
4.2.14 Prophylaxen	150
4.2.15 Reflexzonentherapie	150
4.2.16 Thermotheapie	150
4.2.17 Visualisieren	151
5. Psychische Reaktionsformen und Verarbeitungsstrategien	152
5.1 Angstzustände	152
5.2 Verwirrtheit/Delirantes Syndrom	152
5.3 Depression	153
6. Psychosoziale Aspekte	154
6.1 Die Therapeuten-Patienten-Beziehung	154
6.2 Wahrnehmung und Kommunikation	154
6.2.1 Das helfende Gespräch	155
6.2.2 „Breaking bad news“	155
6.3 Familie und soziales Umfeld	156
6.4 Sexualität	156
6.5 Trauer	156
6.6 Sozialberatende Maßnahmen	157
7. Ethische Aspekte	158
7.1 Ethische Entscheidungsfindung	158
7.2 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, rechtliche Fragen	158
8. Spirituelle und kulturelle Aspekte	160
8.1 Spiritualität	160
8.2 Bedeutung von Ritualen	160
9. Selbsterfahrung und allgemeine Aspekte	162
9.1 Team und andere (externe) Berufsgruppen	162
9.2 Stressmanagement und Bewältigungsstrategie	163
10. Literaturverzeichnis	164

Geleitworte.

Physiotherapie ist ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden und multiprofessionellen, palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung von sterbenskranken und sterbenden Menschen im stationären und ambulanten Bereich. Physiotherapeutische Maßnahmen kommen in der Regel zum Einsatz, wenn es um funktionelle Verbesserungen, die Förderung von Mobilität und Selbstständigkeit geht. Gezielt eingesetzte physiotherapeutische Behandlungen können aber auch zur Linderung von Schmerzen und Atemnot, zur Reduzierung von Lymphödemen, zur Kreislaufanregung und verbesserten Körperwahrnehmung beitragen. In der palliativen Physiotherapie gewinnt der traditionelle rehabilitative Auftrag der Physiotherapie eine neue Dimension, die in der Ausbildung zum Physiotherapeuten bisher keine ausreichende Berücksichtigung fand und im klinischen Einsatz der Physiotherapie noch nicht genügend bewusst und anerkannt ist. Physiotherapie gehört zu den personalen Therapien, deren Nutzen für den individuellen Patienten besonders auch durch die Art der therapeutischen Beziehung im Einzelfall bestimmt wird. Palliative Physiotherapie hat weniger die Wiederherstellung von Funktionen zum Ziel, sondern es geht bei der Behandlung sterbenskranker und sterbender Menschen um ein umfassendes Verstehen, um ihnen bis zuletzt ein weitestgehend beschwerdearmes, autonomes und trotz Einschränkungen lebenswertes Leben zu ermöglichen. Dabei bekommt in sterbenahen Situationen auch die Einstellung, das Einfühlungsvermögen und die innere Haltung des Therapeuten und nicht nur sein technisches Können eine entscheidende Bedeutung für den Behandlungserfolg. Das hier vorliegende Basiscurriculum ist aus vielfältigen Diskussionen auch mit Vertretern der anderen Berufsgruppen in der DGP entstanden. Es soll Grundlagen, Erfahrungen und Fertigkeiten aus der Palliativmedizin und dem Hospizwesen für Physiotherapeuten vermitteln, den Einsatz der vielfältigen physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Palliativ- und Hospizbetreuung verdeutlichen und die Auseinandersetzung der Kursteilnehmer mit dem eigenen Verhältnis zu Krankheit, Sterben, Tod und Trauer fördern. Es hat auch die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen sowie den Umgang mit eigenen Kräften und Ressourcen zum Thema. Das Basiscurriculum „Physiotherapie in der Palliativmedizin“ wurde von Mitgliedern des vor acht Jahren in der DGP gegründeten Arbeitskreises mit großem fachlichen und persönlichen Engagement fantasievoll und inhaltlich überzeugend zusammengestellt.

Physiotherapie ist nicht nur ein unverzichtbarer Bestandteil der Palliativbetreuung bei onkologischen Patienten, sondern hat auch im Rahmen von multiprofessioneller Palliative Care bei geriatrischen, pädiatrischen, neurologischen, pneumologischen und anderen Krankheitsbildern einen hohen Stellenwert. Der Bedarf für eine spezielle Qualifizierung im Rahmen interdisziplinärer Behandlungskonzepte ist groß. Deshalb wünsche ich dem Basiscurriculum, dass es nicht nur als physiotherapeutisches Weiterbildungsangebot eine hervorragende Akzeptanz für ein in Zukunft sicher wichtiger werdendes Arbeitsfeld findet, sondern auch in palliativmedizinische Aus-, Fort- und Weiterbildungen in anderen Disziplinen integriert wird.

Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Palliativmedizin hat sich von einem lange Zeit nicht beachteten Gebiet zu einer Disziplin entwickelt, die in ihrer multiprofessionellen und interdisziplinären Umsetzung hohe Akzeptanz gefunden hat. Das betrifft nicht nur die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch die Politik und in zunehmendem Maße die Kostenträger. So plant die gegenwärtige Bundesregierung, durch gesetzliche Regelung im Leistungs-, Vertrags- und Finanzierungsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung eine bessere palliativmedizinische Versorgung zu verankern.

Der Präsident der Bundesärztekammer forderte auf dem Deutschen Ärztetag 2006 eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung durch Auf- und Ausbau von Palliativstationen, stationären Hospizen und ambulanten Palliativ- und Hospizstrukturen. Das sind riesige Fortschritte für die weitere Entwicklung der Palliativmedizin. Aber leider wird in diesen Stellungnahmen und Gesetzesvorhaben die Implementierung des Physiotherapeuten als wichtigen unerlässlichen Partner im multiprofessionellen Team nicht berücksichtigt. Dies zu fordern, muss einer der Schritte in der nahen Zukunft sein. Deswegen ist das hier vorliegende Curriculum ein ganz wichtiger Beitrag, um sowohl dem Physiotherapeuten eine Grundlage für eine qualifizierte Weiterbildung anzubieten als auch den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen zu zeigen, dass die Physiotherapie in der Palliativmedizin fest verankert werden muss. Der Verbreitung dieses Basiscurriculums wünsche ich den Erfolg, den es verdient hat.

Prof. Dr. med. E. Klaschik

Chefarzt der Abteilung Anästhesiologie,
Intensivmedizin, Palliativmedizin und Schmerztherapie
Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz begrüßt das hier vorliegende Curriculum für die Physiotherapie in der hospizlich palliativen Versorgung. Die erarbeiteten Inhalte machen deutlich, dass Hospizkultur und palliative Kompetenz nur dann greifen, wenn der multidisziplinäre Ansatz auch gelebt wird. Bildung ist die Voraussetzung für Sterbebegleitung, und das zu flechtende Netzwerk kann nur auf dem Fundament von Wissen seine Früchte tragen. In der Sorge um die Qualität im Leben und im Sterben ist die Auseinandersetzung des Themas aus unterschiedlichen Berufsgruppen ebenso wichtig wie die Befähigung der Ehrenamtlichen und die damit einhergehende Zusammenarbeit. Physiotherapie als unterstützendes Element körperlichen Wohlbefindens wird mit dem vorliegenden Curriculum zu einem tragfähigen Instrument im Konzert des ganzheitlichen Tuns. Den Autoren sei an dieser Stelle ein besonderer Dank gesagt, denn sie sind es, die hier einen Beitrag leisten, um die zunehmend bessere Versorgung Sterbenskranker weiter zu forcieren.

Gerda Graf

Ehrenvorsitzende der BAG Hospiz

Als Leiterin der Ansprechstelle für Hospizarbeit im Rheinland und Sprecherin der Anderen Berufsgruppen im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist es mir eine besondere Freude, dass das Curriculum für die Physiotherapie in der palliativen Versorgung erarbeitet wurde und nunmehr vorliegt.

Das Abrücken vom reinen Wiederherstellungsdenken bei schwerer Erkrankung ist sicher auch für den Bereich der Physiotherapie revolutionär und verdeutlicht in eindrucksvoller Weise den Paradigmenwechsel, der sich in allen Bereichen der Palliativmedizin und Hospizarbeit spiegelt.

So sind das Rollenverständnis und die Unterscheidung in behandelbare und nicht behandelbare, aber für die Therapie durchaus wirksame Symptome, wichtige Themen in diesem Curriculum, die den neuen Denk- und Arbeitsansatz verdeutlichen.

Besonders die auf die Lebensqualität der Patienten (und die ihrer Angehörigen) ausgerichteten Nahziele sowohl auf der Struktur-, der Aktivitäts- als auch auf der Partizipationsebene sind überzeugend dargestellt, zeigen eine Erweiterung der Sichtweise und machen deutlich, wie viel noch erreicht werden kann, wenn vermeintlich „nichts mehr getan werden kann“.

Ich wünsche dem Curriculum viele erfolgreiche Umsetzungsschritte und viele interessierte Teilnehmer.

Monika Müller

Ansprechstelle im Land NRW
zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit
und Angehörigenbegleitung Bonn

Bei einer Umfrage in der Bevölkerung zum Thema „Therapie in der Palliativmedizin“ würde den Befragten „Physiotherapie“ sicher nicht sofort einfallen. Neben den großen Indikationsbereichen, wie z. B. Orthopädie, Chirurgie, Innere oder Neurologie war die Palliativmedizin aus Sicht der Physiotherapie bisher ein Randgebiet. Aber dies beginnt sich langsam, aber erfreulicherweise stetig zu ändern.

Dass der Palliativmedizin größere Aufmerksamkeit zuteil wird, zeigt das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, in dem ihr ein höherer Stellenwert eingeräumt wird.

Die Klientel der sterbenden Patienten nimmt zu. Ursachen hierfür sind nicht nur der demographische Wandel, der uns zunehmend ältere, multimorbide Patienten beschert. Auch die Krebserkrankungen steigen stetig an. Durch die verbesserte Früherkennung kann die Therapie früher einsetzen. Neben der medikamentösen und/oder Strahlentherapie gewinnt die Physiotherapie auch in der Onkologie zunehmend an Bedeutung.

Schmerzlinderung durch Krankengymnastik, Reduzierung von Lymphödemen, Unterstützung des Immunsystems durch individuelle Bewegungs- und Atemtherapie oder Entspannungsverfahren und Massagen sind nur einige der vielfältigen Möglichkeiten der Physiotherapie innerhalb der multiprofessionellen palliativmedizinischen Versorgung. Ganzheitliche, individuelle Therapieplanung, fachliches Know-how, Einfühlungsvermögen und der taktile, enge und individuelle Kontakt des Physiotherapeuten zu seinem Patienten sind gute Voraussetzungen bei der Betreuung von sterbenskranken und sterbenden Menschen. Jedoch stellt der Umgang mit sterbenden Menschen auch erhöhte psychische Anforderungen an den Physiotherapeuten. Die Themen Sterben, Tod und Trauer sind bei jeder Therapie präsenter als in anderen medizinischen Bereichen. Der Physiotherapeut muss sein individuelles Verhältnis zu diesen Themen finden und die eigene seelische Belastbarkeit kennenlernen. Hierfür gibt es in der gegenwärtigen Fachausbildung mit der enormen Fülle an medizinischen und physiotherapeutischen Inhalten leider noch zu wenig Raum. Das hier vorgestellte Curriculum bietet eine hervorragende Grundlage zur speziellen Qualifizierung von Physiotherapeuten in der Palliativmedizin, aber kann ohne Weiteres als Baustein in Aus-, Fort- und Weiterbildung anderer medizinischer Bereiche eingepasst werden. Ich wünsche mir, dass das Basiscurriculum „Physiotherapie in der Palliativmedizin“ schon bald ein selbstverständlicher, integraler Bestandteil in der Ausbildung, aber auch in den entsprechenden Fort- und Weiterbildungen sein wird.

Ulrike Steinecke

Vorsitzende des Deutschen Verbandes
für Physiotherapie (ZVK)

1. Einleitung.

Die dynamische Entwicklung der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland/Österreich und anderen europäischen Ländern erweitert die Aufgabenbereiche und den Qualifizierungsbedarf von Physiotherapeuten. Das vorliegende Curriculum möchte hier eine Grundlage der Qualifizierung schaffen.

Der Aufbau des Curriculums orientiert sich an den schon erschienenen Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger und dem unterstützenden Ehrenamt und wurde dem besonderen Aufgabenbereich von Physiotherapeuten angepasst.

Anmerken möchten wir, dass wir aus Gründen der Vereinfachung die maskuline, also geschlechtsabstrakte Form der Begriffe Physiotherapeut, Patient, Teilnehmender, Arzt etc. verwenden.

Unseren herzlichen Dank für die Unterstützung und Mithilfe in Form kritischer Auseinandersetzung und Korrektur richten wir an dieser Stelle an Frau Dr. B. Fittkau-Tönnemann, Frau G. Graf, Frau M. Kern, Frau M. Müller M.A. sowie Herrn Prof. Dr. E. Klaschik, Herrn Prof. Dr. F. Nauck und Frau E. Schumacher. Für das ausführliche Lektorat in der Schlussrunde danken wir Regina Károlyi.

Sabine Mehne, Peter Nieland, Rainer Simader

1.1 Entstehung.

Der nicht adäquat zu übersetzende englische Begriff „Palliative Care“ findet sich in der deutschen Sprache inhaltlich in dem Begriff Palliativmedizin wieder. Er wird abgeleitet von dem lateinischen Wort „pallium“ (Mantel) und bedeutet: mit einem Mantel bedecken, beschützen, bewahren. Palliativmedizin „beschützt/begleitet/unterstützt/ummantelt“ den betroffenen Patienten und seine Angehörigen mit einem multiprofessionellen Team und ehrenamtlichen Helfern in der letzten Phase des Lebens. 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) gegründet. Sie hat nach ihrer Satzung die Aufgabe, die Medizin, die Pflege, die Physiotherapie, die psychosozialen Dienste, die Seelsorge und das Ehrenamt zur gemeinsamen Arbeit am Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin und Hospizarbeit zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche ambulante und stationäre Versorgung der schwerkranken und sterbenden Patienten zu fördern. Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht das Sterben als natürlichen Prozess an. Die aktive Sterbehilfe wird somit in allen Formen abgelehnt. Es besteht ein enger Kontakt und Austausch zum bestehenden deutschen Hospizwesen und dem Deutschem Hospiz- und Palliativverband (DHPV). Auch die Hospizarbeit wird multiprofessionell von Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Seelsorgern und Sozialarbeitern geleistet, traditionell mit der Unterstützung vieler ehrenamtlicher Helfer. Vorrangiges Ziel der Palliativmedizin ist es, ein „Sterben in Würde und zu Hause“ zu ermöglichen sowie qualifizierte Sterbe- und Trauerbegleitung anzubieten.

In Kenntnis und Erleben dieser Entwicklungen unternahm 1996 der Physiotherapeut Peter Nieland in der Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und dem Zentralverband für Physiotherapeuten (ZVK) die ersten Schritte zur Integration der Palliativmedizin in das Berufsfeld des Physiotherapeuten in Deutschland. 1999 bildete sich der Arbeitskreis „Physiotherapie in der Palliativmedizin“ der DGP, der dieses Basiscurriculum entwickelte.

1.2 Begriffsbestimmung „Palliative Care“.

Der Begriff „Palliative Care“ steht heute für ein stationäres und ambulantes ganzheitliches Betreuungskonzept für Patienten, die sich im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren, progredienten Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung befinden. Ein multiprofessionell besetztes Team aus Ärzten, Pflegenden, Physiotherapeuten, psychosozialen Diensten, Seelsorgern und Ehrenamtlichen bietet dem betroffenen Patienten und seinen Angehörigen fachlich fundierte, ganzheitliche und individuelle Therapien und Unterstützung an. Im letzten Lebensabschnitt sollen diese Therapien und Unterstützungsange-

bote dem Patienten eine möglichst hohe Lebensqualität mit größtmöglicher Selbstbestimmung im „Lebensabschnitt Sterben“ ermöglichen.

Dies erfordert:

- die Bedürfnisse des Patienten und der Angehörigen wahrzunehmen, zu erfragen und zu respektieren,
- die Fähigkeiten (Ressourcen) des Patienten zu aktivieren und zu fördern,
- die belastenden Symptome zu lindern,
- das Wohlbefinden des Patienten sicherzustellen und ihn zu begleiten,
- das Wissen um die Begrenzung des menschlichen Lebens und die Akzeptanz dieser Tatsache,
- die Integration von Angehörigen und Freunden des Patienten in das Therapiekonzept,
- die Mitwirkung im multiprofessionellen Team und Ehrenamt,
- den Wunsch nach Versterben im häuslichen Umfeld zu unterstützen,
- die Beteiligung an Entwicklung und Vernetzung der vorhandenen ambulanten und stationären Strukturen

1.3 Begriffsbestimmung „Hospiz“.

Der Begriff „Hospiz“ ist schon deutlich älter als der Begriff „Palliative Care“. Hospiz bezeichnet viel mehr die Idee und Philosophie des Beherbergens als das reine Handeln. Das Werkzeug, das die Hospizidee zu ihrer Verwirklichung braucht, ist „Palliative Care“, also palliative Betreuung.

Historisch gesehen hatte das Wort „Hospiz“ die Bedeutung einer Gaststätte oder einer klösterlichen Herberge. Heute gibt es neben der „Hospizidee“ auch viele Einrichtungen, die sich Hospize nennen. Was man genau unter einem Hospiz bzw. einer Palliativstation versteht, ist in verschiedenen Ländern unterschiedlich definiert bzw. hat sich unterschiedlich entwickelt. In Deutschland sind Hospize stark auf die ehrenamtliche sowie seelsorgerisch-pflegerische Dimension ausgerichtet, eine palliativmedizinische Versorgung war nicht zwingend vorgesehen. In Österreich hingegen war in Hospizen das palliativmedizinische professionelle Handeln traditionell integriert.

1.4 Die Rolle des Physiotherapeuten in Palliative Care.

Die jahrelange Selbst- und Fremdwahrnehmung der klassischen Physiotherapie in Form von Wiederherstellung und voller Reintegration des Patienten in das soziale und berufliche Umfeld ist in der Palliativmedizin nicht möglich. Der palliativ tätige Physiotherapeut erweitert seine Definition und Haltung um den Faktor der möglichen Begleitung des schwerkranken und sterbenden Patienten und modifiziert das Therapieziel. Es wird vom palliativ tätigen Physiotherapeuten erwartet, vom reinen Rehabilitations- in den Begleitgedanken wechseln zu können. Diese neue Art der Grenzüberschreitung bisheriger Verhaltens- und Arbeitsweisen zwingt den Physiotherapeuten zur Erweiterung seines Wissens. Besonders die psychische Belastung und Grenzerfahrung bei der Begleitung schwerkranker und sterbender Patienten machen auch seine Endlichkeit elementar greifbar.

Das bisher geltende Argument: „Für schwerkranke und sterbende Patienten ist ein Physiotherapeut nicht zuständig, weil eine Rehabilitation nicht mehr möglich ist“, beschränkt nicht nur seine tatsächlichen Fähigkeiten, sondern verweigert einer weit verbreiteten Patientengruppe, dem Palliativpatienten, in Hospizen, Kliniken und zu Hause sinnvolle Therapie, Unterstützung und Hilfsangebote.

Somit ist der Weg von der physiotherapeutischen Rehabilitation zur physiotherapeutisch palliativen Begleitung ein zwingender. Seine physiotherapeutischen Behandlungstechniken sind dabei ein Schlüssel zur temporären Linderung von belastenden Symptomen und der enge taktile menschliche Kontakt eine Orientierung für den Schwerkranken in berührungsarmer Umwelt. Dabei sind die Behandlungsziele individuell anzupassen. Diese können in Form kleiner Fort-, aber auch absehbarer Rückschritte möglich sein. Funktionierende Kommunikationsregelkreise mit dem Patienten sowie den Angehörigen und dem palliativen Team bilden die Basis für eine erfolgreiche Behandlung.

1.5 Situationsanalyse Physiotherapie.

Zukünftig wird die Behandlung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen sowohl ambulant als auch in stationären Einrichtungen für Physiotherapeuten in vielen medizinischen Fachbereichen Alltag sein. Trotzdem wird diese Tatsache in der Ausbildung zum Physiotherapeuten oder der Weiterbildung unzureichend oder gar nicht thematisiert (Studie Simader-Nieland 2004/Ausbildungssituation von Physiotherapieschülern und Studenten im Thema Palliative Care in Deutschland, Österreich und in der Schweiz). Sowohl die organisatorischen Anforderungen als auch die psychische Belastung können Konflikte und Arbeitsbelastungen auslösen, die in einer klassischen physiotherapeutischen Behandlung in

dieser intensiven Form nicht zum Tragen kommen. Um dem entgegenzuwirken, ist es unabänderlich, dass sich Physiotherapeuten mit dem Thema Sterben, Tod und Trauer beschäftigen. Sie lernen, ihre Patienten besser zu verstehen, zu begleiten und zu therapieren, dabei angemessen und sensibel zu reagieren. Physiotherapeuten sind in der wachsenden Palliativmedizin und im bestehenden Hospizwesen noch immer Pioniere und häufig Einzelkämpfer und fühlen sich wegen ihres diesbezüglichen Mangels an Ausbildung, Wissen und Erfahrungen schneller überfordert oder alleine gelassen. Zum Beispiel sind Supervision und begleitende Team- und Einzelgespräche noch immer nicht Bestandteil des normalen Ausbildungs- sowie Berufsalltages. Diese Lerninhalte sind aber später im Umgang mit Sterbenden und Schwerkranken zwingend erforderlich.

