

Palliative Praxis – Ein Curriculum zur Begleitung alter Menschen am Ende des Lebens

Bernadette Klapper, Marina Kojer, Ulf Schwänke

1. Hintergrund der Förderung durch die Robert Bosch Stiftung

Seit rund zwanzig Jahren gibt es Bemühungen, die Lebensqualität von Menschen, die an einer nicht heilbaren, todbringenden Erkrankung leiden, zu verbessern. Hospizbewegung, Palliativmedizin und –pflege haben viel erreicht, um die Beschwerden in der letzten Lebensphase zu lindern und die betroffenen Menschen würdig und individuell auf ihrem letzten Weg zu begleiten. Viel neues Wissen im Umgang mit Sterbenden ist entstanden. Die Robert Bosch Stiftung hat dieses Anliegen mit der Förderung verschiedenster Projekte unterstützt.

Mit der Förderung vor allem der ambulanten Hospizarbeit im Laufe der 90er Jahre wurde beabsichtigt,

- Sterbende und Schwerstkranke nicht auszugrenzen und sie nicht ausschließlich Institutionen wie Krankenhaus und Pflegeheim zu überlassen,
- das Sterben wieder in die Familie und ins eigene Heim zurückzuholen und dabei Angehörige durch ambulante Sterbebegleitung professioneller Helfer und Laien zu unterstützen,
- ein weitgehend beschwerdefreies Sterben zu ermöglichen sowie
- die Initiative Freiwilliger für die Begleitung am Ende des Lebens zu wecken.

Die erste bundesweite Veranstaltung, die Hospizinitiativen mit Vertretern von Verwaltungen und Politikern zusammenbrachte, zeigte im Jahr 2000 unter dem Titel „Die ambulante Hospizbewegung zieht Bilanz und zeigt Perspektiven“, dass viel erreicht war, um die Hospizbewegung in Deutschland zu etablieren (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2000).

Auch nach dieser Phase wurden ausgewählte Einzelprojekte durch die Robert Bosch Stiftung unterstützt. Professor Stella Reiter-Theil, Universität Basel, adaptierte Unterrichtsmaterialien des US-amerikanischen Programms „Decisions at the end of life“ zur Verbesserung der klinisch-ethischen Kompetenz für den Einsatz im deutschsprachigen Raum. Professor Reimer Gronemeyer, Universität Gießen, verglich Profile der Hospizarbeit in verschiedenen europäischen Ländern (Gronemeyer et al. 2004). Ein Lehrfilm zur Durchführung der Schmerztherapie, der vom Krebsverband Baden-

Württemberg in Zusammenarbeit mit einer Filmproduktionsfirma entwickelt worden ist, wurde mit Stiftungshilfe an alle Alten- und Krankenpflegeschulen verteilt (www.krebsverband-bw.de).

Ein besonderes Anliegen der Robert Bosch Stiftung betrifft zudem die Verbesserung der Hospizarbeit und Palliative Care in Ländern Mittel- und Osteuropas. Dazu wurden Kooperationsprojekte mit einem jeweils deutschen Partner in Tschechien, Slowenien, Lettland und Rumänien in die Förderung aufgenommen.

Trotz dieser positiven Entwicklungen bleibt festzustellen, dass außerhalb von Hospizen und speziellen Palliativstationen die Prinzipien und Kenntnisse für eine palliative Praxis bisher nur wenig Verbreitung in Deutschland finden konnten. In Altenpflegeeinrichtungen, in der häuslichen Pflege und im Akutkrankenhaus kommen betroffenen Menschen kaum palliative Hilfe und Sterbebegleitung zugute. Viele in diesen Bereichen tätigen Mitarbeiter verfügen nicht über die speziell für die Begleitung alter Menschen geeigneten Fachkenntnisse. Palliative Care ist noch allzu häufig auf die Anwendung durch Spezialisten angewiesen, so dass sich eine palliative Praxis dort, wo alte Menschen leben und sterben, noch nicht durchsetzen konnte, zumal alte Menschen zudem einer anderen palliativen Praxis als Tumorpatienten und andere Schwerstkranke bedürfen. Sie erstreckt sich in der Regel über einen viel längeren Zeitraum. Demenzerkrankte stellen die Betreuer auch in ihrer letzten Lebensphase vor besondere Herausforderungen, denn sie können ihre Beschwerden und Bedürfnisse häufig nicht in einer Art äußern, die direkt verstanden wird. Für diese wachsende Gruppe, die mittlerweile über die Hälfte der Bewohnerschaft von stationären Altenpflegeeinrichtungen ausmacht, müssen noch geeignete Wege der palliativen Praxis gefunden werden.

Speziell für die Palliativversorgung alter Menschen stehen national und international nur begrenzt curriculare Bausteine zur Verfügung (Ritter 2006). Einige wenige Bildungsmaterialien beziehen sich auf die Begleitung von dementiell erkrankten Menschen am Lebensende, wie das von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft entwickelte 32-stündige Curriculum „Mit-Gefühl“ für Hospizhelfer (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2004). Die Verbesserung der entsprechenden Kompetenz und Anwendungsfähigkeit möglichst vieler pflegerischer und ärztlicher Mitarbeiter in diesen Bereichen der Gesundheitsversorgung ist dringend geboten (Ewers 2005).

Die Qualifizierung professioneller Helfer ist daher ein zentrales Förderungsziel der Robert Bosch Stiftung. In einem ersten Schritt erhielt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin deshalb finanzielle Unterstützung, um curriculare Bausteine für die Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege erarbeiten zu können, die der 2004 erfolgten Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Berufe in der Krankenpflege Rechnung tragen.

Um dem Mangel in der Altenhilfe umfassend entgegenzutreten zu können und Hilfe möglichst rasch in die Praxis zu tragen, hat die Robert Bosch Stiftung 2004 eine Expertengruppe mit dem Ziel einberufen, ein interdisziplinäres, auf die palliative Praxis in der Begleitung alter Menschen ausgerichtete Curriculum zu erarbeiten und zu verbreiten. Es wurde 2006 fertiggestellt und weist folgende Merkmale auf:

- Aneignung von Basiskenntnissen bei möglichst vielen Mitarbeitern, auch jenen, die ohne Fachqualifizierung in der Pflege arbeiten und die deutsche Sprache nicht ganz sicher beherrschen,
- Schwerpunkt auf der Begleitung von dementiell erkrankten Menschen,
- offen für Pflegende, Ärzte und Interessierte anderer Berufsgruppen,
- Berücksichtigung der Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen,
- Förderung des handlungs- und praxisorientierten Lernens anhand einer Fallgeschichte („Storyline-Methode“),
- Berücksichtigung der begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen in der ambulanten und stationären Altenpflege durch einen Umfang von nur 40 Stunden,
- Unterstützung der Dozenten durch ausgewählte Arbeitshilfen und Literaturangaben.

Die Zusammensetzung der Expertengruppe wurde auf die zu bewältigende Aufgabe ausgerichtet. Es wurden erfahrene Personen aus Palliativpflege und –medizin, aus dem hausärztlichen Bereich und speziell der palliativen Geriatrie, aus der stationären Altenpflege, aus der Fort- und Weiterbildung von Altenpflegern sowie der Begleitung von Menschen mit Demenz und der klinischen Ethik eingeladen. Ihr Fachwissen wurde ergänzt durch Vertreter mit ausgewiesener pädagogischer Expertise¹.

¹ Die Robert Bosch Stiftung dankt Sandra Bartels, Dr. Jörg Berling, Dr. Peter Engeser, Bernadette Fittkau-Tönnemann, Elke Held, Ulrich Hufnagel, Hubert Jocham, Dr. Dr. Marina Kojer, Ursula Matschke, Christel Orth, Helga Schneider-Schelte, PD Dr. Ulf Schwänke, Gabriele Weglage und Elke Wimmer für ihre engagierte Mitarbeit.