1.6 Zielsetzung.

Das vorliegende Basiscurriculum für Physiotherapeuten unterstützt die Kursplaner bei der Auswahl der vielfältigen physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sowie der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Handlungskompetenz innerhalb der Palliativmedizin, Palliative Care und dem Hospizwesen. Weitere Bestandteile sind Teamfähigkeit (z.B. im Umgang mit anderen Berufsgruppen, dem Ehrenamt und weiteren Beteiligten) und Reflexionsfähigkeit dem eigenen Handeln gegenüber. Die Teilnehmer lernen, sich ein ganzheitliches Bild vom Patienten zu machen, indem seine körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse erkannt und anerkannt werden. Die Verfasser wünschen sich, dabei einen lebendigen Prozess der Weiterentwicklung innerhalb der Physiotherapie anzustoßen.

1.7 Zielgruppe.

Examinierte Physiotherapeuten, Studenten und Schüler der Physiotherapie.

1.8 Konzept.

1.8.1 Themenauswahl.

Das Curriculum ist als modulares Basiscurriculum angelegt und vermittelt Grundlagenkenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten aus der Palliativmedizin und dem Hospizwesen mit dem Schwerpunkt physiotherapeutischer Verfahren. Weiterhin bildet es ein Fundament für eine ethische Einstellung. Die Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit dem eigenen Verhältnis zu Krankheit, Sterben, Tod und Trauer sowie der Umgang mit eigenen Kräften und Ressourcen sind Bestandteil jeder Lerneinheit. Lernschwerpunkte und Interessen der Teilnehmer werden berücksichtigt.

1.8.2 Lernkontrolle, Selbsteinschätzung.

Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, den eigenen Wissensstand einzuschätzen und die Lernfortschritte zu verfolgen. Wichtig sind die Integration der Lerninhalte in die Berufspraxis und die Überprüfung der Themen, die von besonderer Wichtigkeit waren oder für die Zukunft wichtig werden.

Folgende Möglichkeiten bieten sich an:

- Strukturierte Reflexionsrunden zu Beginn und Ende
- Selbsteinschätzungsbögen
- Bearbeitung von Fallbeispielen
- Evaluationsbögen

1.8.3 Methodenwahl.

Für die Durchführung der Unterrichtseinheiten werden folgende Methoden empfohlen:

- Vortrag
- Plenumsgespräch
- Präsentation
- Üben physiotherapeutischer Techniken
- Problem – Lösungsbestimmung und -reflexion
- Fallbeispiele
- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiele
- Analysen von audiovisuellen Materialien (Tonbandaufzeichnungen, Film, Video ...)
- Besuche entsprechender Einrichtungen
- Meditation, Entspannung, Visualisation, Selbsterfahrung, Wahrnehmungsübungen

1.9 Organisation.

1.9.1 Rahmenbedingungen.

Die Basisfortbildung umfasst insgesamt 40 Stunden à 45 Minuten. Eine Gruppengröße umfasst ca. 20 Teilnehmer. Es wird empfohlen, sowohl für Schüler bzw. Studenten als auch für examinierte Physiotherapeuten zwei Unterrichtsblöcke à 20 Einheiten durchzuführen. Aufgrund

der begrenzten Stundenzahl wird eine intensive Aufgabenstellung in Form einer zu beurteilenden Hausarbeit empfohlen. Aus organisatorischen Gründen sollten für examinierte Physiotherapeuten Wochenendveranstaltungen (Freitag- bis Sonntagnachmittag) bevorzugt werden. Der Abstand zwischen den beiden Blöcken sollte mindestens zwei, höchstens sechs Monate (innerhalb eines Semesters) betragen. Die Fortbildung sollte vor dem ersten Praxiseinsatz erfolgen. In den Intervallen sollte der Lerninhalt in der Praxis überprüft werden. Der Kurs soll in Deutschland als berufsbegleitendes Angebot gebucht und eine Freistellung nach AWBG beantragt werden können.

Es wird empfohlen, nach Abschluss dieser physiotherapeutischen Fortbildung vertiefende Kurse in „Zusatzqualifikation Palliative Care“ (120 Stunden) in Akademien der Palliativmedizin oder Fachhochschulen zu besuchen und/oder an qualifizierten Kursen anderer Berufsgruppen teilzunehmen.

1.9.2 Kursleitung und Referenten.

Der Kurs wird von Physiotherapeuten mit Praxisbezug und Zusatzqualifikation in Palliative Care geleitet. Die Kursleitung ist kontinuierlich anwesend, um den Reflexionsprozess der Teilnehmer zu gewährleisten und die Feinabstimmung der Themen und organisatorischer Aspekte vorzunehmen und einzubinden. Die Leitung kann von einem Assistenten unterstützt werden. Als Assistenten können sich Physiotherapeuten bewerben, die das Basiscurriculum Physiotherapie abgeschlossen haben. Je nach Themenschwerpunkt werden Referenten aus anderen Fachgebieten eingeladen. Das multiprofessionelle Arbeiten in der Fortbildung soll durch entsprechende Zusammensetzung die Praxisbedingungen repräsentieren. Kenntnisse über das Hospizwesen und Ehrenamt sind zu berücksichtigen.

Es wird deshalb empfohlen, diesen Kurs mit einem palliativ qualifizierten Referentenkernteam mit Fachkräften aus Physiotherapie, Medizin, Pflege, sozialer Arbeit, Seelsorge und Supervision als Basis durchzuführen.

2. Grundlagen der Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Entwicklung und Organisationsformen von Palliativmedizin und Hospizarbeit im Kontext zur Physiotherapie (2/38 Unterrichtseinheiten)

Inhalt:

- Definition von „Palliative Care“ und Palliativmedizin der WHO und der Deutschen/Österreichischen Gesellschaft für Palliativmedizin
- Historische Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizarbeit und heutiger Stand in Europa mit Schwerpunkt: Deutschland/Österreich
- Struktur der Dachverbände der Palliativmedizin und Hospizarbeit
- Bedeutung und Möglichkeiten der Integration im heutigen Gesundheitswesen, Kosten- und Abrechnungsmöglichkeiten
- Informationen über die verschiedenen Einrichtungen (stationär, teilstationär, Hospital-Support-Team, Tagesklinik, Hospiz, ambulante Strukturen) und die jeweiligen Versorgungsnetze
- Aufzeigen von Möglichkeiten der Informationsgewinnung (Nachschlagewerke, Internetadressen etc.)
- Geschichte der Physiotherapie in der Palliativmedizin

- Ist- und Bedarfsanalyse der Physiotherapie in der Palliativmedizin

Siehe auch: Basiscurriculum Palliative Care. Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen, Hrsg. M. Kern, M. Müller, K. Aurnhammer, Reihe Palliative Care Band 2, Bonn 2004, Pallia Med Verlag, Seite 16–22.

3. Medizinische Aspekte – klinische Grundlagen.

(6/32 Unterrichtseinheiten)

3.1 Krankheitsbilder (Krebs, Aids, ALS etc.).

Basiswissen:

- Kennen der Ursachen und Übertragungswege von HIV/Aids
- Kennen der häufigsten Symptome/Komplikationen von Krebs, Aids, ALS

Fertigkeiten/Haltung:

Kennen der wichtigsten medikamentösen/physiotherapeutischen Therapieschritte

Erkennen eigener Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit Patienten und deren Angehörigen

Methodik:

- Vortrag
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Plenumsgespräch

3.2 Symptome, die physiotherapeutisch begleitend behandelt werden können.

3.2.1 Schmerz/Tumorschmerz.

Schmerz ist eine komplexe „somatopsychische“ Erfahrung. Die physischen Symptome des Schmerzes in Verbindung mit krankheitsbedingten psychischen Problemen können das Leben der Patienten unerträglich werden lassen. Die Symptomkontrolle „Schmerz“ ist eine der wichtigsten Aufgaben der Palliativmedizin.

Basiswissen:

- Kenntnis verschiedener Schmerzformen
- Kenntnis der Grundsätze medikamentöser Schmerztherapie (WHO-Stufenschema)
- Überblick über die gebräuchlichen Opiate
- Überblick über die Adjuvanzen (Begleitmedikamente)
- Überblick über nicht medikamentöse Maßnahmen
- Wissen um physiotherapeutische
- alternative Maßnahmen zur Linderung

Fertigkeiten/Haltung:

- Reflexion über die Auswirkungen von Schmerzen (multifaktoriell)
- Erkennen der Faktoren, die den Schmerz beeinflussen können (Angst, Langeweile ...)
 - Totaler Schmerz –
- Hilfestellung im Umgang mit Schmerz
- Reflexion eigener Ängste im Umgang mit Schmerz

Methodik:

- Vortrag
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Wahrnehmungsübungen
- Plenumsgespräch

3.2.2 Respiratorische Symptome/Atemnot/Husten.

Atemnot im Kontext von Palliative Care ist häufig ausgelöst durch unzureichende oder versagende Atemmechanik, die, begleitet von Husten, ein intensives Erleben von Todesangst auslösen kann.

Basiswissen:

- Kenntnis der häufigsten Ursachen von Atemnot und Husten bei unheilbaren Erkrankungen
- Kenntnis der wichtigsten Medikamente
- Wissen um physiotherapeutische/pflegerische/alternative Maßnahmen zur Linderung
- Kenntnis der Maßnahmen/des Verhaltens in bedrohlichen Situationen

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen von bedrohlichen Situationen und Adaption mit entsprechendem Verhalten
- Erkennen der Atemfrequenz, der Atemtiefe und dem individuellen Atemmuster des Patienten
- Reflexion des eigenen Verhaltens/eigener Ängste

Methodik:

- Vortrag
- Plenumsgespräch
- Selbsterfahrung
- Üben von konkreten Techniken

3.2.3 Obstipation.

Obstipation ist bei fortgeschrittener Tumorerkrankung ein häufiges Symptom der Nebenwirkung der Schmerztherapie und kann gut behandelt werden.

Basiswissen:

- Wissen und Erkennen der Zusammenhänge der Obstipation
- Überblick über Abführmittel, manuelle und physiotherapeutische Behandlungsformen

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen der Symptome von Verstopfung im Unterschied zum Ileus
- Erkennen, dass dieses Symptom Scham auslöst und entsprechend sensibel kommuniziert werden sollte
- Sicheres Anwenden der physiotherapeutischen Maßnahmen (z. B. Colonmassage)

Methodik:

- Vortrag
- Übungen zu einzelnen Techniken
- Plenumsgespräch

3.2.4 Lymphödem.

Lymphödeme sind eine häufige Komplikation bei schwerkranken Patienten und lassen sich physiotherapeutisch gut behandeln.

Basiswissen:

- Erkennen eines Lymphödems
- Kennen der Pathophysiologie/medikamentösen Therapie des Lymphödems

Fertigkeiten/Haltung:

- Beherrschen der physiotherapeutischen Behandlungsschritte
- Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)
- Durchführung geeigneter Lagerung

Methodik:

- Vortrag
- Übungen einzelner Techniken
- Plenumsgespräch

3.2.5 Dekubitus und (ex)ulzerierende Tumore.

Kachexie, Bewegungsverlust, Sensibilitätsstörungen etc. können bei schwerkranken und sterbenden Patienten zu Dekubitalgeschwüren führen. Tumore können gelegentlich (ex)ulzerieren und zu Verletzungen der Haut und der Weichteile führen. Diese beeinflussen die physiotherapeutische Behandlung erheblich.

Basiswissen:

- Überblick über die wichtigsten Medikamente und Verbandsarten
- Überblick über die Wundversorgung
- Wissen, an wen man sich wenden kann zwecks Beratung/Versorgung bei (ex)ulzerierenden Tumoren

Fertigkeiten/Haltung:

- Wahrnehmung der Unsicherheiten/Ängste des Patienten/Familiensystems
- Reflexion über eigene Grenzen/Ängste
- Umgang mit stark riechenden Wunden

Methodik:

- Vortrag
- Plenumsgespräch

3.2.6 Kontrakturen.

Aufgrund des muskulären und kreislaufbedingten Kräfteverfalls und der Schmerzen sind häufig lange Schwächeperioden und Bettlägerigkeit die Folge. Dabei können, wenn unbehandelt, Palliativpatienten schmerzhaft Kontrakturen in den Gelenken erleiden.

Basiswissen:

- Wissen um die Entstehung der Kontraktur
- Wissen über die Wirkung der Propriozeption in den Gelenken

Fertigkeiten/Haltung:

- Wertigkeit der passiven, assistiven und aktiven Gelenkmobilisation
- Durchführung einer schmerzfreien Mobilisation

Methodik:

- Vortrag
- Übungen einzelner Techniken
- Plenumsgespräch

3.2.7 Atrophien.

Schlecht innervierte und aktivierte Muskelgruppen neigen innerhalb kürzester Zeit zur Atrophie. Palliativpatienten sind häufig nicht selbst in der Lage, entsprechend angepasste Widerstände zur Innervation und Aktivierung wichtiger Muskelgruppen aufzubauen. Schmerzen, Einschränkungen in Alltagsaktivitäten oder Atemnot können Folgen sein.

Basiswissen:

- Wissen über alternative Widerstände bei muskulärem Kräfteverfall

- Angepasste Therapieformen (z. B. aus der Hydrotherapie)
- Wissen über Innervationsmöglichkeiten

Fertigkeiten/Haltung:

- Übungen aus dem Spektrum der propriozeptiven neuromuskulären Innervation
- Einsatzmöglichkeiten aus der Hydrotherapie
- Transfer und Lagewechsel

Methodik:

- Vortrag
- Übungen einzelner Techniken
- Plenumsgespräch

3.2.8 Parästhesien und Lähmungserscheinungen.

Nervenkompressionssymptomatiken durch z. B. raumgreifende Tumore oder Missempfindungen durch schlechte Durchblutung der Hautareale und Muskulatur stellen für den betroffenen Patienten eine weitere Einschränkung der Orientierung im Körperschema und somit im Raum dar.

Basiswissen:

- Wissen über die Ursachen von Parästhesien und Lähmungserscheinungen
- Wissen über die physikalischen bzw. physiotherapeutischen Innervationsmöglichkeiten

Fertigkeiten/Haltung:

- Übung verschiedener Innervationsmöglichkeiten
- Faszilitation und Innervation über die Extremitäten und Rumpf
- Elektrotherapeutische Verfahren
- Hydrotherapeutische Verfahren

Methodik:

- Vortrag
- Übungen einzelner Techniken
- Plenumsgespräch

3.2.9 Kreislaufstörung und Schwindel.

Lange Liegezeiten, bedingt durch Kräfteverlust, eingeschränkte Organfunktion, Schmerzen und Medikamenteneinfluss, lösen beim Palliativpatienten bei dem Versuch der Aktivierung häufiger Kreislaufstörungen und Schwindelattacken aus.

Basiswissen:

- Wissen über Ursachen der Kreislaufstörungen
- Wissen über den Einfluss des Vestibularsystems auf Schwindel und Übelkeit
- Wissen um adaptives Kreislauftraining ohne Überforderung
- Wissen um medikamentöse Beeinflussung

Fertigkeiten:

- Üben von kreislaufaktivierender Atmung
- Üben unter der Schwindelsymptomatik
- Üben von Verhalten bei Erbrechen

Methodik:

- Vortrag
- Übungen einzelner Techniken
- Plenumsgespräch

3.3 Symptome, die physiotherapeutisch nicht behandelt werden, die jedoch die Therapie beeinflussen.

3.3.1 Mundpflege.

Mundprobleme sind häufig und haben großen Einfluss auf das körperliche und seelische Wohlbefinden. Die Nahrungsaufnahme und die Kommunikation können

erschwert sein. Mundpflege ist die beste Prävention und sollte auch von Physiotherapeuten beachtet werden.

Basiswissen:

- Einblick in mögliche Ursachen/Therapie von Mundproblemen
- Wissen über die Mundtrockenheit und deren Folgen in der Finalphase
- Kennen der wichtigsten Teile der Mundpflege

Methodik:

- Vortrag

3.3.2 Ernährung.

Die reduzierte Nahrungsaufnahme bei schwerkranken Patienten stellt bei gleichzeitig nötiger Medikamentengabe und reduzierter Darmperistaltik oder Darmträgheit ein großes Problem dar. Begleitender Kräfteverlust und Müdigkeit sind eine hohe Herausforderung an das palliative Team.

Basiswissen:

- Kenntnis der Ursachen und Symptome von Ernährungsstörungen
- Kenntnis der medikamentösen und nicht medikamentösen Möglichkeit der Appetitsteigerung/künstlichen Ernährung

Fertigkeiten/Haltung:

- Wissen um die veränderten Bedürfnisse der Nahrungsaufnahme bei schwerkranken Patienten

Methodik:

- Vortrag

3.3.3 Übelkeit und Erbrechen.

Ein häufiges Symptom, welches die regelmäßige physiotherapeutische Behandlung mehr oder weniger stark beeinflussen kann.

Basiswissen:

- Kenntnis der Ursachen von Übelkeit und Erbrechen

Fertigkeiten/Haltung:

- Verständnis, dass Erbrechen nicht zwangsläufig ein Problem für den Patienten darstellt, häufig aber für die Begleiter unerträglich ist

Methodik:

- Vortrag

3.3.4 Juckreiz und Ikterus.

Ein häufiges Symptom, welches die regelmäßige physiotherapeutische Behandlung mehr oder weniger stark beeinflussen kann.

Basiswissen:

- Kenntnis der Ursachen von Juckreiz und Ikterus

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen, dass Juckreiz und Ikterus ernst zu nehmende Symptome darstellen (Schlaflosigkeit, verändertes Körpererleben)

Methodik:

- Vortrag

3.4 Finalphase.

Hier endet in der Regel die professionelle Begleitung des Physiotherapeuten in einer Form des Abschieds und der Trauer. Nur ganz selten, dort, wo schon vorher durch den häufigen engen Kontakt tiefe Bindungen zum Patienten und dessen Angehörigen entstanden sind, kommt es sehr vereinzelt zum gemeinsamen Tragen der letzten Stunden.

Das palliative Team muss auch dem Physiotherapeuten in seiner Mitte die Gelegenheit der Trauerverarbeitung und des Abschiednehmens einräumen.

4. Physiotherapeutische Aspekte.

(8/24 Unterrichtseinheiten)

4.1 Die Ebenen physiotherapeutischer Behandlungsziele in der Palliativmedizin im Spiegel der symptomorientierten Physiotherapie und der bedürfnisorientierten Physiotherapie.

Es gibt drei Ebenen, auf denen ein Physiotherapeut seine Ziele definieren kann:

1. die Ebene der Struktur,
2. die Ebene der Aktivität,
3. die Ebene der Partizipation

Die erste, die Strukturebene, beschäftigt sich mit den Zielsetzungen, die mit Veränderungen bzw. Verbesserungen der direkten Struktur (z. B. Bindegewebe, Muskulatur) vor sich gehen (z. B. Bewegungstraining, Narbenbehandlung, Dehnung, Atmung).

Die Fragen bei Zielsetzungen auf der zweiten, der Aktivitätsebene, lauten, welche Aktivitäten der Patient mit der verbesserten Struktur wieder erreichen kann (z. B. Gehen, ein Glas selbst zum Mund führen).

Auf der dritten Ebene, in der es um Partizipation (= Teilnahme) geht, stellt sich die Frage, welche Ziele der Patient bezüglich seiner Teilnahme am sozialen Leben hat.

Physiotherapeutische Ziele sollten demnach (nicht nur in der Palliativmedizin) auf allen drei Ebenen basieren, aber mindestens auf der Aktivitätsebene (z. B.: „Der Patient soll nach der Physiotherapie selbstständig die Toilette benützen können“), besser aber auf der Partizipationsebene („Der Patient soll die Strecke vom Krankenzimmer zur Cafeteria, wo er seinen sozialen Kontakten nachgehen kann, selbstständig mit einem Hilfsmittel zurücklegen können“). Zielsetzungen auf der Strukturebene können immer nur Nahziele sein, die zur Erreichung der Ziele auf der Aktivitäts- bzw. Partizipationsebene (Fernziele) notwendig sind.

Eng an die Zieldefinition gekoppelt ist die notwendige Frage an den Patienten nach seinem subjektiven Hauptproblem (was, wobei, wann, wo, wie ... bemerkt er sein Problem?). Je genauer der Patient dazu Angaben macht, desto effizienter können auch therapeutische Interventionen geplant und umgesetzt werden. Die Zielsetzungen der Physiotherapie in der Palliativmedizin müssen aber auch jenseits der rein physiotherapeutisch-funktionalen Ebene angesiedelt werden. In der Palliativmedizin sind auch emotionale, soziale oder spirituelle Gedanken bei der Zielsetzung entscheidend. Ein Punkt, um den die Physiotherapie bezüglich der Zielsetzung erweitert werden muss, ist der Gedanke, dass es in der Palliativmedizin nicht um Rehabilitation geht, sondern um eine therapeutische Begleitung, in der der Leistungsgedanke einen geringen Stellenwert hat. Vielmehr sollten Begriffe wie z. B. Berührung, Nähe/Distanz, Wohlfühlen, Entspannung

und viele andere Begriffe jenseits des Leistungsdenkens integriert werden.

Setzt sich der Physiotherapeut achtsam mit der Zieldefinition in der Palliativmedizin auseinander, so ist dies der wichtigste Schritt, weder den Patienten noch den Physiotherapeuten selbst mit Enttäuschungen zu konfrontieren. Es sollte die symptomorientierte Physiotherapie immer mit der bedürfnisorientierten Therapie im aktuellen Stadium der Erkrankung des Patienten Hand in Hand gehen.