2. Methodischer Zuschnitt des Curriculums

Von Anfang an hatte die Robert Bosch Stiftung in die Planung einbezogen, dass ein Curriculum nicht nur eine Ansammlung von Inhalten sein darf, sondern die leitenden Zielsetzungen ebenso benennen muss wie die Grundsätze der methodischen Umsetzung. Vor allem im Hinblick auf die Zielgruppe der geplanten Qualifikationsmaßnahmen konnte es nicht darum gehen, eine möglichst umfassende Themensammlung anzulegen. Es galt vielmehr, aus der Fülle wünschenswerter Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen jene auszuwählen, die für eine professionelle palliative Praxis unabdingbar sind. Wichtigstes Kriterium dieser Auswahl war der Nutzen für die von Schmerz und einer Vielfalt weiterer Symptome betroffenen alten Menschen. Ausgehend von Beobachtungen der gegenwärtig vorherrschenden, meist defizitären Praxis auf dem Gebiet der palliativen Betreuung geriatrischer Patienten kam es den Verfassern des Curriculums vor allem darauf an, bei der Zielgruppe eine professionelle Haltung zu fördern, die gekennzeichnet ist durch

- Wertschätzung und Respekt gegenüber den alten Menschen,
- die Bereitschaft, die Bedürfnisse und Wünsche hoch betagter und schmerzgeplagter Menschen zu ermitteln und ernstzunehmen,
- das Bestreben, unnötige Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen zu vermeiden.²

Die für die Qualifizierungsmaßnahmen vorzusehenden Methoden mussten mit dieser Haltung vereinbar sein, schwieriger noch, sie mussten darauf Rücksicht nehmen, dass viele der späteren Teilnehmer und Teilnehmerinnen (Tn) zwar Erfahrungen im Pflegealltag haben, aber weder über eine abgeschlossene Pflegeausbildung noch über Erfahrungen in der systematischen Aneignung kognitiver Inhalte im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen verfügen. Zu berücksichtigen war auch, dass die Berufstätigkeit im Bereich der palliativen Praxis in weiten Teilen von emotionaler Arbeit geprägt ist. Ferner war in die methodischen Überlegungen einzubeziehen, dass ein Großteil der Zielgruppe nicht-deutscher Muttersprache ist.

Traditionelle Unterrichtsmethoden wie Vortrag, Unterrichtsgespräch, fragend-entwickelndes Vorgehen, Präsentation und Erläuterung von Folien oder das Arbeiten mit Fachtexten passen nur schlecht zu diesen Voraussetzungen. Daher wurde entschieden, für das neue Curriculum vorzugsweise handlungsorientierte Methoden

² Diese Haltung kommt exemplarisch in dem Titel dieses Buches zum Ausdruck.

auszuwählen und insgesamt einen Methodenmix anzustreben, um den unterschiedlichen Zugangsweisen und Vorkenntnissen ebenso gerecht zu werden wie den individuell bevorzugten Wahrnehmungskanälen. Als besonders geeignet erwies sich hierfür der Storyline-Ansatz, der ursprünglich für den schulischen Unterricht entwickelt wurde, mittlerweile aber zunehmend auch in der Erwachsenenbildung Anwendung findet.

Der Unterricht folgt einer Geschichte, einer „Story“. Sie liefert den roten Faden – eine durchgängige Linie, daher der Name Story-line. Die Geschichte wird in Kapitel oder „Episoden“ eingeteilt, die jeweils einen besonderen Schwerpunkt haben. Jeder Arbeitsschritt wird durch eine Schlüsselfrage eingeleitet – eine Frage, die nicht auf die Überprüfung vorhandenen Wissens zielt, sondern Aktivitäten der Tn in Gang setzt. Daher gibt es auf solche Schlüsselfragen meistens mehrere „richtige“ Antworten. Die Tn setzen sich mit diesen Fragen auseinander, indem sie ihre Erfahrungen einbringen oder Lösungen für neue Probleme finden. Diese Lösungen können mit den aus der Berufsrealität bekannten Lösungen übereinstimmen – es können aber auch neue Lösungen sein, sofern sie den gewünschten Zweck erfüllen. Oft nähern sich die Tn dem Thema, indem sie etwas herstellen: Modelle, Zeichnungen, Fragebögen, Arbeitspläne o. ä. Anhand solcher sinnlich wahrnehmbarer Repräsentationen entdecken und beschreiben die Tn oft Zusammenhänge, die ihnen vorher nicht bekannt waren.