4.2 Physiotherapeutische Methoden und Maßnahmen.

4.2.1 Atemtherapie.

Beeinträchtigungen der Atmungsfunktion, z. B. Dyspnoe, gehören zu den häufigsten Problemen von schwerstkranken und sterbenden Menschen und haben erhebliche körperliche und psychische Auswirkungen.

Basiswissen:

- Klinische Grundlagen der Pulmologie – häufigste Krankheitsbilder bei schwerkranken und sterbenden Patienten
- Zusammenwirken von psychischen und körperlichen Faktoren

Fertigkeiten/Haltung:

- Beeinflussung von Symptomen (z. B. Dyspnoe) der Atemwege mittels physiotherapeutischer Möglichkeiten
- Atemtherapietechniken
- Lagerungen
- Entspannung
- Atemhilfs- und Therapiegeräte
- Erkennen und Beeinflussen der Zusammenhänge von psychischen und körperlichen Symptomen

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration und Üben von Behandlungstechniken
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)

4.2.2 ATL-Training (Training der Aktivitäten des täglichen Lebens).

Die Aktivitäten des täglichen Lebens bergen nicht nur Gewohnheitsrituale, sondern bilden auch Kernhandlungen persönlicher Würde und Identität des Patienten. Diese so lange wie möglich zu erhalten und, wenn nicht möglich, für den Patienten gewünschte und brauchbare alternative Aktivitäten zu entwickeln, sollte das Ziel der Therapie sein.

Basiswissen:

- Analysieren der möglichen Aktivitäten
- Analysieren der Veränderungen zu früheren Aktivitäten
- Kommunikation der Veränderungen
- Unterstützung möglicher Aktivitäten
- Erlernen veränderter Aktivitäten

Fertigkeiten/Haltung:

- Gute Beobachtungsgabe im häuslichen und stationären Umfeld des Patienten
- Grenzanalyse und Gespräch
- Kreativität mit vorhandenen Ressourcen
- Einbindung von Hilfsmitteln

Methodik:

- Kurzvortrag
- Übungen mit Alltagsmaterialien
- Patientenbeispiele

4.2.3 Angehörigenarbeit.

Angehörige sind sowohl ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Teams als auch häufig emotional stark betroffen von der Situation, mit der sie konfrontiert werden. Angehörige sind oftmals hin- und hergerissen zwischen Gefühlen der Verzweiflung, Angst und Trauer und andererseits dem Wunsch, etwas für den Sterbenden tun zu können. Zusätzlich kommt den Angehörigen gerade in der ambulanten Betreuung von Palliativpatienten ein wichtiger Stellenwert zu. Die Be- und mögliche Überlastung der Angehörigen sollte Beachtung finden.

Basiswissen:

- Kommunikation mit Angehörigen
- Didaktische Möglichkeiten, Angehörige in den physiotherapeutischen Prozess mit einzubinden
- Grenzen von Angehörigenarbeit im physiotherapeutischen Prozess

Fertigkeiten/Haltung:

- Auseinandersetzung mit der Abgrenzung der physiotherapeutischen Tätigkeit und der Angehörigenarbeit
- Didaktische Überlegungen zur Arbeit mit Angehörigen
- Psychologische Aspekte der Angehörigenarbeit in der Physiotherapie
- Physiotherapeutische Maßnahmen, die von Angehörigen durchgeführt werden können

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsgespräche

4.2.4 Kreislauftraining.

Das Training von Herz-Kreislauf-System und Kraftausdauer ermöglicht die Bewältigung des Alltags mit weniger Anstrengung. Es fördert die Atmungsfunktion, die Immunabwehr sowie die Körperwahrnehmung und ist ein wichtiger Bestandteil bei der Therapie chronischer Schmerzen.

Basiswissen:

- Grundlagen der Trainingslehre
- Auswirkungen von Ausdauertraining auf den Organismus
- Indikationen, Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen bei Ausdauertraining

Fertigkeiten/Haltung:

- Therapiemöglichkeiten der kardialen Ausdauer und Kraftausdauer bei Palliativpatienten
- Auswahl der richtigen Maßnahmen für Palliativpatienten

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Kleingruppenarbeit
- Patientenbeispiele
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Plenumsgespräche

4.2.5 Bewegungsbad.

Das Bewegen bzw. das Bewegtwerden des Körpers im Wasser mit Ausnützung des Auftriebes ermöglicht dem schwerkranken Patienten das Erleben von Bewegungen, die er in der Regel in der Therapie oder im Krankenzimmer nicht mehr ausführen kann. Bewegen im Wasser bringt die Erfahrung eines leichten, mühelosen, schmerzfreien Agierens und verbessert somit die Körperwahrnehmung. Zusätzlich können Schmerzen gemildert, Verspannungen gelöst oder Gelenke schonend mobilisiert werden. Bewegung im Wasser ist zudem eine sensible Form von Ausdauertraining.

Basiswissen:

- Grundlagen der Hydrotherapie
- Grundlagen der Hygiene

Fertigkeiten/Haltung:

- Beachten der Kontraindikationen
- Bewegungsschulung von Palliativpatienten im Bewegungsbad
- Auswirkungen von Bewegungstherapie im Wasser (Temperatur, Auftrieb ...)
- Therapiegeräte und unterstützende Auftriebskörper bei Bewegungstherapie im Wasser

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration und Üben (wenn möglich im Bewegungsbad) – Selbsterfahrung
- Patientenbeispiele
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Plenumsgespräche

4.2.6 Krankengymnastik (passive, assistive und aktive Verfahren).

Unter Krankengymnastik versteht man alle physiotherapeutischen Maßnahmen, die mit passiver, assistiver oder aktiver Bewegung einhergehen. Aus der Bewegungstherapie haben sich verschiedene physiotherapeutische Techniken und Konzepte entwickelt, die bei entsprechender Indikation zur Anwendung kommen.

Basiswissen:

- Grundlagen der Krankengymnastik
- Gängige physiotherapeutische Techniken

Fertigkeiten/Haltung:

- Die Wichtigkeit von Bewegung in der Palliativmedizin aus körperlicher und psychologischer Betrachtungsweise
- Erlernen/Ergänzen der gängigsten physiotherapeutischen Techniken im Rahmen der Physiotherapie in der Palliativmedizin
- Orientierung im Raum
- Propriozeption und Input

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Patientenbeispiele
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsgespräche

4.2.7 Colonmassage.

Die Beeinträchtigung der Darmfunktion, im Speziellen die Obstruktion aufgrund von Opiatgabe, verminderter Atmungsfunktion, veränderter Ernährung und Immobilisation, kann durch Colonmassagen positiv beeinflusst werden. Die Darmperistaltik wird dabei weniger durch den direkten Druck als durch den kombinierten cutivisceralen Reflex, kombiniert mit Bewegungen der Bauchdecke bzw. Atmungsbewegungen, erzielt.

Basiswissen:

- Grundlage der Darmmotorik
- Beeinflussbarkeit der Peristaltik

Fertigkeiten/Haltung:

Erlernen physiotherapeutischer Techniken zur Verbesserung der Peristaltik (Colonmassage in Kombination mit Atmung, Bewegung, Mobilisation, Wärme und Ernährung)

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration und Üben – Selbsterfahrung
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Patientenbeispiele

4.2.8 Entspannungstherapie.

Sowohl rein körperliche Faktoren als auch das Zusammenwirken bio-psycho sozialer Umstände können körperliche Gewebsverspannungen und seelische Anspannung auslösen. Mit Entspannungstherapie, z. B. Relaxation nach Jacobson, kann versucht werden, diese äußeren und inneren Verspannungen zu lindern.

Basiswissen:

- Grundlagen der Muskel- und Bindegewebsphysiologie und -pathologie
- Biopsychosoziale Zusammenhänge
- Atmung und Rhythmus

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen von Zusammenhängen zwischen psychischen, sozialen und körperlichen Symptomen und deren Auswirkungen auf den Patienten und seinen Gewebetonus
- Erlernen aktiver und passiver körperlicher Entspannungstechniken

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration und Üben – Selbsterfahrung
- Patientenbeispiele
- Kleingruppenarbeit

4.2.9 Elektrotherapie.

Elektrotherapie ist eine vielseitig einsetzbare physikalische Therapiemöglichkeit zur Beeinflussung von akuten und chronischen Schmerzzuständen und Innervationsproblemen, Parästhesien oder Atrophien.

Basiswissen:

- Grundlagen der physikalischen Medizin und Elektrotherapie
- Gerätekunde
- Indikationen und Kontraindikationen der Elektrotherapie

Fertigkeiten/Haltung:

- Auseinandersetzung mit den gängigen Elektrotherapiemöglichkeiten im Rahmen der Palliativmedizin
- Elektrotherapeutische Möglichkeiten (Tens) der Beeinflussung spezifischer Symptome bei schwerkranken und sterbenden Menschen

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration
- Patientenbeispiele

- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Plenumsgespräche

4.2.10 Hilfsmittelversorgung und Gebrauchsschulung.

Um die weitgehende Autonomie eines Patienten zu erlangen, bedarf es neben einer spezifischen interdisziplinären Betreuung auch des Einsatzes von adäquaten Hilfsmitteln und deren exakter Verwendung. Hilfsmittel ermöglichen dem Patienten, soweit möglich, ein würdevolles, selbstständiges Leben.

Basiswissen:

- Arten von Hilfsmitteln
- Aktivitäten des täglichen Lebens

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen spezifischer Bedürfnisse und Wünsche schwerkranker und sterbender Menschen und Überprüfung, inwieweit ein Hilfsmittel diese Bedürfnisse erfüllen kann
- Auseinandersetzung mit Hilfsmitteln und deren Gebrauch
- Spezifische und häufig gebrauchte Hilfsmittel in der Palliativmedizin und deren praktische Anwendungen auch für zu Hause oder stationär

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration und Üben – Selbsterfahrung
- Patientenbeispiele
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsgespräche

4.2.11 Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE).

Ödeme sind ein häufig auftretendes Symptom in der Palliativmedizin. Die schlechte Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Situation sowie Immobilität und/oder Erkrankung von inneren Organen (Magen, Darm, Leber) erhöhen die Menge der interstitiellen Flüssigkeit, die durch das eingelagerte Eiweiß zu vermehrter Proliferation neigt. Die KPE bietet dazu eine patientennahe, schonende und taktil leichte Behandlungsmöglichkeit.

Basiswissen:

- Grundlagen des Lymphsystems
- Funktion des Interstitiums
- Proliferation
- Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung

Fertigkeiten/Haltung:

- Bestandteile der KPE wie Hautpflege, manuelle Lymphdrainage, Kompressionstherapie, leichte krankengymnastische Übungen

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration und Üben – Selbsterfahrung
- Patientenbeispiel

4.2.12 Lagerung.

Menschen, die sich selbst nicht mehr in ausreichendem Maße bewegen können, bedürfen neben einer spezifischen Bewegungstherapie auch entsprechender Lagerungen. Es kann entweder ein einzelner Körperteil, ein Körperabschnitt oder auch der ganze Körper gelagert werden. Adäquat eingesetzte Lagerungen können u. a. bei Schmerzen, Atemnot, Ödemen oder Verspannungen durchgeführt werden. Zusätzlich bietet eine entsprechende Lagerung auch eine gute Wahrnehmungsverbesserung.

Basiswissen:

- Grundlegende Lagerungsmöglichkeiten in der palliativen Physiotherapie

- Auswirkungen von Lagerungen

Fertigkeiten/Haltung:

- Spezifische Lagerungen bei schwerkranken und sterbenden Menschen zur Linderung spezifischer Symptome
- Wahl geeigneter Lagerungsmaterialien

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration und Üben – Selbsterfahrung
- Patientenbeispiele
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsgespräche

4.2.13 Massage.

Mittels Massagen kann der Gewebetonus reguliert und die Durchblutung verbessert werden. Zu hoher Tonus kann gesenkt, zu niedriger Tonus erhöht werden. Zusätzlich findet bei einer Massage (wie in vielen anderen Bereichen der Physiotherapie) Kontakt und Nähe mit dem Patienten statt. Neben den rein physiotherapeutischen Komponenten gibt es hier auch die Funktionen der Berührung und Körperwahrnehmung.

Basiswissen:

- Grundlagen der Muskel- und Bindegewebsphysiologie und -pathologie
- Beeinflussbarkeit von Geweben
- Biopsychosoziale Zusammenhänge

Fertigkeiten/Haltung:

- Wahl der geeigneten Massagetechniken
- Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Berührung und Körperkontakt

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Demonstration und Üben
- Patientenbeispiele
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Plenumsgespräche

4.2.14 Prophylaxen.

Zu den Prophylaxen im Bereich der Physiotherapie gehören Dekubitus-, Pneumonie-, Kontraktur- und Thromboseprophylaxe. Sie bilden eine wichtige Voraussetzung in der therapeutischen Arbeit, damit ein Patient mit größtmöglicher Autonomie in Würde und so wenig Einschränkungen wie möglich sein tägliches Leben leben kann. Dabei ist das unaufhaltsame Fortschreiten der Erkrankung in der Palliativmedizin in die Planung der Maßnahmen zu integrieren.

Basiswissen:

- Allgemeine Prophylaxen in der Physiotherapie

Fertigkeiten/Haltung:

- Spezifische Betrachtung der prophylaktischen Tätigkeit bei Patienten in der Palliativmedizin

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Patientenbeispiele
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)

4.2.15 Reflexzonentherapie.

Über Reflexzonen lassen sich Körperbereiche des Patienten erreichen, die z. B. aufgrund von Schmerzen oder Wunden nicht direkt erreichbar sind. Gerade bei schwerkranken Menschen stellen Reflexzonentherapien gute Behandlungsmöglichkeiten z. B. zur Schmerzreduktion, Durchblutungsverbesserung und Detonisierung dar.

Basiswissen:

- Anatomie und Neurophysiologie der Reflexzonen
- Wirkung von Reflexzonentherapien (z. B. Bindegewebsreflexzonentherapie und Fußreflexzonentherapie)

Fertigkeiten/Haltung:

- Bestimmen des Therapieziels in Kenntnis verschiedener Konzepte der Reflexzonentherapie
- Auseinandersetzen mit spezifischen Indikationen von Reflexzonentherapien im Rahmen der Physiotherapie in der Palliativmedizin

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Patientenbeispiele
- Demonstration und Üben
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Plenumsgespräche

4.2.16 Thermotheapie.

Die Wärme- und Kälteanwendungen beeinflussen das direkt unter der Applikationsstelle liegende Gewebe und bieten vor allem hinsichtlich der Schmerzsituation, der Durchblutungssituation, der vegetativen Regulierung oder der Motilität einen therapeutischen Effekt.

Basiswissen:

- Grundlagen der physikalischen Medizin und Thermotheapie
- Indikationen und Kontraindikationen der Thermotheapie

Fertigkeiten/Haltung:

- Auseinandersetzung mit den gängigen Thermotheapiemöglichkeiten im Rahmen der Palliativmedizin
- Thermotheapeutische Möglichkeiten der Beeinflussung spezifischer Symptome bei schwerkranken und sterbenden Menschen

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Patientenbeispiele
- Patientendemonstration (realer Patient oder Video)
- Kleingruppenarbeit
- Plenumsgespräche

4.2.17 Visualisieren.

Visualisieren ist eine Technik, die eine Idee in ein inneres Bild umsetzt und sich hervorragend eignet für Patienten, deren körperliche Ressourcen ausgeschöpft sind.

Basiswissen:

- Kennen der Technik des Visualisierens
- Wissen von geeigneten Geschichten, Märchen, Erzählungen

Fertigkeiten/Haltung:

- Entwickeln eines positiven/freudigen Zugangs zur Fantasie und Kreativität in Bezug auf das eigene Leben und das des Patienten
- Entwickeln und Einüben einfühlsamer Kommunikation

Methodik:

- Kurzvortrag
- Kleingruppenarbeit

5. Psychische Reaktionsformen und Verarbeitungsstrategien.

(6/18 Unterrichtseinheiten)

5.1 Angstzustände.

Angst ist ein universal vorkommendes, vielschichtiges Gefühl und umfasst unterschiedliche Formen des Ausdrucks. Angst kann akut, vorübergehend oder chronisch persistierend sein und in unterschiedlicher Intensität auftreten. Angst kann sich als Unsicherheit zeigen, die die Erkrankung mit sich bringt oder als akuter Angststatus, der weder vom Patienten selbst noch durch Hilfe anderer aufgelöst werden kann. Unruhe und Rastlosigkeit können als Angst interpretiert werden, aber auch als Nebenwirkungen von Medikamenten auftreten.

Basiswissen:

- Kenntnis der unterschiedlichen Ursachen/Symptome der Angst
- Einblick in die Therapie (nicht medikamentös und medikamentös) von Angstzuständen

Fertigkeiten/Haltung:

- Zwischen den eigenen Ängsten und denen des Patienten zu unterscheiden lernen/reflektieren
- Im Gespräch, dem Patienten das Äußern von Ängsten etc. erleichtern

- Gefühle und Gründe der Angst etc. herausfinden, um Konflikte evtl. zu lösen
- Erkennen, dass Angst etc. oft mit einem Mangel an Informationen einhergeht. Klären, wer für eine ausreichende Aufklärung infrage kommt
- Ein sensibler Umgang mit den sich ändernden Bedürfnissen des Patienten und seinen Ängsten

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Reflexion, Wahrnehmungsübungen zum Umgang mit eigenen Ängsten
- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiele
- Plenumsgespräche

5.2 Verwirrtheit/Delirantes Syndrom.

Der Begriff Verwirrtheit sammelt eine Reihe unterschiedlicher Symptome und Störungen mit unterschiedlichen Ätiologien. Häufig zeigt sich ein einheitliches Bild mit

gleichzeitiger Störung von Bewusstsein, Auffassung, Gedächtnis, Affekt, Antrieb, Denken und Wahrnehmung. Die Vielfältigkeit der Ursachen und der schwierige Zugang zu verwirrten Patienten können die Beurteilung und die Behandlung erschweren. Gelegentlich stehen die Betreuer/Behandler ähnlich verwirrt vor den Ereignissen wie die Patienten selbst.

Basiswissen:

- Unterscheidung von Demenz (irreversible Schädigung des Gehirns), Delirantem Syndrom (veränderte Bewusstseinslage ohne Hirnschädigung als Folge fortschreitender raumfordernder Hirnprozesse) und Verwirrtheit
- Einblick in die medikamentöse Therapie

Fertigkeiten/Haltung:

- Herstellen eines Kontakts zum Patienten, der beruhigt und Sicherheit vermittelt
- Bereitschaft, den verwirrten Patienten ernst zu nehmen und zu verstehen, dass seine Reaktionen sinnvoll sein können. Ihm mit Würde und Respekt begegnen
- Verständnis dafür, dass verwirrte Patienten eine sensiblere Wahrnehmung besitzen
- Verständnis dafür, dass Patienten möglicherweise körperliche Berührung nicht wünschen oder deren Wirkung die Verfassung negativ beeinflussen kann
- Erkundungen anstellen, ob sedierende Medikamente verabreicht wurden

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Reflexion, Wahrnehmungsübungen zum Umgang mit eigenen Ängsten
- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiele
- Plenumsgespräche

5.3 Depression.

Die Depression kann sowohl als Folge von somatischen Erkrankungen und deren Behandlung auftreten als auch eine psychische Reaktion auf diese sein. Im Kontext fortgeschrittener Tumorerkrankungen ist sie häufig anzutreffen, aber schwer zu unterscheiden von einer manifesten depressiven Erkrankung. Tiefe Trauer des Patienten angesichts des drohenden Verlustes von Gesundheit und Leben kann ähnliche Symptome erzeugen wie eine manifeste Depression.

Basiswissen:

- Wissen über die unterschiedlichen Ursachen der Depression
- Kennen der verschiedenen Symptome
- Einblick in die medikamentösen und nicht medikamentösen Therapieformen

Fertigkeiten/Haltung:

- Herstellen eines Kontakts zum Patienten, der beruhigt und Sicherheit vermittelt und Raum für negativ geäußerte Gefühle lässt
- Toleranz gegenüber heftigen Gefühlen des Patienten im Sinne einer Anpassungsreaktion
- Entwickeln von möglichen Zielen
- Förderung des körperlichen Wohlbefindens des Patienten mit Techniken der Physiotherapie
- Frühzeitiger Austausch mit anderen Berufsgruppen und ggf. Delegation

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Reflexion, Wahrnehmungsübungen zum Umgang mit eigenen Ängsten
- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiele
- Plenumsgespräche

6. Psychosoziale Aspekte.

(7/11 Unterrichtseinheiten)

6.1 Die Therapeuten-Patienten-Beziehung.

Die Entwicklung der medizinischen Technik, die Verwissenschaftlichung und Technologisierung der Medizin und die veränderte Sichtweise von Krankheitsentstehung und -bekämpfung haben eine Neugestaltung der Beziehung des Patienten zu seinen Therapeuten bewirkt. Therapeutisches Handeln vollzieht sich im Spannungsbogen von Nähe und Distanz, der Subjektivität des Patienten und der Objektivierbarkeit hoch technisierter Medizin. Viel mehr als früher muss eine kritische Reflexion und Überprüfung des eigenen Verhaltens sowohl vom Therapeuten als auch vom Patienten geleistet werden.

Basiswissen:

- Kenntnis der gängigen Kommunikationsmodelle
- Kenntnis hierarchischer Strukturen in Systemen

Fertigkeiten/Haltung:

- Akzeptanz von anderen Entscheidungsorientierungen des Patienten
- Bereitschaft, neben der funktionalen Ebene auch die personale Ebene zuzulassen

- Anerkennung des Rechtes des Patienten auf Autonomie und Selbstbestimmung

Methodik:

- Kurzvortrag
- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiele
- Reflexionsrunden

6.2 Wahrnehmung und Kommunikation.

Eine gelungene Kommunikation ist die Grundlage für jedes Patienten-Therapeuten-Verhältnis und damit Voraussetzung für die Symptomkontrolle, die Therapie, die Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen und für eine erfolgreiche Vernetzung im interdisziplinären Team. Grundlage jeder Kommunikation ist eine sensible und reflektierte Wahrnehmung, die zu der Einsicht führt, dass es keine absoluten Wahrheiten geben kann, sondern dass immer mehrere Wirklichkeitsauffassungen unsere Realität und unser Handeln bestimmen.

Basiswissen:

- Einblick in das Sender-Empfänger-Modell
- Übersicht über verbale und nonverbale Sprach-ebenen
- Grundlagen der wichtigsten Begriffe von Gesprächsanalysen

Fertigkeiten/Haltung:

- Gestaltung eines geeigneten „Settings“
- Reflexion über eigene Gewohnheiten im Gesprächsverhalten
- Entwicklung einer authentischen Gesprächskultur

Methode:

- Kurzvortrag zur Einführung in das Thema
- Übungen mit der Videokamera: Aufnahme eigener Kommunikationsmuster
- Wahrnehmungsübungen
- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiele

6.2.1 Das helfende Gespräch.

Gespräche zwischen Patient und Physiotherapeut haben in der Palliativmedizin große Bedeutung. Das Thema Tod provoziert sowohl beim Patienten als auch bei seinem Behandler eine hohe emotionale Dichte. Sprache sollte hier besonders behutsam eingesetzt werden.

Basiswissen:

- Kenntnisse der verschiedenen Gesprächsstrategien
- Umgang mit Gefühlen

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen der Möglichkeiten und Grenzen der Auffassung beim Patienten
- Zurückstellen der eigenen Wertung

- Authentisches Auftreten

Methode:

- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiele
- Überprüfung mit Videokamera
- Analysieren von Gesprächsbeispielen, Filmsequenzen

6.2.2 „Breaking bad news“.

Das Übermitteln schlechter Nachrichten ist in der Regel Aufgabe des Arztes und im Verlauf einer malignen Krankheit notwendig. Im physiotherapeutischen Kontext können das Verschwinden der Muskelkraft oder die Aufgabe der Mobilität als schlechte Nachrichten verstanden werden und müssen genauso einfühlsam kommuniziert werden wie alle anderen Nachrichten auch.

Basiswissen:

- Wissen um die Individualität von Reaktionen
- Kenntnisse der Prozesshaftigkeit in der Adaptation von „schlechten Nachrichten“

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen der Möglichkeiten und Grenzen der Auffassung beim Patienten
- Zurückstellen der eigenen Wertung
- Authentisches Auftreten

Methode:

- Kleingruppenarbeit
- Rollenspiele
- Überprüfung mit Videokamera
- Analysieren von Gesprächsbeispielen, Filmsequenzen

6.3 Familie und soziales Umfeld.

Die Familie und das soziale Umfeld können erheblichen Einfluss auf einen schwerkranken und sterbenden Menschen haben. Sie stellen eine wichtige Unterstützung in der Versorgung und Betreuung dar. So können die Angehörigen physiotherapeutische Maßnahmen wie Lagerung, Bewegungsübungen etc. durchführen.

Spannungen zwischen den Familienmitgliedern können sich nicht nur negativ auf den Patienten, sondern auf das ganze Team auswirken. Der Physiotherapeut sollte in jedem Fall akzeptieren, dass die Familie den Patienten am besten kennt, und sich respektvoll gegenüber verschiedenen Lebensformen und Partnerkonzepten verhalten.

Basiswissen:

- Einblicke in das „System Familie“ und in seine Kommunikationsstrukturen

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen der Psychodynamik der verschiedenen Beziehungen und deren Veränderung durch Krankheit und Sterben
- Wahrnehmung der familiären Kommunikationsstrukturen
- Erkennen der eigenen Grenzen, um nicht ungewollt in die Rolle des Familientherapeuten zu gelangen

Methodik:

- Kurzvortrag zur Einführung ins Thema
- Analysieren von Familiengenogrammen
- Rollenspiel zur Darstellung unterschiedlicher Familiensysteme
- Kleingruppenarbeit

6.4 Sexualität.

Zur Würde des Menschen zählt auch in Anbetracht von Krankheit und Sterben eine Privatsphäre, in der sexuelle Bedürfnisse geäußert werden dürfen. Dem entgegen steht die Prämisse, dass jeder Therapeut über genügend Kompetenz im Umgang mit sexuellen Übergriffen verfügen sollte.

Basiswissen:

- Kenntnis physischer und psychischer Störungen der Sexualität

Fertigkeiten/Haltung:

- Klarheit über die Wirkung der eigenen Rolle. Sie kann den Patienten hemmen oder stimulieren
- Wahrnehmung der Einstellung des Patienten zu seiner Körperwahrnehmung, seinem Körperbild und seiner Sexualität
- Respekt gegenüber verschiedenen Formen der Sexualität

Methodik:

- Kurzvortrag zum Thema
- Klärung der Rollen
- Gruppengespräch mit Reflexionsrunde

6.5 Trauer.

In der westlichen Zivilisation wird der Tod häufig nicht als natürliche Grenze eines menschlichen Lebens verstanden, sondern als Unfähigkeit der Medizin, das Leben zu retten. Die Trauer und Verzweiflung versucht der Mensch zu verbergen, nicht selten auch deshalb, um schnell wieder in die von außen geforderte Normalität zu gelangen. Trauer kann als Fähigkeit verstanden werden, Verluste zu integrieren.

Basiswissen:

- Kennen einzelner Trauermodelle und Trauerreaktionen
- Wissen über normale und pathologische Trauerabläufe

Fertigkeiten/Haltung:

- Frühzeitiges Anbieten von Trauerbegleitung bzw. Vermitteln an entsprechende Personen
- Eigene Ängste und Grenzen kennen
- Erkennen hemmender/pathologischer Verhaltens-

weisen und Anforderung von Hilfe anderer Berufsgruppen

- Zulassen von eigenen Trauerreaktionen

Methodik:

- Kurzvortrag zum Thema
- Gruppengespräche
- Rollenspiele
- Kleingruppenarbeit

6.6 Sozialberatende Maßnahmen.

Physiotherapeuten können ihre Arbeit und die Autonomie ihrer Patienten verstärken, indem sie Hilfsmöglichkeiten der Sozialdienste in jedem/r Hospiz, Palliativstation, Heim, Krankenhaus oder im häuslichen Umfeld oder der Gemeinde aufzeigen.

Basiswissen:

- Kenntnis des regionalen Netzwerks von Institutionen und Diensten
- Wissen über Hilfsmittel und ihre Beschaffung

Fertigkeiten/Haltung:

- Bereitschaft, im Umgang mit dem Sozialdienst und anderen Sozialinstitutionen für das Leitbild Palliative Care einzustehen und in der Zusammenarbeit danach zu handeln
- Erkennen der Fakten, die sozialberatende Maßnahmen notwendig machen
- Gemeinschaftliches Erarbeiten von Betreuungslinien

Methodik:

- Vortrag
- Arbeiten an Gesetzestexten und Vorschriften, die für das Arbeiten in der Palliativmedizin wichtig sind
- Plenumsgespräch

7. Ethische Aspekte.

(2/9 Unterrichtseinheiten)

7.1. Ethische Entscheidungsfindung.

Unter ethischer Entscheidungsfindung wird eine strukturierte Reflexion schwieriger Entscheidungen verstanden, um eine begründete Situationseinschätzung zu erhalten und zur Lösung von Problemen beizutragen.

Basiswissen:

- Verständnis für ethische Fragen und Entscheidungsprozesse (z. B. ethische Fallbesprechung)

Fertigkeiten/Haltung:

- Entwickeln/Begründen/Diskutieren einer angemessenen Lösung eines ethischen Problems
- Einblick in Fähigkeit, eigene moralische Entscheidungen zu treffen, bereits gefällte Entscheidungen kritisch zu reflektieren und ggf. aus ethischen Gründen zu revidieren

Methodik:

- Vortrag
- Plenumsgespräch
- Kleingruppenarbeit

7.2 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, rechtliche Fragen.

Jeder Patient kann heute mittels einer Patientenverfügung und einer Versorgungsvollmacht seine Wünsche und Vorstellungen niederlegen bzw. eine Person seines Vertrauens benennen, die seine Meinung vertreten soll. Es herrscht noch keine einheitliche juristische Meinung darüber, inwieweit sich Ärzte und das palliative Team tatsächlich an die niedergelegten Wünsche eines Patienten halten müssen.

Basiswissen:

- Kenntnis der Rechtslage
- Kenntnis über die Institutionen, bei denen man Informationen und Unterlagen erhält

Fertigkeiten/Haltung:

- Reflexion über eigene Vorstellung hinsichtlich dieses Themas
- Vermitteln von Kontakten, wenn der Patient sich an den Physiotherapeuten wendet

Methodik:

- Kurzvortrag
- Plenumsgespräch

8. Spirituelle und kulturelle Aspekte.

(5/4 Unterrichtseinheiten)

8.1 Spiritualität.

Spiritualität lässt sich nicht mit einer einzigen Definition beschreiben. Spirituelles Denken und Handeln ist sowohl Teil von Religiosität und Konfessionalität als auch einer geistigen Haltung jenseits der Kirchen und Weltreligionen. Spiritualität kann als Urbedürfnis des Menschen gesehen werden, welches in Anbetracht des Todes eine neue und einzigartige Dimension entfalten und die Frage nach dem individuellen Lebenssinn beantworten kann. Physiotherapeuten sollten in aller Ruhe prüfen, welche Position für ihr eigenes Leben stimmig ist und aus welcher geistigen Haltung heraus sie diese Arbeit tun.

Basiswissen:

- Kenntnis über die Begriffe Religiosität, Glauben und Kirchenzugehörigkeit
- Versuch einer Begriffsdefinition Spiritualität

Fertigkeiten/Haltung:

- Wille zur Selbstreflexion
- Einbeziehung spiritueller Ressourcen in den therapeutischen Prozess

- Fähigkeit, eigener Spiritualität Ausdruck zu verleihen

Methodik:

- Impulsvortrag
- Film zum Thema
- Plenumsgespräch
- Selbsterfahrung/Reflexion
- Kleingruppenarbeit

8.2 Bedeutung von Ritualen.

Um Spiritualität zu leben oder auszudrücken, sind Rituale hilfreich und sinnvoll. Sie helfen, andere Lebensphasen einzuleiten und neu zu ordnen.

Basiswissen:

- Kenntnis von tradierten und neuen Ritualen und ihrer Bedeutung
- Wissen um die Wirksamkeit, diese in den therapeutischen Prozess zu integrieren

- Wissen über andere Angebote (Trauergruppen, Gemeindeseelsorge)

Fertigkeiten/Haltung:

- Bereitschaft zur Selbstreflexion
- Nicht wertendes Verhalten gegenüber dem Patientenwunsch nach spirituellen/religiösen Ritualen
- Wissen um Rituale zur Integration in den therapeutischen Prozess

Methodik:

- Impulsvortrag
- Film zum Thema
- Plenumsgespräch
- Selbsterfahrung/Reflexion
- Kleingruppenarbeit

9. Selbsterfahrung und allgemeine Aspekte.

(4/0 Unterrichtseinheiten)

9.1 Team und andere (externe) Berufsgruppen.

Palliativmedizin erfordert das multidisziplinäre Team, um eine ganzheitliche Behandlung zu gewährleisten. Dazu zählen Ärzte, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger und Ehrenamtliche mit verschiedenen Arbeitseinsätzen. Aufgabenbereiche und Kompetenzen müssen klar geregelt sein. Wichtige Steuerungsmerkmale gut funktionierender Teams sind: Respekt, partnerschaftliches Arbeiten, klare Zielkonstruktionen, offene Kommunikation und kreativer Umgang mit Konflikten und deren Lösungen. In bestimmten Situationen ist auch die Unterstützung seitens eines erfahrenen Supervisors im Hinblick auf Konfliktprävention oder Einzelfallsupervision von großer Wichtigkeit und kann von allen im Team angefragt werden.

Basiswissen:

- Wissen um gruppendynamische Faktoren
- Kenntnis organisatorischer Aspekte von multidisziplinärer Teamarbeit
- Kenntnis unterstützender Maßnahmen für das Team

Fertigkeiten/Haltung:

- Bereitschaft zur Selbstreflexion
- Fähigkeiten, die eigene Kompetenz wahrzunehmen und zu artikulieren
- Erfassen der Möglichkeiten und Probleme wie z. B. Überschneidung von Kompetenzbereichen innerhalb eines multidisziplinären Teams
- Fähigkeiten, zu delegieren, zu koordinieren und arbeitsteilig zu arbeiten
- Umgang mit Konfrontation

Methodik:

- Impulsvortrag
- Plenumsgespräch
- Selbsterfahrung/Reflexion
- Gruppenarbeit
- Fallbesprechung und Supervision

9.2 Stressmanagement und Bewältigungsstrategie.

Die Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patienten bringt eine starke Belastung mit sich, auf die jeder Physiotherapeut angemessen reagieren sollte. Das Kennen der eigenen Belastbarkeit ist wichtig.

Basiswissen:

- Kenntnis der allgemeinen und individuellen Stressfaktoren
- Kenntnis eigener Bewältigungsstrategien

Fertigkeiten/Haltung:

- Erkennen des persönlichen Stressmusters
- Achtung eigener und fremder Belastungsgrenzen
- Erfassen und Einbeziehen der unterstützenden Funktion von Teamarbeit
- Rechtzeitig Fremdhilfe nutzen

Methodik:

- Selbsterfahrung/Reflexion
- Gruppenarbeit
- Fallbesprechung und Supervision

10. Literaturverzeichnis.

- Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. vollständig überarb. u. erw. Auflage, Schattauer, Stuttgart 2006
- Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 3 Palliativmedizin – Verpflichtung zur Interdisziplinarität, Schattauer, Stuttgart 2000
- Babaneck, A.: Wenn Sterbende aufhören zu sprechen. In: Böke et al. (Hrsg.). Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt. Motivation – Schutzräume – Problemfelder, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2002
- Bausewein, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin, Urban & Fischer, München, Jena 2004
- Bender, S.: Teamentwicklung: Der effektive Weg zum „Wir“, dtv, München 2002
- De Shazer, S.: Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie, 2. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1990
- Egidi, K.; Boxbüchner, M. (Hrsg.): Systemische Krisenintervention, Forum 31, Tübingen 1996
- Eurich, C.: Spiritualität und Ethik. Auf einem Weg zu einem Ethos des Einsseins, Kreuz, Stuttgart 2003
- Ewald, G.: Nahtoderfahrungen, Topos plus, Kevelear 2006
- Ewald, G.: Gehirn, Seele und Computer – Der Mensch im Quantenzeitalter, WBG (Wissenschaftliche Buchgesellschaft), Darmstadt, 2006
- Grönemeyer, D.: Mensch bleiben, High-Tech und Herz – eine liebevolle Medizin ist keine Utopie, Herder, 3. Aufl. 2003
- Höffe, O.: Medizin ohne Ethik?, Edition Suhrkamp, Frankfurt am Main 2002
- Husebø, S.; Klaschik, E.: Palliativmedizin, Grundlagen und Praxis, 4. Auflage, Springer, Heidelberg 2006
- Katamay, A.: Diplomarbeit. Das Thema Tod und Sterben in der Physiotherapie. Wie gehen Studenten damit um? Akademie für Physiotherapie Wels, Eigenverlag 2003
- Kern, M.: Palliativpflege – Richtlinien und Standards, Pallia Med Verlag, Bonn 2006
- Kern, M.; Müller, M.; Aurnhammer, K. (Hrsg.): Basiscurriculum Palliative Care, Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen, Reihe Palliative Care Band 2, Pallia Med Verlag, Bonn 2004
- Kirchner, P.: Die Ängste von Physiotherapieschülern vor und während der Behandlung schwerkranker Patienten. Zeitschrift für Physiotherapeuten, Pflaum, München 1998
- Klaschik, E.: Obstipation Symptome in der Palliativmedizin, Schlütersche, Hannover 2003
- Kojer, M.: Alt, krank und verwirrt. Einführung in die palliative Geriatrie, Lambertus, Freiburg im Breisgau 2002
- Kostrzewa, S.; Kutzner, M.: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung, Hans Huber, Bern 2002
- Kraus, S.: Bachelorarbeit. Physiotherapie in der Palliativmedizin, Fachhochschule Hildesheim, Eigenverlag 2006
- Läpple, V.; Menzel, F. (Hrsg.): Sterbende und ihre Angehörigen begleiten, ein Praxisbuch für Gemeinden, Spener, Frankfurt am Main 2002
- LeShan, L.: Diagnose Krebs – Wendepunkt und Neubeginn, Klett-Cotta, 2. Aufl., Stuttgart 1993
- Medicus, E.: „Hospiz“ – „Palliativ“ Ein Beitrag zur Begriffsbestimmung. www.hospiz.at, 4.4.2006

Mehne, S.: Systemische Physiotherapie für langzeit-, schwer- und todkranke Patienten, In: Mehne, S.; Haupter, L.: Vom Tun und Lassen, Grundlagen der Systemischen Physiotherapie – SYS PT®, Pflaum, München 2002

Mehne, S.: Weltenwechsel, Wenn Eltern alt werden, vom Leben und Sterben mit Alzheimer, KiWuB, Mühlthal 2000

Mehne, S.: Winterfell, Ein Roman über die Schwierigkeiten einer jungen Familie mit der Krankheit Krebs, Wiesenburg, Schweinfurt 2005

Müller, M.: Dem Sterben Leben geben, Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 2004

Müller, M. u. Schnegg, M.: Der Weg der Trauer, Herder Spektrum, Freiburg 2004

Nieland, P.: Physiotherapie in der Palliativmedizin, Zeitschrift für Physiotherapeuten, Pflaum, München 1998

Nieland, P.: Einsatz der Physiotherapie in der Schmerzbehandlung, Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer, Stuttgart 2000

Nieland, P.: Physiotherapie in der Palliativbetreuung, Zeitschrift der dipl. Physiotherapeuten Austria Nr. 3, Physioaustriaverlag Wien, Wien 2005

Nieland, P., Schönleiter, W.: Physiotherapie und physikalische Therapie, In: Aulbert, Nauck, Radbruch: Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart 2007

Pribil, U.: Die letzten Stunden – sterbende Menschen begleiten und pflegen. In: Pleschberger, S. et al. (Hrsg.): Palliativpflege, Grundlagen für Praxis und Unterricht, Facultas Universitätsverlag, Wien 2005

Schnellnberger, M. u. Haunschmied, E.: Diplomarbeit Physiotherapie in der Palliativmedizin, Akademie für Physiotherapie Steyr, Eigenverlag 2003

Schulz von Thun, F.: Miteinander reden, Bd. 1, Störungen und Klärungen, rororo, Reinbek bei Hamburg 1991

Schweizer, J. u. Von Schlippe, A.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck & Ruprecht, Stuttgart 2000

Simader, R.: Die Rolle von Tod und Sterben in der Ausbildung zur PhysiotherapeutIn. Ein Interview, Inform – Zeitschrift von Physio Austria, Nr. 3, Wien 2005

Simader, R.: Die Rolle von Tod und Sterben in der Ausbildung zur Physiotherapeutin, Zeitschrift für Physiotherapeuten, Pflaum, München 2005

Simon, F.B., Weber, G.: Vom Navigieren beim Driften, Post aus der Werkstatt der systemischen Therapie, Carl-Auer, Heidelberg 2004

Tanzler, M.: Wenn der Tod eingetreten ist. In: Pleschberger, S. et al. (Hrsg.): Palliativpflege, Grundlagen für Praxis und Unterricht, Facultas Universitätsverlag, Wien 2002

Terkel, S.: Gespräche um Leben und Tod, Grenzerfahrungen, Ängste, Wünsche und Hoffnungen, A. Kunstmann, München 2002

Autoren:

Sabine Mehne:

Physio- und Familientherapeutin a. D., Autorin, Mitglied des AK Physiotherapie in der DGP, Mitglied des Netzwerks Nahtoderfahrung e.V.

Peter Nieland:

Leitender Physiotherapeut im Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Referent, Sprecher des AK Physiotherapie der DGP, Beiratsmitglied Landesverband NRW des ZVK, Gesundheitstrainer am Zentrum für naturheilkundliche Forschung TU-München, Prüfungsberechtigter für Physiotherapie in der Palliativmedizin FH Hildesheim.

Rainer Simader:

Physiotherapeut, Lehrtherapeut für Physiotherapie an der Akademie für Physiotherapie Wels, Österreich, Tanz- und Ausdruckstherapeut, Mitglied des AK Physiotherapie in der DGP.

5. Qualifikation in der Sterbebegleitung. Aufbaukurs Seelsorge.

P. Victor Gisbertz,
Wolfgang Heinemann,
Rainer Hintzen,
Ulrich Lilie,
Elisabeth Rudnick,
Paul Timmermanns

Inhaltsverzeichnis.