Eine Geschichte als Gliederungskriterium zu nehmen, bot sich zum einen an, weil die Story eine Sprachform ist, die sich hervorragend eignet, einem Geschehen Bedeutung zu verleihen (vgl. Egan 2003), zum anderen, weil alle relevanten Themen wie Schmerzmanagement, Symptomkontrolle, Patientenwille, Demenz, Pflegeplanung, Sterbegleitung, Trauer usw. darin sinnvoll miteinander verknüpft werden können. In dem hier vorgestellten Curriculum ist es die Geschichte einer alten Frau, die ins Pflegeheim kommt, deren Zustand sich im Lauf der Zeit verschlechtert und die letztendlich stirbt. Das Besondere daran – und dies macht einen wesentlichen Reiz der Storyline-Methode aus – ist die Tatsache, dass diese Geschichte nicht einfach erzählt wird, sondern von den Tn Schritt für Schritt mit erfunden und gestaltet wird. Es sind die Tn, die festlegen, wie die neue Bewohnerin aussieht, wie sie heißt, ob sie noch Angehörige hat, wie ihr Leben bisher verlaufen ist usw. Auch die Krankheitssymptome, die sich einstellen, werden von den Tn beschrieben. Sie sind dabei nicht völlig frei, denn dass die alte Patientin nach und nach multimorbid und immer stärker de-

ment wird, ist vorgegeben. Aber wie die Demenz sich äußert, welche Erkrankungen das Wohlbefinden wie beeinträchtigen und was aus pflegerischer und medizinischer Sicht getan werden kann, um die Lebensqualität der alten Dame möglichst zu erhalten, all das wird von den Tn selbst vorgeschlagen, diskutiert und erarbeitet. Sie werden dadurch zu Konstrukteuren einer simulierten Realität, die aber mit der Wirklichkeit ihres Berufs eng verknüpft ist. Dadurch und durch die Methodenvielfalt finden die Tn verschiedene Zugänge zu den Lerninhalten; sie lernen mit Kopf und Herz, denn es geht um kognitive und affektive Lernziele. Vor allem werden immer wieder Situationen geschaffen, in denen die Tn selbstständig Probleme lösen müssen, indem sie etwas Praktisches tun – getreu dem Grundsatz, dass wir Manches begreifen müssen, um es zu verstehen. Dabei erfahren die Tn, dass sie in der Lage sind, bedeutungsvolle Fragen durch Gestalten, Probieren, Nachdenken und Meinungs austausch zu beantworten. Selbstvertrauen und Urteilsfähigkeit der Lernenden wachsen. Zur gleichen Zeit werden sie in ihrem beruflichen Selbstverständnis gestärkt.

Konsequenterweise übernehmen die Dozenten bei dieser Art von Unterricht nicht die Rolle von (Be-)Lehrenden. Sie sind vielmehr Begleiter eines aktiven Lernprozesses. Sie stellen Fragen, die das Geschehen voranbringen, geben Hinweise, beraten, unterstützen und achten darauf, dass die von den Tn erzielten Lernergebnisse sich im Rahmen der Lernziele des Curriculums bewegen. Die Aktivität aber liegt überwiegend bei den Tn. Sie erstellen Pflege- und Behandlungspläne, machen Vorschläge für die Einbeziehung von Angehörigen, unterweisen sich gegenseitig in den Grundlagen der basalen Stimulation und tauschen ihre Kenntnisse über Schmerztherapie, Mundpflege und Dekubitusprophylaxe aus. Die Sozialformen wechseln sich ab; neben Kleingruppenarbeit, Partnerarbeit und Einzelarbeit haben auch Diskussionen in der Gesamtgruppe ihren Platz. Die Lernergebnisse werden mit verschiedenen Techniken visualisiert: Das von den Tn entworfene Bild der alten Bewohnerin, Mitschriften am Flipchart, Mindmaps und von den Tn selbst gestaltete „Marktstände“ liefern ein fortlaufendes Protokoll des Lernprozesses. Insgesamt entsteht so eine Lernatmosphäre, die eher an ein Atelier erinnert als an eine Schulstube. Genau das ist beabsichtigt, denn zu den größten Hindernissen in der Erwachsenenbildung zählen die häufig emotional belasteten Erinnerungen an lähmende Schulstunden, quälende Monologe oder an die Angst vor der falschen Antwort.