Einführung	170
Ausgangspunkt und Zielgruppe	170
Aufbau und Textstruktur	171
Hinweise zur Durchführung	172
Text des Curriculum-Entwurfes	173
1. BEGEGNUNGSFELD: „EIGENE GLAUBENS- UND LEBENSGESCHICHTE“	174
1.1 Spannungsfeld „Erlebte Kränkung und verheißenes Heil“	174
1.2 Spannungsfeld „Leid erfahren und Leid vergessen“	175
1.3 Spannungsfeld „Hilfsbereitschaft und Hilflosigkeit“	176
2. BEGEGNUNGSFELD „KIRCHE ALS AUFTRAGGEBERIN“	177
2.1 Spannungsfeld „Seelsorge aus Selbstentschluss oder Beauftragung“	177
2.2 Spannungsfeld „Autonomie und Auftrag“	178
2.3 Spannungsfeld „Seelsorgerische Professionalität und Ämterlehre als Grundlage der kirchlichen Beauftragung“	179
3. BEGEGNUNGSFELD: „PATIENTIN UND PATIENT“	180
3.1 Spannungsfeld „Lebensfülle und Einbruch der Krankheit“	180
3.2 Spannungsfeld „Widersprüchlichkeit und Eindeutigkeit“	182
3.3 Spannungsfeld „Verstehen und Befremden“	183
4. BEGEGNUNGSFELD: „SOZIALES UMFELD DES PATIENTEN“	184
4.1 Spannungsfeld „Auseinandersetzung mit der Wahrheit und die Vermeidung dieser Auseinandersetzung“	184
4.2 Spannungsfeld „Der kranke Einzelne und die gekränkte Umgebung“	186
4.3 Spannungsfeld „Trauer des Einzelnen und Trost der Gemeinschaft“	188
5. BEGEGNUNGSFELD: „INSTITUTIONEN ALS/IM ARBEITSFELD“	190
5.1 Spannungsfeld „Seelsorge zwischen Kooperation und Konfrontation“	190
5.2 Spannungsfeld „Würde der Person und Sachzwänge der Institution“	192
5.3 Spannungsfeld „Institution und Gemeinde“	193
6. BEGEGNUNGSFELD: „GESELLSCHAFT“	195
6.1 Spannungsfeld „Todesvergessenheit und Endlichkeitsbewusstsein“	195
6.2 Spannungsfeld „Der tote Mensch als Sache oder als Person“	196
6.3 Spannungsfeld „Der christliche Glaube in einer säkularen und multikulturellen Gesellschaft“	198

Einführung.

Ausgangspunkt und Zielgruppe.

Das vorliegende Curriculum basiert auf einem fächerübergreifenden Grundkurs¹, dessen Lernziel die „Entdeckung und Entwicklung eines authentischen persönlichen Konzeptes der Sterbebegleitung“² vorsieht. Demzufolge liegt das Hauptziel des Aufbaukurses schwerpunktmäßig „in Erwerb und Entfaltung eines fach- und berufsspezifischen Konzeptes zur Sterbebegleitung“³. Im Aufbaukurs Seelsorge geht es daher neben den Fragen einer mitmenschlichen Grundkompetenz von Begleitung besonders um eine differenzierte Fachkompetenz und das professionelle Selbstverständnis. Der Aufbaukurs Seelsorge vermittelt das berufsständige Konzept, das notwendiges Fachwissen mit entsprechenden Handlungsangeboten verbindet.

Wie kaum in einer anderen Lebenssituation wird der Seelsorge auch in einer säkularisierten und multikulturellen Gesellschaft im Zusammenhang mit Sterben, Tod und Trauer eine beinahe selbstverständliche Zuständigkeit eingeräumt. Selbst wenn z. B. innerhalb des Bestattungswesens eine Tendenz zum kirchlichen Bedeutungsverlust erkennbar wird, scheint für viele, auch der Kirche Fernstehende oder Entfremdete bei der Bewältigung

der Ereignisse um den Tod eines Menschen herum die Seelsorge der natürliche Ansprechpartner. Ihre Sinn- und Hoffnungsangebote im Blick auf das gelebte Leben und eine Zukunft nach dem Tod und ihre liturgisch-rituellen Traditionen scheinen noch immer vielen Betroffenen und vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen eine Bewältigungshilfe.

Für viele gilt die herkömmliche Logik: Wenn die Medizin an ihre Grenzen kommt, ist die Seelsorge gefragt.

Jahrzehntelange Entwicklungen im Bereich der Krankenhausseelsorge und Grundprinzipien der Hospizbewegung haben dazu beigetragen, den Ort der Seelsorge innerhalb der Sterbebegleitung anders zu gewichten:

Sie reduziert sich nicht auf die Funktion, den ärztlichen Dienst am Lebensende eines Patienten abzulösen und die Zeit des Übergangs mit „Rites de passages“ zu gestalten, sondern versteht sich als komplementärer Gesprächspartner für Betroffene und andere Dienste im Gesundheitswesen in der Zeit der Krankheit, des Sterbens, des Todes und der Trauer. Die Trauerpastoral, die sich lange Zeit auf liturgische und kerygmatische (verkündigende) Vollzüge beschränkt hat, gewinnt erfreulicherweise auch in den Gemeinden immer mehr die Gestalt einer begleitenden Gesprächsseelsorge, die ein langfristiges Trauergeleit als notwendige „diakonische“ Ergänzung betrachtet.

¹ Wolfgang Heinemann. Qualifikation hauptamtl. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Sterbebegleitung. Fächerübergreifender Grundkurs 1997 (erhältlich über ALPHA Rheinland, v. Hompesch-Str. 1, 53123 Bonn)

² ebenda S. 13

³ ebenda S. 14

Bei der Erarbeitung des vorliegenden Curriculum-Textes für die „Seelsorge in der Sterbebegleitung“ war es den Autoren ein besonderes Anliegen, nicht nur von einzelnen Inhalten oder Methoden seelsorglichen Handelns in der Sterbebegleitung auszugehen, sondern möglichst vielseitig den Ort zu bestimmen und die Rahmenbedingungen zu erfassen, die dieses Aufgabenfeld prägen.

Eine wichtige Voraussetzung fand sich im Auftrag zur Erstellung dieses Textes: Als Ziel war vorgegeben, ein Konzept für die Berufsgruppe der (hauptamtlichen) Seelsorgerinnen und Seelsorger im Arbeitsfeld Sterbe- und Trauerbegleitung zu erstellen. Die Autoren haben es nicht als ihre spezifische Aufgabe betrachtet, nur die allgemeine „spirituelle Dimension“ der Sterbebegleitung, wie sie in der modernen Hospizbewegung im Rahmen einer „ganzheitlichen Versorgung“ der Betroffenen immer wieder gefordert wird, zu beschreiben. Unbestritten nehmen andere Berufsgruppen und die ehrenamtlich Mitarbeitenden „spirituelle Aspekte“ wahr – was auch ausdrücklich in den curricularen Entwürfen zum Grundkurs (1.6; 2.8; 2.9), zur Pflege (Pall. Care 3.1–3.3) und Sozialarbeit (2.4) thematisiert wird. Aber ebenso wenig, wie jemand allein dadurch Sozialarbeiter wird, dass er psychosoziale Bedürfnisse von Betroffenen wahrnimmt und vielleicht sogar adäquate Hilfen anbieten kann, ist jemand Seelsorger, weil er spirituelle Wünsche von Patienten oder Angehörigen sieht und ihnen nachkommt. Der Ausgangspunkt und das Selbstverständnis der Seelsorgerin oder des Seelsorgers in der Sterbebegleitung ist zumindest formal anders: Ihre Aufgaben sind nicht alleine von ihrer eigenen Spiritualität, ihrer theologischen Eignung, den spirituellen Bedürfnissen der Betroffenen, den „Delegationen“ anderer Mitarbeitender oder (im Krankenhaus, Altenheim, Hospiz etc.) vom Auftrag des institutionellen Arbeitsfeldes bestimmt, sondern von ihrer amtlichen Beauftragung durch die Kirche oder Glaubensgemeinschaft, die sie vertreten. Kompetenz bedeutet insofern nicht nur fachlich und menschlich zum Dienst befähigt zu sein, sondern auch zuständig und beauftragt zu sein. Diese Bindung an eine amtliche Beauftragung impliziert eine Reihe von Chancen und Spannungsfeldern, die für die Entwicklung des vorliegenden Curriculums maßgeblich waren:

1. Eine einzelne Person kann sich nicht selbst als Seelsorgerin oder Seelsorger beauftragen noch von einer amtlich nicht befugten einzelnen Person oder Institution zu diesem Dienst autorisiert werden. Dies machte es notwendig, im Seelsorgecurriculum nicht nur die persönliche Motivation (vgl. 1. Begegnungsfeld „Eigene Glaubens- und Lebensgeschichte“) zu berücksichtigen, sondern auch die beauftragende Organisation (vgl. 2. Begegnungsfeld „Kirche als Auftraggeberin“) mit den entsprechenden Spannungsfeldern (z. B. Spannungsfeld 2.1: „Seelsorge aus Selbstentschluss oder Beauftragung“) zu reflektieren.
2. Das bedeutet zugleich, dass die Seelsorgerin oder der Seelsorger nicht alleine sich selbst vertreten, sondern immer auch die Gemeinschaft und den Glauben, aus dem heraus sie beauftragt sind (vgl. Spannungsfeld 2.2: „Autonomie und Auftrag“).
3. Aus dem doppelten Begriff von Kompetenz als „amtlicher Zuständigkeit“ und „fachlich-menschlicher Fähigkeit“ kann sich eine in der Praxis oft problematische Kluft entwickeln, dass einzelne menschlich und professionell sehr fähige Mitarbeiter ohne Auftrag einzelnen beauftragten Seelsorgern gegenüberstehen, denen es an fachlicher Kompetenz mangelt (vgl. Spannungsfeld 2.3: „Seelsorgliche Professionalität und Ämterlehre als Grundlage der kirchlichen Beauftragung“).
4. Für Seelsorge, die in „kategorialen Bereichen“ (z. B. im Krankenhaus) angesiedelt ist, impliziert dieses Amtsverständnis eine besondere strukturelle Stellung: Die Position der Seelsorge fügt sich nicht nahtlos in das organisatorische Gefüge des Arbeitsfeldes ein, sondern steht der Organisation auch gegenüber. Es begegnen sich – zugespitzt gesagt – in diesem Bereich nicht eine Person und eine Institution, sondern zwei Organisationen. Die Rückbindung an den kirchlichen Auftraggeber gibt der Seelsorge damit Verpflichtungen und Freiheiten, die im Begegnungsfeld 5 „Institutionen als/im Arbeitsfeld“ Beachtung finden. Die entsprechenden Spannungsfelder (5.1 „Seelsorge zwischen Kooperation und Konfrontation“, 5.2 „Würde der Person und Sachzwänge der Institution“ und 5.3 „Institution und Gemeinde“) weisen schon vom Titel darauf hin, dass „gewissenhafte“ Seelsorge auch institutionskritische Funktionen beinhaltet.

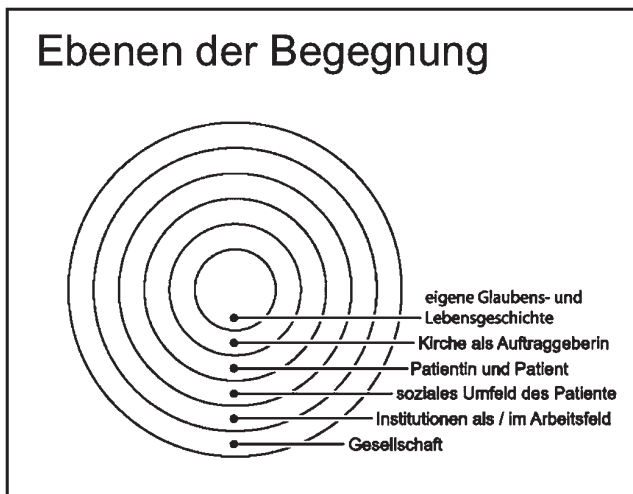
Es ist den Verfassern dieses Curriculums bewusst, dass diese Grundannahmen als eine Reduktion auf christlichen Glauben und Kirchlichkeit oder überzogener Formalismus kritisiert werden können. Es soll damit auch keineswegs bestritten werden, dass lebendige spirituelle Begleitung auch außerhalb dieses Amtsverständnisses und außerhalb der kirchlichen oder christlichen Traditionen stattfinden kann. Für die hier zu leistende Aufgabe aber mussten die aktuellen konfessionellen, kirchen- und berufspolitischen Gegebenheiten mit ihren Chancen und Grenzen berücksichtigt werden, um nicht an der Realität vorbei zu planen.

Aufbau und Textstruktur.

Ähnlich wie der „Fächerübergreifende Grundkurs“ ist das Curriculum nach „Begegnungsfeldern“ gegliedert, die gewissermaßen als ein Wachstumsprozess „von innen nach außen“ angelegt sind: Zentrum ist die eigene „Glaubens- und Lebensgeschichte“, die die persönlichen und biogra-

fischen Beweggründe für das seelsorgliche Engagement in der Sterbe- und Trauerbegleitung thematisiert. Als zweites, formales Motivationselement schließt sich das Themenfeld der kirchlichen Beauftragung an. Es folgen die beiden Ebenen der unmittelbar Betroffenen (Patientin bzw. Patient und der Angehörigen), der Betrachtung ihrer Situation, Erlebniswelt und Bedürftigkeiten. Die institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bilden die beiden Außenkreise, die den nicht unwichtigen Hintergrund für das seelsorgliche Handeln darstellen.

Den einzelnen dieser sechs Begegnungsfelder sind jeweils drei Spannungs- oder Konfliktfelder zugeordnet, innerhalb derer sich seelsorgliche Sterbe- und Trauerbegleitung vorfindet und bewegt. Die Entscheidung für eine Untergliederung in „Spannungsfelder“ weist nicht nur auf die oft konfliktreichen Praxiserfahrungen von Seelsorge in der Sterbebegleitung hin, sondern auch auf eine Hauptintention des Kurses: diese Spannungsfelder wahrzunehmen und ernst zu nehmen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und Stellung zu beziehen. Daher werden im Text die Konfliktfelder in ihren Polen unter den Stichworten „einerseits“ und „andererseits“ zunächst beschrieben. Die anschließend genannten „Bewältigungsstrategien“ skizzieren – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einen mehr oder weniger geeigneten Umgang mit dem Konfliktfeld. Die einzelnen „Strategien“ wollen dabei nicht als Empfehlungen, sondern als Verhaltensbeschreibungen verstanden werden, die zur Auseinandersetzung einladen; in vielen Fällen verhalten sich die einzelnen Strategien zueinander nicht exklusiv, sondern komplementär oder – im Sinne eines Entwicklungsprozesses in der Bewältigung – progressiv. Das Curriculum gibt damit keine Themen vor, die zu behandeln sind, noch fertige Problemlösungen, sondern will die Auseinandersetzung und die Entwicklung von Konfliktkompetenz durch differenzierte Konfliktwahrnehmung, Zuordnung von Konfliktanteilen, Entwicklung, Prüfung und Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten oder evtl. das Aushalten von Unlösbarkeiten anregen.



Diesem Ansatz entspricht im Bereich der Lernzielbestimmung die Betonung von Haltungen und Einstellungen sowie der Fertigkeiten und Fähigkeiten: Es geht nicht um bloßes Sachwissen, sondern um die Förderung von Konfliktkompetenz durch Reflexion von Haltungen und evtl. notwendigen Verhaltensänderungen. Entsprechend sind die im Text genannten „Quellen“, die „Biblische Texte“, „Theologische Themenfelder“, „Humanwissenschaftliche Themen“ und „Literaturhinweise“ umfassen, nur Beispiele und Anregungen für Kursleitung und Kurs, die zur Auseinandersetzung, Ergänzung, Weiterentwicklung oder zum Eigenstudium einladen.

Auch hier versteht sich der Entwurf als „offenes Curriculum“ und keineswegs als abgeschlossen, sondern möchte zum Weiterdenken anregen.

Hinweise zur Durchführung.

Die Autoren haben bewusst darauf verzichtet, einen genauen Zeitrahmen für die Umsetzung der einzelnen Themen vorzugeben, da prozessorientiertes Lernen sehr vom Entwicklungsstand der einzelnen Teilnehmenden, ihren Fragestellungen und Bedürfnissen und der Konstellation in der Kursgruppe abhängt. Empfohlen wird, aus jedem Begegnungsfeld mindestens ein Spannungsfeld auszuwählen und in einem Block von ca. 4 bis 5 Stunden zu behandeln.

Bei der Ausschreibung ist eine möglichst präzise Formulierung der Zielgruppe für die Zusammensetzung der Kursgruppe sinnvoll. Von den Autoren dieses Curriculums ist an einen Teilnehmerkreis von solchen Personen gedacht, die sich

- auf der Grundlage eines theologischen Fach- bzw. Hochschulstudiums
- mit kirchlicher Beauftragung zur (hauptamtlichen) Seelsorge
- mit (geplanter) Einbindung in seelsorgliche Handlungsfelder
- mit der Sterbe- und Trauerbegleitung (in Gemeinden und Einrichtungen des Gesundheitswesens)
- mit der eigenen Glaubens- und Lebensgeschichte, den Bedürfnissen, den Betroffenen und den strukturellen Rahmenbedingungen für die Tätigkeit „Seelsorge in der Sterbe- und Trauerbegleitung“ auseinandersetzen und weiterqualifizieren wollen

Die Kursgruppe sollte nicht mehr als 16 Personen umfassen.

Autoren-Arbeitskreis

Zur Erarbeitung dieses Teilcurriculums konstituierte sich unter Federführung von Paul Timmermanns ein Arbeitskreis von Vertretern der Evangelischen und der Katholischen Kirche. Bei der Zusammensetzung des Kreises war die Idee leitend, auf ökumenischer Ebene Fach- und Erfahrungskompetenz aus dem Arbeitsfeld Seelsorge in der Sterbebegleitung und dem Bereich entsprechender Fortbildung zur Erarbeitung eines curricularen Entwurfes zu bündeln. Im Einzelnen wirkten in diesem Arbeitskreis mit:

P. Victor Gisbertz O.P., Leiter des Referates Krankenhausseelsorge/Seelsorge für Pflegeberufe im Erzbistum Köln

Wolfgang Heinemann, Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei ALPHA Rheinland

Pfr. Rainer Hintzen, Seelsorger an der Universitätsklinik Köln und Beauftragter für Hospizarbeit im Erzbistum Köln

Pfr. Ulrich Lilie, Seelsorger im Hospiz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf (als Vertreter für die Landeskirche Rheinland)

Elisabeth Rudnick, Psychologin und Seelsorgerin im Krankenhaus Bochum (als Vertreterin der Evangelischen Landeskirche Westfalen)

Paul Timmermanns, dipl. theol., dipl. phil., Dozent für Ethik, Kommunikation und Prozessbegleitung im Sozial- und Gesundheitswesen

Text des Curriculum-Entwurfes.