Daher wurde bei der Erarbeitung des Curriculums besonderer Wert darauf gelegt, Methoden einzusetzen, die nicht nur die Aktivität der Tn erfordern, sondern auch ge-

eignet sind, die Lust am Lernen (wieder) zu wecken. Indem die Lernenden einzelne Lernsequenzen selbst gestalten, übernehmen sie Verantwortung für ihren Lernprozess und schaffen durch das gemeinsame Arbeiten an kreativen Aufgaben häufig etwas Neues, das keiner von ihnen allein zu Stande gebracht hätte.

3. Das Curriculum „Palliative Praxis“

Auch mit Hilfe des besten Curriculums lassen sich Menschen, die bis dahin kaum etwas von Palliative Care gehört haben, nicht in wenigen Tagen zu Fachleuten auf diesem Gebiet ausbilden. Dies war auch nicht das Ziel der Expertengruppe. Es ging darum ein niederschwelliges, praxishohes Schulungsmaterial bereitzustellen. Es sollte möglichst zügig auf breiter Basis einsetzbar sein und im Wesentlichen folgende Ziele im Auge haben:

- Veränderung der Einstellung und Haltung der professionellen Helfer, die geriatrische Patienten und Bewohner betreuen: Weg von einer funktional betonten hin zu einer ganzheitlichen Betreuung, die körperliche und seelische Leiden in der Beziehung zum Patienten bestmöglich zu lindern sucht;
- Bewusstseinsbildung für Schmerzen und Leiden, Wünsche und Bedürfnisse multimorbider, zum Großteil demenzkranker Hochbetagter;
- Vermehrte Fokussierung auf die Angehörigen, deren berechtigte Sorgen, Ängste, Bedürfnisse und Ansprüche noch nicht genügend Raum in der Altenpflege erfahren;
- Stärkung des beruflichen Selbstbewusstseins der Pflegenden, ganz besonders jener Mitarbeiterinnen, die die Hauptlast der Pflege zu tragen haben. Sie sind zwar meist weniger gut ausgebildet, verfügen aber häufig über einen Reichtum an Erfahrungen, der erlerntem Wissen ebenbürtig ist.
- Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, vor allem zwischen Ärzten und Pflegenden.

Eine entscheidende Besonderheit, die das Curriculum von anderen Schulungsplänen in Palliative Care in der Geriatrie unterscheidet ist, dass die Tn den alten, chronisch kranken, pflegebedürftigen und dementen Menschen vom Zeitpunkt der Aufnahme an begleiten und nicht erst dann, wenn sein Sterben absehbar wird. Auf diese Weise werden die Tn für das hohe Ausmaß an körperlichem und seelischem Leid sensibilisiert, das diese Menschen bereits zu tragen haben, wenn sie das Heim be-

treten. Dieses Leid gilt es mit Mitteln der Pflege, der Medizin und nicht zuletzt mit Mitteln der Mit-Menschlichkeit vom ersten Augenblick an zu lindern. Der Storyline-Ansatz ist geradezu ideal geeignet, diese Einsicht wachsen zu lassen.

Im Folgenden sollen die einzelnen Tage des Curriculums - sie entsprechen jeweils einer Lernphase- kurz vorgestellt werden:

Lernphase 1: Kennenlernen der neuen Bewohnerin

Ziemlich viel Zeit ist dafür vorgesehen, die neue Bewohnerin „zum Leben zu erwecken“. Es ist dies eine durchaus lohnende Investition. Die alte Frau nimmt, z.B. in Form einer von den Tn gefertigten Collage, konkret Gestalt an, bekommt eine Lebens- und eine Krankengeschichte. Ein grober, palliativer Pflege- und Therapieplan, wie er zum Zeitpunkt der Aufnahme erforderlich erscheint, wird festgelegt. Ein erstes Gespräch mit der neuen Bewohnerin und ihren Angehörigen gewährt bereits Einblicke in deren Wünsche und Vorstellungen zum Leben und Sterben.

Lernphase 2: Verschlechterung des Zustands der Bewohnerin, fortschreitende Demenz

Symptombild und Symptomwandel im Zuge des Fortschreitens der Demenz sind die zentralen Themen dieses Tages. In diesem Kontext werden auch die essentiellen Fragen zum Schmerzerleben dementiell Erkrankter behandelt. Ob und wie erleben sie Schmerzen? Wie können diese Schmerzen von den Betreuenden erkannt werden? Wie können Ärzte und Ärztinnen von der Notwendigkeit einer Schmerztherapie überzeugt werden? Erfolg versprechende Lösungsmöglichkeiten werden angedacht und ausprobiert.