Themenkatalog:

1. Begegnungsfeld „Eigene Glaubens- und Lebensgeschichte“

- 1.1 Spannungsfeld „Erlebte Kränkung und verheißenes Heil“
- 1.2 Spannungsfeld „Leid erfahren und Leid vergessen“
- 1.3 Spannungsfeld „Hilfsbereitschaft und Hilflosigkeit“

2. Begegnungsfeld „Kirche als Auftraggeberin“

- 2.1 Spannungsfeld „Seelsorge aus Selbstentschluss oder Beauftragung“
- 2.2 Spannungsfeld „Autonomie und Auftrag“
- 2.3 Spannungsfeld „Seelsorgliche Professionalität und Ämterlehre als Grundlage kirchlicher Beauftragung“

3. Begegnungsfeld „Patientin und Patient“

- 3.1 Spannungsfeld „Lebensfülle und Einbruch der Krankheit“
- 3.2 Spannungsfeld „Widersprüchlichkeit und Eindeutigkeit“
- 3.3 Spannungsfeld „Verstehen und Befremden“

4. Begegnungsfeld „Soziales Umfeld des Patienten“

- 4.1 Spannungsfeld „Auseinandersetzung mit der Wahrheit und Vermeidung dieser Auseinandersetzung“
- 4.2 Spannungsfeld „Der kranke Einzelne und die gekränkte Umgebung“
- 4.3 Spannungsfeld „Trauer des Einzelnen und Trost der Gemeinschaft“

5. Begegnungsfeld „Institutionen als im Arbeitsfeld“

- 5.1 Spannungsfeld „Seelsorge zwischen Kooperation und Konfrontation“
- 5.2 Spannungsfeld „Würde der Person und Sachzwänge der Institution“
- 5.3 Spannungsfeld „Institution und Gemeinde“

6. Begegnungsfeld „Gesellschaft“

- 6.1 Spannungsfeld „Todesvergessenheit und Endlichkeitsbewusstsein“
- 6.2 Spannungsfeld „Der tote Mensch als Sache oder als Person“
- 6.3 Spannungsfeld „Der christliche Glaube in einer säkularen und multikulturellen Gesellschaft“

1. BEGEGNUNGSFELD: „EIGENE GLAUBENS- UND LEBENSGESCHICHTE“.

1.1 Spannungsfeld „Erlebte Kränkung und verheißenes Heil“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
1.1	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einanderseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • der Kranke fühlt sich überwältigt, als Opfer seiner Erkrankung und heillos ausgeliefert • der Kranke erlebt die Krankheit als Einbruch in seine Unversehrtheit, seine Verfügungsfreiheit und seine Identität <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verheißung einer heilen Welt • Sehnsucht nach Unversehrtheit • Streben nach Heilssicherheit <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Regression</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht-wahrhaben-Wollen der Krankheit • Reduktion auf den Defekt und eine „reparierende“ Pflege und Medizin • Ausgeliefertsein an eigene Fantasien von Ohnmacht und Allmacht • Krankheit als Feind <p>2. Depression</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Krankheit wird als gegnerische Übermacht gesehen, die zu Niedergeschlagenheit, Verstimmung und zum Zweifel an den eigenen Kräften führt <p>3. Aggression</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Krankheit zwingt zu Auseinandersetzung • die Vielschichtigkeit des Krankheitserlebens wird sichtbar • die Krankheit offenbart den Konflikt <p>4. Integration</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Krankheit wird als eine Herausforderung an den ganzen Menschen verstanden • die Krankheit kann als Botschaft verstanden werden. • die Krankheit kann zur Identität des Kranken beitragen. 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft, die Krankheit als einen Prozess zu sehen • Achtsamkeit für Akzentverschiebungen in der Auseinandersetzung mit der Krankheit • Bereitschaft, der Krankheit in der Haltung des Lernenden zu begegnen • Achtsamkeit und Respekt vor den eigenen Grenzen und Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit den Grenzen und Möglichkeiten des Betroffenen • Anerkennung von Reduktion und Amplifikation als Ressourcen in der Auseinandersetzung mit Krankheit <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Versagen und Verheißung unterscheiden können und damit rechnen, dass dem Versagen eine Verheißung innewohnen kann • die Auseinandersetzung mit der Krankheit beobachten und typische Stadien benennen können • Krankheit und Gekränktheit (Befund und Befindlichkeit) in ihrem Zusammenhang erkennen und ihre Unterschiedlichkeit aufzeigen • Empathie als hilfreiche Begleitung auf dem Weg der Krankheit entwickeln können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frage des Täufers (Lk 7,18–23) • Nachfolge und Selbstverleugnung (Lk 9, 23–27) Leidensankündigung Jesu und Reaktion des Petrus (Mt 16,21–23) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erbsünde • eschatologischer Vorbehalt zwischen dem Schon-jetzt und dem Noch-nicht. <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstexploration • Krankenbeobachtung • Befindlichkeitsanalyse <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Juchli, L., Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit • Kierkegaard, S., Die Krankheit zum Tode • Rahner, K., Schriften zur Theologie III, 75–104 • Simonton, O.G., Wieder gesund werden • Teegen, F., u.a., Sich ändern lernen • Tillich, P., Auf der Grenze • Zorn, F., Mars

1.2 Spannungsfeld „Leid erfahren und Leid vergessen“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
1.2	<p>KONFLIKT</p> <p><i>einerseits:</i> Das Pathische: Einfühlung in das eigene Leid und das Leid des anderen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitleiden: sich das Leid des anderen zu eigen machen • Sympathie: Identifikation mit dem Leidenden • Lebensskriptbotschaft: „Es darf mir nicht gut gehen!“ <p><i>andererseits:</i> Das Apathische:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lähmung durch Leiderfahrung: das Leid des anderen von sich fern halten (Distanz) • Gefühllosigkeit dem Leidenden gegenüber • dem Leidenden die Schuld für sein Leiden und evtl. das Leiden anderer zuschieben • „Gesundheit als höchstes Glück“ <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empathie nach Rogers <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte • Echtheit und Selbstkongruenz • unbedingtes Akzeptieren 2. Repräsentationssysteme <ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung bevorzugter Sinnsysteme, in denen ich (bzw. der Betroffene) mir Erfahrungen vergegenwärtige (visuell, auditiv, kinästhetisch) 3. Pathisches Selbst- und Lebensverständnis <ul style="list-style-type: none"> • Ausgangspunkt: Einsicht, dass Leid zum Leben gehört • Ziel: nicht die Vermeidung des Leids, sondern seine Bewältigung 4. Psychohygiene <ul style="list-style-type: none"> • zeitliches und räumliches Anbinden des Leides • Leid- und Schmerzskalen zur differenzierten Wahrnehmung • Pflege von Entspannung und Belohnung • Rituale und Symbole, um zu sich selbst zu kommen 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Offen- und Wachsein für eigenes Leid und für fremdes Leid • das Leid als Herausforderung des ganzen Menschen (physisch, psychisch, sozial, spirituell) begreifen • das Pathische als Teil des Lebens begreifen • Respekt vor dem Pathischen als Beitrag zur Identitätsbildung • Achtung des Beitrags, den das Pathische zur Glaubensentwicklung leisten kann • Leid nicht abwehren oder abwerten, sondern positive Konnotationen suchen und zulassen („Fall- und Aufstehgeschichten“) <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • das eigene „Leidwesen“ entdecken können • das „Leidwesen“ in der Biografie anderer entdecken können • paradoxe Einstellung zu Leid erkennen: erleiden müssen und gut leiden können • den Umgang mit dem Pathischen als Kristallisationspunkt der Glaubensentwicklung erkennen • Formen der Unterdrückung des Pathischen entdecken: Verbot, Distanzierung, Idealisierung etc. • Umgangsformen mit dem Pathischen entwickeln: verstehendes Gespräch, Entdeckung von Versagen und Verheißung im Leid, Trösten im Sinne von Raum geben • Formen des Beistands im Leid kennen und anwenden können: Erreichbarkeit, Anwesenheit, Kontakt, Gespräch, Gebet, Sakramente • Gespür für Riten und Bräuche • Repräsentationssysteme bei sich und anderen unterscheiden und damit arbeiten können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ist einer von Euch krank ...“ (Jak 5,13–18) • „Denn ich war krank und ihr ...“ (Mt 25,31–46) • „Kommt alle zu mir, die ihr schwere Lasten tragt!“ (Mt 11,28–30) • „Nicht die Gesunden brauchen den Arzt ...“ (Mk 2,13–17) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Theodizee • Einheit von Gottes-, Nächsten- und Selbstliebe • Kompassio • Option für die Armen • Barmherzigkeit und Solidarität • Soteriologie <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Klientenzentrierte Gesprächsführung • NLP • Paradigmenwechsel: vom kausalen zum systemischen Denken <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Brantschen, J.B., Warum lässt der gute Gott uns leiden • Kast, V., Der schöpferische Sprung • Mohl, A., Der Zauberlehrling • Müller, W., Empathie • Solle, D., Leiden • Weizsäcker, V., Pathosophie

1.3 Spannungsfeld „Hilfsbereitschaft und Hilflosigkeit“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
1.3	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i> Hilfsbereitschaft aufgrund</p> <ul style="list-style-type: none"> • der eigenen Motivation, Hilfsbedürftige zu unterstützen • der Erwartungen der Betroffenen und anderer Dienste • der akuten Lebens- und Sinnkrise der Betroffenen und einem entsprechenden Deutungsbedürfnis <p><i>andererseits:</i> Erlebnis von Hilflosigkeit aufgrund</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Unabwendbarkeit des Krankheitsverlaufes • der Rigidität gewachsener Persönlichkeits- und Beziehungsstrukturen bei den Betroffenen • ambivalenter und schwankender Stimmungen bei den Betroffenen • grandioser Zielsetzung aufseiten der Klienten und/oder der Seelsorge • der Unveränderbarkeit der Lebensgeschichte <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Resignation und Depression</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frustration und Selbstzweifel aufgrund erlebter Ohnmacht • Passivität und Fatalismus <p>2. Überverantwortlichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation mit der Not der Betroffenen • zielloses Agieren • Schuldzuweisungen und Aggression gegenüber Betroffenen und anderen Diensten <p>3. Solidarität und Subsidiarität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterscheidung zwischen dem Veränderbaren und dem Unveränderbaren • Unterscheidung zwischen dem eigenen und dem fremden Schicksal • Begrenzung der Verantwortung • Vereinbarungen und Verträge mit den Betroffenen und anderen Diensten 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorsicht vor eigener Überforderung • Respekt vor den Ressourcen der Betroffenen • Sensibilität für die Not und Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen • Achtung vor den Kompetenzen der Betroffenen • Bescheidenheit und Flexibilität in der Zielbestimmung • Bereitschaft zur Kooperation und zur Delegation bei Überforderung • Bereitschaft, sich selbst helfen zu lassen oder um Hilfe zu bitten (z. B. Beratung, Supervision) • Bewusstheit eigener lebensgeschichtlicher Kränkungen • Realismus in der Einschätzung der Hilfsmöglichkeiten und zugleich Offenheit für neue Erfahrungen • Gespür für die eigene Hilfswilligkeit, für die eigenen Kompetenzen und die Grenzen <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • die Vielschichtigkeit der Not der Betroffenen wahrnehmen können • realistische Ziele in Absprache mit den Betroffenen entwickeln und im Auge behalten können • mit Fehlschlägen, Misserfolg und Scheitern umgehen können • auch kleine Veränderungen erkennen und anerkennen können • die eigene Belastbarkeit und Zuständigkeit einschätzen und sich ggf. geeignete Hilfe holen können • sich einfühlen und sich wieder zurücknehmen können • einen geeigneten (Freizeit-) Ausgleich praktizieren können • sich räumlich und zeitlich abgrenzen können • Vereinbarungen und Verträge abschließen können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Goldene Regel (Lev 19,18; Mt 7,12) • „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt ...“ (Mt 25,31–46) • „Was willst du, dass ich dir tun sol I ...“ (Mk 10,46–52) • „... denn wenn ich schwach bin, dann bin ich stark.“ (2. Kor 12, 1–13) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziallehre: Solidarität und Subsidiarität • „Widerstand und Ergebung“ • Verhältnisbestimmung von Natur und Gnade • Selbsthingabe und Selbstfindung <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Helfersyndrom • Burn-out-Syndrom • Drama-Dreieck <p><i>Literaturhinweise :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Burisch u. a., Das Burn-out-Syndrom • English, F., Es ging doch gut ... • Müller, W., Begegnung, die von Herzen kommt • Richter, H. E., Der Gotteskomplex • Schmidbauer, W., Hilflöse Helfer • Schulz von Thun, F., Miteinander reden • Zerfaß, R., Menschliche Seelsorge

2. BEGEGNUNGSFELD: „KIRCHE ALS AUFTRAGGEBERIN“.

2.1 Spannungsfeld „Seelsorge aus Selbstentschluss oder Beauftragung“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
2.1	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anspruch der Kirchen, seelsorgliche Planstellen einzurichten und ausschließlich mit eigenen pastoralen Kräften zu besetzen • Seelsorge als Vergegenwärtigung der Gemeinde <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • seelsorgliche Aufgaben werden wahrgenommen durch Personen, die sich dazu entschließen oder von Außenstehenden für befähigt gehalten werden <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Ausgrenzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • den aus Selbstentschluss und ohne kirchliche Beauftragung seelsorglich Tätigen als nicht zuständig boykottieren <p>2. Abgrenzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Gemeinde- und Gemeinschaftsaspekt als strukturelle Qualität seelsorglicher Tätigkeit definieren <p>3. Kooperation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge als Ermöglichung partieller und gleichberechtigter Zusammenarbeit unterschiedlich qualifizierter und/oder unterschiedlich weltanschaulich orientierter Mitarbeiter 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • die Verantwortung für die eigene seelsorgliche Tätigkeit annehmen • sich mit der eigenen kirchlichen Beauftragung zur seelsorglichen Tätigkeit identifizieren und sie selbstverantwortlich übernehmen • Respekt und kritische Distanz vor dem Selbstentschluss eines Menschen, seelsorglich tätig sein zu wollen, auch wenn er dies ohne ein kirchliches Dienstverhältnis ausübt • mit der Tendenz zu Konkurrenz und Neid im Umgang mit Menschen bei sich und anderen rechnen <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • die Kirchenzugehörigkeit als wesentlichen Bestandteil seelsorglicher Tätigkeit (Verkündigungs- und Nachfolgegemeinschaft) selbst bestimmen können • zu den mit kirchlicher Beauftragung seelsorglich Tätigen Arbeits- und Austauschgemeinschaft herstellen können • eine Übereinkunft mit dem kirchlichen Auftraggeber hinsichtlich Rahmenbedingungen und Arbeitsfeldern der seelsorglichen Tätigkeit (Stellenbeschreibung) formulieren • Erfahrungen, Gegebenheiten und evtl. notwendige Neuformulierungen der eigenen seelsorglichen Tätigkeit an den kirchlichen Auftraggeber rückmelden • Kräfte und Qualitäten ehrenamtlichen Engagements wahrnehmen, ansprechen und in die eigene Tätigkeit einbeziehen können • formale und inhaltliche Eignungskriterien der seelsorglichen Tätigkeit erarbeiten und umsetzen können • sich von ungeeigneten Partnerinnen innerlich und äußerlich abgrenzen können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sendung und Verkündigung (Mt 9,35–10,42) • „Hindert ihn nicht! Denn wer nicht gegen euch ist, der ist für euch.“ (Lk 9,49 f) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einheit der Kirche und Pluralität der Glaubensweisen • Volk-Gottes-Theologie • „Vom Dialog in der Kirche“ – seelsorgliche Tätigkeit in Modellen von Communitio und Weggemeinschaft • Apostolische Sukzession • allgemeines Priestertum und Ehrenamt <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Corporate Identity • Helfersyndrom <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jäger, A., Diakonie als christliches Unternehmen • Rahner, K., Schriften zur Theologie VI, 11–58; 426–444; 479–520 • Schmidbauer, W., Hilflöse Helfer • Zerfaß, R., Lebensnerv Caritas • Zulehner, P. M., Das Gottesgerücht • 2. Vatik. Konzil, Dogmat. Konstitution über die Kirche „Lumen gentium“

**2.2 Spannungsfeld
„Autonomie und Auftrag“.**

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
2.2	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung seelsorglicher Tätigkeit an eigenen Erwartungen und Schwerpunkten (Selbstbehauptung) • Ausrichtung an eigenen Erwartungen und vorgefundenen Möglichkeiten (Selbstbestimmung) • Streben nach Authentizität des eigenen Handelns <p><i>andererseits</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung der seelsorglichen Tätigkeit an Vorschriften, Bestimmungen, ausgesprochenen und unausgesprochenen Erwartungen (Fremdbestimmung) • Chancen der Rückbindung und der Rückendeckung <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Gehorchen</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich Fremdbestimmungen unhinterfragt unterwerfen <p>2. Aushöhlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich zu berechtigten Fremdbestimmungen bekennen, sie aber nicht umsetzen <p>3. Anpassen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremdbestimmungen und Erwartungen vor Ort in die seelsorgliche Tätigkeit integrieren und verantwortlich umsetzen <p>4. Gestalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremdbestimmungen und Erwartungen kritisch hinterfragen und vor Ort in die seelsorgliche Tätigkeit nach Abstimmung mit der Dienstgemeinschaft übersetzen 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Offensein für Bindung und Freiheit bei sich und anderen • Verantwortung für eine seelsorgliche Tätigkeit im Spannungsfeld von eigener Freiheit und der Verbindlichkeit des Auftrags (Loyalität) • Offenheit gegenüber besonderen Möglichkeiten und Herausforderungen vor Ort • Bereitschaft, sich von Erwartungen, die mit dem eigenen Gewissen unvereinbar bleiben, notfalls auch öffentlich zu distanzieren <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • den seelsorglichen Auftrag und die Tätigkeit bestimmen und offen diskutieren können • kirchliche Gebräuche und traditionelle Glaubensformen hinterfragen und in die eigene Tätigkeit übersetzen bzw. sich abgrenzen können • die besonderen Möglichkeiten vor Ort in die seelsorgliche Schwerpunktsetzung einbeziehen • Erwartungen, die andere z. B. aufgrund ihrer Kirchenzugehörigkeit an die Seelsorge richten, wahrnehmen und prüfen können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Leib und ein Geist (Eph 4,1–16) • „Wo der Geist des Herrn wirkt, da ist Freiheit.“ (2 Kor 3,1–18) • „... jedem nach seinen Fähigkeiten“ (Mt 25,14–30) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie und Theonomie • Institution und Inspiration • Autonomie des Gewissens • Glaube und Gewissensfreiheit <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Koevolution <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Böckle, F., Fundamentalmoral • Bonhoeffer, D., Widerstand und Ergebung • Sekretariat der dt. Bischofskonferenz (Hrsg.), Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse • Jäger, A., Diakonie als christliches Unternehmen • Kehl, M., Kirche als Institution • Krappmann, L., Soziologische Dimensionen der Identität • Rahner, K., Freiheit in der Kirche • Willi, J., Koevolution

2.3 Spannungsfeld „Seelsorgerische Professionalität und Ämterlehre als Grundlage der kirchlichen Beauftragung“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
2.3	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • zunehmende Professionalisierung im Dienstleistungsbereich • Erwerb der Fähigkeit und Zuständigkeit durch anerkannte, zertifizierte Aus- und Fortbildung • Entwicklung von Curricula und Qualitätsstandards <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sendung, Weihe, Ordination und kirchliche (bischofliche) Beauftragung als ausschließliche Grundlage seelsorglicher Tätigkeit <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Konkurrieren und Rivalisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prahlern und Hervorhebung der eigenen Überlegenheit • Fixierung auf Mängel und Versäumnisse des Kollegen <p>2. Differenzierte Wahrung der Unterscheidung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionalität als Fähigkeit zur Verrichtung qualifizierter seelsorglicher Tätigkeiten und Handlungen • Bevollmächtigung zum Amt durch Weihe/Beauftragung und Erklärung der Zuständigkeit innerhalb eines umschriebenen Geltungsbereiches <p>3. Korrespondieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung gemeinsamer Verantwortung • Aufgabenteilung und klare Umschreibung der Tätigkeitsfelder <p>4. Kooperieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit in gegenseitiger Anerkennung • Unterscheidung und Anerkennung der doppelten Bedeutung von Kompetenz als „Fähigkeit“ und „Zuständigkeit“ • Differenzierung von Kompetenz als „Ermächtigung zum Leben“, „Erwählung zum Glauben“ und „Befähigung zum Dienst“ (nach Stenger) 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit und Zuständigkeit als unabhängige Quellen der Kompetenz respektieren • den Beitrag von Aufgabe, Wertbindung und Tradition für das Gesicht einer Institution achten • das Spezifische der eigenen seelsorglichen Aufgabe, Stellung und Tätigkeit als Ergänzung und Bereicherung achten und nicht auf Kosten anderer ausspielen • Sensibilität, Status und Leistung in der Balance zu halten und zu spüren, wo das eine auf Kosten des anderen geht • Sterbebegleitung als Leistung, Tradition und Auftrag der Seelsorge wertschätzen • Primat der Orthopraxie vor der Orthodoxie <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • das Wechselspiel von Stellung und Leistung in einer Organisation erkennen können • stellungsbezogene hierarchische von leistungsbezogenen (funktionalen) Organisationstypen unterscheiden • Wandlungen in der Organisationsentwicklung anfragen, verstehen bzw. mitvollziehen können • Wertgebundenheit, Tradition und Leistung ins Gespräch bringen und weiterentwickeln können (Unternehmensphilosophie) • mit anderen Diensten kooperieren und Zusammenarbeit koordinieren können, ohne das eigene Profil zu verlieren • persönliche und personelle Grenzen gegenüber grenzenlosen Ansprüchen der Institution wahrnehmen und gestalten • persönliche und fachliche Entwicklung bei sich und anderen fördern können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Denn wer unter euch allen der Kleinste ist, der ist groß.“ (Lk 20, 20–26) • Beispiel vom barmherzigen Samariter (Lk10,30–37) • „Gebt dem Kaiser, was dem Kaiser gehört!“ (Lk 20,20–26) „... denn sie reden nur, tun aber selbst nicht, was sie sagen“ (Mt 23, 1–39) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Handlungs- und Leitungsdiakonie • Seelsorge in Institutionen <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsentwicklung • Corporate Identity <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gärtner, H. W., Zwischen Management und Nächstenliebe • Rahner, K., Schriften zur Theologie XIV, 113–131 • Zerfaß, R., Lebensnerv Caritas

3. BEGEGNUNGSFELD: „PATIENTIN UND PATIENT“.

3.1 Spannungsfeld „Lebensfülle und Einbruch der Krankheit“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
3.1	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • der Patient lebt: er hat seine gelebte Geschichte • seine gewachsene Identität • sein soziales, berufliches, gesellschaftliches Umfeld <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • der Patient erlebt die Krankheit als Unterbrechung des Lebensflusses • er hat unerfüllte Bedürfnisse, Wünsche, Sehnsüchte und Hoffnungen nach persönlichem Wachstum, nach Verwirklichung ungelebter Seiten nach materiellen Werten, nach Anerkennung und Bestätigung • er hat Chancen nicht genutzt, Unrecht getan, Menschen enttäuscht, Schuld auf sich geladen (unerledigte Geschäfte) • er ist damit konfrontiert, Erreichtes loslassen zu müssen und nicht Gelebtes nicht mehr nachholen zu können. <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Introjektion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depression, Ängste, Lähmung • Rückzug, Traurigkeit • Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung <p>2. Projektion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggression, Wut, Schuldzuweisungen • Auseinandersetzung, Kampf und Einsatz für Heilung • nach allem greifen, was noch möglich ist <p>3. Loslassen lernen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauern • den Wendepunkt annehmen • sich für Unbekanntes und Neues öffnen • Lebensbilanz ziehen • das gelebte Leben anerkennen und wertschätzen • das Leben vollenden 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respekt vor der Unverwechselbarkeit und Einzigartigkeit des gelebten Lebens der Betroffenen • die Beschädigung der Integrität und Würde der Betroffenen gewahren • Ansprechenlassen vom persönlichen Schicksal der Betroffenen • Verständnis haben für die Bedeutung des Verlustes von Identität (Unversehrtheit des Körpers, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit, soziales Netz, Werte und Normen) • Verständnis haben für die Belastung durch ungewohnten Krankenhausaufenthalt, Undurchsichtigkeit der Strukturen, Fachsprache, intimes Zusammensein mit anderen Menschen, spürbare Anwesenheit des Todes) • freundliche Aufmerksamkeit, wache Bewusstheit, aufmerksame Wahrnehmung für sich und für das, was um den Betroffenen herum vor sich geht • Achtsamkeit, dass der Patient der Maßstab in der Sterbebegleitung ist und bleibt (Zurückhaltung bzw. Zurücknahme eigener Vorstellungen, Wünsche, Ziele etc.) <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • einführend, mitfühlend, empathisch handeln können • Begleitung als intersubjektiven Prozess gestalten können • mit Krisen und Kriseninterventionen umgehen können • mit Ängsten, Schwäche, Abhängigkeit und Schmerzen umgehen können • engagiert Verantwortung übernehmen und für Betroffene einstehen können, wo ihre Würde und Integrität gefährdet ist • durch persönliche Integrität und Belastbarkeit den Betroffenen eine Öffnung ermöglichen 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Auferweckungs- und Heilungsgeschichten (z. B. Mk 5,21–43) • Leidensankündigungen Jesu (Mk 8,27–10,52) • „Wenn ihr alles getan habt...“ (Lk 17, 7–21) • „Wer hat, dem wird gegeben werden ...“ (Lk 19,11–27) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reich-Gottes-Theologie • Gotteslob, Klage und Dankbarkeit • Glauben und Grundvertrauen versus Unglauben und Misstrauen • „Simul iustus et peccator“ <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menschenbild und Lebensaufgabe • biografisches Lernen und Lebensspanne • Kriseninterventionen • Krankheitsbilder und spezifische Formen innerpsychischen Erlebens <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dörner/Plog, Irren ist menschlich • Kast, V., Der schöpferische Sprung • Lückel, K., Begegnung mit Sterbenden • Rogers/Tausch, Gesprächspsychotherapie • Schürmann, H., Gottes Reich – Jesu Geschick

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
3.1		<ul style="list-style-type: none">• nonverbale Prozesse wahrnehmen und verstehen können und sie durch Sprache und Handlung ins Bewusstsein heben können (das „erlösende Wort“ oder die versöhnliche Geste finden können)• eigene Übertragungen und Übertragungen bei den Betroffenen wahrnehmen und ggf. durcharbeiten können• die Krankheit in einem lebensgeschichtlichen Kontext verstehen• in der Konfrontation mit dem Tod „Argumente für das Leben“ entdecken können	

3.2 Spannungsfeld „Widersprüchlichkeit und Eindeutigkeit“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
3.2	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • unrealistische, grandiose Heils- und Heilungserwartungen • übertriebene Hoffnung und Vertrauen in die Kunst der Ärzte • überschätztes Vertrauen in die Selbstheilungskräfte des Organismus • Wunsch nach einem Gott, der Leiden und Unrecht nicht zulässt, der alles „heil“ machen kann • Gesundheit und Unversehrtheit des Leibes sind von größter Wichtigkeit <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unausweichlichkeit der Diagnose • Enttäuschung über Grenzen der medizinischen Machbarkeit • Enttäuschung über einen Gott, der Leiden, Schmerzen und Sterben zulässt • Empfinden von Wertlosigkeit des verehrten Körpers, Aufkommen von Selbsttötungsgedanken <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Selbstaufgabe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resignation, Enttäuschung, Verzweiflung • Hin und Her zwischen Hoffnung und Verzweiflung • starker emotionaler Ausdruck, Überschwemmung von Gefühlen <p>2. Selbstbehauptung</p> <ul style="list-style-type: none"> • starres, rigides Festhalten an Erwartungen, um Enttäuschung nicht zulassen zu müssen • Überidentifikation und Überanpassung <p>3. Selbstfindung</p> <ul style="list-style-type: none"> • realistische Erwartungen des medizinisch Machbaren • positive Einstellung gegenüber der Krankheit und innere Anteilnahme • Kooperation im therapeutischen Prozess • Leiden als Anstoß zur Weiterentwicklung und Gewinnung von Identität • Gott im Leiden und Sterben begegnen 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verständnis für den Verlust der gewohnten Bewältigungsmechanismen der Betroffenen • Achtung von Regression als Lösungsversuch • Akzeptieren und Nichtbewerten der Möglichkeiten Betroffener, mit denen sie in ihrer Situation agieren, um diese zu bewältigen • Verstehen von Selbsttötungsäußerungen als Wunsch, einer unerträglichen Situation zu entfliehen <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • genügend emotionale Stabilität zeigen können, um Gefühlsausbrüche und -schwankungen der Betroffenen auszuhalten und Sicherheit und Verlässlichkeit zu vermitteln • Zugänge zu Betroffenen finden können, um ihnen existenziellen Kontakt anzubieten • Hilfe bei Entscheidungsfindung geben können • das Verantwortungsgefühl der Betroffenen für ihr Leben stärken können • mit den Betroffenen entdecken, für was es sich zu leben lohnt • Betroffene ermutigen, Fragen nach Verrichtungen und funktionalen Notwendigkeiten zu stellen 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Glauben (Mt 8,5–13; Mt 9, 1–8; Mk 4,35–41) • Mangel und Fülle (Mt 15,32–39) • „Wer sein Leben retten will...“ (Mk 8,34–9,1) • „Glaubt mir doch, dass ich im Vater bin und der Vater in mir ist.“ (Joh 14, 1–14) • „Bleibt in mir, dann bleibe ich in euch.“ (Jon 5,1–17) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fülle des Lebens und Reich Gottes • Selbstverantwortung und Selbstliebe • verändernde Kraft des Glaubens (Spiritualität) <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstverantwortung • Coping-Strategien • therapeutische Arbeitsstile und Rolle des Therapeuten • transpersonale Psychologie <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • von Balthasar, H.U., Glaubhaft ist nur die Liebe • Battegay, R., Grenzsituationen • Dörner/Plog, Irren ist menschlich • Mentzos, S., Neurotische Konfliktverarbeitung • Pera, H., Sterbende verstehen • Wilber, K., Mut und Gnade

3.3 Spannungsfeld „Verstehen und Befremden“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
3.3	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Glaubens- und Weltvorstellung der Betroffenen • religiöse Sozialisation der Betroffenen • Erfahrungen mit Kirche, ihren Riten, Ritualen, Symbolen und ihrer Sprache • Rollenfixierung und -erwartung an den seelsorglich Tätigen • Gleichgültigkeit und Agnostizismus bei Betroffenen und anderen Mitarbeitenden • Entfremdung von christlichen Glaubensinhalten und kirchlichen Lebensvollzügen • Verletzung durch und Feindseligkeit gegen kirchliche Vertreter <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gläubigkeit und Kirchlichkeit des seelsorglich Tätigen • eigenes Wertesystem und Lebensstil des Seelsorgers • eigene Verletztheit und Verletzbarkeit • eigenes Berufs- und Rollenverständnis <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ablehnung <ul style="list-style-type: none"> • das „Fremde“ entwerten • den „Fremden“ abwerten 2. Ignorieren <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliches leugnen • Differenzen nivellieren 3. Überreden <ul style="list-style-type: none"> • missionarischen Eifer entwickeln 4. Offensein <ul style="list-style-type: none"> • dem Fremden mit Interesse (oder Neugier) begegnen 5. Nachvollziehen <ul style="list-style-type: none"> • das Fremde aus der Welt des anderen zu verstehen versuchen • es in die eigene Sprache übersetzen können • Fremdes fremd sein lassen können 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respekt und Verständnis für das gelebte Leben eines Menschen, seine persönliche Identität und Integrität • Interesse und Neugier für das „Anders- und Fremdsein“ eines Menschen • nicht wertende und nicht urteilende Haltung • Sensibilität für die Intimität und Verletzlichkeit der eigenen „Frömmigkeit“ und Gläubigkeit und der Religiosität der Betroffenen • Freiheit vom Zwang, den anderen um jeden Preis verstehen und seine Weltsicht nachvollziehen zu müssen <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • systemimmanent denken können, um Betroffene aus ihrem System heraus zu verstehen • sich mit dem System des anderen konstruktiv und flexibel auseinandersetzen können • sich von menschenverachtenden oder unwürdigen Welt- und Menschenbildern innerlich und notfalls auch äußerlich distanzieren können • Verbindendes und Trennendes wahrnehmen • mit Betroffenen gemeinsam Neues und Unkonventionelles entwickeln können • produktiv mit den eigenen Grenzen umgehen können, damit sie den Kontakt nicht verhindern • Glaubensvollzüge, die Leben und Wachstum behindern können, erkennen und ansprechen können • eigene Grenzen erkennen und Betroffene an andere Dienste delegieren können • traditionelle Symbole und Riten erläutern können • fremde Riten und Symbole vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte und dem Weltbild des anderen anschauen und evtl. verstehen können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Sammelt zuerst das Unkraut ... den Weizen aber bringt in meine Scheune.“ (Mt 13,24–30) • „So gebt dem Kaiser, was dem Kaiser gehört, und Gott, was Gott gehört.“ (Mt 22,23–33) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tun-Ergehen • Zusammenhang • Sünde und Sühne • Schuld und Strafe • Wahrheit und Pluralität • missionarisches Bewusstsein <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Widerstand und Umgangsformen mit Widerständen • therapeutische Rolle und Arbeitsstil • Toleranz • Kontakt <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Brand, G., Die Lebenswelt • Ciompi, L., Affektlogik

4. BEGEGNUNGSFELD: „SOZIALES UMFELD DES PATIENTEN“.

4.1 Spannungsfeld „Auseinandersetzung mit der Wahrheit und die Vermeidung dieser Auseinandersetzung“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
4.1	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recht auf Wahrheit • Interesse und Recht der Betroffenen zu wissen, wie es um sie steht • Aufklärungspflicht der Ärzte bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen • Aufklärung als Voraussetzung der bewussten Gestaltung des letzten Lebensabschnittes • Information des Patienten als Voraussetzung seiner Entscheidung zwischen Therapie und Therapieverzicht • offene Kommunikation als Grundlage der Anteilnahme der Betroffenen und der Mitarbeitenden <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Verschonung • scheinbare Unzumutbarkeit einer Aufklärung für Patient und Angehörige • unberechenbare, evtl. unbequeme Reaktionen der Betroffenen auf eine Aufklärung • institutionelle und individuelle Redeverbote <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Vermeidung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden von Gesprächen über Sterben/Tod • Beschwichtigung von aufkeimenden Befürchtungen • Notlügen der Angehörigen <p>2. Verlagerung</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch Versachlichung und Vermeidung emotionalen Ausdrucks • durch Ersatzhandlungen (z. B. irrealer Zukunftsplanungen) • durch Beschwichtigung 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen für, aber auch gegen eine Aufklärung • Toleranz gegenüber Verleugnung oder Ignoranz bei Betroffenen • Achtung der Verleugnungs- und Ausblendungsstrategien als vorläufige oder dauerhafte Schutzreaktion • Bewusstheit über den eigenen Umgang mit schwer erträglichen Wahrheiten • Vertrauen in die (oft ungeahnten) Bewältigungskräfte der Betroffenen • Überzeugtheit von den Vorteilen einer offenen Kommunikation (Freisetzung von Kräften, Beziehungsstiftung) • kritische Aufmerksamkeit bei „Redeverboten“, die von Angehörigen oder Mitarbeitern erteilt werden • Respekt vor der ärztlichen Zuständigkeit der Patientenaufklärung • Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Arzt bei einem Aufklärungswunsch des Patienten <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalenzen der Betroffenen im Blick auf die Aufklärungsfrage wahrnehmen, vorsichtig ansprechen und aushalten können • den Wunsch nach Aufklärung wahrnehmen und ggf. weiterleiten können • sich mit dem zuständigen Arzt auseinandersetzen können • Reaktionen auf eine Diagnosemitteilung einkalkulieren, aushalten und auffangen können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Du sollst nicht falsch gegen deinen Nächsten aussagen!“ (Ex 20,1–21) • Leidensankündigungen Jesu (Mk 8,27–10,52) • „Ich bin der Weg, die Wahrheit und das Leben.“ (Joh 14,1–14) • „Seid stets bereit, jedem Rede und Antwort zu stehen, der euch nach dem Grund der Hoffnung fragt, die euch erfüllt.“ (1 Petr 3,13–4,11) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Theologie der Hoffnung • das irrtümliche, wohlwärtige Gewissen <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fürsorgepflicht und Selbstbestimmungsrecht • Krisenmanagement • Coping-Strategien <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Biser, E., Der Helfer • Koch/Schmeling, Betreuung von Schwer- und Todkranken • Kübler-Ross, E., Interviews mit Sterbenden • Schweidtmann, W., Sterbebegleitung • Sporken, P., Hast Du denn bejaht, dass ich sterben muss?

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
4.1	<p>3. Konfrontation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrheit „um jeden Preis“ • Überstülpen eigener Wertmaßstäbe <p>4. Begleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ambivalente Wünsche und Gefühle bei den Betroffenen wahrnehmen und ansprechen • differenzierte Wahrnehmung des Patientenwillens • sensibler Umgang in der Vermittlung der Wahrheit • Unterstützung in der Verarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient und Angehörige über die Wahrheit ins Gespräch bringen können • Ärzte in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen und bei der Aufklärung begleiten können 	

4.2 Spannungsfeld „Der kranke Einzelne und die gekränkte Umgebung“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
4.2	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • der kranke Mensch in seiner persönlichen Auseinandersetzung • der kranke Mensch in seiner Auseinandersetzung mit seiner Familie und seinem sozialen Umfeld • mögliche Schuldgefühle • mögliche Aggressionen, das Gefühl übergangen zu werden, unverstanden zu sein etc. <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • die Krankheit bringt eine Veränderung in ein mehr oder weniger stabiles soziales Gefüge und bewirkt eine Verletzung/Kränkung • die kranke Person fehlt, der Verlust ihrer Präsenz löst Ängste, Schuldgefühle, Aggressionen, Vorwürfe aus • das System muss sein Gleichgewicht wiederfinden, was sich wiederum auf den Kranken auswirkt (z. B. dass er sich ausgegrenzt fühlt; dass es nicht ohne ihn geht; dass er der Familie zu wenig bedeutet; dass er sich verstanden, entlastet, befreit fühlt etc.) <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Parteinahme/Manipulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Seelsorger stellt sich auf eine Seite und versucht, von der anderen Seite Verständnis und Unterstützung zu erwirken <p>2. Option für den Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Seelsorger stellt sich schützend vor oder hinter den Patienten, ohne die Bedürfnisse der anderen aus den Augen zu verlieren 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Überzeugtheit, dass das Eingebundensein in familiäre und soziale Systeme eine Grundlage des Menschseins ist • Engagement gegen die institutionelle Isolation von Patienten und Angehörigen und für ein Verstehen der Situation der Angehörigen • Bewusstheit der Komplexität eines sozialen Systems und Vertrauen in dessen Selbstregulierungsfähigkeiten • Bewusstheit eigener Konfliktkultur und Harmoniebedürfnisse • Vorsicht vor eigener Überforderung • Respekt vor den Ressourcen der Betroffenen • Sensibilität für die Not und Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen • Bescheidenheit und Flexibilität in der Zielbestimmung • Bereitschaft zur Kooperation und zur Delegation bei Überforderung • Bereitschaft, sich selbst helfen zu lassen oder um Hilfe zu bitten (z. B. Beratung, Supervision) • Bewusstheit eigener lebensgeschichtlicher Kränkungen • Realismus in der Einschätzung der Hilfsmöglichkeiten und zugleich Offenheit für neue Erfahrungen • Gespür für die eigene Hilfswilligkeit, für die eigenen Kompetenzen und die Grenzen <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verständnis für die Situation und das Verhalten der Betroffenen wecken können • mit den Mechanismen und Prozessen in Kleingruppen und Systemen umgehen können, ihre Vielschichtigkeit und Komplexität wahrnehmen 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Es ist nicht gut, dass der Mensch allein bleibt.“ (Gen 2) • „Zwei sind besser als einer allein ...“ (Kon 4,7–12) • „Und jeder, der um meines Namens willen Häuser und Brüder, Schwestern, Vater, Mutter, Kinder oder Äcker verlassen hat ...“ (Mt 19,16–30) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aussätzigenerzählungen <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppendynamik • Kleingruppentheorie • systemische Familientherapie <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Satir, V., Networking • Willi, J., Die Zweierbeziehung

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
4.2	<p>3. Engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Seelsorger lässt sich auf die Auseinandersetzung ein, argumentiert und vermittelt <p>4. Überengagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Seelsorger gibt Ratschläge, organisiert, macht technische Lösungsversuche, versachlicht etc. <p>5. Rückzug</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen der Betroffenen erkennen und ihnen helfen können, sie zu finden und auf sie zu vertrauen • Formen von Bindungen unterscheiden können • den Angehörigen Beistand geben können; helfen loszulassen und Leid zu akzeptieren, Verheißungen im Leid zu entdecken und als Teil des Lebens akzeptieren zu lernen • eigene Anteile wahrnehmen, Übertragungen und Projektionen erkennen und in der konkreten Situation damit umgehen können 	

4.3 Spannungsfeld „Trauer des Einzelnen und Trost der Gemeinschaft“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
4.3	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlusterfahrung und Trauer des Einzelnen • Trauer als natürliche Reaktion auf Verluste • Trauer als Passion (erlittener Verlust) und Aktion (zu leistende Trauerarbeit) • innerer Rückzug und Unerreichbarkeit bei frischer Trauer • Schuldgefühle und Schuldzuweisungen des Trauernden • Tod als Ende <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoffnung und Trost der Gemeinschaft • Aufsteh- und Auferstehungserzählungen der biblischen Tradition • liturgische Feiern und Texte als Ausdruck der Nähe Gottes und als Quelle der Hoffnung • Riten und Bräuche • Tod als Durchgang zu neuem Leben • Reduktion der gemeindlichen Trauerpastoral auf Liturgie und Verkündigung • fehlende Praxis langfristiger Trauerbegleitung in der Gemeinde <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Regression</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angestecktwerden von Trauer und Entwicklung depressiver Anteile • eigene Selbst- und Glaubenszweifel • liturgisch-kerygmatische Reduktion der Trauerpastoral <p>2. Aggression</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abwehren des Verlustes und Unberührtbleiben von der Not 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstheit der eigenen biografischen Verlustgeschichte und der eigenen Bewältigungsformen • Respekt vor der tief greifenden Erschütterung, die ein schwerer Verlust bedeuten kann • Schätzung der Trauer als eine natürliche und heilsame Reaktion • Wahrung der Spannung von Passion (etwas aushalten müssen) und Aktion (etwas bearbeiten können) • Bewusstsein der Gefahren einer religiös motivierten Trauerbegleitung (voreilige Tröstungen, „Heiligsprechung“ und Idealisierung von Verstorbenen) • Bewusstheit der langen Dauer von Trauerprozessen, der notwendigen Geduld in einer langfristigen Begleitung und der potenziellen Schädlichkeit, Trauer forcieren zu wollen <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen von Trauernden wahrnehmen und verstehen können • Selbst- und Glaubenszweifel von Trauernden aushalten können • Glaubensdeutungen für beide Lebensereignisse (Verlieren und Gewinnen/Wiedergewinnen) anbieten können • Angebote von Kriseninterventionen, mittel- und langfristige Begleitungen kennen und vermitteln können • sich wirksam für eine Veränderung der Trauerpastoral (z. B. durch Förderung und Begleitung von Selbsthilfegruppen oder Vorbereitung von Ehrenamtlichen) einsetzen 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Klagepsalmen • Das Buch Hiob • Der Weg nach Emmaus (Lk 24, 13–53) • „Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen“ (Apk 21,1–8) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Theodizee-Frage • Auferstehungsglaube • Exoduserfahrungen <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben und Phasen in der Trauerbewältigung • Determinanten und Indikatoren für komplizierte Trauerverläufe <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jerneizig, R./Langenmayr, A., Klientenzentrierte Trauertherapie • Kast, V., Trauern • Schibilsky, M., Trauerwege • Worden, W., Beratung und Therapie in Trauerfällen

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
4.3	<ul style="list-style-type: none"> • Maßregelung des Betroffenen • Verteidigung eines geschlossenen (heilen) Gottes- und Weltbildes • Trauer als Ausdruck fehlenden Auferstehungsglaubens abwerten <p>3. Integration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstnehmen der subjektiven Bedeutung des Verlustes • zugleich Wissen um die heilsame Wirkung von Trauer • Glaube an Gottes Nähe nicht nur in Segens-, sondern auch in Notzeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • selbst angemessene Formen der Begleitung (z. B. Kondolenzbesuch, Verabschiedungs- und Bestattungsfeier, nachgehende Trauerbegleitung) realisieren können • komplizierte und pathologische Trauerverläufe erkennen und fachliche Hilfe vermitteln können 	