Lernphase 3: Zunahme von Schmerzen, Auftreten anderer quälender Beschwerden

Die Tn sind mit Fragen der Schmerz- und Symptomlinderung konfrontiert. Je kränker und dementer die Bewohnerin wird, desto drängender werden Fragen der gelingenden Kommunikation. (Wie) kann ich auch jetzt noch mit diesem Menschen in Beziehung treten, seine Wünsche und seinen Willen in Alltäglichen aber auch in Fragen des nahenden Lebensendes feststellen? Ein Gespräch zwischen Pflegenden und dem Arzt oder der Ärztin soll wesentliche Behandlungsoptionen (Krankenhauseinweisung, Legen einer PEG-Sonde) abklären und festlegen.

Lernphase 4: Schmerzmanagement. Therapie, Pflege und Begleitung in der Sterbephase.

Was ist in dieser Zeit zu tun, was zu lassen? Womit ist dem sterbenden alten Menschen jetzt noch zu helfen, was kann ihm jetzt gut tun? Wie kann ihm sein Zustand erleichtert werden? Neben der Suche nach Antworten auf diese Fragen tritt der dringende Bedarf der Angehörigen nach Verständnis und Begleitung jetzt stärker in den Vordergrund. Nach dem Tod der Bewohnerin rufen sich die Tn nochmals ins Gedächtnis, was alles sie bis ganz zuletzt für die alte Frau tun konnten, getan haben. Es wird offenbar, dass sie bis zuletzt gute und wertvolle Arbeit geleistet haben.

Lernphase 5: Abschied und Trauer

Abschiedsrituale, wie sie zum Teil auch jetzt auf Stationen, in Wohnbereichen und in der ambulanten Pflege eingeführt sind, werden besprochen, neue Ideen angedacht und auf ihre Durchführbarkeit geprüft. Mit Hilfe von Trauermodellen lernen die Tn die Trauer der Angehörigen besser zu begreifen. Der Tod eines nahe stehenden, geliebten Menschen lässt die Angehörigen mit einer Vielzahl loser Enden zurück, die nie mehr weitergeführt werden können. Auch die vertrauten Beziehungen, die das Team mit der Verstorbenen verbanden, sind nun abgerissen.

Erste Erfahrungen mit dem Curriculum

Nach Fertigstellung des Curriculums fand ein Probedurchlauf in einem Pflegeheim in Heilbronn statt. Sechzehn in dem Heim beschäftigte Pflegekräfte und eine in einem ambulanten Dienst tätige Krankenschwester nahmen daran teil. Etwa die Hälfte der Tn war nicht deutscher Muttersprache, einige verfügten nur über schwache Deutschkenntnisse.

Die Tn waren vom ersten Tag an mit viel Freude und großem Engagement bei der Sache. Angenehm überraschte sie vor allem, dass sie nicht den ganzen Tag still sitzen und zuhören mussten, sondern selbst etwas tun konnten. Interesse und Begeisterung für das Thema nahmen von Tag zu Tag zu. Als die Story sich ihrem Ende zuneigte und die von den Tn geschaffene Bewohnerin schließlich starb, waren alle tief bewegt.

Die Schulung liegt nun bereits mehr als ein Jahr zurück. Wie uns die Pflegedienstleitung des Heims berichtet, flaute die Begeisterung auch nach Ende der Fortbildung

nicht ab. In der Zwischenzeit hat sich dort einiges zum Positiven verändert: Die Mitarbeiterinnen kommen besser mit mittel- bis schwer dementen Bewohnern zurecht, ihre Aufmerksamkeit für Schmerzen und andere Beschwerden hat wesentlich zugenommen. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten hat sich deutlich verbessert, die Bewohner erhalten nun im Gegensatz zu früher in der Regel eine angemessene, altersentsprechende Schmerzbehandlung. Um sicher zu gehen, dass auch Schwerstkranke und Sterbende eine geeignete Schmerztherapie bekommen, wurde eine einfache kleine Schmerzpumpe angeschafft. Im Laufe des vergangenen Jahres mehrten sich die Bitten um eine zweite Fortbildung in palliativer Praxis. Eine solche wird in nächster Zeit mit der Pflegedienstleitung als Dozentin, die an der ersten Dozentenschulung teilnahm, stattfinden.