5. BEGEGNUNGSFELD: „INSTITUTIONEN ALS/IM ARBEITSFELD“.

5.1 Spannungsfeld „Seelsorge zwischen Kooperation und Konfrontation“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
5.1	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit der Institution (z. B. Krankenhaus) • Dienstleistungen gegenüber den „Kunden“ der Institution • Unterstützung der Mitarbeiter in ihrem institutionellen Auftrag • Notwendigkeit gegenseitigen Vertrauens und weitgehender Transparenz, um einen optimalen Raum für seelsorgliche Tätigkeit herzustellen <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit der Institution aufgrund des eigenen Anliegens und der institutionellen Erwartungen • Verschiedenheit der Ziele: Wirtschaftlichkeit und therapeutischer Erfolg contra menschliche Qualität und Würde im Sterben • kritisches Gewissen in der Institution durch Klage über Missstände und Anwaltschaft für benachteiligte Opfer von Unrecht • besonderer Standort im Organigramm: außerhalb institutioneller Linien im Auftrag einer externen Organisation (Gaststatus) • andere Arbeitsformen, zeitliche Einbindung und Leistungsmaßstäbe (z. B. „bloße Präsenz“ als Leistung, „absichtsloser“ Zugang zu den Betroffenen) 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Anerkennung guter Absichten, Strukturen und Dienste • interessiertes Engagement bei der Verbesserung misslicher Verhältnisse und lieblosen Verhaltens • Wachsamkeit gegenüber eigener Manipulierbarkeit • Bewusstheit von Zielkonflikten • Frustrationstoleranz • Freiheit, nicht immer und von jedem verstanden oder gemocht werden zu müssen • Mut zur Auseinandersetzung und Freiheit, sich notfalls zu trennen • Bereitschaft, sich im Team zuverlässig einzubinden • Aufmerksamkeit gegenüber dem Kommunikations- und Konfliktstil in der Institution • Bereitschaft zur Transparenz der eigenen Arbeit <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ein eigenes Urteil bilden und vertreten können • Besprechungsgremien, Dienstwege und vorhandene Instanzen nutzen (z. B. Übergabe, ethisches Komitee, MAV) • sich wirksam Gehör verschaffen können • sich auseinandersetzen können • wirksame Vereinbarungen und Absprachen mit anderen Diensten treffen können • sich selbst hinterfragen lassen können • Unrecht sehen und angemessen benennen können • effektive Wege der Rückmeldung und Kritik finden und benutzen • Schnittstellen zu den anderen Diensten wahrnehmen und definieren können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • prophetische Berufungsgeschichten (Jer 1–2; Ez 2–4) • „Ihr seid das Salz der Erde.“ (Mt 5,13–18) • „Seid klug wie die Schlangen und arglos wie die Tauben.“ (Mt 10 16–39) • Jüngeraussendung (Mk 6,6–13) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • prophetische Existenz • politische Theologie <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Konfliktfähigkeit • Selbstvertrauen • Rollendefinition • Schnittstellenanalyse <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Metz, J.B., Glaube in Geschichte und Gesellschaft • Gutierrez, G., Theologie der Befreiung • Heller, A., Kultur des Sterbens

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
5.1	<p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Anpassung und Vereinnahmtwerden</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich reibungslos in das Getriebe der Organisation einfügen • Ausführungen der Institution und ihrer Mitarbeiter unhinterfragt annehmen und ausführen • die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit verlieren <p>2. Systematische Rebellion</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Institution grundsätzlich misstrauisch behandeln • das „Anderssein“ zum ausschließlichen eigenen Selbstverständnis machen <p>3. Integration</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich einbinden, ohne den eigenen Auftrag zu vernachlässigen • gemeinsame Ziele finden und fördern • Gelungenes anerkennen und Missstände bearbeiten 		

5.2 Spannungsfeld „Würde der Person und Sachzwänge der Institution“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
5.2	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einanderseits:</i> Personrechte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der sterbende Mensch • die Angehörigen • die Mitarbeiter in der Institution haben Anspruch auf Achtung der Menschenwürde und Respekt vor der eigenen Person seitens Einzelner und Gruppen <p><i>andererseits:</i> Institutionelle Zwänge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Umgang mit den Betroffenen und den Mitarbeitenden unterliegt institutionellen Sachzwängen (z. B. wirtschaftliche Erfordernisse, hierarchische Strukturen, räumliche und zeitliche Vorgaben, Gesetzgebung) <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Ignorieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spannungen und Probleme, die durch Sachzwänge entstehen, werden geleugnet, bagatellisiert oder umgangen <p>2. Resignieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich der Macht der Strukturen beugen und weder sie noch das eigene Handeln vor dem Hintergrund von Werten befragen <p>3. Polarisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sachgegebenheiten und -zwänge gegeneinander ausspielen • alles nur im Schwarz-Weiß-Schema bewerten • grundsätzlich der Institution misstrauen <p>4. Konstruktivität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spannungen und Konflikte zwischen Person und Institution in ihren Ursachen erfassen und verstehen • Möglichkeiten einer konstruktiven Auseinandersetzung suchen bzw. fördern (z. B. Supervision, ethisches Komitee) 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respekt vor der Menschenwürde der Betroffenen und der in der Institution Tätigen • Bereitschaft, andere in Konflikten zwischen dem Respekt vor der Würde des Einzelnen und den Erfordernissen der Institution zu schützen • Wahrung des Respekts vor den berechtigten Ansprüchen beider Seiten • Bewusstsein eigener Eingebundenheit in die Dynamik institutioneller Systeme und Strukturen • Nüchternheit und Bereitschaft zu sachlichen Argumentationen <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • den Selbstwert des Menschen als Grund des Respekts vor seiner Würde verdeutlichen können • Konflikte erkennen können, die durch Werte- und Pflichtenkollisionen entstehen können • institutionelle Gegebenheiten, Arbeitsprozesse und Entscheidungen gemeinsam mit Mitarbeitern anderer Berufsgruppen thematisieren und auf konstruktive Veränderungen hin betrachten können • Diskussionsprozesse innerhalb der Institution anregen können, die einer besseren Realisierung der Menschenwürde und Personenrechte dienen • sich in Prozesse der Organisationsentwicklung einbinden können • Praxisreflexion oder Supervision initiieren und sich selbst beteiligen können 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Goldene Regel (Lev 19,18; Mt 7,12) • „Richtet nicht, damit ihr nicht gerichtet werdet.“ (Mt 7,1–5) • „Was muss ich Gutes tun, um das ewige Leben zu gewinnen?“ (Mt 19,16–25) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gottebenbildlichkeit des Menschen • Deontologie und Teleologie in der Normenbegründung <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhältnis von Individuum und Institution • Entfremdung • Organisationsentwicklung • Unternehmensphilosophie • Grundwerte-Konsens im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland • Soziologie der strukturellen Gewalt <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz: Gott ist ein Freund des Lebens • 2. Vatikan. Konzil, Pastoralkonstitution „Gaudium et spes“ • Schüller, B., Die Begründung sittlicher Urteile • Belkin, L., Patrick, Armande und die anderen • Heller, A., Kultur des Sterbens

5.3 Spannungsfeld „Institution und Gemeinde“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
5.3	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i> Interessen der Institution (z. B. Altenheim/Krankenhaus):</p> <ul style="list-style-type: none"> • möglichst ungeteilte Präsenz der Seelsorge in der Einrichtung • fraglose Ein- und Unterordnung der Seelsorge in das Organisationsgefüge der Institution • Konzentration des Einsatzes auf die Einrichtung und wenig Verständnis für Vernetzung • Bedürfnis nach einer für die spezifischen Belange der Einrichtung ausgebildeten seelsorglichen Fachkraft <p><i>andererseits:</i> Interesse der Pfarrgemeinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geschichtlicher „Monopoleanspruch“ auf Sterbe- und Trauerbegleitung • Delegation der Seelsorgeaufgaben an die „Fachkraft“ und Verschiebung der Zuständigkeit • Konzentration auf das (liturgische) Gemeindeleben und Vernachlässigung der Gemeinemitglieder und Mitarbeiter in den Einrichtungen • strikte Trennung von Kategorial- und Territorialeseelsorge 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstheit des Interessenskonflikts und Bereitschaft zum Aushalten der Spannung • Aufmerksamkeit für Vereinnahmungstendenzen • Bereitschaft, Konflikte auszuhalten und zu bearbeiten, ohne in das unproblematischere Arbeitsfeld auszuweichen • Wachheit gegenüber Tendenzen, die verbreitete Abspaltung von Sterben und Tod auf der Ebene territoriale, kategoriale Seelsorge zu bestätigen • Interesse an einer Vernetzung von Gemeinde und Institution • Anerkennung der Notwendigkeit der eigenen Einbindung in die Gemeinde • Bereitschaft zur Prüfung, Annahme oder Zurückweisung institutioneller Erwartungen • Gespür für die Erfordernisse der jeweiligen Situation 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • „... den Platz zu meiner Rechten und zu meiner Linken habe nicht ich zu vergeben.“ (Mt 20,20–28) • „Der Sabbat ist für den Menschen da, nicht der Mensch für den Sabbat.“ (Mk 2,23–28) • „Steh auf und stell dich in die Mitte!“ (Lk 6,6–11) • „... worunter euch allen der Kleinste ist, der ist groß.“ (Lk 9,46–48) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Option für die Armen und am Rand Stehenden • Gemeindeverständnis <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rollen- und Zielkonflikte • Gemeinwesen • Organisationsentwicklung

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
5.3	<p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Vereinnahmung durch Einrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • strikte Trennung von Kategorial- und Territorialeseelsorge • einseitige Konzentration der Seelsorge auf die Gemeinde oder die Institution • Einengung der Perspektive auf eine bestimmte Adressatengruppe • Teilhabe an der gesellschaftlich verbreiteten Separierung von Sterben, Tod und Toten <p>2. Unverbindlichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seelsorger vermeidet Konflikte durch Wechsel in das jeweils konfliktfreie Feld <p>3. Integration</p> <ul style="list-style-type: none"> • personale und strukturelle Brückenbildung zwischen Gemeinde und Institution (z. B. „Gemeinde im Altenheim - Altenheim in der Gemeinde“) • Wahrnehmung und Hervorhebung des Verbindenden • Aushalten des Trennenden 	<p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • die Ortsgemeinde in der Institution präsent werden lassen (z. B. Krankenbesuchsdienst, Gemeindegottesdienste in der Einrichtung, Verabschiedungsfeiern mit Einladung an die Gemeinden etc.) • die Institution in der Gemeinde präsent werden lassen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Einbezug im Gottesdienst) • personelle gegenseitige Einbindung realisieren (z. B. Anbindung der Kategorialeseelsorge im Pastoralteam der Gemeinde, Einbezug der Gemeinde-seelsorge in die Rufbereitschaft) • Zuständigkeiten verhandeln und definieren können (z. B. Stellenbeschreibung) • Erwartungen prüfen u. erfüllen bzw. ggf. zurückweisen können • Ehrenamtliche einbinden können • Arbeitsschwerpunkte setzen und transparent machen können • verantwortliche Schwerpunktsetzung und Akzentuierung der seelsorglichen Tätigkeit 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgemeinschaft missionarischer Dienst (Hg.), „Brennpunkt Gemeinde“ – Begleitung Sterbender – Hospizarbeit • Döhner/Mutschier/Schmoecker (Hrsg.), Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit • Goffman, E., Asyle • Heidenreich, H., Gemeindeberatung, Organisationsentwicklung, (pastorale) Supervision

6. BEGEGNUNGSFELD: „GESELLSCHAFT“.

6.1 Spannungsfeld „Todesvergessenheit und Endlichkeitsbewusstsein“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
6.1	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verdrängung bzw. Banalisierung von Tod und Sterben in der Alltagserfahrung • Erlebnisarmut im Hinblick auf Tod und Sterben • Geschichtsvergessenheit <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospizbewegung: dem Sterben ein Zuhause geben • Suche nach kompetenter Sterbebegleitung • Aufsuchen und Anknüpfen an ausgewählte frühere Erfahrungen, z. B. „Ars moriendi“ als Laienkurs zur Sterbebegleitung <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Auslagerung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlegung von Tod und Sterben in die Institutionen bzw. in den kategorial-seelsorglichen Bereich <p>2. Idealisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verachtung des Lebens • Mystifizierung des Leidens • Romantisierung des Sterbens („schöner Tod“) <p>3. Auseinandersetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. B. „Ars moriendi“: krasse bildliche Darstellung der Konflikte um das Sterben für (leseunkundige) Betroffene und ihre Begleiter <p>4. Erinnern und Wiederholen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leiden und Sterben Jesu, • vergegenwärtigt in der Feier des Kirchenjahres und in der Abendmahlsfeier/Eucharistie als • Kristallisationspunkt der Leidbewältigung 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterben als konflikthafte Vorgang beachten • Sterbesituation als Paradigma für Konfliktsituationen anerkennen • beide Konfliktseiten sehen und systemisch wertschätzen • bedingungslose Annahme: Verbundenheit und Verlässlichkeit wird durch den Konflikt nicht infrage gestellt • Begleitung: den Konflikt entscheidet der Sterbende selbst bei aller Unterstützung und Parteinahme der Umgebung • Bereitschaft zur kritischen Auseinandersetzung mit geschichtlichem und gegenwärtigem Umgang mit Sterben und Tod <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verständnis für Lebenskonflikte entwickeln • Verheißung und Versagen in Konfliktsituationen nebeneinanderstellen • erkennen, dass Sterbe- und Trauerphasen schon früheren Generationen geläufig waren • Gedanken an das eigene Sterben vorwegnehmen und Vorkehrungen treffen • den zyklischen Charakter individueller und kollektiver Todeserfahrungen erkennen und gestalten 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abschied, Passion und Auferstehung Jesu (Joh 13,1–20,29) • „Du Narr! Noch in dieser Nacht wird man dein Leben von dir zurückfordern.“ (Lk 12,13–21) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eschatologie • mittelalterliche Kirchengeschichte • chiliastische Bewegungen • Liturgie: Feier der Heilsereignisse <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideengeschichte: Himmel, Hölle, Fegefeuer • vergleichende Religionswissenschaft • Thanatologie <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aries, P., Geschichte des Todes • Elias, N., Über die Einsamkeit der Sterbenden • Imhoff, A., Ars moriendi • Katholische Akademie Rottenburg-Stuttgart (Hg.), Ausstellungskatalog „Himmel, Hölle, Fegefeuer“ • Mitscherlich, A. u. M., Die Unfähigkeit zu trauern • Neher, P., Ars moriendi - Sterbebegleitung durch Laien • Nuland, H., Wie wir sterben • Student, J. Ch. (Hrsg.), Das Hospiz-Buch

6.2 Spannungsfeld „Der tote Mensch als Sache oder als Person“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
6.2	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Umgang mit dem toten Menschen wird dadurch geprägt, dass seine Würde über den Tod hinaus erhalten bleibt und zu Respekt vor seinem toten Leib und seiner sozialen Gestalt verpflichtet (Verabschiedung, Bestattung, Gedenken) <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • der tote Mensch wird aus pragmatischen Gründen sehr schnell wie ein Gegenstand oder eine leblose Sache behandelt. Kriterien zur sicheren Feststellung des Todeszeitpunktes werden gesellschaftlich kontrovers diskutiert <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Sich informieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art und Weise des Umgehens mit toten Menschen bei Mitarbeitern und Bestattern beachten • sich über den aktuellen Stand der Diskussion des Hirntodkriteriums informieren <p>2. Versachlichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • der tote Mensch wird aus technisch-praktischen Gründen oder wegen einer Verdrängung aus dem Bewusstsein wie eine leblose Sache behandelt <p>3. Liebevolltes Gedenken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tod und Würde des toten Menschen gewahren und seine soziale Gestalt bewahren 	<p>Haltungen und Einstellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achtung gegenüber dem gelebten Leben des Menschen, seiner persönlichen Identität und seiner sozialen Integrität • Respekt und Achtung gegenüber dem sterbenden Menschen in seinen allerletzten Lebensstunden • Respekt und Achtung gegenüber dem toten Menschen und seinem Leib • Bedeutsamkeit der Frage nach dem Todeszeitpunkt für die eigene Tätigkeit achten • die Entscheidung anderer hinsichtlich ihrer Bewertung des Hirntodkriteriums und der Verfügung zur Organentnahme achten, wenn sie nicht allein mit einer Kalkulation des Nutzens, sondern im Respekt vor der Würde des toten Menschen geschieht • Bewusstsein für die über den Tod hinaus prägende Ausstrahlung der sozialen Gestalt eines Menschen • Totengedenken und Auferstehungsfeier als Vergegenwärtigung von Würde und Gestalt eines toten Menschen achten <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Argumentationsgrundlagen zur Frage der Würde des sterbenden Menschen und des toten Menschen kennen • die Frage von Verfügungen z. B. über lebensverlängernde Maßnahmen mit den Betroffenen besprechen • Grundlagen der Feststellung der Todeskriterien kennen 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Das Mädchen ist nicht gestorben, es schläft nur. Da lachten sie ihn aus.“ (Mt 9,18–26) • „Er ist doch nicht der Gott der Toten, sondern der Gott der Lebenden.“ (Mt 23,23–33) • „Lazarus, unser Freund, schläft; aber ich gehe hin, um ihn aufzuwecken.“ (Joh 11,1–44) • „Man soll an ihm kein Gebein zerbrechen ...“ (Joh 19,21–21,23) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tod und Auferstehung • Liturgie (Totenamnt, Auferstehungsfeier) • Bedeutung des „leeren Grabes“ <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Übersicht über die Entwicklung der medizinischen Diskussion der Todeskriterien <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoff, J./In der Schmittgen, J. (Hg.), Wann ist der Mensch tot? • Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.), Abschied und Verabschiedung von Verstorbenen • Thomas, C., Berührungsgänge?

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
6.2		<ul style="list-style-type: none"> • grundsätzlich notwendige Handlungen der Versorgung Verstorbener und der Bestattung kennen • trauernde Angehörige und trauernde Mitarbeiter begleiten können • Totengedenk- und Auferstehungsfeier in Abstimmung mit den Hinterbliebenen gestalten • Vielfalt ritueller und liturgischer Gestaltungsmöglichkeiten kennen • den Handlungsablauf vom Zeitpunkt des Todes bis zur Bestattung des Toten kennen • notfalls für die zusätzliche Einrichtung von Abschieds- und/oder Aufbahrungsräumen sorgen 	

6.3 Spannungsfeld „Der christliche Glaube in einer säkularen und multikulturellen Gesellschaft“.

Code-Nr.	Konfliktfeld	Lernziele	Lerninhalte
6.3	<p>KONFLIKT:</p> <p><i>einerseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eingewöhntsein in den christlichen Glauben <p><i>andererseits:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit nicht christlichen Glaubensvollzügen im Umfeld von Sterben und Tod • Unkenntnis von fremden Glaubensvorstellungen, Riten und Bräuchen • Entfremdung zwischen breiten Bevölkerungsschichten und den Kirchen • Agnostizismus, gleichgültiger und „bekümmerter“ Atheismus <p>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN:</p> <p>1. Öffnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • dem nicht christlichen Glaubensvollzug mit Toleranz und Interesse gegenüber treten <p>2. Verständnis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glaubensvorstellungen, Riten und Bräuche nicht christlicher Religionen kennen und verstehen <p>3. Anteilnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich in fremde Glaubensvorstellungen und -vollzüge einfühlen und den eigenen Glauben in ihrem Licht sehen, hinterfragen und evtl. bereichern • Menschen nicht christlicher Religionen auf Wunsch in ihrer Situation begleiten <p>4. Abgrenzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • die eigene Identität in den Glaubensvorstellungen und -vollzügen bewahren 	<p><i>Haltungen und Einstellungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Toleranz und Akzeptanz gegenüber nicht christlichen Religionen üben • Ehrfurcht vor fremden Traditionen und Glaubensvollzügen wahren • Interesse an nicht christlichen Religionen • Offenheit gegenüber Unbekanntem • Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Fremdem und zur Entdeckung einer Bereicherung des eigenen Lebens- und Glaubensvollzugs • Rechnen mit Unwissen, Desinteresse, Vorurteilen und Ablehnung <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • den Glauben nicht christlicher Religionen kennen und verstehen • Kontakt, Gespräch und Zusammenarbeit mit Vertretern nicht christlicher Religionen herstellen • die Realisierung fremder Glaubensvollzüge unterstützen 	<p>QUELLEN:</p> <p><i>Biblische Texte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • „... dann wird es nur eine Herde geben.“ (Joh 10,11–21) • „Er ließ in den vergangenen Zeiten alle Völker ihre Wege gehen.“ (Apg 14,1–20) • „Gott hat alle in den Ungehorsam eingeschlossen, um sich aller zu erbarmen.“ (Rom 11,25–36) <p><i>Theologische Themenfelder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Universalitätsanspruch des Christentums • „Anonymes Christentum“ • Atheismus • nicht christliche Religionen • Sterben, Tod und Eschatologie in Judentum, Islam und Buddhismus • Monotheismus <p><i>Humanwissenschaft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Religionsgeschichte und Religionssoziologie • Soziologie <p><i>Literaturhinweise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitskreis christl. Kirchen in Baden-Württemberg (Hg.), Krankheit, Leiden, Sterben, Tod • Koran und Talmud • Waldenfels, H., Religionen als Antworten auf die menschliche Sinnfrage • Wanzura, W., Der moslemische Patient • 2. Vatikan. Konzil, Erklärung zu den nichtchristlichen Religionen

Herausgeber:
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Telefax: 0211-855-3211
www.mags.nrw.de
info@mags.nrw.de

Gestaltung:
Lüdicke_Concepts, Meerbusch

Titelillustration:
Amy DeVoogd

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom
Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der
vorherigen Zustimmung des Herausgebers.

Düsseldorf, Mai 2009

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.