Dozentenschulungen

Schulungen nach dem Curriculum „Palliative Praxis“ stellen hohe Anforderungen an die Dozenten. Dem vorgeplanten roten „Lehpfaden“ zu folgen genügt nicht. Die „Story“ räumt den Lernenden ein hohes Ausmaß an Gestaltungsfreiheit ein und fordert den Dozenten Methodenvielfalt, Flexibilität und über weite Strecken prozessorientiertes Vorgehen ab. Aus diesem Grund ist die Weitergabe des Curriculums an zukünftige Dozenten an die Teilnahme an einer fünftägigen Schulung gebunden. Ihr Besuch ist die Voraussetzung für den Erhalt des Curriculums und des sorgsam zusammengestellten ergänzenden Materials im Dozentenkoffer.

Mittlerweile (Stand Februar 2007) haben bereits zwei Dozentenschulungen für jeweils zwanzig Dozenten stattgefunden. Unter den Tn fanden sich größtenteils in Palliative Care qualifizierte Pflegekräfte, aber auch Sozialpädagogen, Seelsorgerinnen und Ärztinnen. In den Dozentenschulungen werden die Inhalte in eher knapper Form übermittelt, das Hauptgewicht liegt auf der Präsentation und der Diskussion der Methoden. Viele zukünftige Dozenten begannen die Schulung –wie es ihnen zusteht– mit einer erheblichen Portion Skepsis, doch auch sie ließen sich dann ganz auf die selbst geschaffene Figur ein und vom Fortgang der Geschichte mitnehmen. Storyline-Ansatz und Methodenvielfalt fanden allgemein großen Anklang.

Mit dem Curriculum „Palliative Praxis“ wurde ein einfacher Zugang zur Palliativarbeit in der Geriatrie geschaffen, der sehr gut dafür geeignet erscheint, an der Basis tätige Pflegenden und Ärzte sowie andere in die Betreuung eingebundene Berufsgruppen

besser für ihre Arbeit zu qualifizieren. Die Verwendung innovativer Lernmethoden, insbesondere der Storyline-Ansatz, verbessern die Akzeptanz des Curriculums und tragen nicht nur entscheidend zur Schaffung einer freudigen und offenen Lernatmosphäre bei, sondern auch zur Motivation der Tn für ihre weitere Arbeit.

4. Ausblick

Neben der Bereitstellung des Curriculums „Palliative Praxis“ sieht die Förderinitiative der Robert Bosch Stiftung seine Verbreitung in der Praxis vor. Dazu wurden und werden Schulungen für zukünftige Dozenten durchgeführt, die ihrerseits die Fortbildung der Mitarbeiter durchführen.

Zusätzlich zu den bisher forcierten Qualifizierungsmaßnahmen hat die Robert Bosch Stiftung ein Programm eingerichtet, das ab 2007 mit der Unterstützung von Praxisprojekten die Implementierung von palliativer Praxis in der ambulanten Pflege und in stationären Einrichtungen der Altenhilfe fördert.

Weitere Informationen unter www.bosch-stiftung.de/palliativepraxis

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2000): Die ambulante Hospizbewegung zieht Bilanz und zeigt Perspektiven. Band I der Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hrsg.). hospiz verlag, Wuppertal.

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2003): Mit-Gefühl. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase. Hospiz verlag, Wuppertal.

Egan, Kieran (2003): The arts as “the basis” of education.

<http://www.educ.sfu.ca/kegan/ArtsBasics.html>

Ewers, Michael (2006): Palliative Praxis. Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeitern der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Gronemeyer, Reimer; Michaela Fink; Marcel Globisch; Felix Schumann (2004): Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Band VII der Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hrsg.). hospiz verlag, Wuppertal.

Ritter, Martina (2006): Palliative Praxis. Übersicht über Curricula in Palliativmedizin und -pflege in Deutschland und ausgewählten europäischen Ländern. Unveröffentlichtes Manuskript.

Schwänke, Ulf (2005): Die Storyline-Methode. Ein innovatives Unterrichtskonzept in der Praxis. Auer Verlag, Donauwörth.